



Relever le défi de la Santé de la Femme en Afrique

Rapport de la Commission de la Santé
de la femme dans la Région africaine



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

Relever le défi de la Santé de la Femme en Afrique

Rapport de la Commission de la Santé de la femme
dans la Région africaine

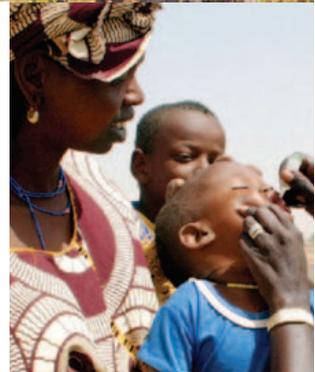


Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'
Afrique



« Pendant des siècles, les femmes africaines, souvent confrontées à une adversité extrême, ont été les piliers des familles et des communautés. En dépit de leur statut social peu valorisant et de la charge importante de morbidité et de mortalité qui les affecte, les femmes continuent d'être des artisanes de la paix, des procréatrices, des entrepreneurs et des pourvoyeuses de soins pour les enfants – les bâtisseurs de l'avenir de l'Afrique. »



Relever le défi de la Santé de la Femme en Afrique

Rapport de la Commission de la Santé de la femme dans la Région africaine



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Relever le défi de la Santé de la Femme en Afrique

Rapport de la Commission de la Santé de la Femme dans la Région africaine

1. Santé de la femme
2. Services de santé pour les femmes
3. Prestation de soins de santé
4. Conditions sociales
5. Développement social et économique

I. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique

ISBN : 978 929 023 1905 (Classification NLM : WA 309)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2012

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole n° 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de la Bibliothèque du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39425; télécopie : +47 241 39501 ou +47 241 39503; courriel : bibliotheque@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Imprimé au Royaume-Uni

Table des matières

Remerciements	vi
Membres de la Commission	vii
Avant-propos de la Présidente	ix
Avant-propos du Directeur régional	xi
Sigles, abréviations et définitions	xiii
Résumé d'orientation	xv
Introduction	1
Chapitre 1 : Repenser la santé de la femme	3
Chapitre 2 : État de santé de la femme dans la Région africaine : de la naissance jusqu'au début de l'activité sexuelle	13
Chapitre 3 : État de santé de la femme dans la Région africaine : les années de procréation	21
Chapitre 4 : État de santé de la femme dans la Région africaine : au-delà des années de procréation	40
Chapitre 5 : Avantages socioéconomiques de l'investissement dans la santé de la femme	47
Chapitre 6 : Interventions visant à améliorer la santé de la femme	62
Chapitre 7 : Conclusions et recommandations	82
Annexe : Méthodologie utilisée pour préparer le présent rapport	91
Annexe : Photographies	94

Remerciements

Le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique tient à adresser ses remerciements particuliers à S.E. Mme Ellen Johnson Sirleaf, présidente de la République du Liberia, pour le rôle prépondérant qu'elle a joué dans les travaux de la Commission.

L'Organisation mondiale de la Santé exprime également sa gratitude pour les précieuses contributions apportées par les membres de la Commission de la Santé de la femme dans la Région africaine.

Réviseurs internes du rapport

Dr P. Olukoya, Dr T. Nyagiro, Dr S. Aboubaker, Dr S. Abdool, Dr E. Johansen, Dr H. Bathija, Dr H. Diallo, Dr Chandra Mouli et Dr E. Mason.

Réviseurs externes

Dr T. Chitepo, Professeur C.O. Airhihenbuwa, Dr R. Loewenson, Professeur L.G. Olson et Professeur J.M. Kasonde.

Membres du Groupe de travail sur la santé de la femme du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

Dr T. Ketsela, Dr A. Kosia, Dr J. Kirigia, Dr E. Asamoah-Odei, Dr P. Mensah, Dr N. Bakyaïta, Dr D. Munodawafa, Dr T. Nkurunziza, Dr K. Mbaye et Dr P. Mongi.

Membres du personnel du Bureau régional de l'OMS qui ont apporté leur contributions à différentes étapes de l'élaboration du rapport : Dr I. Diop Touré, Dr T. John, Dr C. Ferreira-Borges, Dr S. Da Gama-Nkomo, Dr P. Habimana, Dr K. Mwinga, Dr C. Sagoe-Moses, M. T. Ennison, Mme A. Amoi-Séminet, M. R. Fontes et M. N. Onana.

Auteur du rapport : M. G. Humphreys.

Consultants pour la publication : Bibliothèque mondiale de médecine de la femme et M. D. Bloomer.

Les données et les photographies au niveau des pays n'auraient pu être obtenues sans le précieux apport des Représentants de l'OMS dans les pays.

Membres de la Commission de la Santé de la Femme dans la Région africaine

Présidente honoraire

S. E. Mme Ellen Johnson Sirleaf

Présidente de la République du Liberia

Professeur Robert J.I. Leke – Cameroun

Consultant en obstétrique et gynécologie

Professeur Germano Mwabu – Kenya

Université de Nairobi

Dr Sylvia Deganus – Ghana

Service de santé du Ghana

Professeur Cheikh Ibrahima Niang – Sénégal

Institut des sciences environnementales

Université Cheikh Anta Diop

Professeur Kodjo Evlo – Togo

Université de Lomé

Dr Pascoal Mocumbi – Mozambique

Ambassadeur itinérant de la santé de la femme pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

Honorable M. Theo-Ben Gurirab – Namibie

Président de l'Union interparlementaire (UIP)

Adv. Bience Gawanas – Union africaine

Commissaire aux Affaires sociales

Mme Marie-Elise Gbedo – Bénin

Magistrate et Présidente, Association des femmes juristes du Bénin

Mme Afoussatou Diarra – Mali

Juge à la Haute Cour de Justice

Professeur Christopher B-Lynch – RU

Hôpital administré par la Fondation Milton Keynes

Professeur Stephen Munjanja – Zimbabwe

Département d'obstétrique et de gynécologie, Université du Zimbabwe

Professeur Pius Okong – Ouganda

Hôpital Nsamtya, Université des Martyrs

Dr Soory Anthony Nnko – Tanzanie

Institut national pour la recherche médicale

Dr Ana Maria Van-Dúnem – Angola

Faculté de Médecine, Université Agostinho Neto



Avant-propos de la Présidente



S.E. Mme Ellen Johnson Sirleaf

En ma qualité de Présidente honoraire, j'ai eu l'agréable et le singulier devoir, ainsi que l'honneur de lancer, le 14 avril 2010 à Monrovia (Liberia), la Commission de la Santé de la Femme.

Dans le contexte africain, parmi les principaux rôles et responsabilités des femmes, le rôle de chef de file qu'elles jouent est généralement déterminant dans l'amélioration de la santé et du bien-être de leurs familles, se traduisant dans l'ensemble par la santé et le développement socioéconomique des nations, de même que des familles. Les femmes sont confrontées à de nombreux défis, notamment la lourde charge de la mauvaise santé qui entraîne des taux élevés de morbidité et de mortalité dans leurs rangs. Elles sont également exposées à de nombreuses injustices sociétales et pratiques socioculturelles néfastes, qui se répercutent sur leur santé et leur développement.

La cérémonie de lancement a offert à l'Afrique et au reste du monde l'occasion de réfléchir sur la santé de la femme, de rappeler que la santé de la femme dans la Région est déplorable, parce que chaque minute une femme meurt en couche ou souffre sa vie durant de complications de la grossesse et de l'accouchement.

J'invite tous les gouvernements à intensifier leurs engagements et leur détermination à accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, en tant que droit fondamental à la vie et au développement. Nous devons également nous souvenir d'associer concrètement les femmes à toutes les décisions relatives à leur santé et à leur bien-être.

J'ai le grand plaisir de présenter à chacun d'entre vous le présent Rapport de la Commission de la Santé de la Femme dans la Région africaine, intitulé, *Relever le défi de la Santé de la Femme en Afrique*. Ce rapport fait ressortir la situation catastrophique à laquelle les femmes africaines sont confrontées toute leur vie et fait des recommandations visant à promouvoir la santé de la femme dans la Région.

Il serait très déplacé, si je devais conclure sans vous faire part des propos suivants : « *une nation prospère lorsque les mères survivent; nous devons nous employer à les maintenir en vie* ». Même si la tâche qui nous attend peut paraître monumentale, j'encourage l'Afrique à faire en sorte que : « *Aucune femme ne meure en donnant la vie* ». Cœuvrons tous ensemble assidûment à la réduction de la mauvaise santé, à l'amélioration des modes de vie et à la diminution des décès dans la Région africaine.

S. E. Mme Ellen Johnson Sirleaf

Présidente de la République du Liberia

Avant-propos du Directeur régional



Dr Luis G. Sambo

J'ai le plaisir de partager avec vous le présent rapport, qui s'appuie sur un large éventail de bases factuelles pour montrer que le rôle des femmes en Afrique, et dans d'autres sociétés, va bien au-delà de la maternité. Le rapport met aussi en exergue le fait essentiel que les femmes ont (avant tout) droit à une bonne santé. Il s'attache également à souligner qu'il est nécessaire d'investir dans la santé de la femme et, surtout, qu'il faut donner aux femmes africaines la possibilité de libérer pleinement leur potentiel, pour leur propre épanouissement et pour la prospérité de leurs familles et de leurs pays.

Le présent rapport a été produit par une Commission multidisciplinaire de la Santé de la femme dans la Région africaine, structure créée en 2009 pour donner suite à une résolution adoptée par le Comité régional de l'OMS pour

l'Afrique lors de sa cinquante-huitième session tenue du 1^{er} au 5 septembre 2008 à Yaoundé, au Cameroun. La présidente honoraire de cette Commission est S.E. Ellen Johnson-Sirleaf, présidente de la République du Liberia, par ailleurs lauréate du Prix Nobel de la Paix.

La Commission, constituée de 16 experts, a été chargée de collecter des preuves sur les facteurs déterminants qui influent sur la santé de la femme dans la Région africaine et de recommander des mesures appropriées permettant d'obtenir des améliorations rapides et durables de la santé de la femme dans tous les secteurs de la société. La Commission a également été chargée d'entreprendre le plaidoyer en faveur de l'accroissement de l'investissement dans la santé de la femme, pour parvenir au développement social et économique.

L'approche axée sur les parcours de vie, qui permet de comprendre l'évolution de la santé dans le temps, est utilisée pour identifier les actions susceptibles d'améliorer la santé de la femme. Le rapport met l'accent sur le droit des femmes à la santé et soutient que des femmes en bonne santé constituent une source importante de capital humain, qui demeure largement inexploité.

Il est reconnu que l'on dispose de peu de preuves scientifiques de qualité concernant la santé de la femme. Il est également souligné que les besoins sanitaires de la femme changent au cours des différentes phases de sa vie. Des données désagrégées sont par conséquent nécessaires pour le suivi de l'état de santé des femmes, afin de soutenir le plaidoyer et de fournir des preuves pour la prise de décisions.

Le rapport montre que la Région africaine encourage l'autonomisation des femmes et l'entrepreneuriat féminin. Cependant, la situation demeure déplorable dans le domaine de la santé de la mère dans la Région africaine, qui enregistre près de la moitié des décès maternels qui surviennent dans le monde chaque année. Le rapport montre également que l'amélioration de la santé de la femme pourrait générer des avantages socioéconomiques considérables en termes de productivité de la main-d'œuvre et de revenu national.

Le rapport recommande un examen détaillé des approches actuelles visant à améliorer la santé de la femme dans la Région africaine. Pour y parvenir, les gouvernements devraient encourager vivement l'investissement dans la santé de la femme et prendre des mesures énergiques pour formuler des initiatives et programmes intersectoriels améliorant la santé de la femme et son rôle dans le développement.

Le présent rapport s'adresse à trois catégories de publics cibles. La première catégorie comprend les décideurs et les hauts responsables de l'État qui peuvent influencer, au niveau national, sur le déploiement de

ressources en faveur de l'exécution d'activités pouvant améliorer la santé de la femme et son statut social. Il s'agit notamment des parlementaires, des fonctionnaires de haut rang et des ministres de la Santé, de l'Éducation, des Finances, de la Planification et de la Condition féminine. La deuxième catégorie comprend les représentants d'organisations non gouvernementales locales et internationales, d'organismes du système des Nations Unies, de la société civile, des communautés, des organes de presse, des militants de la cause féminine, des syndicats et des associations professionnelles. Tous ces acteurs sont importants pour la promotion du droit de la femme à une bonne santé. La troisième catégorie comprend les agents de santé, les économistes, les sociologues, les universitaires, les institutions de recherche et les milieux d'affaires, qui peuvent influencer les événements et faire pencher la balance en faveur de la santé de la femme.

En présentant ce rapport, je forme le vœu qu'il permette aux États membres, aux organismes et aux partenaires au développement d'investir substantiellement dans la promotion du bien-être physique, social et psychique des femmes, et d'engager des initiatives novatrices qui permettront d'améliorer la santé et la qualité de vie de toutes les filles et de toutes les femmes de d'Afrique.



Dr Luis G. Sambo
Directeur régional

Sigles, abréviations et définitions

Sigles et abréviations

ARV	Médicament antirétroviral
AVCI	Années de vie corrigées du facteur invalidité
CARMMA	Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique
CEA	Commission économique pour l'Afrique
CEDEF	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CNM	Cliniciens non médecins
FAMPOP	Projet d'options de planification familiale
FGM	Fardeau mondial de la maladie
IIAT	Institut international d'agriculture tropicale
IST	Infections sexuellement transmissibles
MGF	Mutilations génitales féminines
MII	Moustiquaires imprégnées à l'insecticide
MST	Maladies sexuellement transmissibles
MYWO	Organisation <i>Maendeleo Ya Wanawake</i> , Kenya
MNT	Maladies non transmissibles
NUWODU	National Union of Women with Disabilities in Uganda (Union nationale des femmes en situation d'handicap en Ouganda)
OIT	Organisation internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisations non gouvernementales
OOP	Paiement direct des soins
PIB	Produit intérieur brut
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSP	Soins de santé primaires
TAR	Thérapie antirétrovirale
TB	Tuberculose
TI	Technologie de l'information
TME	Transmission mère-enfant
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

Définitions

Accoucheuses	Agents de santé qui ont suivi un cours pouvant donner droit à un certificat et acquis un éventail de compétences qualifiées reconnues au niveau international en matière de soins de la mère et du nouveau-né
Adolescente	Jeune fille âgée de 10 à 19 ans
Agent de santé communautaire	Agent de santé d'une communauté qui a reçu une formation relative à certains éléments des soins de santé primaires communautaires
Avortement à risque	Procédure pour mettre un terme à une grossesse non désirée, pratiquée, soit par des personnes n'ayant pas les qualifications requises soit dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou dans ces deux cas à la fois
Badienou Gokh	Conseillère en soins de santé/tante honoraire
Capital humain	Ressources en compétences, connaissances et attributs de personnalité se traduisant par l'aptitude à effectuer un travail, afin de produire une chose ayant une valeur économique
Capital social	Relations au sein des réseaux et entre ceux-ci, qui apportent des avantages
Cliniciens non médecin	Agents de santé formés à l'acquisition de compétences de sorte à pouvoir prodiguer des soins normalement assurés par un médecin
Cours de la vie	Concept des transitions physiologiques et sociales dans la vie des individus de la naissance jusqu'à la mort
Décès maternel	Décès d'une femme pendant la grossesse ou dans un délai de 42 jours à partir de la fin de la grossesse, quels que soient la durée et le lieu de la grossesse, pour toute cause liée à la grossesse ou aggravée par celle-ci ou bien par sa prise en charge, mais non pour des causes accidentelles ou fortuites
Déterminant	Facteur tel qu'une caractéristique personnelle, un état environnemental ou socioéconomique qui affecte la santé
Distributeur communautaire	Agent de santé communautaire spécifiquement chargé de la distribution de produits de base de planification familiale au niveau des villages
Droit coutumier	Lois écrites ou non écrites, établies sur la base des traditions et des coutumes des sociétés
Femme adulte	Femme âgée de 20 à 59 ans
Femme âgée	Femme âgée de 60 ans ou plus
Fillette	Enfant de sexe féminin âgé de 0 à 9 ans
Frais d'usager	Frais déboursés directement par les clients pour des soins de santé et des services apparentés
Meilleures pratiques	Connaissance de ce qui fonctionne dans des situations et des contextes spécifiques, sans recourir à des ressources démesurées pour obtenir les résultats souhaités et qui peut être utilisée pour élaborer et mettre en œuvre des solutions adaptées à des problèmes sanitaires similaires dans d'autres situations et contextes
Multisectorielle	Stratégie de planification et de mise en œuvre de programmes d'approche qui font intervenir de nombreux secteurs de l'économie
Mutilations génitales féminines	Procédure pratiquée chez les filles ou les jeunes femmes dans le cadre de laquelle des parties des organes sexuels externes font l'objet d'ablation ou de reconstitution pour des raisons sociales
Région africaine de l'OMS	Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, République centrafricaine, Comores, République du Congo, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe



« Les interventions visant à améliorer la santé de la femme qui se concentrent exclusivement sur les questions de santé publique passent à côté de l'interdépendance fondamentale de la santé et d'autres facteurs dans la société. La reconnaissance de cette interdépendance constitue le point de départ pour le réexamen multisectoriel des stratégies de soins de santé que la Commission appelle de ses vœux dans la Région africaine. »

Résumé d'orientation

Vue d'ensemble

Le présent rapport soutient que la santé de la femme est le fondement du développement social et économique dans la Région africaine. La santé de la femme est reconnue comme une question de droits de l'homme et devrait être promue et défendue en tant que telle. Les femmes en Afrique représentent un peu plus de 50 % des ressources humaines du continent et la santé de la femme a, dès lors, d'énormes incidences sur le développement de la Région. En se concentrant en particulier sur le niveau élevé inacceptable de la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne, le rapport préconise que soient repensées fondamentalement les approches visant à améliorer la santé de la femme, approches sous-tendues par la compréhension des déterminants socioculturels très importants qui l'influencent.

La thèse essentielle du rapport tient au fait qu'un éventail de pressions socioéconomiques défavorables, notamment les soins de santé inappropriés, empêche les femmes africaines de donner la pleine mesure de leurs capacités. Les interventions destinées à améliorer la santé de la femme, se concentrant uniquement sur les questions de « santé publique », passent à côté de l'interdépendance fondamentale de la santé avec d'autres facteurs en jeu dans la société. La reconnaissance de cette interdépendance est le point de départ pour miser davantage sur l'approche multisectorielle requise dans la Région africaine.

Pour mieux comprendre les relations souvent complexes existant entre la santé de la femme et son statut socioéconomique, le rapport adopte une approche multidisciplinaire pour la collecte et l'analyse des preuves et une approche de la santé de la femme axée sur le cours de la vie, en vue de mettre au jour les défis spécifiques auxquels les femmes africaines sont confrontées à différents stades de leur vie. L'approche montre à quel point les interventions aux stades précoces de la vie des femmes peuvent avoir un effet positif sur leur santé et, par la suite, sur leur statut socioéconomique.

Sans être exhaustif, le rapport passe en revue les problèmes principaux liés à la santé de la femme. En effet, le rapport attire l'attention sur les lacunes au niveau des données et des travaux de recherche existants, le cas échéant. Fait extrêmement important, le rapport permet de mieux comprendre les interdépendances entre les problèmes qui ont été souvent négligés dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de santé publique visant l'amélioration de la santé de la femme. Il met, dans le même temps, en exergue les nombreuses possibilités de développement en Afrique qui, avec des investissements convenablement ciblés et soutenus, peuvent avoir un profond retentissement sur la santé des femmes, leur bien-être et leur statut socioéconomique.

Principales constatations du rapport

A. Les femmes africaines supportent dans une mesure inacceptable une énorme charge de morbidité et de mortalité



L'état de la santé maternelle en Afrique est déplorable, la Région représentant environ la moitié de la totalité des décès maternels enregistrés dans le monde chaque année et, hélas, ce tableau n'est pas en train de s'améliorer de façon significative. 

L'état de la santé maternelle en Afrique est déplorable, la Région représentant environ la moitié de la totalité des décès maternels enregistrés dans le monde chaque année et, hélas, ce tableau n'est pas en train de s'améliorer de façon significative. Même si l'OMD 5 cible une réduction de 75 % de la mortalité maternelle

entre 1990 et 2015, ce qui requiert une diminution annuelle moyenne de 5,5 %, la réduction moyenne annuelle actuelle dans la Région africaine a été de 2,7 % de 1990 à 2010. Plus de la moitié des décès maternels surviennent dans un délai de 24 à 48 heures après l'accouchement, suite à des complications allant de l'hémorragie post-partum à la septicémie et aux troubles hypertensifs. Certaines mères africaines perdent simplement leur sang jusqu'à en mourir après l'accouchement, faute d'agents de santé professionnels qualifiés pour leur prêter assistance. Selon les estimations, environ un quart des décès maternels pourrait être évité grâce à des soins obstétriques d'urgence. La situation est encore plus tragique, quand on pense qu'il est possible de prévenir dans une large mesure la mortalité maternelle, comme en atteste la disparité mondiale observée au niveau des résultats en termes de santé maternelle. En effet, en Europe, la mortalité maternelle est un fait rare, à raison de seulement 20 décès pour 100 000 naissances vivantes contre 480 décès pour 100 000 naissances vivantes dans la Région africaine, taux le plus élevé de toutes les régions au monde.

Certes le VIH/sida et la mortalité maternelle continuent d'occuper une place prédominante dans les statistiques de morbidité et de mortalité de la Région, mais d'autres problèmes se profilent à l'horizon. À un âge avancé, les femmes africaines souffrent de plus en plus de maladies non transmissibles (MNT), notamment de maladies cardiovasculaires, de cancers, du diabète et de maladies respiratoires chroniques. Le rapport fait remarquer que les taux de prévalence des MNT ne sont pas de façon générale enregistrés par les services de santé en Afrique, mais les rares études entreprises donnent à penser qu'ils sont élevés et même en augmentation. Selon l'OMS, si rien n'est fait pour s'attaquer à la question des MNT, elles représenteront au moins 50 % du taux de mortalité dans la Région africaine d'ici 2020.

B. Le sous-investissement dans les soins de santé de la femme est l'un des nombreux défis à relever

Le rapport montre que la défaillance des systèmes de santé dans la majorité des pays africains à fournir des soins accessibles et de qualité acceptable est l'un des principaux facteurs des tendances défavorables des indicateurs de la santé de la femme. Cette situation découle du sous-investissement dans la santé de la femme et également d'autres facteurs tels l'autonomisation insuffisante des femmes et la mauvaise conception des systèmes de santé. Depuis 2003, les dépenses moyennes de santé, en pourcentage des dépenses totales des pays africains, ont oscillé autour de 10 %, soit deux tiers du niveau auquel les dirigeants africains se sont eux-mêmes engagés à Abuja en 2001. Il convient de noter que dix années après la Déclaration d'Abuja, seuls le Botswana, le Burkina Faso, la République démocratique du Congo, le Liberia, le Rwanda, la Tanzanie et la Zambie tiennent leurs engagements tandis qu'à présent 13 pays africains allouent effectivement à la santé une part de leur budget total officiel inférieure à celle qu'ils y allouaient avant 2001.

Toutefois, même avec un financement suffisant, les systèmes de santé de la Région auront du mal à satisfaire les besoins des femmes, à moins que des changements radicaux ne soient apportés à la conception des systèmes de santé. La majorité des services de soins de santé modernes fournis dans la Région est basée sur des centres de soins, privilégie le médecin et est axée sur les zones urbaines, laissant la population en majorité rurale terriblement sous-desservie.

 **La majorité des services de soins de santé modernes fournis dans la Région est basée sur des centres de soins, privilégie le médecin et est axée sur les zones urbaines, laissant la population en majorité rurale terriblement sous-desservie.** 



Il est donc essentiel que les décideurs repensent la conception des systèmes de santé, en accordant une plus grande priorité aux soins de santé primaires (SSP). L'organisation de la prestation de soins de santé maternelle doit en particulier être réexaminée et réformée afin d'améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence basiques et complets.

L'un des plus grands problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé de la Région tient à l'insuffisance d'agents de santé qualifiés et motivés. Selon les données de l'OMS, 36 des 57 pays qui sont confrontés à une grave pénurie d'agents de santé dans le monde sont africains. Les mauvaises conditions de travail et les rémunérations insuffisantes sont deux des principales raisons qui expliquent cette situation, mais le recrutement et la fidélisation du personnel sont également compromis par l'instabilité politique, les crises financières en cours et l'épidémie de VIH/sida.

Un certain nombre de pays africains sont en train d'explorer diverses options pour maximiser l'utilisation efficiente des ressources disponibles, notamment la délégation de tâches pour permettre au personnel d'échelon intermédiaire d'assurer des procédures essentielles comme les soins obstétricaux d'urgence. Toutefois, davantage de preuves sont nécessaires pour déterminer la valeur de ces approches. Les femmes sont les principales pourvoyeuses de soins de santé dans la Région. Elles sont les premières personnes à s'occuper des autres dans le ménage et dans le système formel de soins de santé. Toutefois, elles sont rarement représentées à des postes au niveau exécutif ou managérial et tendent à exécuter des tâches de niveau subalterne qui, même si elles sont essentielles, ne correspondent pas à toutes leurs possibilités managériales et autres capacités. Cette situation doit changer, notamment, en faisant en sorte que les filles aient les mêmes possibilités d'éducation que leurs frères dans leur jeunesse et soient en mesure de poursuivre leurs études jusqu'à des spécialisations débouchant sur des postes de responsabilité au sein du système de santé et dans d'autres domaines.

 **Les femmes sont les principales pourvoyeuses de soins de santé dans la Région. Elles sont les premières personnes à s'occuper des autres dans le ménage et dans le système formel de soins de santé. Toutefois, elles sont rarement représentées à des postes au niveau exécutif ou managérial et tendent à exécuter des tâches de niveau subalterne qui, même si elles sont essentielles, ne correspondent pas à toutes leurs possibilités managériales et autres capacités.** 

Le paiement direct des soins de santé punit le pauvre et pénalise, en particulier, les femmes. Il est incontestablement prouvé que le paiement direct des soins de santé, la forme la plus importante de financement des systèmes de santé dans la Région, a entraîné un déclin général de l'utilisation des services de santé. Comme le rapport le montre, même lorsque les frais perçus sont peu élevés, ils découragent le recours aux services de santé. Le paiement direct des soins pose un problème particulier pour les femmes en Afrique, parce qu'elles sont souvent dépendantes des hommes au plan financier et leur accès à des services de santé dépend ainsi des décisions de ces derniers. Le rapport montre qu'en cas de suppression du paiement direct, les taux d'utilisation augmenteront. Cependant, le paiement direct ne devrait pas être supprimé sans une planification minutieuse, parce que le remplacement du paiement direct par des systèmes de financement basés sur le paiement anticipé et la mutualisation des ressources présente des défis considérables aux niveaux de l'organisation et de la gouvernance.

C. Une approche multisectorielle s'impose pour améliorer la santé de la femme

La mauvaise santé est à la fois un symptôme et une cause de la perte d'autonomie des femmes – un facteur du cycle de la perte d'autonomie des femmes africaines. Le manque d'information et la pauvreté économique jouent également un rôle important, entraînant la maladie et vice versa. Il est essentiel, par conséquent, que les décideurs adoptent des mesures multisectorielles dans la résolution des questions de santé de la femme. Par exemple, plusieurs des principaux problèmes sanitaires affectant les femmes en Afrique sont liés aux mauvaises conditions de vie et, pour les résoudre, l'on doit s'attaquer à leurs causes profondes. Les femmes étant à titre principal celles qui collectent le bois de chauffe et vont chercher l'eau et qui sont les principales

productrices et préparatrices de la nourriture dans les ménages africains, elles sont exposées à des risques sanitaires particuliers. Il est amplement démontré que l'amélioration des infrastructures, telles que les voies d'accès et la fourniture de sources d'eau potable accessibles, peut améliorer considérablement la santé de la femme et son bien-être économique. En tant que principales participantes à ces activités, les femmes elles-mêmes ont un rôle important à jouer dans l'élaboration de politiques et la conception de projets visant à améliorer la situation en ce qui concerne les combustibles et l'eau dans les foyers africains et devraient, en général, être associées aux processus de développement à tous les niveaux de la société.

« Le manque d'information et la pauvreté économique jouent également un rôle important, entraînant la maladie et vice versa. Il est essentiel, par conséquent, que les décideurs adoptent des mesures multisectorielles dans la résolution des questions de santé de la femme. »

Le rapport montre que de simples changements apportés dans les foyers peuvent conduire à une amélioration radicale de la vie des femmes. Par exemple, l'acquisition d'appareils ménagers est un investissement permettant d'économiser de la main-d'œuvre qui permettra aux filles de consacrer davantage de temps à leur études et aux femmes de concentrer leur attention sur les enfants ou de prendre part à des activités plus productives au plan économique; les fourneaux à bois ou à charbon améliorés, déjà utilisés dans certains pays africains, réduisent la pollution des cuisines jusqu'à 50 %, réduisant ainsi l'exposition des filles et des femmes à la pollution intérieure.

D. L'autonomisation socioéconomique des femmes est essentielle pour obtenir de meilleurs résultats pour la santé

L'une des mesures les plus importantes à prendre pour un changement positif dans la Région africaine consiste à améliorer l'éducation des femmes. Les décideurs doivent engager davantage de ressources pour améliorer l'accès des filles aux écoles. Ils doivent remettre en cause le stéréotype social qui maintient les filles à la maison. C'est là encore une autre question nécessitant une consultation multisectorielle sur la nécessité d'un changement d'attitude dans les foyers et les communautés. Par exemple, il faudrait confier aux garçons et aux filles la même part des travaux ménagers plutôt que de laisser ces tâches uniquement aux filles.

« L'éducation des femmes favorise l'autonomisation socioéconomique. Toutefois, l'autonomisation sera incomplète tant que l'on ne facilitera pas la pleine participation des femmes au marché de l'emploi et qu'elles ne jouiront pas du fruit de leur propre travail. »



L'Afrique subsaharienne a le taux d'alphabétisation le plus bas en ce qui concerne les jeunes filles, le pourcentage le plus bas d'inscriptions à l'école primaire et le pourcentage le plus faible de fréquentation de l'école primaire dans le monde, la fréquentation nette des écoles secondaires étant de 22 % en Afrique subsaharienne contre 52 % en Asie du Sud, par exemple. Certains pays africains s'emploient déjà à résoudre ce problème, notamment en renonçant au paiement des frais scolaires pour les filles et en lançant des programmes de cantines gratuites. Ces initiatives simples ont abouti à des augmentations significatives de la fréquentation scolaire, mais l'on peut faire bien plus.

L'éducation des femmes favorise l'autonomisation socioéconomique. Toutefois, l'autonomisation sera incomplète tant que l'on ne facilitera pas la pleine participation des femmes au marché de l'emploi et qu'elles ne jouiront pas du fruit de leur propre travail. L'accès limité au crédit, à la terre et aux services de vulgarisation agricole fait obstacle à la contribution des femmes au bien-être des foyers dans de nombreux milieux. Les associations de femmes dans les zones rurales et urbaines ont contribué significativement à la création de réseaux sociaux capables

de mobiliser des ressources d'investissement pour les femmes dans les localités rurales, mais l'on peut faire bien plus et il en va de même des activités entrepreneuriales des femmes. Comme le rapport le montre, il existe en Afrique de nombreux exemples frappants de femmes d'affaires ayant extrêmement bien réussi. Néanmoins, le continent reste à la traîne par rapport à d'autres régions en développement en matière de promotion de l'esprit d'entreprise des femmes. Les femmes sont en particulier confrontées à des défis considérables en ce qui concerne l'accès au crédit et aux services sociaux de base, tels les soins de santé et l'éducation. Le droit des femmes à la possession de biens immobiliers requiert également un appui plus important, notamment grâce à des changements législatifs et à l'application effective des lois existantes.

L'octroi de droits de propriété aux femmes renforcera non seulement leur position socioéconomique, mais améliorera aussi leur participation aux activités civiques, aspect important de l'autonomisation des femmes. Même si certains pays sont parvenus à une représentation féminine de 50 % ou plus, dans l'ensemble, les femmes sont nettement sous-représentées en politique en Afrique, étant donné que la plupart des pays de la Région comptent moins de 10 % de femmes parlementaires. Ce déficit commence au niveau de la communauté de base, parce que la discrimination entre les sexes, notamment l'absence de possibilités d'éducation, donne aux femmes l'impression de ne pas avoir de possibilité de s'exprimer. Heureusement, cette situation est en train de changer pour le meilleur dans certains pays. Le tableau est également affligeant en ce qui concerne le nombre de femmes occupant des postes ministériels ou des fonctions de cadre supérieur dans la fonction publique. La participation des femmes aux plus hautes instances politiques des gouvernements est manifestement la clé de l'intégration des questions de santé de la femme. Elle a déjà joué un rôle important en soutenant la promulgation de lois contre la discrimination sexospécifique et les pratiques culturelles néfastes telles que les mutilations génitales féminines.

E. La violence à l'égard des femmes est une dégradation inacceptable des droits de la femme

Sous sa pire forme, la discrimination fondée sur le sexe se traduit par la violence de l'homme à l'égard de la femme. La coercition et la violence sexuelles sont monnaie courante dans de nombreux pays et tendent à s'exacerber dans les situations de crise telles que les catastrophes naturelles et les conflits armés. La violence à l'égard des femmes devient particulièrement pernicieuse dans le cadre de certaines pratiques traditionnelles néfastes telles les mutilations génitales féminines qui, selon les estimations, sont infligées chaque année à plus de deux millions de filles âgées de 4 à 12 ans, tandis que ce sont plus de 92 millions de filles et de femmes âgées de plus de 10 ans qui vivent, pense-t-on, dans l'indignité et la douleur résultant de cet abus. De nombreux pays d'Afrique subsaharienne ont adopté des lois pénalisant cette pratique, mais la législation doit être complétée par des efforts diversifiés, notamment des programmes d'éducation publique et l'implication d'organisations professionnelles et de groupes de femmes dans des campagnes anti-mutilation génitale féminine (MGF), de même que dans des interactions avec les communautés, en s'attaquant aux raisons culturelles de la perpétuation de ces pratiques.

 **La violence à l'égard des femmes devient particulièrement pernicieuse dans le cadre de certaines pratiques traditionnelles néfastes telles les mutilations génitales féminines qui, selon les estimations, sont infligées chaque année à plus de deux millions de filles âgées de 4 à 12 ans.** 

F. L'amélioration de la santé de la femme comporte d'immenses avantages socioéconomiques

Comme ce rapport le montre, l'amélioration de la santé de la femme sera source d'un avantage socioéconomique important. Cet avantage se manifeste par une plus grande productivité grâce à une main-d'œuvre en bonne santé. Les femmes étant la source principale de main-d'œuvre agricole dans la Région et les piliers de l'économie de l'Afrique dans son ensemble, investir dans leur santé générerait des retombées économiques notables. De même, il est évident que l'amélioration de la santé maternelle a des avantages socioéconomiques. La santé des mères est vitale pour la santé de leurs enfants à naître. L'investissement dans la santé maternelle constitue donc un investissement dans la santé des générations futures.

Les mères en Afrique ne veillent pas seulement au bien-être de leurs enfants, elles les nourrissent, les nettoient et les habillent dans des milieux non marchands, tels les ménages et les exploitations agricoles; elles orientent également les ressources du ménage vers les soins et l'éducation de leurs enfants dans des milieux marchands tels que les crèches, les écoles et les centres de soins. Quand les femmes perçoivent des revenus, elles sont plus susceptibles que les hommes de dépenser leurs gains en biens et services qui profitent au foyer et aux enfants. À l'évidence, toute société qui limite le rôle des femmes à la maternité et à l'éducation des enfants, en les confinant au milieu familial, a un lourd tribut à payer en termes socioéconomiques.

 **La santé des mères est vitale pour la santé de leurs enfants à naître. L'investissement dans la santé maternelle constitue donc un investissement dans la santé des générations futures.** 

Il a été démontré que la planification familiale a des avantages socioéconomiques directs. L'Organisation mondiale de la Santé estime que dans un certain nombre de milieux à faibles revenus, notamment l'Afrique subsaharienne, investir un dollar en planification familiale peut permettre d'en économiser quatre qui auraient autrement été consacrés par la suite à la prise en charge de complications résultant de grossesses non désirées. Il existe d'autres avantages moins facilement quantifiés, mais qui ne sont pas pour autant moins importants. Par exemple, en réduisant le nombre de naissances non planifiées chez les adolescentes, les décideurs peuvent s'attendre à ce que davantage de jeunes femmes restent scolarisées, ce qui à son tour améliore le statut social des femmes et leur production économique. Limiter la conception peut être également bénéfique pour le foyer, en donnant à la mère du temps pour récupérer entre les grossesses et en lui permettant de consacrer davantage de temps et de ressources à chacun de ses enfants.

Ce qui se passe au niveau du ménage se répercute souvent au niveau de l'économie au sens plus large. Le contrôle de la fécondité, par exemple, réduit la demande en ressources nécessaires pour les soins de santé, l'éducation et les systèmes de sécurité sociale et atténue la pression exercée sur les ressources naturelles, telles que les terres arables et l'eau, et sur la demande en nourriture que ces ressources produisent. Si la croissance démographique n'est pas maîtrisée, une pression indue s'exerce sur toutes les ressources disponibles. L'Afrique subsaharienne a le taux de fécondité le plus élevé au monde, estimé à 5,2 enfants. Toutes choses étant égales par ailleurs, la réduction du taux de fécondité contribuera à améliorer la santé des femmes et le développement régional et la clé pour y parvenir est un plus grand usage de la contraception. Malheureusement, sur le continent, les progrès accomplis dans ce domaine ont été relativement lents.

G. Besoin pressant de disposer de meilleures données

Facteur de la plus haute importance, les données et la recherche spécifiques à la santé de la femme font défaut. Les besoins sanitaires de la femme varient au cours des divers stades de sa vie. Des données ventilées par âge et par sexe sont donc nécessaires pour suivre l'état de santé de la femme par catégories d'âge. Les enquêtes démographiques et sanitaires sont des sources utiles d'information sur les indicateurs relatifs à la santé reproductive, étant donné qu'elles sont ventilées par âge et par sexe. Mais, elles ne comportent pas suffisamment d'informations concernant les cancers et d'autres morbidités affectant les femmes âgées. Étant donné que les femmes supportent une charge importante de morbidité durant la période de procréation, le suivi de leur santé dans cette phase et l'évaluation de la qualité des soins qui leur sont fournis revêtent une importance particulière. C'est pourquoi le rapport conseille vivement aux décideurs d'améliorer les systèmes de gestion de l'information relative à la santé de la femme, en passant de la collecte manuelle des données à la collecte électronique de celle-ci et en menant sur une base régulière des enquêtes nationales polyvalentes sur les ménages.

Conclusion

Le présent rapport nous invite à repenser en profondeur les approches d'amélioration de la santé de la femme en Afrique et cette refonte entraînera des changements dans la façon de procéder. Pour y parvenir, les gouvernements doivent s'impliquer dans les questions de santé de la femme, parce qu'ils sont les seuls à pouvoir coordonner les diverses initiatives nécessaires pour susciter un changement à large échelle dans ce domaine. Il est donc essentiel de mobiliser la volonté politique et l'engagement politique au plus haut niveau possible pour soutenir les investissements massifs dans la santé de la femme. Une volonté politique sera nécessaire pour initier et coordonner les investissements requis et il faudra un engagement politique pour les pérenniser.

Enfin, les décideurs s'employant à améliorer la santé et le statut socioéconomique des femmes africaines n'auront pas meilleures alliées que ces femmes elles-mêmes. Comme le rapport le montre, bien que les femmes africaines contribuent déjà dans une large mesure aux activités sociales et économiques du continent, les preuves présentées dans le présent rapport montrent qu'elles peuvent faire bien plus. Toutefois, elles ne peuvent y parvenir toutes seules. Elles ont besoin de l'appui et de l'engagement des décideurs pour rompre le cycle de la pauvreté, de la maladie et de la perte d'autonomie qui les empêche de jouir du droit à la santé et au statut socioéconomique qui relèvent de leur droit inaliénable et qui restreint l'exploitation de leur immense potentiel physique et intellectuel. La Région ne commencera à réaliser tout son potentiel en termes de stabilité politique, de prospérité économique et de meilleurs résultats sanitaires pour tous que lorsque l'importance du rôle de la femme africaine dans le développement de la Région sera perçue.

« Les femmes africaines contribuent déjà dans une large mesure aux activités sociales et économiques du continent, les preuves présentées dans le présent rapport montrent qu'elles peuvent faire bien plus. Toutefois, elles ne peuvent y parvenir toutes seules. »

Voir aux pages 83 à 89 les recommandations de la Commission, qui mettent l'accent sur les thèmes suivants :

- 1. Bonne gouvernance et bon leadership pour améliorer, promouvoir, soutenir la santé de la femme et investir dans ce domaine**
- 2. Initiatives politiques et législatives pour traduire la bonne gouvernance et le bon leadership en actes concrets**
- 3. Interventions multisectorielles nécessaires pour améliorer la santé de la femme**
- 4. Autonomisation des filles et des femmes pour être des agents efficaces de leurs propres intérêts**
- 5. Amélioration de la réceptivité des systèmes de soins de santé pour répondre aux besoins sanitaires des femmes**
- 6. Collecte de données pour le suivi et évaluation des progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs de santé pour les filles et les femmes**





« En adoptant une approche intégrée du cours de la vie pour l'analyse de la santé de la femme, le rapport n'aborde pas seulement les questions de santé publique, mais également les facteurs sociaux, économiques et culturels déterminant l'état de santé actuel de la femme. Il recense également les interventions qui sont les plus susceptibles de rehausser le statut social des femmes, de promouvoir l'égalité entre les sexes et de permettre aux femmes de contribuer pleinement au développement social et économique. »

Introduction

Le présent rapport a été produit par la Commission de la Santé de la Femme dans la Région africaine à la suite de la résolution AFR/RC58/RI du Comité régional de l’OMS des Ministres de la Santé de l’Afrique, qui a demandé la création d’une commission pour produire des données factuelles sur l’importance de la santé de la femme comme socle du développement social et économique. Le groupe a été également chargé de documenter et d’analyser les déterminants essentiels de la santé de la femme en Afrique et de faire des recommandations pour son amélioration; un accent particulier a été mis sur le niveau élevé inacceptable de la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne, qui est source de grandes préoccupations pour l’Organisation mondiale de la Santé et ses États Membres de la Région africaine.

En adoptant une approche intégrée du cours de la vie pour l’analyse de la santé de la femme, le rapport n’aborde pas seulement les questions de santé publique, mais également les facteurs sociaux, économiques et culturels déterminant l’état de santé actuel de la femme. Il recense également les interventions qui sont les plus susceptibles de rehausser le statut social des femmes, de promouvoir l’égalité entre les sexes et de permettre aux femmes de contribuer pleinement au développement social et économique. Cette analyse multisectorielle a nécessité une approche pluridisciplinaire pour la collecte et l’évaluation de preuves, afin de permettre de mieux comprendre les relations souvent complexes existant entre la santé de la femme et son développement socioéconomique dans la Région africaine.

Les données utilisées pour générer les preuves présentées dans le rapport proviennent d’un large éventail de sources, notamment l’Organisation mondiale de la Santé, la Banque africaine de développement, la Commission économique des Nations Unies pour l’Afrique, le Fonds des Nations Unies pour l’Enfance et la Banque mondiale. Une analyse complémentaire de la charge de morbidité a été faite en utilisant les bases de données sur le Fardeau global de la maladie (FGM). Les données concernant les femmes ont été sélectionnées à partir des sources ci-dessus mentionnées et des comparaisons ont été faites entre la Région africaine de l’OMS et d’autres régions de l’OMS. Dans notre examen de la littérature pertinente, une grande priorité a été accordée aux articles publiés dans des revues révisées par des pairs dans les domaines de l’anthropologie, de l’épidémiologie, de la sociologie, de l’économie, de la démographie et de la santé publique. Vu qu’il importe d’avoir une compréhension totale de la méthodologie utilisée dans la préparation du présent rapport, afin d’appréhender les recommandations qu’il fait dans leur perspective appropriée, une description détaillée de la méthodologie est fournie dans l’annexe aux pages 91 à 93.

Pour élucider la spécificité contextuelle et les points de vue locaux, une enquête sur les femmes en Afrique a été entreprise par le biais de courriers électroniques, de questionnaires et d’entretiens téléphoniques, qui ont servi à collecter des informations qualitatives relatives aux perceptions locales concernant la grossesse, l’accouchement, la mortalité maternelle, le rôle des sexes dans les soins de santé et les expériences des femmes en ce qui concerne l’utilisation des établissements sanitaires. Au nombre des sources importantes de ces données qualitatives figuraient les femmes elles-mêmes, notamment celles ayant des connaissances locales approfondies des pratiques sanitaires traditionnelles et des états pathologiques de la femme. Il a été exigé de ces femmes d’avoir une expérience des établissements sanitaires locaux en tant que patientes. Elles ont été recrutées dans des pays de diverses sous-régions de la Région africaine, à savoir le Burkina Faso, la Côte d’Ivoire, le Ghana et la Guinée-Bissau (Afrique de l’Ouest), la République démocratique du Congo (Afrique centrale) et le Kenya, le Rwanda et l’Afrique du Sud (Afrique orientale et australe).

Le présent rapport vise à aider à mieux comprendre les interrelations entre les problèmes, qui ont souvent été négligées dans l’élaboration et la mise en œuvre de politiques de santé publique destinées à améliorer la santé de la femme. Dans le cas où il existe des lacunes notables en ce qui concerne les relations entre la santé de la femme et les facteurs culturels et socioéconomiques, le rapport les identifie et encourage les parties concernées à s’efforcer de les combler. Fait plus important encore, le rapport attire l’attention sur les nombreuses manières dont les décideurs, par des investissements convenablement ciblés et soutenus, peuvent avoir un impact considérable sur la santé, le bien-être et l’autonomisation des femmes dans la Région africaine.



« *Protéger et promouvoir la santé de la femme est crucial pour la santé et le développement, non seulement, pour la santé des citoyens d'aujourd'hui, mais aussi, pour celle des futures générations.* »

Dr Margaret Chan, Directeur général
Organisation mondiale de la Santé¹

Chapitre 1 :

Repenser la santé de la femme

La bonne santé résulte de nombreux facteurs. Dans de nombreuses cultures africaines, le concept de santé a trait à la réalisation d'un équilibre harmonieux entre le corps et l'esprit et surtout entre l'individu et la communauté. Les déterminants sociaux de la santé font donc implicitement partie du concept de l'équilibre. Chez les Wolofs d'Afrique de l'Ouest, par exemple, le concept du « *Jamm* » connote l'idée d'une bonne santé et d'une paix absolue chez une personne, au sein de la famille et de la communauté². La bonne santé et la maladie sont perçues tant en termes individuels que communautaires, en supposant que ce qui est bon pour la communauté, l'est aussi pour l'individu et vice-versa.

C'est la nature complexe et composite de la santé qui exige une révision de la santé de la femme dans la Région africaine ainsi qu'une approche multisectorielle pour l'élaboration de politiques et d'interventions conçues pour améliorer l'état de la santé de la femme. L'idée essentielle du présent rapport est que ce qui est bon pour la santé de la femme africaine – à tous les stades de la vie – l'est aussi pour la Région dans son ensemble. En un certain sens, ceci est évident : la santé de la femme détermine la santé des enfants qu'elle portera. Investir dans sa santé, c'est par conséquent investir dans l'avenir. Malheureusement, le rôle des femmes perçu dans les sociétés africaines a été pendant longtemps limité à la procréation. En conséquence, la contribution des femmes au développement socioéconomique n'est souvent pas prise en compte.

Les femmes en Afrique supportent dans une mesure disproportionnée une part importante de la charge globale de morbidité et de mortalité, notamment en ce qui concerne la morbidité et la mortalité maternelles. L'Afrique toute entière représente à peu près la moitié de la totalité des cas de mortalité maternelle dans le monde et une femme sur 42 meurt lors de l'accouchement par rapport à une sur 2900 en Europe³. En ce qui concerne le VIH/sida, le tableau est tout aussi sombre. Les femmes africaines représentent 89 % de la charge mondiale du nombre d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) attribuée au VIH/sida⁴.

 **Les femmes en Afrique supportent dans une mesure disproportionnée une part importante de la charge globale de morbidité et de mortalité, notamment en ce qui concerne la morbidité et la mortalité maternelles.** 

Repenser les politiques

Pour que les responsables politiques créent les conditions permettant aux femmes à tous les niveaux de la société de bénéficier de meilleurs soins de santé, ils doivent mettre en place de meilleurs systèmes de santé qui soient adaptés aux besoins des femmes, assurer une éducation qui place les filles sur un même pied d'égalité que les garçons, offrir des soins maternels de qualité, éliminer les discriminations fondées sur le sexe, abolir les mauvaises pratiques traditionnelles telles les mutilations génitales féminines et revoir les méthodes modernes de procréation, qui sont pratiquées dans les établissements de santé au détriment des convenances ou du respect de la vie privée des femmes.

Toutefois, pour améliorer au maximum la santé de la femme, les décideurs doivent également s'employer à améliorer le statut social de la femme, notamment par l'autonomisation qui va de pair avec l'éducation et une participation sans entraves à tous les domaines professionnels⁵. Dans cet effort, les gouvernements doivent parallèlement s'engager à soutenir les femmes africaines les plus vulnérables, par

exemple en leur garantissant une nutrition, un approvisionnement en eau et un assainissement appropriés, ainsi qu'un accès gratuit à des soins de santé de qualité au point de prestation.

Il faudra plus qu'une refonte pour apporter les changements nécessaires et, à un certain point, des mesures résolues s'avèreront nécessaires. Pour initier des investissements à large échelle dans la santé de la femme, une volonté et un engagement politique sont nécessaires : la volonté politique d'initier et de coordonner les investissements requis et l'engagement politique de les soutenir. L'héritage culturel de la femme africaine, héritage caractérisé par une grande force de caractère et une ingéniosité acquise au fil de siècles de fourniture de soins dans des conditions difficiles, devrait contribuer à inspirer cette volonté et cet engagement politiques et être une source d'inspiration et d'énergie pour tous.

Repenser le financement des systèmes de santé

De nombreux facteurs expliquent les statistiques stupéfiantes de la mauvaise santé chez les femmes de la Région africaine, mais la défaillance des systèmes sanitaires de la majorité des pays à assurer des soins accessibles et de qualité acceptable constitue un facteur majeur. Ceci est dû d'une part à la faiblesse du financement

et d'autre part à la conception des systèmes.

On estime que les dépenses de santé par habitant dans 21 pays africains en 2008 ont été bien inférieures au seuil minimum de 44 dollars américains par habitant, recommandé par le Groupe de travail de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé⁶, afin d'assurer les services essentiels, notamment l'accès aux interventions qui se sont avérées efficaces pour réduire la mortalité chez les mères, les nouveau-nés et les enfants âgés de moins de 5 ans⁷. Les dirigeants africains ont montré qu'ils en étaient conscients en 2001, lorsqu'ils ont adopté la Déclaration d'Abuja, en prenant l'engagement d'allouer au moins 15 % de leurs budgets annuels au secteur de la santé⁸.



Le manque de ressources permettant d'assurer des soins qualifiés de qualité pour les femmes durant la grossesse, lors de l'accouchement et pendant la période post-partum est l'une des principales causes de la mortalité maternelle et infantile élevée dans la Région.

Malheureusement, plus de dix ans après, seuls le Botswana, le Burkina Faso, la République démocratique du Congo, le Liberia, le Rwanda, la Tanzanie et la Zambie observent cet engagement, tandis qu'à présent, sur leur budget national total

pour la santé, 13 pays africains allouent effectivement moins qu'ils ne le faisaient avant 2001⁹. Depuis 2003, la moyenne des dépenses publiques générales pour la santé, en pourcentage des dépenses publiques totales des pays africains, se situe autour de 10 %, c'est-à-dire deux-tiers de ce que les gouvernements s'étaient engagés à consacrer.

L'impact du sous-financement sur les femmes, notamment des systèmes de santé, sera examiné dans les chapitres suivants, on se bornera à noter qu'à moins que les systèmes de santé des pays africains ne soient suffisamment financés sur une base durable, ils ne peuvent satisfaire aux besoins des personnes qui y ont recours. Cela est particulièrement vrai pour les services de santé maternelle, où le besoin d'investissements accrus est considérable. Le manque de ressources permettant d'assurer des soins qualifiés de qualité pour les femmes durant la grossesse, lors de

l'accouchement et pendant la période post-partum est l'une des principales causes de la mortalité maternelle et infantile élevée dans la Région¹⁰⁻¹².

Repenser le paiement direct des services de santé

L'impact du financement insuffisant sur la santé de la femme est aggravé par le recours au paiement des frais d'usager pour les services, également appelé paiement direct des soins de santé. Cela pose un problème pour les deux sexes et son impact particulier sur les femmes sera examiné dans les chapitres suivants. Il fait obstacle à l'accès et constitue un facteur financier dissuasif pour la recherche de soins, amenant les femmes à reporter les soins préventifs et curatifs dont elles ont besoin. Les frais d'usager peuvent également amener les gens à se retrouver dans des difficultés financières graves, s'il n'y a pas d'autre accès au traitement sans paiement direct. Les constatations d'une enquête menée dans 89 pays (publiée en 2007) ont montré que cette catastrophe financière – que l'OMS définit comme le déboursement forcé de plus de 40 % du revenu des ménages pour obtenir des soins médicaux, une fois que leurs besoins de base ont été satisfaits – se produit dans tous les pays et à tous les niveaux de revenus, mais que ce pourcentage est de 90 % dans les pays à faibles revenus, dont bon nombre se trouvent en Afrique¹³. Lorsque les frais d'usager ont été instaurés au Rwanda en 1996, l'utilisation des services de santé a été réduite de moitié¹⁴. Il faut davantage de recherches dans ce domaine, étant donné qu'il n'existe pas de données ventilées par sexe en ce qui concerne les dépenses assurées par paiement direct. Toutefois, on sait que le paiement direct représente quasiment deux-cinquièmes des dépenses totales de santé en Afrique et une étude a montré qu'une réduction du paiement direct et des frais d'usager contribue à accroître l'utilisation des soins de santé, notamment par les femmes et les enfants¹⁵.

L'alternative au paiement direct est une forme de paiement anticipé et une mutualisation des ressources, au sens de la résolution WHA58.33 de l'Assemblée mondiale de la Santé, invitant instamment les États Membres « à faire en sorte que les systèmes de financement de la santé prévoient le recours au paiement anticipé des cotisations financières pour les soins de santé en vue de répartir le risque sur l'ensemble de la population et d'éviter les dépenses de santé catastrophiques et l'appauvrissement des individus du fait de la quête de soins ».

La protection contre le risque financier est réalisable en partageant la charge financière du paiement pour la santé, mais elle ne doit pas être coûteuse. Avec des dépenses de santé totales d'à peine 45 dollars américains par habitant (en 2008), le Rwanda assure des services de santé de base dans le cadre d'un système de régimes d'assurance maladie à faible coût, qui couvre à présent plus de 90 % de sa population. Ces régimes ont eu un impact positif sensible, notamment en ce qui concerne la mortalité infantile⁹. Malheureusement, à deux exceptions près, la plupart des systèmes de financement de la santé en Afrique n'ont aucun mécanisme de mutualisation des risques et le niveau de subvention en faveur des pauvres, qui est nécessaire dans tout pays, quel que soit son statut économique, est soit faible, soit inexistant. De plus, la durabilité des programmes existants de mutualisation des risques en Afrique n'a pas été suffisamment étudiée.

Repenser la fourniture des services

Les modalités de la fourniture de soins de santé de qualité complets et accessibles aux femmes et aux filles, aussi bien dans des communautés rurales isolées que dans les villes urbaines en croissance rapide, constituent l'un des défis auxquels est confronté le décideur africain. Dans de nombreuses communautés rurales, les femmes doivent

 **Les modalités de la fourniture de soins de santé de qualité complets et accessibles aux femmes et aux filles, aussi bien dans des communautés rurales isolées que dans les villes urbaines en croissance rapide, constituent l'un des défis auxquels est confronté le décideur africain.** 



fréquemment parcourir de longues distances pour accéder aux soins, tandis que celles des villes importantes doivent attendre pendant de longues heures pour recevoir des soins dans des établissements bondés.

La Région a des systèmes de santé faibles et défaillants qui font face au manque de fonds, à une crise des ressources humaines et à la faiblesse ainsi qu'à l'inadéquation des infrastructures. Le système hiérarchique et pyramidal existant exacerbe davantage le problème pour les femmes, notamment celles en âge de procréer, étant donné qu'il limite l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, parce qu'il concentre les compétences en matière de mesures salvatrices au sommet, notamment dans les hôpitaux régionaux et les centres hospitalo-universitaires.

« Il a été également montré que la qualité médiocre des soins est un important déterminant des mauvais résultats sanitaires pour les femmes sur le continent, étant donné qu'elle a souvent limité l'accès des femmes aux services et leur recours à ceux-ci. »

Il a été également montré que la mauvaise qualité des soins est un important déterminant des mauvais résultats sanitaires pour les femmes sur le continent, étant donné qu'elle a souvent limité l'accès des femmes aux services et leur recours à ceux-ci. Même lorsque les services sont disponibles et à coût abordable, ils sont souvent lacunaires en ce qui concerne la prise en compte du genre et des sensibilités culturelles pour les femmes. Par exemple, l'obligation qui est faite aux femmes d'accoucher en position dorsale dans de nombreux établissements de santé au lieu d'accoucher dans la position accroupie traditionnelle a empêché de nombreuses femmes d'accéder à une assistance qualifiée à l'accouchement. Le peu d'empressement à être examinées par

des prestataires de soins de sexe masculin a empêché certaines femmes africaines de recourir aux services, tandis qu'il est dénié à de nombreuses jeunes adolescentes non mariées l'accès aux services de planification familiale en raison des attitudes peu favorables des prestataires de soins aux relations sexuelles avant le mariage.

Les femmes africaines doivent s'impliquer dans la planification et l'organisation de leurs propres services de soins de santé.

Afin d'éviter tout a priori involontaire en identifiant les problèmes essentiels concernant la santé de la femme, il est nécessaire d'adopter « l'approche du cycle de la vie ». Cette approche du cycle de la vie est essentielle pour comprendre la santé de la femme à divers stades de sa vie. Elle permet d'utiliser des catégories d'âge pour identifier les problèmes de santé de la femme qui sont uniques à chaque stade de sa vie¹⁶. Selon l'anthropologue nigérian Oyéronké Oyéwùmi, l'âge est le principal principe structurant les identités et les relations sociales dans de nombreuses sociétés africaines¹⁷.

Les catégories d'âge présentées dans le rapport de l'OMS intitulé *Les Femmes et la Santé*¹⁸ portent sur des groupes et des sous-groupes d'âge socialement structurés et pertinents pour la plupart des cultures africaines où des termes génériques les désignent comme, par exemple, « fillette », « adolescente », « femmes adultes en âge de procréer » et « femmes au-delà de l'âge de procréation ».

Repenser les attitudes sociales à l'égard des femmes

Quelle que soit l'importance d'une réforme des systèmes de santé en vue d'assurer de meilleurs résultats sur le plan de la santé de la femme en Afrique, il est absolument nécessaire de faire un effort semblable pour repenser et réformer le contexte socioculturel plus large dans lequel les femmes africaines vivent. Ici, les obstacles à la santé sont moins facilement discernables, mais néanmoins réels. Le plus souvent, ces obstacles sont pris en connaissance de cause, s'ils ne sont pas influencés par les préjugés sexistes. Cela peut prendre la forme d'une exclusion des femmes de la propriété foncière ou immobilière par la législation, ce qui accroît leur vulnérabilité sociale, matérielle et financière. Un autre exemple de la discrimination fondée sur le sexe est le fait que les femmes sont prises au piège des travaux ménagers, simplement parce que « il en a toujours été ainsi » : cuisiner avec des combustibles solides dans des foyers mal ventilés expose les femmes africaines à des fumées nocives et est, selon des estimations, à l'origine de millions de décès chaque année¹⁹.

La discrimination fondée sur le sexe est également souvent liée à certaines pratiques traditionnelles qui peuvent entraîner un préjudice physique direct. Les mutilations génitales féminines (MGF) en sont un exemple. Selon les estimations, en Afrique, 92 millions de filles et de femmes âgées de plus de 10 ans vivent avec les conséquences de mutilations génitales féminines et chaque année environ trois autres millions sont soumises à des mutilations²⁰⁻²¹. Les femmes sont également exposées à des risques sanitaires du fait de mariages précoces, du fait qu'un parent de défunt mari hérite de sa veuve et de l'esclavage des enfants.

La réforme des politiques visant à améliorer la santé des femmes en Afrique doit, par conséquent, se pencher sur la question de la place des femmes dans la société africaine. Les interventions en ce sens doivent être inspirées par une sensibilisation aux relations entre les sexes, étant donné qu'elles affectent la santé, et par une compréhension du fait que les femmes, tout comme les hommes, ont un droit fondamental à la santé.

 **La réforme des politiques visant à améliorer la santé des femmes en Afrique doit, par conséquent, se pencher sur la question de la place des femmes dans la société africaine. Les interventions en ce sens doivent être inspirées par une sensibilisation aux relations entre les sexes, étant donné qu'elles affectent la santé, et par une compréhension du fait que les femmes, tout comme les hommes, ont un droit fondamental à la santé.** 

Repenser les attitudes sociales à l'égard des femmes doit également intégrer la reconnaissance du fait que les femmes elles-mêmes sont l'une des principales ressources à la disposition des responsables politiques désireux d'améliorer la santé des femmes. Les programmes et les politiques conçus pour améliorer la santé des femmes devraient, par conséquent, reconnaître le potentiel qu'ont les



femmes de mobiliser des ressources et tirer parti de leur capacité à susciter le changement. Pour emprunter les propos d'un éditorial de la revue *Lancet* : « Trop souvent, la communauté sanitaire ignore le pouvoir potentiel des femmes de faire de la mobilisation pour la santé. Les défenseurs de la santé maternelle et infantile n'ont toujours pas tiré pleinement des enseignements du mouvement de lutte contre le sida – à savoir que l'auto-organisation peut non seulement apporter un succès politique, mais aussi des améliorations tangibles des résultats sanitaires »²².

Repenser le droit de la femme à la santé

Bien que l'axe principal du présent rapport consiste à examiner la relation entre la santé des femmes et leur développement socioéconomique, il importe de rappeler que la santé est un droit humain fondamental et que les femmes peuvent prétendre à ce droit au même titre que les hommes.

Le droit à la santé est consacré par de nombreux traités internationaux et régionaux sur les droits de l'homme, y compris la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, qui stipule en son article 25 que toute personne « a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille ». Les Nations Unies ont élargi le droit à la santé dans l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966, qui stipule que le droit à la santé est assuré, en partie, par « la limitation de la mortalité infantile ainsi que le développement sain de l'enfant » et par la création de conditions propices pour « assurer à tous des services médicaux ». L'ONU a réexaminé la question en 2000 à travers l'observation générale n°14 qui étend le droit à la santé, non seulement à la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé, tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à l'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et reproductive.

La nécessité de considérer la santé des femmes comme un droit humain est largement reconnue. Mary Robinson, ex-Présidente de l'Irlande et ex-Haut Commissaire des Nations Unies pour les droits de l'homme soutient que l'amélioration des droits à la santé maternelle et reproductive devrait être considérée comme faisant partie intégrante des questions plus vastes de droits de l'homme, telles le droit d'accès aux soins de santé et à la planification familiale, le droit à une nutrition

suffisante et le droit d'être à l'abri de discriminations, de violences et de mariages forcés²³. Investir dans la santé des femmes, ce qui implique d'investir dans l'éducation et d'autres formes d'autonomisation socioéconomique des femmes, est essentiel pour garantir les droits des femmes à la santé.

La plupart des pays de la Région africaine sont des États parties au droit à la santé qui est consacré dans plusieurs traités internationaux essentiels relatifs aux droits de l'homme²⁴⁻²⁶. La Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), qui décline les obligations des États en matière de prévention de la morbidité et de la mortalité maternelles et en ce qui concerne la fourniture de services de soins de santé appropriés pour les femmes, est spécifique à la santé des femmes. Les 46 pays de la Région africaine sont tous signataires de la CEDAW. Au niveau régional, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Charte de Banjul)²⁷, conjointement avec le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des femmes en Afrique²⁸, reconnaît le droit des femmes à la santé et recense les diverses mesures à prendre par les États pour assurer la mise en œuvre complète des instruments. Au niveau national, le droit à la santé qui intègre la santé de la femme a été reconnu dans plus de 80 % des Constitutions des pays de la Région africaine.



« Pendant des siècles, les femmes africaines, souvent face à une adversité extrême, ont été les piliers des familles et des communautés. En dépit de leur statut social peu valorisant et de leur part importante de la charge de morbidité et de mortalité, elles continuent d'être des artisanes de la paix, des procréatrices, des entrepreneurs et des pourvoyeuses de soins pour les enfants – les bâtisseurs de l'avenir de l'Afrique. »

Autonomiser les femmes par l'éducation et la participation aux affaires sociales, économiques et politiques constitue l'un des moyens les plus directs de combattre la discrimination fondée sur le sexe en Afrique. La Commission macroéconomie et santé relève que l'éducation est un déterminant essentiel de la santé des femmes. En effet, l'effet positif de l'éducation sur la santé est bien établi. Par exemple, les interactions entre l'éducation des filles et leur état de santé ont été mises en évidence dans plusieurs études sur le VIH/sida, notamment les travaux de Vandemoortele et de Delamonica²⁹ révélant que le VIH/sida en Zambie se propage plus rapidement chez les filles non instruites que chez celles qui le sont. Au Zimbabwe, des études établissent que les filles qui abandonnent l'école en cours de scolarité risquent plus d'être infectées par le VIH que celles qui poursuivent leurs études³⁰. Au Kenya, il a été établi que les filles qui demeurent scolarisées retardent le début de leur activité sexuelle plus souvent que celles qui abandonnent l'école. L'effet de l'éducation ne se limite en aucun cas à l'amélioration des résultats sanitaires, l'éducation peut aussi conduire à l'autonomisation socioéconomique dans des contextes socioculturels où cette autonomisation est permise. Il est donc démontré que l'éducation est un puissant outil non seulement pour l'amélioration de la santé de la femme, mais également pour le développement socioéconomique.

À l'évidence, cette même capacité à mobiliser pour le changement et à le susciter s'applique également au développement socioéconomique. Pendant des siècles, les femmes africaines ont été les piliers des familles et des communautés, souvent face à une adversité extrême. En dépit de leur statut social peu valorisant et de leur part importante de la charge de morbidité et de mortalité, elles continuent d'être des artisanes de la paix, des procréatrices, des entrepreneurs et des pourvoyeuses de soins pour les enfants – les bâtisseurs de l'avenir de l'Afrique.

Repenser les pratiques traditionnelles

Il est important de reconnaître que toutes les pratiques traditionnelles ne sont pas forcément nuisibles à la santé. Dans le même ordre d'idées, toutes les pratiques ou mentalités modernes dans les domaines de la médecine et de la santé publique ne sont pas bénéfiques pour la santé des femmes. Même lorsqu'une pratique particulière est nuisible, son analyse et sa remise en question peuvent permettre de se familiariser avec la culture locale, ce qui peut servir de moyen d'action pour une transformation sociale positive. En outre, parce que les codes culturels, les symboles et les valeurs traditionnelles font partie de l'environnement socioculturel dans lequel vivent les femmes africaines, leur compréhension est essentielle à l'identification des approches pour la mise en œuvre d'interventions efficaces et durables. Dans la mise en œuvre des interventions s'attaquant aux problèmes de santé de la femme dans la Région africaine, il est nécessaire de concevoir des stratégies compatibles avec les contextes culturels où vivent les femmes africaines.

Repenser les liens entre la santé des femmes et le développement socioéconomique

La santé est à la fois une cause et une conséquence du développement socioéconomique³¹. Formulé en termes grossièrement utilitaires, l'investissement dans la santé de la femme peut rehausser le développement par un accroissement de la production économique. Étant donné que, selon les estimations, les femmes représentent 50,2 % de la population totale de la Région africaine, cela sous-entend que l'essentiel des ressources humaines de la Région est largement sous-utilisé. La rétroaction positive lie l'investissement dans la santé au développement économique.

 **Le développement économique fournit les ressources nécessaires pour améliorer la santé de la femme et l'amélioration de celle-ci stimule le développement économique.** 

Sans conteste, il est rentable d'investir dans la santé de la femme, parce que cela aide à économiser des ressources qui seraient autrement dépensées en traitements et soins médicaux pour les femmes malades chroniques confinées à domicile ou dans des institutions de santé. Cela étant, dans les cas où les systèmes de paiement basés sur le paiement anticipé et la mise en commun sont introduits, les paiements directs pour les soins médicaux pour les femmes et les enfants peuvent être abandonnés progressivement, en réduisant l'incidence de l'appauvrissement et en libérant des ressources des ménages pour un investissement à long terme dans la nutrition et l'éducation. Dans cet esprit, investir dans la santé de la femme signifie investir dans l'avenir.

On estime que les taux de mortalité maternelle et néonatale entraînent, à eux seuls, chaque année des pertes de productivité globales de 15 milliards de dollars américain et constituent un sérieux obstacle à la croissance économique des pays à faibles revenus. De plus, selon certaines estimations, la croissance économique de 30 à 50 % de l'Asie entre 1965 et 1990 est attribuée aux réductions de la mortalité du nourrisson et de l'enfant, à une baisse des taux de fécondité et à une amélioration de la santé reproductive³².

Constatations essentielles et mesures à prendre

- a) Il est nécessaire de repenser la santé de la femme en Afrique en adoptant une approche multidisciplinaire globale qui combine les facteurs biomédicaux, socioculturels et économiques.
- b) Les politiques doivent prendre en compte les déterminants socioculturels de la santé de même que les questions de financement et de prestation de services de santé.
- c) Les femmes elles-mêmes disposent du potentiel leur permettant d'être parmi les agents les plus importants du changement dans le cadre de la réforme de la santé.
- d) La santé de la femme est un droit de l'homme et devrait être, par conséquent, recherchée et promue en tant que telle.
- e) Les avantages sociaux et économiques qu'apporte l'investissement dans la santé de la femme, commençant par des retombées évidentes pour les enfants, sont des considérations d'importance fondamentale dans l'élaboration d'une politique.
- f) Les institutions religieuses et les chefs de communautés ont un rôle important à jouer dans la réalisation des droits de la femme.
- g) Tous les ministères des gouvernements, pas exclusivement les ministères de la santé, devraient appuyer les efforts déployés en faveur des questions relatives à la santé de la femme.

Références

1. Chan M. *Women and health : today's evidence tomorrow's agenda*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2009.
2. Niang Cl. *Santé, société et politique en Afrique*. Dakar : Livre vert du CODESRIA; 2008.
3. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: World Health Organization; 2012: 55.
4. ONUSIDA. *AIDS in Africa*. Genève : Nations Unies; 2008.
5. Organisation mondiale de la Santé. *Women's Health. African Regional Strategy*. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique; 2008.
6. Groupe de haut niveau sur le financement novateur des systèmes de santé. *More Money for Health, and More Health for Money ... to Achieve the Health MDGs, to Save the Lives of Millions of Women and Children, and to Help Babies in Low-Income Settings have a Safer Start to Life*. Genève, Suisse : Groupe de haut niveau sur le financement novateur des systèmes de santé; 2009.
http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/taskforce_report_EN.pdf.
Accédé le 29 novembre 2011.
7. Robert F, Mills A. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems : Showing the Way Forward. *Bull World Health Organ* 2010;88 :476–7.
8. Union africaine. *Déclaration d'Abuja*. Addis-Abeba : Union africaine; 2001.
9. OMS. *World Health Statistics 2011*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2011.
10. Organisation mondiale de la Santé. *Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2006*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2006.
11. Anderson FW *et al.* Who will be there when women deliver? Assuring retention of obstetric providers. *Obstet Gynecol* 2007;110(5) :1012–6.
12. Berhan Y. Medical doctors profile in Ethiopia : production, attrition and retention. In memory of 100-years Ethiopian modern medicine & the new Ethiopian millennium. *Ethiop Med J* 2008;46 (Suppl 1) :1–77.
13. Xu K *et al.* Protecting Households From Catastrophic Spending. *Health Affairs* 2007;26(4) :972–83.
14. Save the Children UK. *Mind the Gap : The Cost of Coping with Illness : Rwanda*. Londres : Save the Children UK; 2005.
15. Mwabu G, Mwanzia J, Liambila W. User Fees in Government Health Facilities in Kenya : Effect on Revenue and Attendance. *Health Policy Planning* 1995;17(2) :164–70.
16. Allotey P, Gyapong M. *The Gender Agenda in the Control of Tropical Diseases : A Review of Current Evidence*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2005.
17. Oyéwúmi O. *The Invention of Women : Making an African Sense of Western Gender Discourses*. Minneapolis : University of Minnesota Press; 2003.
18. Organisation mondiale de la Santé. *Women and Health : Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2009.
19. Smith KR. *Biomass Fuels, Airs Pollution and Health : A Global Review*. New York : Plenum Press; 1987.
20. Yoder PS. *Numbers of women circumcised in Africa : the production of a total*. Calverton, MD : Macro International; 2007.
21. UNICEF. *Changing a harmful social convention : female genital mutilation/cutting*. Florence : UNICEF; 2005.
22. Horton R. Ten Reasons Why Women and Children Remain Invisible. *Lancet. Women Deliver Special Issue Release*. 2010.
23. Robinson M. *Time to Step Up Efforts to Improve Maternal Health, Millennium Development Goals*. September 2010; Available from : www.realizingrights.org
24. Nations Unies. *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)*. Nations Unies; 1966.
25. Nations Unies. *Convention relatives aux droits de l'enfant (CRC)*. Nations Unies; 1991.
26. Nations Unies. *Convention relative à l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW)*. Nations Unies; 1979.
27. Union africaine. *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Charte de Banjul)*. Union africaine; 1979.
28. Union africaine. *Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique*. Union africaine; 2003.
29. Vandermoortele J, Delamonica E. The education vaccine against HIV. *Curr Issues Comp Ed* 2000;3(1).
30. Gregson S, Wadell H, Chandiwana S. School Education and HIV control in Sub-Saharan Africa : From Discord to harmony? *J Int Dev* 2001;3(4) :467–85.
31. Organisation mondiale de la Santé. *Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2001.
32. Pascale A, Gyapong M. The gender agenda in the control of tropical diseases : a review of current evidence. *Social, Economic and Behavioural Research, Special Topics No. 4*; 2005.

Chapitre 2 :

État de santé de la femme dans la Région africaine : de la naissance jusqu'au début de l'activité sexuelle

Lourde charge de morbidité et de mortalité intervenant dans une mesure inacceptable à tous les stades du cours de la vie

Les femmes vivant dans la Région africaine font face à un ensemble impressionnant de menaces pour leur santé durant leur vie. Vu l'importance de la santé de la mère pour le fœtus qu'elle porte, il est clair que pour l'enfant qui grandit, que ce soit une fille ou un garçon, les défis commencent au moment de la conception. Si une mère est mal nourrie, son enfant est plus susceptible de souffrir d'un retard de croissance dans l'utérus et d'avoir à la naissance une taille et un poids insuffisants. Cela accroît les risques de décès du bébé au cours de ses tout premiers jours d'existence. Même pour les enfants qui survivent, cela a des incidences sur leur développement ultérieur. Sur 40 pays dans le monde, rapportant une prévalence de 40 % ou plus du retard de croissance de l'enfant, 23 se trouvent en Afrique¹.

Risques de l'enfance

Dans le cas où l'enfant survit à la naissance, que ce soit une fille ou un garçon, il est exposé aux mêmes défis environnementaux et sociaux avec des résultats similaires pour la santé au cours de la première enfance. L'enfant dépend de sa mère pour la nourriture. Nourriture idéale pour les nouveau-nés et les nourrissons, le lait maternel améliore leur santé et leurs chances de survie. La Région africaine est caractérisée par des taux généralement bas d'allaitement maternel exclusif (31 %)², l'alimentation complémentaire est inopportune et les aliments sont sur le plan nutritionnel inadéquats et insalubres. On estime que la contamination de la nourriture complémentaire, notamment les aliments lactés pour nourrissons et l'eau avec laquelle ils sont confectionnés, cause jusqu'à cinq épisodes de diarrhée par enfant par an dans la Région³ et chaque épisode expose l'enfant au risque de déshydratation et de décès. La thérapie de réhydratation orale (TRO), le traitement le plus simple de la diarrhée et également le plus efficace, devrait être à la portée de tous, notamment des mères les plus pauvres. Cependant, seulement 37 % des enfants de la Région le reçoivent, les mères préférant traiter la diarrhée avec des substances et des médicaments inadaptés à cette fin, tout particulièrement des antibiotiques.



Pour les mères vivant avec le VIH, il existe une autre source de confusion due à l'idée selon laquelle le risque de transmission rend l'allaitement maternel trop dangereux. Toutefois, les preuves récentes établies par la recherche montrent que l'organisation d'interventions antirétrovirales (ARV) à l'intention soit de la mère infectée par le VIH, soit du nourrisson exposé au VIH peut réduire à moins de 2 % le risque de transmission postnatale du VIH par l'allaitement maternel⁴. Même en l'absence d'interventions ARV, l'allaitement maternel exclusif comporte un risque plus faible de transmission que l'alimentation mixte⁵. Les reculs les plus importants de l'allaitement

maternel ont été enregistrés dans les pays ayant une distribution importante d'aide alimentaire – l'Afrique du Sud en étant un exemple particulièrement significatif.

Faibles taux d'allaitement maternel – l'expérience sud-africaine

En Afrique du Sud, 20 % de nourrissons âgés de moins de trois mois ne sont pas du tout allaités, ce qui fait de ce pays l'un de ceux enregistrant les taux de non allaitement maternel les plus élevés en Afrique subsaharienne. Cette situation découle en partie du manque d'agents de santé ayant les compétences requises pour prodiguer des conseils et apporter un appui convenable en cas de problèmes, comme ils le font souvent. L'allaitement maternel peut paraître naturel, mais n'est pas toujours simple. Trop souvent, on dit aux mères d'arrêter complètement l'allaitement maternel et de donner des substituts artificiels à leurs nourrissons. Ce conseil est même plus susceptible d'être donné dans les cas où des représentants de sociétés productrices de préparations pour nourrissons, en violation du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, nouent un dialogue avec des agents de santé pour promouvoir la vente et l'utilisation de leurs produits. De plus, des aliments, y compris les laits maternisés, ont été distribués pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, initiative qui a inévitablement nu à l'allaitement maternel, notamment chez les mères non infectées par le VIH⁶.

Malheureusement, le lait maternisé n'est pas un produit stérile et est facilement contaminé. La plupart des enfants nés de mères infectées par le VIH et nourris au lait maternisé ne meurent pas du VIH, mais de sous-alimentation, de diarrhée et d'autres affections non liées au VIH⁴.

La diarrhée est suivie de près par le paludisme comme cause de décès prématuré chez les filles âgées de 0 à 4 ans (voir **Figure 2.1**); le paludisme étant responsable de 16 % des décès des moins de 5 ans dans la Région africaine, contre une moyenne de 7 % au niveau mondial. Le paludisme est également une cause indirecte de mortalité maternelle, comme examiné ci-dessous, et contribue à la mortinatalité, aux accouchements prématurés et à l'insuffisance pondérale⁵ à la naissance. Du fait de la dépendance du nourrisson vis-à-vis de la mère, la santé de la mère est également une mesure de la santé de l'enfant. Il est vrai que dans le cas des mères vivant avec le VIH, la mère elle-même représente une menace directe. La transmission



« Du fait de la dépendance du nourrisson vis-à-vis de la mère, la santé de la mère est également une mesure de la santé de l'enfant. »

mère-enfant (TME) est un risque important en Afrique subsaharienne. En 2009, la TME a été enregistrée dans 370 000 cas de naissances vivantes⁷ selon les estimations. En effet, à peu près toutes les infections à VIH chez l'enfant sont le résultat de l'infection de la mère. Rien qu'en 2009, 91 % de la totalité des nouvelles infections à VIH chez les enfants à travers le monde se sont produites dans la Région africaine¹.

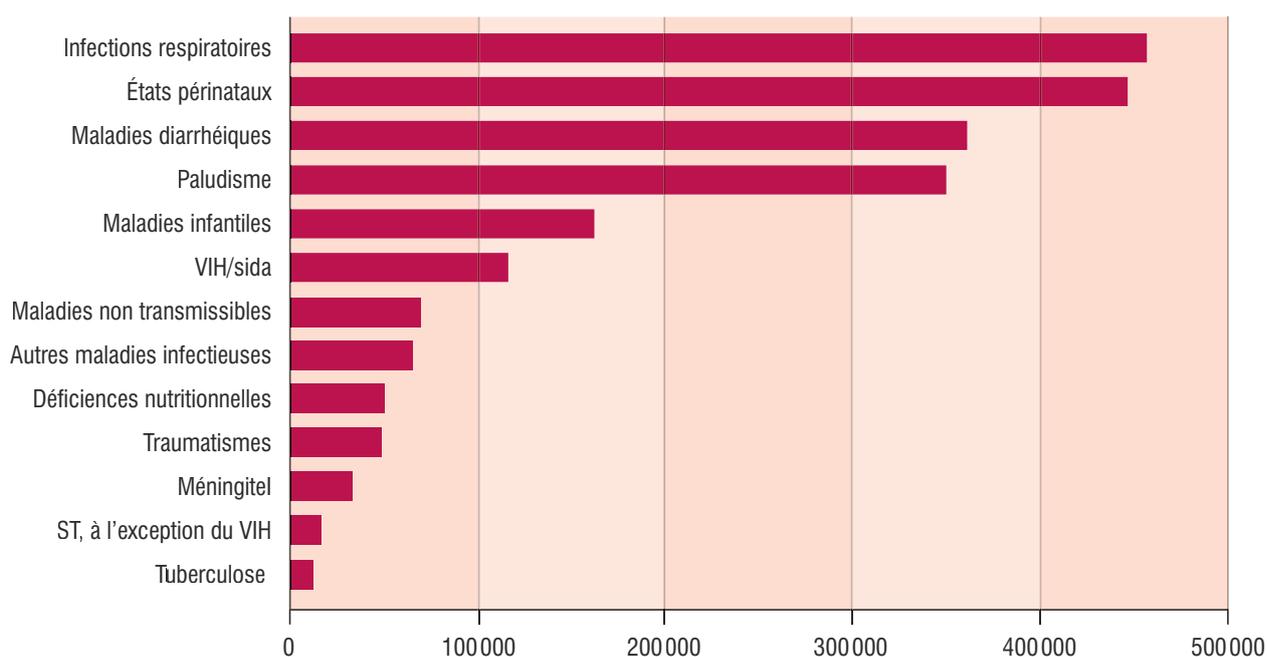
Heureusement, c'est un domaine dans lequel des progrès sont en cours. Jusqu'ici, 43 pays de la Région ont mis en œuvre des programmes pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME). Le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH, qui ont bénéficié d'interventions ARV en matière de PTME du VIH en Afrique subsaharienne s'est accru de 15 % en

2005 à 45 % en 2008 et à 54 % en 2009. L'essentiel de ce progrès a été accompli en Afrique de l'Est et en Afrique australe où la prévalence du VIH est la plus élevée.

Même sans la menace d'infection ou le problème posé par le fait de naître sous-alimenté et avec une insuffisance pondérale, la naissance elle-même expose l'enfant, qu'il soit une fille ou un garçon, au risque d'asphyxie et de traumatisme – risques qui augmentent spectaculairement, s'il est dénié à la mère l'accès aux soins appropriés administrés par des sages-femmes qualifiées. Malheureusement, cela se produit trop souvent dans la Région. En général, la couverture assurée à la naissance par du personnel qualifié dans la Région reste faible, se situant autour de 47 %, même si les taux varient largement entre les pays africains. Pour la Région prise dans son ensemble, les états périnataux comme l'asphyxie et le traumatisme sont la seconde cause principale de décès prématuré et d'invalidité chez les enfants de moins de 5 ans après les infections respiratoires aiguës, principalement la pneumonie, et représentent environ un décès sur cinq dans cette tranche d'âge^{8,9}.

Vu la palette d'adversités que l'enfant doit affronter, il n'est peut-être pas surprenant que la mortalité des moins de 5 ans dans la Région africaine reste la plus élevée du monde, en dépit d'un recul de 172 pour 1000 en 1990 à 119 pour 1000 en 2010. Au cours de la même période, le taux moyen mondial a chuté de 88 pour 1000 à 57 pour 1000¹⁰.

Figure 2.1 Principales causes de décès dans la Région africaine chez les filles âgées de 0 à 4 ans, en 2004



Source : établi à partir des tableaux récapitulatifs CGM 2004 de l'Organisation mondiale de la Santé, Département des statistiques de santé et d'informatique, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse, octobre 2008

La mortalité infantile dans la Région a diminué à un taux moyen de 1,2 % par an entre 1990 et 2000 et de 2,4 % entre 2000 et 2010 par rapport aux 8 % exigés, afin d'atteindre l'OMD 4 à l'horizon 2015. Il est improbable que cette exigence soit satisfaite sans une augmentation massive des investissements au cours des quatre prochaines années. Huit pays sont en voie d'atteindre cette cible; 27 pays font des progrès, même ceux-ci sont insuffisants, tandis que 12 n'en font guère¹¹. Selon les estimations, l'Algérie, le Cap-Vert, l'Érythrée, le Liberia, Madagascar, le Malawi, Maurice et les Seychelles sont tous sur la bonne voie.

À mesure que la fillette dans la Région africaine grandit, elle doit affronter des défis comparables à ceux auxquels ses frères doivent faire face, notamment l'exposition au paludisme et à la malnutrition. Dans certains milieux, en particulier, les sociétés matrilineaires et certaines sociétés bilinéaires ayant un contexte matrilineaire historique fort, un traitement préférentiel est réellement accordé aux filles, lorsqu'il s'agit de l'alimentation. Cela est vrai pour les Wolofs d'Afrique de l'Ouest, qui pensent qu'une fille apporte le bonheur à la famille, notamment si c'est la première née. Toutefois, de manière générale, on note une préférence marquée pour les garçons, en règle générale dans certains groupes ethniques au Nigeria où, selon certaines études, les garçons sont mieux alimentés que les filles, du fait de leur idée que la survie de la lignée dépend des hommes^{12,13}. Certaines cultures maintiennent également des hiérarchies de la consommation de nourriture dans lesquelles les femmes se trouvent au bas de l'échelle. Il n'a été enregistré aucune modification du pourcentage d'enfants souffrant de malnutrition dans la Région au cours des deux dernières décennies et ce sont, en conséquence, environ 30 000 à 50 000 enfants qui meurent chaque année.

L'insalubrité de l'eau potable et la médiocrité de l'assainissement présentent une autre menace et de nombreux agents pathogènes transmis par l'eau provoquent des maladies telles la diarrhée, qui est l'une des principales causes de décès d'enfants dans la Région. Le pourcentage de la population utilisant des points d'eau potable « améliorés » a augmenté de 77 à 87 % entre 1990 et 2008, taux suffisant pour atteindre globalement la cible de l'OMD 7. Toutefois, dans la Région africaine, en dépit de l'augmentation du pourcentage, de 50 % en 1990 à 61 % en 2008, elle est toujours loin de la cible de l'OMD 7 et le pourcentage de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées augmente trop lentement – de 30 % en 1990 à 34 % en 2008².



Défis de l'enfance et de l'adolescence

Après les épreuves de la première enfance, la jeune fille africaine commence véritablement à affronter les défis qui la distingueront de ses frères pour le reste de sa vie, étant donné qu'elle est en train de devenir une femme et commence son activité sexuelle. Dans les toutes premières phases de cette période, la fillette commence à souffrir de la discrimination fondée sur le sexe, qui constitue l'un des déterminants socioéconomiques extrêmement importants des résultats sanitaires pour la femme. Dès les premières années, il est probable qu'il soit de jour en jour assigné à la fillette des tâches ménagères comme le ménage, la lessive, la recherche de l'eau et de combustible, la transformation des aliments et la cuisine.

Dans de nombreux milieux, les filles participent aux travaux ménagers dès qu'elles en sont physiquement capables. Il leur est attribué des tâches en dehors de la maison, comme aller au marché pour vendre ou échanger des aliments et des produits. En cas de décès ou d'invalidité de la mère suite à une maladie, le fardeau des tâches ménagères incombe souvent aux filles auxquelles il peut être confié la responsabilité de s'occuper des personnes âgées ou des malades mentaux. Évidemment, ces travaux compromettent souvent la scolarité des filles.

Comme il a déjà été noté au chapitre 1, il est attesté qu'il existe une corrélation entre l'éducation et l'état de santé des filles. Par exemple, plusieurs études sur le VIH/sida, menées par Jean Vandemoortele et Enrique Delamonica en Zambie¹⁴, ont révélé que le VIH/sida se propage plus rapidement chez les filles non instruites que chez leurs pairs qui le sont¹⁵. Alors qu'il n'existe aucun lien de causalité clair, les données

et l'information disponibles montrent qu'en Afrique, l'éducation des filles fonctionne à un certain nombre de niveaux qui sont bénéfiques pour leur santé et celle de la femme qu'elles deviendront plus tard. C'est notamment le cas en ce qui concerne les questions d'autonomisation sociale où l'éducation peut améliorer la position des jeunes femmes quand il s'agit des négociations par rapport au sexe. Au Kenya, il a été démontré que les filles qui demeurent scolarisées sont plus susceptibles de différer le début de leur activité sexuelle que celles qui abandonnent leurs études¹⁵.

Dans la Région africaine, prise dans son ensemble, l'analphabétisme chez les adultes reste élevé et l'Afrique subsaharienne a le taux d'alphabétisation des femmes adultes par rapport aux hommes adultes le plus bas dans le monde, en dehors de l'Asie de l'Est. Elle enregistre aussi le pourcentage d'alphabétisation le plus bas chez les jeunes filles, les taux les plus faibles d'inscription et de fréquentation dans l'enseignement primaire. S'agissant de l'enseignement secondaire, la différence par rapport au reste du monde, y compris l'Asie du Sud, augmente réellement : dans la période allant de 2000 à 2007, le taux de fréquentation nette des écoles secondaires pour les filles en Afrique subsaharienne était de 22 % contre 43 % pour l'Asie du Sud (voir **Tableau 2.1**).

Tableau 2.1 Niveau d'instruction des femmes en Afrique par rapport à d'autres régions du monde, 2000–2007

Région et sous-région	Taux d'alphabétisation des adultes : pourcentage de femmes par rapport aux hommes	Taux d'alph. des jeunes (15–24 ans)		Enseignement primaire				Enseignement secondaire			
		G	F	Taux d'inscription		Taux de fréquentation		Taux d'inscription		Taux de fréquentation	
				G	F	G	F	G	F	G	F
Afrique subsaharienne	75	77	68	75	70	64	61	28	24	26	22
Afrique orientale et australe	79	78	69	83	81	66	66	30	27	20	18
Afrique occidentale et centrale	72	77	66	67	58	63	56	26	20	31	26
Moyen-Orient et Afrique du Nord	78	93	85	86	81	88	85	67	62	54	52
Asie du Sud	71	84	74	88	83	81	77	–	–	51	43
Asie de l'Est et Pacifique	93	98	98	98	97	92	92	60	62	60	63
Amérique latine et Caraïbes	99	97	97	94	95	90	91	69	74	–	–
CEE/CIS*	97	99	99	92	90	93	91	79	75	79	76

*Europe centrale et orientale et Commonwealth des États indépendants : G = Garçon ; F = Fille

Source : UNICEF. Rapport sur la situation des enfants dans le monde. New York : UNICEF : 2009.

En outre, les filles sont exclues de l'éducation pour d'autres raisons, notamment l'incapacité des familles à acquitter les frais scolaires et le fait que celles-ci préfèrent consacrer des ressources à l'éducation des fils. Le mariage précoce peut être aussi un facteur de même que les milieux scolaires qui ne sont pas conçus pour répondre aux besoins physiques des filles comme, par exemple, l'absence d'installations sanitaires spécifiquement conçues pour les filles^{16,17}. Les sociétés limitant l'accès des filles à l'éducation paient un prix exorbitant non seulement en termes de charge économique manifeste imposée par la mauvaise santé relative des femmes adultes plus tard dans leur vie, mais également en termes de perte corollaire de développement économique, vu qu'environ 50 % de la population est exclue de la promotion professionnelle. L'on ne saurait trop insister sur la dernière partie de cette terrible équation qui sera examinée ultérieurement dans le chapitre 5.



Les sociétés limitant l'accès des filles à l'éducation paient un prix exorbitant...

De même que les filles subissent souvent une pression culturelle pour accomplir les tâches domestiques, elles sont préparées à leur rôle de procréatrices. Dans certains pays, cette préparation s'exprime par des pratiques rituelles, dont certaines sont néfastes. Des mutilations génitales féminines (MGF), qui impliquent la suppression partielle ou totale des organes génitaux féminins externes par incision, brûlure ou raclage¹⁸, sont infligées à plus de deux millions de filles âgées de quatre à douze ans, notamment en Éthiopie, au Kenya, au Nigeria et en Ouganda. Dans le même temps, ce sont, pense-t-on, environ 92 millions de filles âgées de plus de 10 ans qui vivent dans l'indignité et la douleur causées par les mutilations sexuelles, dont plus de 12 millions sont des filles âgées de 10 à 14 ans¹⁹. Les mutilations génitales féminines sont véritablement préjudiciables à la santé des femmes, le traumatisme psychologique et physique étant souvent accompagné de saignements abondants, d'une infection des plaies, d'une infection à VIH et, par la suite, de complications durant l'accouchement. C'est une violation condamnable des droits de l'homme justifiant des poursuites pénales.

De nombreux pays africains subsahariens, notamment le Bénin, le Burkina Faso, le Ghana, le Sénégal, la Tanzanie et l'Ouganda, ont adopté des lois sanctionnant ces pratiques, mais les lois à elles seules ont rarement donné lieu à un changement durable des comportements. Des personnes (aussi bien des femmes que des hommes) continuent de mutiler des jeunes filles en dépit de la législation ou traversent simplement la frontière pour poser cet acte en se mettant hors d'atteinte des autorités judiciaires. Il est également prouvé que la procédure est parfois « médicalisée », afin de contourner la loi et qu'un nombre croissant de filles sont soumises à mutilation avant l'âge de 5 ans.

Les efforts visant l'élimination des mutilations génitales féminines ont été particulièrement fructueux, lorsqu'ils ont été menés de concert et en partenariat avec les auteurs de ces actes, c'est-à-dire les gardiens de ces traditions. Par exemple, depuis 1993, l'organisation *Maendeleo Ya Wanawake* (MYWO) au Kenya, en collaboration avec une ONG (PATH), a coopéré avec des chefs traditionnels pour persuader les communautés de remplacer les cérémonies traditionnelles d'excision par la remise symbolique d'un présent, tout en préservant les autres aspects du rite traditionnel de passage. Le nombre de filles participant à cette cérémonie de substitution est ainsi passé de 79 en 1996 à plus de 1000 en 1998²⁰. Aussi horribles que les MGF puissent être, la bonne nouvelle est qu'elles ne sont pas le lot de chaque jeune africaine.

Malheureusement, la violence à l'égard des filles dans cette tranche d'âge est relativement courante, souvent liée à des formes de prédation sexuelle. Il est vrai que la coercition sexuelle et la violence sexuelle sont très répandues dans de nombreux pays africains et affectent les filles à partir d'un âge précoce, comme en attestent les données relatives aux grossesses précoces non planifiées^{21,22}. Cette violence s'exacerbe dans les situations de crise comme les catastrophes naturelles ou les conflits armés, lorsque les fillettes et les adolescentes sont les plus vulnérables. Malheureusement, ces situations abondent dans la Région et l'Afrique enregistre l'un des fardeaux les plus élevés de personnes déplacées internes au monde. Ces mouvements de personnes déplacées sont également généralement associés au trafic d'êtres humains, en particulier de jeunes filles. Environ 80 % des victimes de la traite d'êtres humains sont des femmes et des enfants, et 43 % d'entre eux sont victimes d'exploitation sexuelle et d'autres formes d'oppression²³.

Jeunes femmes dans les situations de conflit

L'effondrement des structures sociales résultant de conflits de longue durée expose les enfants des deux sexes à tout un éventail de risques sanitaires, allant du choléra à la malnutrition et de la mutilation délibérée aux abus sexuels. Selon Pernille Ironside, spécialiste en protection de l'enfance travaillant à l'UNICEF, « la plupart » des filles revenant de zones de conflits ont été victimes d'une violence sexuelle poussée qu'elles décrivent comme étant le viol systématique, souvent accompagné de mutilations, pendant des périodes prolongées, parfois des années. Selon les Nations Unies, entre juin 2007 et juin 2008, dans la province de l'Ituri dans l'Est de la République démocratique du Congo, 6766 cas de viol ont été signalés – nombre qui ne représente probablement qu'une fraction des agressions intervenant effectivement dans cette province. Quarante-trois pour cent de ces cas signalés concernaient des enfants, le plus souvent des filles.

Le traumatisme psychologique résultant de ces expériences s'accompagne du risque accru de contracter des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH/sida. La fistule traumatique, rupture des tissus causée par des agressions sexuelles violentes, est également largement rapportée comme l'est la fistule obstétricale.

Dans la Région africaine, le début de l'activité sexuelle, activité largement considérée comme étant l'une des expériences humaines les plus riches et consacrant la vie, est trop souvent source de souffrances, de décès et de maladies. Chez les jeunes femmes âgées de 16 à 19 ans, le VIH/sida représente quasiment un tiers des décès, tandis que les complications de la grossesse et de l'accouchement en représentent 28 %. Il convient également de noter que plus de la moitié de la totalité des décès maternels surviennent dans cette tranche d'âge qui supporte aussi le fardeau le plus important des maladies dues aux actes de violence.

« ...plus de la moitié de la totalité des décès maternels surviennent dans cette tranche d'âge qui supporte aussi le fardeau le plus important des maladies dues aux actes de violence. »

Dans certains milieux, le début de l'activité sexuelle intervient de manière exceptionnellement précoce. À Lusaka, par exemple, une étude a révélé que 16 % de la totalité des accouchements impliquaient des jeunes filles âgées de 12 à 19 ans²⁴. La même étude a montré que 10 % de toutes les patientes faisant l'objet d'une aspiration manuelle sous vide en raison de complications liées à un avortement étaient âgées de 12 à 19 ans. En outre, parmi les femmes hospitalisées au Centre hospitalo-universitaire de Lusaka pour des complications liées à l'avortement, 60 % d'entre elles étaient âgées de 15 à 19 ans.

Pour les jeunes africaines qui, pour diverses raisons, décident de ne pas mener à terme leur grossesse, il se pose le risque d'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions qui représentait 35 592 décès dans la Région africaine en 2004, et ce chiffre semble en augmentation, notamment chez les jeunes femmes non mariées dans les zones urbaines²⁵. Comme on peut s'y attendre, la prévalence des grossesses non planifiées augmentera en Afrique subsaharienne dans les toutes prochaines décennies, exacerbée par les problèmes de l'activité sexuelle précoce et la faible utilisation de la contraception²⁵.

Les défis ayant trait à la santé reproductive dans la Région seront plus amplement traités dans le chapitre suivant qui traite dans le détail des années de procréation.

Constatations essentielles et mesures à prendre

- a) S'attaquer aux nombreux défis sanitaires auxquels sont confrontés les jeunes femmes en Afrique subsaharienne dans leur jeunesse requiert une approche multisectorielle.
- b) La discrimination fondée sur le sexe débute à un âge précoce, les fillettes étant contraintes d'assumer la responsabilité des travaux ménagers qui sont souvent un obstacle à leur éducation.
- c) L'éducation, associée à de meilleurs résultats sanitaires, comporte un certain nombre d'autres avantages bénéfiques.
- d) La violence à l'égard des jeunes femmes est largement répandue, notamment dans les situations de conflit et fait souvent partie de la coercition sexuelle. Dans certains cas, la violence s'exprime par des pratiques préjudiciables telles les mutilations génitales féminines.
- e) Le début de l'activité sexuelle est associé à la morbidité et à la mortalité, résultant notamment de l'infection à VIH et de la mortalité maternelle.

Références

1. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA *et al.* Maternal and child under nutrition : global and regional exposures and health consequences. *Lancet* 2008;371(9608) :243-60.
2. Organisation mondiale de la Santé. *World Health Statistics*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2011.
3. Organisation mondiale de la Santé. *Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008-2009, Rapport biennal*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2009.
4. Shapiro RL, Hughes MD, Ogwu A, Kitch D, Lockman S, Moffat C *et al.* Antiretroviral regimens in pregnancy and breast-feeding in Botswana. *N Engl J Med* 2010;362(24) :2282-94.
5. Lindsay S. *et al.* Effect of Pregnancy on exposure to malaria mosquitoes. *Lancet* 2000;355(9219) :1972.
6. Reimers P. *The Influence of the Workplace Environment on Breastfeeding Practices of Working Mothers : A Case Study of Two Companies in KwaZulu Natal*. Durban : M. Tech. Nursing Durban University of Technology; 2009.
7. ONUSIDA. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de Sida*. Genève : ONUSIDA; 2010.
8. Banque mondiale. *Safe Motherhood and the World Bank*. Washington, DC : Banque mondiale; 1999.
9. Banque mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé*. Washington, DC : Banque mondiale; 1993.
10. UNICEF. *Levels and Trends in Child Mortality, Report 2011*. Estimates Developed by the UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. UNICEF, WHO, The World Bank, UN DESA/Population Division; 2011.
11. UNICEF. *Levels and Trends in Child Mortality, Report 2010*. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. UNICEF; 2010.
12. Owumi BE. *A socio-cultural analysis of female circumcision among the Urhobos : a study of the Okpe people of Delta State*. Lagos : Inter-African Committee; 1995.
13. Owumi BE. The Political Economy of Maternal and Child Health in Africa. In : Isiugo-Abanihe UC, Isamah A, Adesina J, eds. *Currents and Perspectives in Sociology*. Ibadan : University of Ibadan Press; 2002.
14. Vandermoortele J, Delamonica E. The education vaccine against HIV. *Curr Issues Comp Ed* 2000;3(1).
15. Gregson S, Wadel H, Chandiwana S. School Education and HIV control in Sub-Saharan Africa : From Discord to harmony? *J Int Dev* 2001;3(4) :467-85.
16. UNESCO. *Education for all : Global Monitoring Report*. Paris : UNESCO; 2005.
17. UNFPA. *The state of the world's adolescent 2003*. New York : UNFPA; 2003.
18. Organisation mondiale de la Santé. *Eliminating female genital mutilation : an interagency statement*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2008.
19. Yoder PS, Khan S. Numbers of women circumcised in Africa : the production of a total. Calverton, MD : Macro International Inc.; 2007.
20. Muteshi J, Sass J. *Female Genital Mutilation in Africa : An Analysis of Current Abandonment Approaches*. Nairobi : PATH; 2005.
21. Kowalewski M, Mujinja P, Jahn A. Can mothers afford maternal health care costs? User costs of maternity services in rural Tanzania. *Afr J Reprod Health* 2002;6(1) :65-73.
22. Baker BK. The impact of the International Monetary Fund's macroeconomic policies on the AIDS pandemic. *Int J Health Serv* 2010;40(2) :347-63.
23. Organisation mondiale de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2010.
24. Likwa RN, Whittaker M. The characteristics of women presenting for abortion and complications of illegal abortion at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia : An explorative study. *African J Fertil Sexual Reprod Health* 1996;1(1) :42-9.
25. Shah IH, Lale S. Maternal Mortality and Maternity Care from 1990 to 2005 : Uneven but Important Gains. *Reprod Health Matters* 2007;15(30) :17-27.

Chapitre 3:

État de santé de la femme dans la Région africaine : les années de procréation

Dans la Région africaine, à mesure que la fille grandit, elle fait le travail qu'elle doit faire et joue les rôles qu'elle doit assumer. Les responsabilités qu'elle commence à assumer en tant que jeune fille augmentent au cours de l'adolescence jusqu'à ce qu'elle soit finalement engagée dans une vaste gamme de tâches quotidiennes qui sont indispensables à la survie de la famille, notamment la production d'aliments, leur transformation, leur cuisson et leur préservation. On estime que les femmes en Afrique produisent jusqu'à 80 % des besoins du continent en vivres¹. Les femmes sont également les principales pourvoyeuses de soins pour les membres de la famille malades ou handicapés et jouent un rôle essentiel en prenant soin de ceux souffrant de maladies mentales². La charge de travail est maximale lors des grossesses et de l'entretien des enfants.

Taux de fécondité élevé

L'Afrique subsaharienne a le taux de fécondité le plus élevé au monde, estimé à 5,2 %. Dans certains pays, par exemple, la République démocratique du Congo, le Niger, l'Ouganda et le Tchad, les taux de fécondité peuvent atteindre 6 % et plus³. Un taux élevé de fécondité est associé à une très faible prévalence de la contraception⁴. Selon l'OMS, une femme sur quatre souhaitant retarder ou arrêter la maternité dans la Région africaine n'utilise aucune méthode de planification familiale⁵. Les raisons à cela comprennent la mauvaise qualité des services disponibles et le choix limité des méthodes proposées. La limitation du recours à la contraception



est souvent imputée à la connaissance de la planification familiale et aux attitudes à son égard, à l'accessibilité de la contraception et aux relations entre sexes en ce qui concerne le pouvoir des femmes de négocier les modalités de l'activité sexuelle⁶. Toutefois, cette question est également considérablement influencée par des notions culturelles qui devraient être prises en compte dans toute analyse significative de la santé de la femme. En effet, dans de nombreuses cultures africaines, la maternité est au cœur même du lien social et on attend beaucoup des femmes en âge de procréer en ce qui concerne les enfants qu'elles doivent porter⁷. Ainsi, l'identité de la femme est souvent associée à sa capacité à donner naissance et dans certains milieux traditionnels, le but principal de la socialisation des femmes est de leur permettre de donner naissance, de servir de sages-femmes pour les autres et de s'occuper des enfants. C'est pourquoi, sous la pression culturelle pour procréer, les femmes ont tendance à considérer la contraception non pas tant comme un moyen d'éviter la grossesse, mais comme un moyen de gérer leur vie procréatrice selon des modalités qui garantiront leur position

dans une société dominée par leur belle-famille. Elles peuvent même utiliser la contraception pour porter tous les enfants que Dieu pourrait leur donner en réglant la programmation des grossesses et les circonstances de celles-ci⁸.

Bien que ces considérations ne s'appliquent pas dans la même mesure dans tous les milieux, pour bon nombre de femmes africaines et assurément pour les femmes vivant dans des zones rurales, l'approche de l'âge adulte et de la maternité donne lieu à des pressions socioculturelles, qui ont commencé à influencer sur leur expérience en tant qu'enfants, mais qui se cristallisent à présent en déterminants inéluctables de leur santé.

Le problème négligé de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions

Même s'il est possible de prévenir l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, celui-ci continue de faire peser des risques indus sur la vie des femmes africaines. Les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions représentent environ 14 % des décès maternels sur le continent. Selon les estimations, 31 sur 1000 femmes africaines âgées de 15 à 45 ans pratiquent chaque année des avortements risqués. Selon les informations, les pays d'Afrique centrale et de l'Est ont les taux les plus élevés d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, 36 pour 1000, tandis que l'Afrique australe a les taux les plus bas (9 pour 1000)⁹.

En général, les pays d'Afrique subsaharienne ont certaines des lois les plus restrictives en matière d'avortement. Bien que les lois limitent l'accès aux services d'interruption de grossesses, il est important de noter que de nombreux facteurs socioculturels sur le continent poussent les femmes à l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions. En outre, la réprobation associée à l'avortement décourage les femmes connaissant des complications liées à l'avortement de rechercher des soins professionnels. Les attitudes défavorables des prestataires de santé à l'égard de ces patientes se sont parfois traduites par des soins négligés et des morts inutiles. La prévention des décès et des invalidités résultant de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions nécessite de prévenir les grossesses non désirées par une amélioration de l'accès aux services de planification familiale et à des services d'interruption de grossesse sûrs.

Le fléau du VIH

Selon les statistiques de l'OMS, au niveau mondial, le VIH est la principale cause de maladie et de décès chez les femmes dans leurs années de procréation (15 à 44 ans), représentant 19 % de la mortalité féminine totale¹⁰. Il est particulièrement préoccupant de constater que la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes a augmenté au cours des deux dernières décennies et que cette tendance est extrêmement prononcée en Afrique subsaharienne où les femmes représentent 60 % de la population vivant avec le virus¹¹. À très peu d'exceptions près, il en va de même au niveau régional, où les filles et les femmes de la tranche d'âge des 15 à 24 ans sont particulièrement vulnérables. La prévalence du VIH/sida dans la Région est estimée à 3,2 % (voir **Tableau 3.1**), c'est-à-dire plus de cinq fois le taux de prévalence mondial pour la même tranche d'âge¹²⁻¹⁴. En Afrique subsaharienne dans son ensemble, les femmes sont également plus susceptibles d'être infectées par le VIH que les hommes, fait confirmé par les données de prévalence les plus récentes indiquant que 13 femmes contractent l'infection contre 10 hommes. Ici aussi, la tendance se répète au niveau sous-régional en dépit des différents types d'épidémies et modes de transmission¹⁵. Les ratios femmes-hommes des nouvelles infections à VIH vont de 2,22:1 en Afrique de l'Ouest et de l'Est à 1,33:1 en Afrique australe¹⁶.

Un certain nombre de facteurs expliquent cette tendance et l'un d'entre eux est biologique. L'appareil génital féminin présente une surface plus grande que l'appareil

Tableau 3.1 Prévalence du VIH en Afrique et dans d'autres régions du monde en 2007

Région	Nombre estimatif de femmes de plus de 15 ans vivant avec le VIH (en milliers)	Prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (en pourcentage)
Afrique subsaharienne	12 000	3,2
Afrique orientale et australe	8 970	4,5
Afrique occidentale et centrale	3 000	1,9
Moyen-Orient et Afrique du Nord	220	0,2
Asie du Sud	930	0,2
Asie de l'Est et Pacifique	750	0,1
Amérique latine et Caraïbes	660	0,4
CEE/CIS (Europe centrale et orientale et Commonwealth des États indépendants)	460	0,5

Source : ONUSIDA : Genève, 2008.

général masculin et est, par conséquent, plus exposé au virus. Par ailleurs, étant donné qu'il existe des teneurs plus élevées de VIH dans le sperme que dans les fluides vaginaux et qu'un volume accru de sperme est échangé lors des rapports hétérosexuels, les femmes sont plus exposées au virus. Enfin, en raison de la délicatesse du tissu génital des jeunes femmes qui est aisément endommagé, les rapports sexuels coercitifs ou forcés représentent un risque particulier. Une étude récente menée en Afrique australe a montré que par rapport aux hommes, les femmes risquent davantage de contracter l'infection à VIH auprès d'un partenaire infecté pendant des rapports hétérosexuels non protégés¹⁷. Même dans ce cas, les facteurs socioéconomiques jouent également, notamment dans les cultures qui limitent les connaissances des femmes sur le VIH ou entravent leur capacité à être entendues lors de discussions sur les pratiques sexuelles sans risque. Il a été montré que, par rapport aux jeunes hommes, un nombre moins important de jeunes femmes savent que les préservatifs peuvent assurer une protection contre le VIH¹⁸. À l'évidence, la désresponsabilisation des femmes est bien plus fréquente dans les cas où la pauvreté, le manque d'éducation ou de statut social participent des facteurs. Dans les milieux où les femmes s'en tiennent exclusivement aux travaux domestiques, sont exclues de l'éducation et sont sujettes de manière répétée à la violence, notamment la violence sexuelle, les femmes sont davantage exposées au risque d'infection à VIH.

L'exposition des jeunes femmes au VIH constitue un point de préoccupation particulier dans la Région. Non seulement elles sont confrontées à des obstacles à l'information sur le VIH et en particulier sur ce qui peut être fait pour éviter l'infection, mais dans certains milieux elles s'adonnent à une activité sexuelle avec des hommes plus âgés et plus susceptibles d'être infectés. Les données relatives à ce phénomène font défaut,



« L'exposition des jeunes femmes au VIH constitue un point de préoccupation particulier dans la Région. »

mais des enquêtes démographiques et de santé, menées dans un certain nombre de pays dans la Région montrent que les taux d'infection augmentent notablement dans la tranche d'âge des 20 à 24 ans par rapport à la tranche d'âge des 15 à 19 ans. Alors que les niveaux de l'infection à VIH chez les hommes augmentent lentement et culminent du milieu à la fin de leur trentaine, la prévalence chez les femmes augmente rapidement et atteint un pic vers la fin de leur vingtaine¹⁹.

La violence des hommes à l'égard des femmes ou la menace de violence joue également un rôle majeur en attisant l'épidémie, comme l'a montré une étude de 2010, menée en Afrique du Sud. Cette étude laisse penser que la violence entre des partenaires intimes accroît le risque d'infection à VIH chez les jeunes femmes sud-africaines²⁰. La violence sape davantage la capacité des femmes à se protéger elles-mêmes de l'infection à VIH, notamment de se faire entendre lors des négociations sexuelles. Une fois infectées, les femmes sont davantage exposées au risque d'agression violente²¹. Au Swaziland, pays qui enregistre le niveau le plus élevé de prévalence du VIH dans la Région, une étude menée en 2007 a montré que 33 % des femmes âgées de 13 à 24 ans ont signalé avoir fait l'objet d'une forme ou d'une autre de violence sexuelle avant d'atteindre l'âge de 18 ans²². Jusqu'ici, peu de pays ont pris des mesures ciblées pour prévenir la violence ou pour autonomiser les femmes survivant à des actes de violence^{21,23}. Il est également à noter que si de nombreux pays ont des lois en place pour punir le viol, peu d'entre eux ont cependant une législation pénalisant la violence domestique.

Hormis le risque de violence, les femmes vivant avec le VIH/sida dans la Région africaine supportent souvent les conséquences sociales graves de leur infection. Le diagnostic de séropositivité au VIH d'une femme conduit souvent à une désintégration

« Le diagnostic de séropositivité au VIH d'une femme conduit souvent à une désintégration de la famille, à l'abandon par son mari et au déni de ses droits dans les questions d'héritage... »

de la famille, à l'abandon par son mari et au déni de ses droits dans les questions d'héritage, le cas échéant. Il peut même conduire à une exclusion sociale pure et simple. Le VIH/sida a également contribué à la marginalisation de catégories de femmes qui étaient déjà victimes de l'exclusion sociale, comme les travailleuses du sexe qui souffrent de la stigmatisation, de la discrimination et d'autres actions punitives qui ne font qu'exacerber leur vulnérabilité.

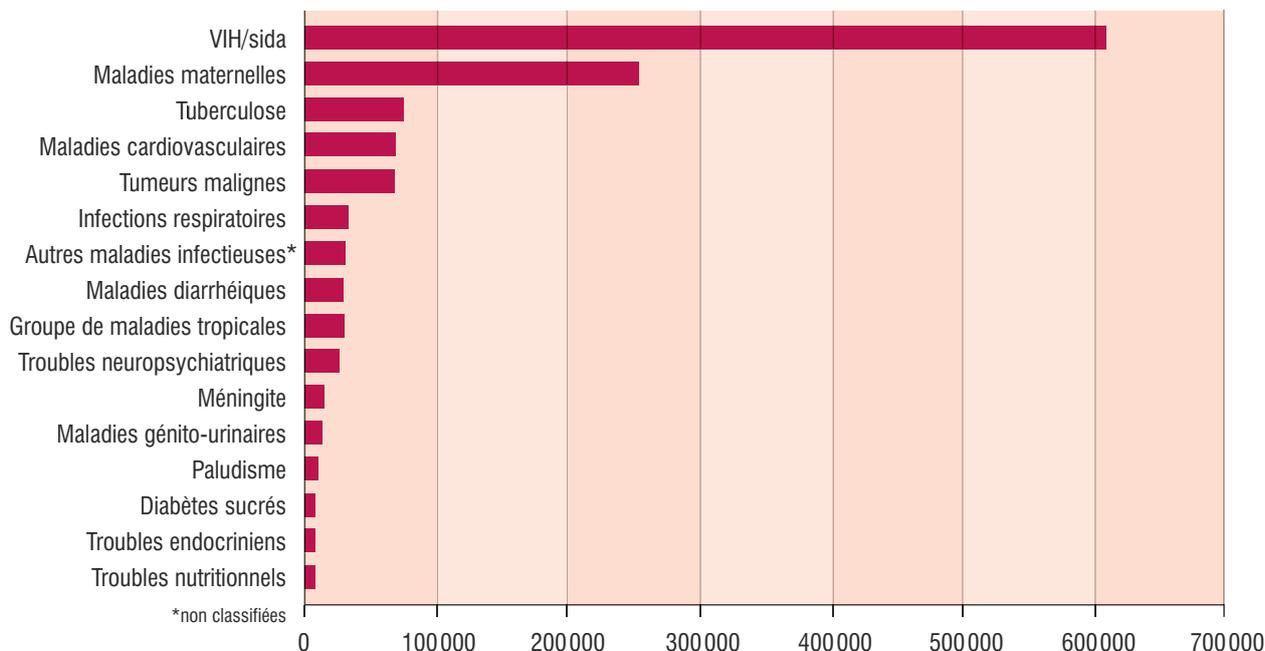
Les besoins considérables et non satisfaits en santé sexuelle et reproductive, notamment des jeunes femmes, population gravement affectée à la fois par le VIH et la violence, révèlent la nécessité pressante de s'attaquer aux OMD 3, 4, 5 et 6 pris conjointement, c'est-à-dire d'adopter une approche multisectorielle de ce qui est véritablement un problème multisectoriel. Cela implique également l'engagement dans une large consultation sur les questions de santé de la femme et le rapprochement actif des parties prenantes issues de multiples secteurs pour convaincre les responsables d'allouer davantage de ressources à la santé de la femme²⁴. Ce processus a déjà commencé dans certains pays. Au Cameroun, par exemple, l'implication du Ministère des finances dans l'élaboration du plan stratégique sur la sécurité des produits de base en santé reproductive a contribué à accroître la sensibilisation à la nécessité de prévoir une dotation dans le budget national pour les contraceptifs²⁵.

L'amélioration de la distribution d'antirétroviraux (ARV) aux femmes est un objectif important et l'accroissement du nombre d'hommes et de femmes sous TAR dans la Région passant de 100 000 en 2003 à un peu moins de trois millions en 2008 est louable, même si bien plus peut être fait pour modifier les déterminants sociaux attisant l'épidémie²⁶. La prévalence élevée de la violence et les infections à VIH vont souvent de pair et requièrent à nouveau des réponses multisectorielles intégrées qui traitent en particulier de la question de l'autonomisation des femmes.

Soins de santé maternelle de mauvaise qualité

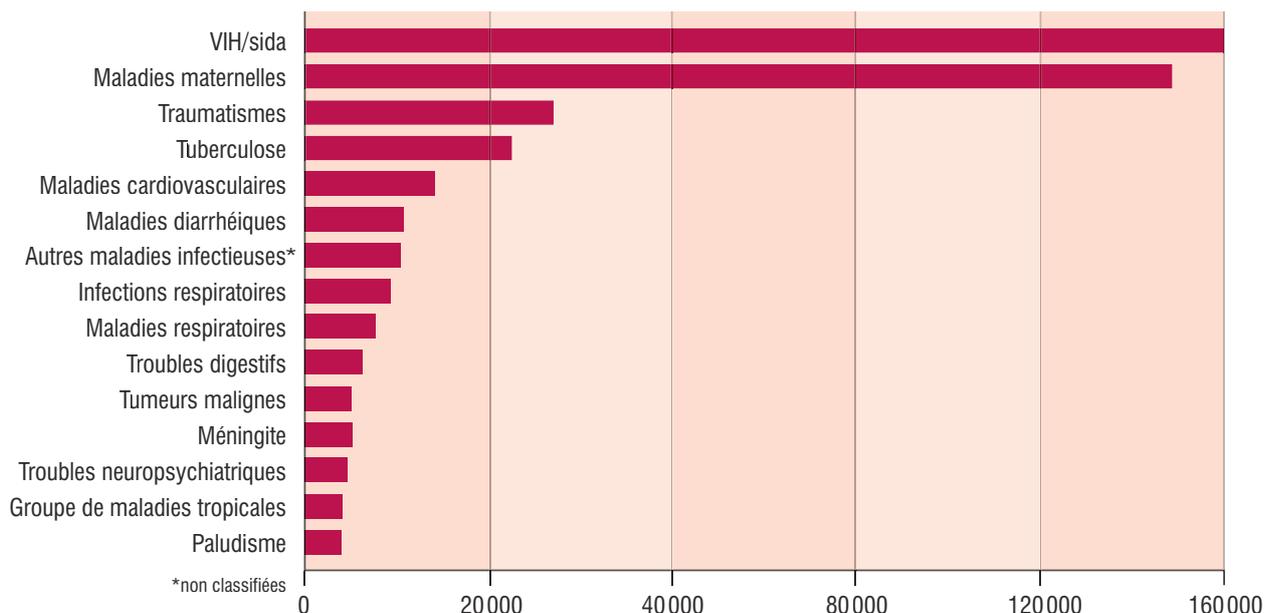
S'il est vrai que le VIH/sida peut être la principale cause de décès de femmes africaines en âge de procréation, les affections maternelles font également des victimes (Figure 3.2). Dans la tranche des 15 à 29 ans, en particulier (Figure 3.3), l'incidence de la mortalité maternelle est encore plus élevée. En fait, environ 51 % de la totalité des décès maternels concernent des femmes africaines âgées de 15 à 29 ans.

Figure 3.2 Causes de décès dans la Région africaine chez les femmes âgées de 15 à 44 ans en 2004



Source : Organisation mondiale de la Santé. Tableaux récapitulatifs FGM 2004, Département des statistiques de la santé et de l'informatique, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse, octobre 2008.

Figure 3.3 Causes de décès chez les femmes âgées de 15 à 29 ans dans la Région africaine en 2004



Source : Organisation mondiale de la Santé. Tableaux récapitulatifs FGM 2004, Département des statistiques de la santé et de l'informatique, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse, octobre 2008.

Les soins qualifiés sont l'une des exigences pour suivre en toute sécurité la mère et le bébé durant la grossesse et à l'accouchement. Les soins prénataux sont essentiels à l'évaluation des risques, au dépistage et au traitement des affections. Ici aussi, les femmes africaines sont malheureusement insuffisamment desservies. Au Burkina Faso, au Mali, en Mauritanie, au Niger, au Rwanda, au Sénégal et au Tchad, par exemple, moins de 25 % des femmes enceintes se soumettent aux quatre visites prénatales recommandées par l'OMS chez un médecin, une infirmière ou une sage-femme qualifiée. On sait que le suivi par un agent de santé qualifié à l'accouchement est déterminant pour la survie de la mère et du nouveau-né. Toutefois, la majorité des femmes africaines n'ont pas accès à ces soins à la naissance. Il en va de même pour les soins post-partum qui sont nécessaires pour détecter et traiter une infection et d'autres états, notamment la dépression post-partum. Les soins post-partum sont également importants pour prodiguer des conseils concernant la planification familiale et d'autres questions telles que l'allaitement maternel (Tableau 3.2).

Tableau 3.2 Couverture des soins prénataux et obstétricaux

Région/sous-régions	Couverture des soins prénataux (%) 2000–2007		Couverture des soins obstétricaux (%) 2000–2007	
	Centre médical consulté au moins une fois	Centre médical consulté au moins quatre fois	Présence d'agents de santé qualifiés à la naissance	Accouchement en milieu sanitaire
Afrique subsaharienne	72	42	47	40
Afrique orientale et australe	72	40	40	33
Afrique occidentale et centrale	71	44	49	46
Moyen-Orient et Afrique du Nord	72	–	81	71
Asie du Sud	68	34	41	35
Asie de l'Est et Pacifique	89	66	87	73
Amérique latine et Caraïbes	94	83	85	86
CEE/CIS*	90	–	94	89

* Europe centrale et orientale et Commonwealth des États Indépendants

Source : UNICEF. *Progress for Children*, New York; 2007.

Pénurie de soins qualifiés

La pénurie en accoucheuses qualifiées n'est qu'un des problèmes concernant les ressources humaines pour la santé dans la Région. Dans de nombreux pays, il est difficile de se faire une idée claire de la situation, en raison du manque de données fiables²⁷, mais sur les 57 pays dans le monde souffrant d'une pénurie grave d'agents de santé, 36 se trouvent dans la Région africaine²⁸. Dans le cas où les agents de santé ont été formés, leur fidélisation est problématique en raison des mauvaises conditions de travail, notamment des bas salaires. En outre, certains sont contraints de quitter leur poste du fait de l'instabilité politique, de conflits militaires ou de l'épidémie du VIH/sida^{29,30}.

Les pénuries de personnel ne sont pas le seul problème auxquels se heurtent les systèmes de soins de santé dans la Région. L'insuffisance des centres de consultation ou leur inexistence, la limitation de l'accès aux produits et technologies médicaux essentiels, à des services de laboratoires cliniques et à des services d'imagerie diagnostique de qualité constituent également un problème. Ces insuffisances des systèmes affectent évidemment la santé aussi bien des hommes que des femmes, mais en raison des besoins particuliers en soins de santé de la femme, notamment en soins maternels, les femmes souffrent relativement plus, lorsque les systèmes de santé

manquent des ressources nécessaires. On estime que des soins d'urgence complets sont nécessaires pour les 15 % de femmes qui développent des complications lors de l'accouchement. Cela peut comprendre des interventions coûteuses comme la césarienne qui fait souvent la différence entre la vie et la mort d'une mère et/ou de son bébé. Les césariennes sont pratiquées dans moins de 3 % des accouchements dans la Région, taux bien en deçà des 5 à 15 % estimés par l'OMS pour satisfaire les besoins des femmes à l'accouchement.

Pour commencer à résoudre ces problèmes, les gouvernements nationaux et les partenaires internationaux au développement doivent absolument respecter les engagements de financement qu'ils ont pris par le passé. L'inadéquation des allocations budgétaires pour le secteur de la santé est l'un des principaux obstacles à la formation et à la rétention d'agents de santé motivés. Les institutions africaines de formation sanitaire n'ont pas la capacité de reconstituer en permanence les ressources humaines. Pendant ce temps, les agents de santé sur le terrain sont confrontés à de lourdes charges de travail, à de bas salaires, à un équipement inadéquat et à une réduction des possibilités de promotion. Tous ces problèmes sont plus aigus dans les milieux ruraux.



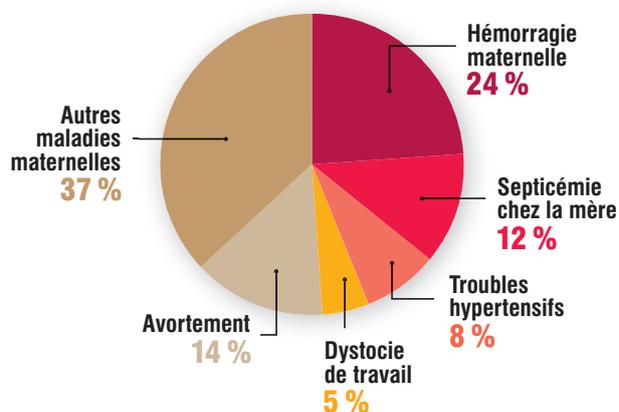
Mortalité maternelle élevée

On enregistre à travers le monde plus d'un demi-million de décès maternels chaque année, dont 99 % surviennent dans les pays en développement et plus de la moitié de ceux-ci dans la Région africaine⁵. L'OMD 5, comme déjà indiqué, vise une réduction de 75 % du taux mondial de mortalité maternelle entre 1990 et 2015, ce qui requiert une réduction annuelle moyenne de 5,5 %. Dans la Région africaine, la réduction annuelle moyenne de 1990 à 2010 a été de 2,7 %. La situation dans la Région africaine est encore plus tragique, parce qu'il est largement possible de prévenir la mortalité maternelle comme démontré par la disparité globale des résultats obtenus en santé maternelle (Figure 3.4). Il est vrai qu'en Europe, la mortalité maternelle est un fait rare, ne survenant que dans 20 sur 100 000 naissances vivantes contre 480 pour 100 000 naissances vivantes dans la Région africaine (voir Tableau 3.3), taux le plus élevé de toutes les régions du monde³¹.

Dans la Région africaine où les femmes donnent naissance à de nombreux enfants (le taux de fécondité global dans la Région est de 5,2), les femmes risquent dans un cas sur 42 de mourir prématurément des suites de couche par rapport à un cas sur 2900 pour les femmes en Europe. Dans certaines parties de la Région, les statistiques sont encore plus effroyables. Une fille sur 32 nées en Afrique occidentale et centrale mourra de complications liées à la grossesse au cours de sa vie. En outre, pour chaque décès maternel dans la Région, au moins trente femmes souffrent d'handicaps à court ou à long terme.

Plus de la moitié des décès maternels intervient dans les 24 à 48 heures qui suivent l'accouchement en raison de complications allant

Figure 3.4 Causes de décès maternels dans la Région africaine



Source : Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2008.



de l'hémorragie post-partum à la septicémie et aux troubles hypertensifs^{32,33}. Certaines mères dans la Région africaine saignent à en mourir après l'accouchement, faute d'agent de santé qualifié pour leur porter assistance. La possibilité de disposer d'accoucheuses qualifiées varie largement d'un pays à l'autre, mais en général la couverture est faible, se situant autour de 47 %²⁶. On estime qu'il serait possible de prévenir environ un quart des décès maternels par des soins obstétriques d'urgence (**Tableau 3.4**).

Tableau 3.3 Estimations du taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), décès maternels et risques encourus au cours de leur vie établies par région de l'OMS en 2010

Région	Taux de mortalité maternelle	Nombre de décès	Risque de décès maternel maternels au cours de la vie (1 sur)
Afrique	480	148 000	42
Amériques	63	9 700	710
Méditerranée orientale	250	39 000	120
Europe	20	2 200	2 900
Asie du Sud-est	200	76 000	190
Pacifique occidental	49	12 000	1 200
Monde	210	287 000	180

Source : OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale. *Tendances de la mortalité maternelle, 1990–2010*. Genève, OMS, 2012.

Tableau 3.4 Établissement de soins obstétriques d'urgence dans un certain nombre de pays de la Région africaine

Pays et année	Cinq établissements de soins obstétriques d'urgence pour 500 000 habitants en pourcentage (%) du nombre total requis
Cameroun (2000)	29
Mauritanie (2000)	31
Mozambique (1999)	34
Malawi (2000)	36
Mali (2002)	38
Sénégal (2002)	39
Tchad (2002)	40
Ouganda (2002)	44
Bénin (2002)	67
Niger (2002)	68
Rwanda (2003)	86

Source : Shah IH, Say L. Maternal Mortality and Maternity Care from 1990 to 2005: Uneven but Important Gains. *Reprod Health Matters* 2007;15(30) :17–27.

Importance de la tenue des promesses faites aux mères africaines

Au cours des décennies passées, l'Assemblée générale des Nations Unies, l'Assemblée mondiale de la Santé, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique et d'autres conférences internationales ont adopté un certain nombre de résolutions visant à promouvoir la santé de la femme africaine. Les gouvernements nationaux,

coopérant avec leurs partenaires pour le développement en Afrique, ont également pris des engagements mondiaux, régionaux et nationaux. Le droit à la santé est consacré par plusieurs traités[†] internationaux importants sur les droits de l'homme, auxquels la plupart des pays de la Région africaine sont des États Parties. La Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF), qui décline les obligations des États en matière de prévention des morbidité et mortalité maternelles, et de fourniture de services de soins de santé appropriés pour les femmes, est spécifique à la santé des femmes. Les 46 pays de la Région africaine sont tous signataires de la CEDAW. Au niveau régional, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Charte de Banjul), conjointement avec le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des femmes en Afrique, reconnaît le droit des femmes à la santé et recense les diverses mesures à prendre par les États pour assurer la mise en œuvre complète des instruments. Au niveau national, le droit à la santé qui intègre la santé de la femme, a été reconnu dans plus de 80 % des Constitutions des pays de la Région africaine.

En 2000, les Nations Unies ont adopté la Déclaration du Millénaire qui fixe huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) à atteindre à l'horizon 2015 comprenant : a) l'OMD 5A qui vise spécifiquement à réduire la mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015 et b) l'OMD 5B qui a pour but de parvenir à l'accès universel à la santé reproductive. Il est important de noter que les autres objectifs ont également trait, directement ou indirectement, à la santé des femmes, notamment l'OMD 3 qui vise à promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes et l'OMD 4 qui cible la réduction de la mortalité infantile. Plus récemment, en mai 2010, la Banque mondiale a annoncé un plan d'action quinquennal pour la santé reproductive visant à réduire les décès maternels et les taux de fécondité dans 58 pays à faible revenu. Dans le cadre de ce plan, la Banque s'engage à accroître ses prêts pour contribuer à élargir l'accès à la contraception, aux soins prénataux et à l'éducation pour les femmes et les filles. Ces prêts contribueront également à assurer la formation des agents de santé sur les causes courantes de décès maternels.



Les pays africains ont également pris de nombreux engagements régionaux et sous-régionaux pour améliorer la santé des femmes, dont le plus récent est la Campagne pour une réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), lancée en mai 2009 avec pour slogan – *L'Afrique ne reste pas indifférente : aucune femme ne devrait mourir en donnant la vie*. En collaboration avec l'UNFPA, l'UNICEF et l'OMS, l'Union africaine avait lancé la CARMMA dans 34 pays de la Région à la fin de l'année 2011.

Toutefois, en dépit de la liste impressionnante de conventions et d'initiatives, seul un petit nombre d'entre elles est mentionné ici, les bonnes intentions ne se sont pas souvent traduites par des changements. Cela est vrai, par exemple, de l'Initiative

[†] qui comprennent le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC) et à l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW).

Maternité sans risque qui a été lancée lors d'une conférence à Nairobi (Kenya) en 1987, appelant à la réduction de moitié de la mortalité maternelle à l'horizon 2000 et invitant instamment les pays à améliorer le statut et l'éducation des femmes. À la suite de la réunion de Nairobi, de nombreux pays africains ont pris des engagements pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et ont mis sur pied des programmes relatifs à l'Initiative Maternité sans risque, mais peu de progrès concrets ont été accomplis.

S'il est vrai que de nombreux pays examinent et révisent leurs lois et politiques, par exemple, pour se conformer aux déclarations relatives aux OMD, il existe toujours un large fossé entre les priorités stipulées dans les politiques et les engagements financiers requis pour leur mise en œuvre. Les progrès accomplis ont été particulièrement décevants en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle. Un moyen de mesurer celle-ci consiste à examiner les progrès accomplis en ce qui concerne l'OMD 5 exigeant, entre 2000 et 2015, une réduction annuelle de la mortalité maternelle de 5,5 % en moyenne. La réduction annuelle moyenne effective au cours de la période allant de 1990 à 2010 a été de 2,7 % dans la Région africaine. En 2010, seuls deux pays de la Région africaine étaient en voie d'atteindre l'OMD 5.

Lors d'une réunion de l'Union africaine, qui s'est tenue à Kampala, en juillet 2010, les dirigeants se sont à nouveau engagés à investir cette fois davantage dans les agents de santé communautaires et ont renouvelé leur engagement en faveur de la cible de la Déclaration d'Abuja relative aux dépenses de santé. Comme souligné au Chapitre 1, à ce jour, seuls sept pays sont en train de réaliser leur cible de la Déclaration d'Abuja. Au sommet de Kampala, certains dirigeants ont fait part de leurs préoccupations concernant le manque de ressources pour être en mesure de donner la priorité aux soins de santé et, à l'évidence, leur financement pose problème³.

Les dirigeants africains participant au Sommet de Kampala se sont également engagés à réduire les dépenses de soins de santé par le biais du paiement direct, en faisant part de leur intention d'y parvenir par des stratégies telles que la fourniture gratuite de soins obstétricaux et la prise en charge des enfants de moins de 5 ans. Un moyen de garantir que ces décisions seront pleinement mises en œuvre au niveau national consisterait à introduire des mécanismes de suivi. Les dirigeants africains pourraient également y contribuer en fixant et en annonçant publiquement

« Les progrès accomplis ont été particulièrement décevants en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle. »



des chronogrammes assortis d'échéances claires pour atteindre les cibles durant la période précédant l'échéance de 2015 fixée pour l'atteinte des OMD.

À l'évidence, il ne suffira pas simplement de bâtir de nouveaux centres de santé et de les doter en personnel. Comme indiqué au chapitre 1, il faut nécessairement un changement dans le mode de réflexion concernant la conception des systèmes de santé, en mettant davantage l'accent sur l'approche axée sur les soins de santé primaires, inspirée par les principes de la justice sociale, de l'équité, de la solidarité, d'une participation communautaire efficace et d'une action multisectorielle. Les systèmes de santé pyramidaux actuels à plusieurs niveaux (voir **Figure 3.5**) dans lesquels les établissements de santé dispensant généralement des soins de santé rudimentaires à la base ne satisfont pas les besoins des femmes africaines, dont bon nombre sont exclues des soins assurés par des hôpitaux urbains sophistiqués, du fait de la distance, du coût et d'autres barrières subtiles telles que les attitudes du personnel à l'égard des populations rurales démunies.

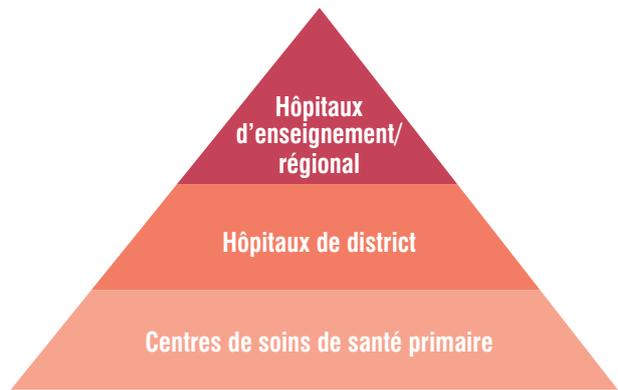


Figure 3.5 Les trois niveaux de soins de santé dans la Région africaine

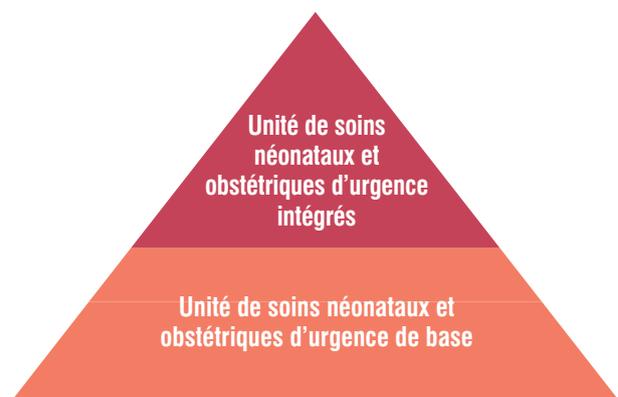


Figure 3.6 Modèle optimal de soins obstétriques

La conception optimale du système pour la prestation de services de santé maternelle dans la Région africaine comprend deux niveaux

(voir **Figure 3.6**) fournissant des soins obstétriques basiques et complets³⁵. Ceci est dû au fait que même les soins obstétriques basiques, s'ils sont efficacement fournis au moment où l'on en a besoin, peuvent sauver des vies. L'incapacité des hôpitaux de district à assurer un traitement salvateur pour les urgences obstétricales – faisant partie des soins dits de « troisième retard » – a contribué de façon considérable à l'élévation des taux de mortalité maternelle dans la Région africaine.

L'importance des approches des soins de santé primaires pour la fourniture de soins de santé en Afrique est maintenant comprise comme en témoigne l'adoption de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaire et les systèmes de santé en Afrique, qui a été approuvée par le Comité régional de l'Afrique en 2008 et qui a réaffirmé les principes de la Déclaration d'Alma Ata de 1978. Cependant, il reste beaucoup à faire en termes de volonté politique et d'engagement politique, si l'on n'entend pas que la Déclaration de Ouagadougou devienne purement et simplement une autre déclaration sur la liste des déclarations remontant à plusieurs décennies. Il y a également des signes selon lesquels la priorité est à présent donnée aux soins de santé maternelle dans certains endroits. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, au cours des trois années passées, des audits concertés des décès maternels et périnataux ont démarré dans 27 pays de la Région, tandis que 17 pays ont commencé à œuvrer à l'amélioration des compétences des agents de santé dans les soins essentiels du nourrisson, en utilisant les supports pédagogiques de l'OMS. L'OMS a également publié un guide pour la pratique clinique de l'obstétrique d'urgence et des supports de formation à la prise en charge du nouveau-né et du nouveau-né à « domicile » à l'intention des agents de santé communautaires²⁶.

Les frais d'utilisateur pénalisent les femmes pauvres

Manifestement, les centres médicaux et les hôpitaux même physiquement accessibles, convenablement équipés et suffisamment dotés en personnel seront peu utiles à la satisfaction des besoins sanitaires des femmes africaines, à moins que celles-ci n'aient elles-mêmes le sentiment qu'elles peuvent s'y rendre effectivement pour rechercher de l'aide. Si une femme doit payer de sa propre poche pour voir un médecin, elle peut renoncer à la consultation médicale jusqu'à ce qu'il soit trop tard pour lui administrer un traitement efficace. Les frais d'utilisateur ont été introduits dans la plupart des pays africains à la suite de la récession mondiale connue dans les années 70, qui s'est traduite par des politiques d'ajustement structurel, restreignant les dépenses publiques^{36,37}.

Un rapport de la Banque mondiale, publié en 1987, faisant autorité, a donné à penser que faire payer les frais n'était pas seulement un bon moyen de générer des recettes, mais réduirait aussi l'utilisation abusive et encouragerait la prestation de services à des tarifs et coûts bas³⁸. Le rapport fait valoir également que les frais d'utilisateur amélioreraient l'équité, parce que l'argent perçu dans les villes pourrait être utilisé pour subventionner les pauvres des zones rurales. Cependant, comme déjà noté au chapitre 1, l'expérience africaine faite avec les frais d'utilisateur n'a pas été positive.

Les frais d'utilisateur ont été introduits dans un certain nombre de pays dans les années 80 et 90, dans bien des cas dans le cadre des conditions pour l'octroi de prêts par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international. En 2007, 90 % de la catastrophe financière mondiale (définie comme le déboursement forcé de plus de 40 % du revenu des ménages, après la satisfaction des besoins de base) résultant des frais d'utilisateur s'est produite dans la Région où l'emprunt et la vente d'actifs pour financer les soins de santé sont des pratiques courantes³⁹. Même lorsque les frais perçus sont très bas, ils peuvent décourager le recours aux services de santé. À cet égard, une étude récente menée au Kenya a montré que l'introduction d'une redevance de 0,75 dollar américain pour des moustiquaires imprégnées d'insecticide, précédemment gratuites, a réduit la demande de 75 %⁴⁰.

L'obstacle à l'accès, créé par les frais d'utilisateur, présente un problème particulier pour les femmes dans la Région africaine, parce qu'elles sont souvent financièrement tributaires des hommes. Il s'ensuit que leur accès à des services de santé pour lesquels l'on débourse de l'argent dépend des décisions des hommes concernant les modalités d'utilisation des ressources financières. L'effet de ce déséquilibre entre les sexes est largement amplifié dans des contextes culturels où la crainte du divorce ou de l'abandon, de la violence ou de la stigmatisation empêche les femmes de recourir aux services de santé reproductive.

L'alternative aux frais d'utilisateur est une certaine forme de mutualisation des ressources financières, de sorte que le risque de payer pour les soins de santé soit supporté par tous les membres du pool et pas seulement par l'individu lorsqu'il tombe malade. Pour matérialiser la mutualisation des ressources, les fonds doivent être prépayés sous forme de taxes ou de cotisations d'assurance⁴¹. Certains pays africains, notamment le Ghana et le Rwanda, ont déjà commencé à évoluer dans cette direction et il existe de nombreux exemples dans le monde de pays à faible revenu et à revenu intermédiaire qui ont adopté le paiement anticipé et la mutualisation des ressources comme base du financement des soins de santé universels.

Cependant, il conviendrait de noter que le problème posé par les frais d'utilisateur ne peut être résolu en les abandonnant purement et simplement. Lorsque l'Ouganda a abandonné les frais d'utilisateur en 2001, l'incidence des dépenses de santé catastrophiques chez le pauvre n'a pas chuté immédiatement, l'explication la plus

probable étant le fait que l'indisponibilité fréquente des médicaments dans les établissements officiels après 2001 a contraint certains patients à se tourner vers les pharmacies privées⁴². Sans planification appropriée, l'abandon des frais d'utilisateur peut aussi conduire à une augmentation dans l'application de frais d'utilisateur non autorisés par les agents de santé. C'est pourquoi, la transition doit être gérée avec soin, si les décideurs politiques entendent empêcher le personnel non rémunéré d'abandonner les centres médicaux. Une récente étude de l'UNICEF portant sur six pays subsahariens qui ont abandonné le paiement des frais d'utilisateur a révélé que le processus est facilité dans les cas où il existe un leadership manifeste au haut niveau dans la classe politique dirigeante et où il y a eu un dialogue entre les dirigeants politiques et les techniciens nationaux⁴³. Dans les cas où les hommes politiques ont été tentés d'abandonner les frais trop rapidement, souvent pour des raisons politiques, les techniciens ont été aux prises avec les questions de la formulation et de mise en œuvre des réformes. Selon l'OMS, 17 pays de la Région ont supprimé les obstacles financiers aux soins obstétricaux d'urgence et aux soins du nourrisson depuis 2008.

Soins de santé manquant de sensibilité sur le plan culturel et des sexes

Le manque de ressources financières des femmes africaines et l'isolement géographique d'une proportion importante de la population de la Région sont souvent cités comme des explications de la faible fréquentation des services de santé maternelle. Une attention moindre est accordée aux attitudes à l'égard de la grossesse, ce qui peut résulter de croyances culturelles profondément enracinées, mais qui sont incompatibles avec la meilleure pratique médicale du moment. Par exemple, l'Annang du Nigeria favorise la position accroupie pendant l'accouchement par opposition à la position gynécologique généralement adoptée par les systèmes de santé⁴⁴. Cette position a des connotations cosmologiques et philosophiques et tire parti des avantages de la gravité pour aider le passage du bébé à travers le canal génital. Parallèlement à la position à genou, la position accroupie est l'une des positions d'accouchement les plus largement choisies à travers le monde, notamment dans les cultures où les femmes maîtrisent leur façon d'accoucher⁴⁵. Une partie du défi auquel se heurtent les décideurs politiques tient ainsi à la défense des pratiques courantes, qui est sous-tendue par une connaissance de ces traditions. Il ne suffit pas simplement de dire « voilà comment cela se fait » – il faut nécessairement un certain degré de sensibilité culturelle, si l'on entend changer les faibles taux d'utilisation. Au nombre des autres contraintes s'exerçant sur les femmes recherchant les soins dont elles ont besoin, figurent les conventions concernant la grossesse précoce. Dans de nombreuses sociétés traditionnelles africaines, les grossesses sont autant que possible dissimulées durant les premiers mois et certaines de ces sociétés font référence à cette période en utilisant des termes qui se traduisent littéralement par « le non-dit ». Ici aussi, la mobilisation et l'éducation relatives à l'importance des visites prénatales doivent être conçues en ayant à l'esprit la perspective traditionnelle.

Les initiatives à déployer pour susciter l'intérêt des communautés et les éduquer en ce qui concerne les questions de santé maternelle doivent être conçues en étant conscient du fait que la femme enceinte fait partie d'un réseau social et que son statut et ses relations au sein du réseau déterminent souvent sa capacité à réagir aux campagnes de santé publique. Dans le contexte africain, les femmes enceintes établissent souvent une relation avec des centres de soins de santé par l'intermédiaire d'un ensemble social complexe, qui reflète la lutte pour le pouvoir dans le cadre de la parenté, du cercle des alliances et de la communauté.

Comme indiqué au chapitre 1, les croyances traditionnelles relatives à la santé en Afrique sont en général inspirées par la notion selon laquelle la santé individuelle et

la santé communautaire sont étroitement liées, ce qui fait qu'il est problématique d'examiner un élément sans l'autre. Le peuple Nguni d'Afrique australe le résume en ces termes : « *umuntu ngumuntu ngabantu* » – une personne n'est une personne que grâce aux autres. En conséquence, les efforts visant à aborder les besoins en soins prénataux d'une jeune femme s'adressent souvent au mieux aux femmes plus âgées de la communauté. Les femmes plus âgées (belles-mères, mères et tantes) sont souvent perçues et reconnues comme ayant l'expérience nécessaire et la responsabilité sociale pour gérer la grossesse d'une jeune femme. Il en découle que les campagnes visant à encourager l'allaitement maternel pourraient faire mieux, s'il y avait une prise de conscience du fait que ce sont les grands-mères plutôt que les mères qui prennent les décisions essentielles concernant la manière d'alimenter le bébé, phénomène qui a été analysé dans le contexte de l'Afrique du Sud, par exemple⁴⁶. Malheureusement, la plupart du temps, les points de vue de ces femmes plus âgées ne sont pas pris en compte dans les systèmes de santé formels.

De plus, la prise de conscience des systèmes de croyance traditionnels et de l'organisation sociale qui les soutient fournit des possibilités considérables d'améliorer les résultats en matière de santé maternelle, comme cela a été démontré par des études ethnographiques menées au Malawi. Ces études ont montré que les autorités de la santé peuvent utiliser les structures de soutien social, les croyances et les connaissances existantes et les pratiques culturelles au cours de la grossesse pour améliorer les soins pour les femmes.

Les femmes africaines sont une précieuse ressource et devraient être autonomisées chaque fois que cela est possible; cela reste vrai de leur rôle de soutien à leurs sœurs tout au long du processus de la grossesse jusqu'à son terme et à l'accouchement dans le contexte africain souvent difficile et à haut risque. La modification des pratiques traditionnelles et l'utilisation de celles jugées appropriées peuvent améliorer l'efficacité de la prestation des services et accroître l'accessibilité économique de ceux-ci. Par ailleurs, la compréhension des concepts culturels relatifs à la grossesse, à l'accouchement et aux soins post-partum contribuera non seulement à élaborer de nouvelles réponses ciblant la mortalité maternelle, mais aura également des effets synergiques sur les problèmes de santé d'autres femmes.



« Dans la Région africaine, les femmes sont des pourvoyeuses de soins essentiels au sein des familles et occupent une position de la plus haute importance dans les systèmes de santé publics et privés. » »

Dans la Région africaine, les femmes sont des pourvoyeuses de soins essentiels au sein des familles et occupent une position de la plus haute importance dans les systèmes de santé publics et privés. En effet, les femmes sont majoritaires dans les effectifs de santé formels de nombreux pays africains. Cependant, elles ont tendance à être concentrées dans des emplois tels les soins infirmiers, la profession de sage-femme et le service de santé communautaire. Les rôles plus techniques (médecin, chirurgien, anesthésiste) ont tendance à être occupés par des hommes et, à l'exception du Burundi, de la Guinée et du Mozambique, où la proportion de médecins hommes par rapport aux médecins femmes se situe entre 0,7 et 1, cette proportion est, en général, de 0,2 et 0,3 femme par rapport aux hommes dans d'autres pays africains.

L'analyse de nos constatations qualitatives faites dans ce domaine révèle que, dans bien des cas, les femmes africaines ne sont pas disposées à se laisser examiner par des médecins de sexe masculin durant la grossesse et à l'accouchement et ainsi, la domination masculine de cette catégorie de personnel de santé fait obstacle à l'accès. Cette constatation est confirmée par un certain nombre d'études menées dans le monde, y compris dans les pays industrialisés, montrant que le sexe du médecin est un facteur important sur le plan de l'efficacité de la communication entre les patientes et le médecin et dans l'évaluation d'ensemble de la qualité des services par les patients^{47,48}. Des preuves concernant les taux d'utilisation chez des patientes ayant un cancer du col de l'utérus, problème majeur dans la Région, laissent également penser que les femmes retardent parfois le dépistage en raison de la gêne d'être examinées par un prestataire de soins de santé du sexe opposé⁴⁹. Les constatations de nos études menées en République démocratique du Congo indiquent que, dans les zones de guerre et de conflits, les femmes qui ont été victimes de viol ou de violence sexuelle préfèrent être traitées par un agent de santé de sexe féminin. Pour améliorer l'utilisation chez les patientes, il importe donc de responsabiliser le personnel de santé de sexe féminin dans la Région et d'accroître la participation des femmes à tous les niveaux de la gouvernance de la santé, notamment dans la prise de décisions, étant donné que la participation efficace des femmes à la conception et au déploiement des services de santé est extrêmement importante⁵⁰.

La question de l'accroissement de l'effectif des prestataires de soins de santé de sexe féminin hautement qualifiées est un problème complexe qu'il pourrait falloir des décennies pour résoudre. Il convient donc sans doute d'initier des programmes d'éducation pour changer les attitudes des femmes à l'égard du fait d'être traitées par un homme en attendant la mise en place d'effectifs de santé plus équilibrés au niveau des sexes. Toutefois, l'intégration des femmes, à moyen terme jusqu'au long terme, aux échelons supérieurs du système de santé doit être une priorité et les gouvernements devraient s'engager à reconnaître la valeur du travail qu'elles ont déjà accompli par le biais de la formation avant la prise de fonctions et par la formation sur le tas, ainsi que des programmes d'encadrement et en encourageant activement les femmes à viser plus haut. Ainsi qu'il en a été déjà question, l'éducation des femmes en Afrique est l'une des clés de leur autonomisation et un facteur de développement socioéconomique plus général. Ce sujet sera réexaminé au chapitre 5.

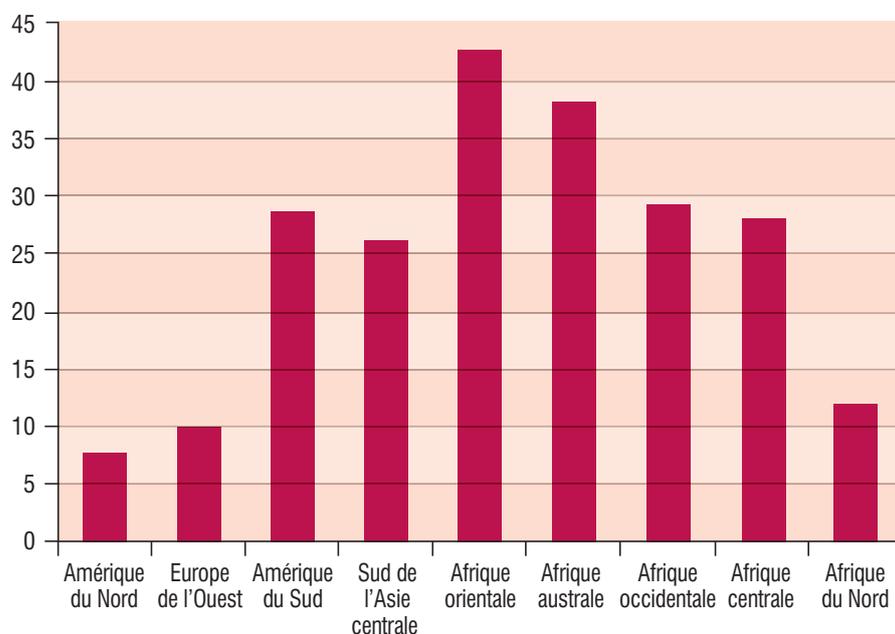
Cancer du col de l'utérus

L'Afrique subsaharienne enregistre l'incidence du cancer du col de l'utérus la plus élevée au monde (**Figure 3.7**)⁵¹. C'est le cancer le plus courant chez les femmes africaines, représentant plus d'un cinquième de tous les cas de cancer. Le cancer du col de l'utérus est en hausse dans de nombreux pays africains, notamment au Mali, en Ouganda et au Zimbabwe, mais l'ampleur véritable du problème est inconnue en raison de la sous-déclaration des cas et du manque de données fiables. Dans quasiment chaque cas, le cancer du col de l'utérus est lié à une infection génitale causée par le virus du papillome humain (VPH), une infection courante sexuellement transmissible (IST) rencontrée chez 10 % de femmes dans le monde mais qui, selon les estimations, affecte une femme sur cinq dans la Région africaine⁵². En dépit du fait qu'il existe un vaccin hautement efficace contre le VPH et qu'il est possible de prévenir le cancer du col de l'utérus lui-même par des dépistages réguliers et un traitement approprié, les femmes continuent de mourir de cette maladie dans la Région africaine, parce qu'elles n'ont accès ni à l'une ni à l'autre de ces possibilités.

Selon une étude menée dans quatre pays en Afrique de l'Ouest⁴⁹, moins de 1 % des femmes a déjà fait l'objet d'un dépistage de la maladie. Il s'ensuit que seules 21 % des femmes africaines survivent à la maladie contre 70 et 66 %, respectivement, aux États-Unis et en Europe occidentale.

Le tribut du cancer du col de l'utérus dans la Région africaine est particulièrement lourd, étant donné que la maladie tend à affecter les femmes à un moment de leur vie, où être en bonne santé est particulièrement important pour la stabilité sociale et économique des familles.

Figure 3.7 Incidence normalisée par âge du cancer du col de l'utérus pour une population de 100 000 femmes par région du monde



Source : Adapté à partir des travaux d'Anorlu RI intitulés. Cervical cancer : the Sub-Saharan African perspective. *Reprod Health Matters* 2008;16(32) :41–9.

De bien des manières, les caractéristiques de l'infection à VPH mettent en évidence l'expérience qu'ont faite les femmes africaines sur le plan des maladies sexuellement transmises qui est caractérisée par un diagnostic et un traitement tardifs pour les raisons socioéconomiques déjà examinées. Du fait du traitement tardif et de la plus grande vulnérabilité biologique des femmes aux complications d'infections non traitées, les femmes supportent sur le plan de ces maladies particulières un fardeau bien plus important que les hommes dans la Région africaine. Les infections qui peuvent être parfaitement traitées, comme la gonorrhée, la chlamydia, la syphilis et la trichomonase, se traduisent par des symptômes aigus et une infection chronique et peuvent entraîner l'infertilité, donner lieu à des grossesses ectopiques et des cancers de même qu'à une vulnérabilité accrue à l'infection à VIH qui, comme déjà indiqué, est la plus grande cause de décès de femmes dans cette tranche d'âge. On estime qu'environ une femme sur quatre en Afrique subsaharienne a l'une des quatre infections mortelles pouvant être traitées à tout moment.

Infertilité et autres pathologies gynécologiques et obstétricales à l'âge de la procréation dans la Région africaine

Un couple est en général considéré comme ayant un problème d'infertilité, si aucune grossesse ne survient au bout d'un an de rapports sexuels réguliers sans contraception⁵³.

L'infertilité est un problème de santé publique majeur dans la Région africaine, étant donné que ne pas pouvoir concevoir engendre souvent de la frustration et du stress émotionnel de même qu'un sentiment de culpabilité et du ressentiment. L'infertilité peut même conduire au divorce.

Malheureusement, dans bon nombre de milieux africains, la femme est souvent la seule qui est rendue responsable de l'infertilité. Cela pourrait entraîner plusieurs conséquences sociales et économiques négatives pour la femme, notamment le délaissement et le divorce.

Les facteurs déterminants de l'infertilité comprennent l'âge des partenaires, la durée de l'activité sexuelle, la normalité des organes génitaux et les IST, de même que les tabous.

Le traitement de l'infertilité est individualisé en réponse à des facteurs de cause à effet identifiés. L'approche la moins coûteuse de l'infertilité est la prévention des infections sexuellement transmises et l'amélioration de l'éducation. Des technologies de reproduction assistée peuvent aider à la prise en charge de l'infertilité et de la stérilité. Certains pays de la Région africaine ont créé avec succès des centres de reproduction assistée.

D'autres problèmes gynécologiques et obstétricaux prévalant dans la Région sont notamment les troubles hypertensifs de la grossesse, le diabète pendant la grossesse, les troubles cardiaques pendant la grossesse, les myomes utérins, les infections urinaires durant la grossesse, l'anémie et les cancers gynécologiques, tels les cancers du col de l'utérus, du sein, de l'endomètre, de la vulve et du vagin.

Autres risques

Le présent chapitre a mis l'accent sur les principales causes de maladie et de décès chez les femmes dans la Région africaine au cours de leurs années de procréation. Mais, le VIH/sida et le vaste éventail de pathologies maternelles menaçant la vie ne sont que deux des défis affrontés auxquels sont confrontées les femmes africaines de cette tranche d'âge. Les autres risques importants comprennent la menace des maladies infectieuses comme la tuberculose, maladie qui est très souvent associée au VIH/sida dans la mesure où 35 % des cas de tuberculose dans la Région sont des co-infections au VIH et la tuberculose représente approximativement 40 % des décès chez les personnes vivant avec le VIH/sida. Les maladies non transmissibles (MNT), dont la violence et les traumatismes, sont également source de préoccupations considérables.

Les femmes en âge de procréer dans la Région africaine sont aux prises à un complexe de déterminants de la santé, dont bon nombre ne peuvent être abordés que par une approche multisectorielle de la réforme. En 2008, la Commission sur les déterminants sociaux de la santé a appelé à une action dans trois domaines principaux, à savoir améliorer les conditions de vie quotidienne et s'attaquer à la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources.

Constatations essentielles et mesures à prendre

- a) Les taux élevés de fécondité actuels ne sont en partie que le reflet des faibles niveaux d'utilisation de la contraception. Les croyances traditionnelles entourant la procréation doivent être également prises en compte et utilisées pour éclairer les politiques.
- b) L'infection à VIH chez les femmes a augmenté au cours des deux dernières décennies en Afrique subsaharienne, stimulée dans une large mesure par des facteurs socioéconomiques. Seule une réponse multisectorielle à cette crise sera efficace.
- c) Il est impérieux d'assurer un financement suffisant pour les systèmes de santé, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires.
- d) Les frais d'usager devraient être remplacés par le paiement anticipé et la mutualisation des ressources, mais cela ne devrait pas être entrepris sans un examen approfondi des conditions locales. Une suppression du paiement des frais d'usager sans planification ne constitue pas une option.
- e) La mortalité maternelle continue d'imposer un lourd tribut aux femmes en raison principalement de la prestation insuffisante de soins de santé. Ici aussi, la réponse politique doit prendre en compte la nature multisectorielle du problème.
- f) Le système à deux échelons est le modèle optimal pour la réalisation de l'OMD 5.
- g) Une attention suffisante doit être accordée au diagnostic, au traitement et, notamment, à la prévention de l'infertilité dans la Région africaine.

Références

1. Africa News network. *Irrigation-scheme-brings-rice-and-hope*. Africa News network : 30 janvier. 2007.
2. Shepherd CM. *Women as healers across cultural perspectives*. New Brunswick : Rutgers University Press; 1989.
3. PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain 2009*. New York : Oxford University Press; 2009.
4. Sachs J. *Common Wealth : Economics for a Crowded Planet*. New York : Penguin Books; 2008.
5. Chan M. *Women and Health : Today's Evidence Tomorrow's Agenda*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2009.
6. Sedgh G, et al. *Women with unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method*. New York : Guttmacher Institute; 2007.
7. Amadium I. *Male daughters, female husband : gender and sex in an African society*. Londres : Zed Books; 1987.
8. Blesdoe, CH. *Contingent Lives Fertility, Time and Aging in West Africa*. Chicago : University of Chicago Press; 1999.
9. Organisation mondiale de la Santé. *Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, 6th edn. Genève : OMS; 2008.
10. Ribeiro P, et al. Priorities for women's health from the Global Burden of Disease study. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;102 :82–90.
11. Sambo G. *Speech at the Launch of the Commission on Women's Health in the African Region*, Monrovia, Liberia. Organisation mondiale de la Santé; 14 avril 2010.
12. Gay J, et al. *What works for women and girls : evidence for HIV/AIDS interventions*. New York : Open Society Institute; 2010.
13. ONUSIDA. *Agenda for accelerated country action for women, girls, gender equality and HIV – operational plan for the UNAIDS action framework : addressing women, girls, gender equality and HIV*. Genève : ONUSIDA; 2010.
14. Organisation mondiale de la Santé. *Fardeau global de la maladie 2004 : tableaux récapitulatifs*. Genève : Département des statistiques de santé et de l'informatique, Organisation mondiale de la Santé; 2004.
15. ONUSIDA. *Rapport mondial ONUSIDA 2010*. Genève : ONUSIDA; 2010.
16. ONUSIDA. *Rapport mondial; Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de Sida*. Genève : ONUSIDA; 2010.
17. Chersich M, Rees H. Vulnerability of women in Southern Africa to infection with HIV : biological determinants and priority health sector interventions. *AIDS* 2008;22(Suppl 4) :S27–S40.
18. ONUSIDA. *Prévenir les nouvelles infections à VIH : la clé permettant d'inverser la tendance de l'épidémie. rapport sur l'épidémie mondiale de Sida*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA); 2008.
19. Gouws E, et al. The epidemiology of HIV infection among young people aged 15–24 years in southern Africa. *AIDS* 2008;22(Suppl 4) :S5–S16.
20. Jewkes R, et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa : a cohort study. *Lancet* 2010;376 :41–4.

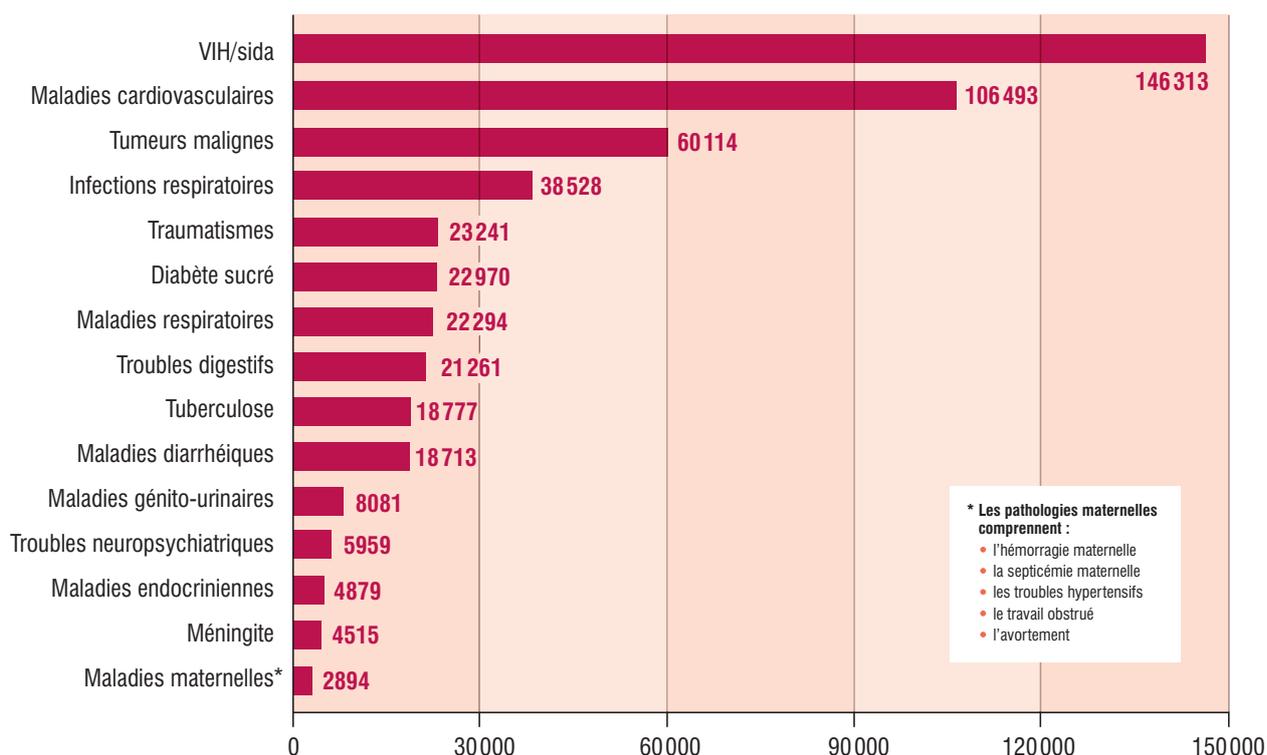
21. OMS/ONUSIDA. *Addressing violence against women and HIV/AIDS : what works?* Genève : OMS/ONUSIDA; 2010.
22. UNICEF. *Violence against children in Swaziland – findings from a national survey on violence against children in Swaziland*. New York : UNICEF/United States Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
23. ONUSIDA. *UNGASS-AIDS and sexual and reproductive health of women : civil society report 2010*. Recife, Brésil : GESTOS; 2010.
24. Macro International. *Rwanda Demographic and Health Survey. Preliminary data from Rwanda's 2008 Demographic and Health Survey*. Washington, DC : Macro International; 2008.
25. ONUSIDA. *USAID in Africa : 2006 Meeting Demand for Reproductive Health*; <http://africastories.usaid.gov/USAID>; 2006.
26. Organisation mondiale de la Santé. *Pour un développement sanitaire durable dans la Région africaine. Orientations stratégiques pour l'OMS, 2010–2015*. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé; 2010.
27. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2006.
28. Organisation mondiale de la Santé. *Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible sur le site : www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp [base de données en ligne].
29. Berhan Y. Medical doctors profile in Ethiopia : production, attrition and retention. In memory of 100-years of Ethiopian modern medicine & the new Ethiopian millennium. *Ethiop Med J* 2008;46(Suppl 1) :1–77.
30. Anderson F, et al. Who will be there when women deliver? Assuring retention of obstetric providers. *Obstet Gynecol* 2007;110(5) :1012–6.
31. OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale. *Tendances de la mortalité maternelle, 1990–2008. Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*. Genève : OMS; 2010.
32. Hallman K. *Socioeconomic disadvantage and unsafe sexual behavior among young women and men in South Africa*. New York : Population Council; 2004.
33. Blue, et al. *Women and mental health*. Genève : OMS; disponible sur le site : http://www.allcountries.org/health/women_and_mental_health.html 1995.
34. Assemblée de l'Union africaine. *Décisions, déclarations, résolutions*. Adoptées lors de la 15ème session ordinaire de l'Assemblée de l'Union africaine, Kampala (Ouganda), juillet 2010.
35. UNICEF. *Directives pour le suivi de la possibilité de disposer de services obstétricaux et de leur utilisation*. New York : UNICEF/OMS/UNFPA; 1997.
36. Yates R. *International Experiences in removing User Fees for Health Services – Implications for Mozambique*. Londres : DFID Health Resource Centre; 2006.
37. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2008 – Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2008.
38. Akin J, Birdsall N, de Ferranti D. *Financing health services in developing countries : an agenda for reform. World Bank Policy Study*. Washington, DC : Banque mondiale; 1987.
39. Adam L, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments : Empirical Evidence from 15 countries. *Bull World Health Organ* 2008;86 :849–56.
40. Cohen J, Dupas P. *Free distribution or cost-sharing : evidence from a randomized malaria prevention experiment*. Washington, DC : Brookings Institution; 2007.
41. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2010 : le chemin vers une couverture universelle*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2010.
42. Xu K, et al. Understanding the impact of eliminating user fees : Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Soc Sci Med* 2006;62 :866–76.
43. UNICEF. *Policy guidance note on removing user fees in the health sector*. New York : UNICEF; mai 2009.
44. Brink P. Traditional birth attendants among the Annang of Nigeria : current practices and proposed programs. *Soc Sci Med* 1982;16(21) :1883–92.
45. Harper B. *Gentle Birth Choices*. New York : Inner Traditions Bear & Company; août 2005.
46. Organisation mondiale de la Santé. Langa L. Breast is always best, even for HIV-positive mothers. *Bull World Health Organ* 2010;88 :9–10.
47. Hall JA, Debra LR. Do patients talk differently to male and female physicians? : A meta-analytic review. *Patient Ed Counsel* 2002;48(3) :217–24.
48. Roter DL, et al. Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction. *Obstet Gynecol* 1999;93(5) :635–41.
49. Anorlu RI. Cervical cancer : the sub-Saharan African perspective. *Reprod Health Matters* 2008;16(32) :41–9.
50. Sen G, Östlin P. *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health : Why it exists and how we can change it. Final report to the Women and Gender Equity Knowledge Network of the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible sur le site : http://www.who.int/social_determinants/resources/csdsd_media/wgekn_final_report_07.pdf [accédé le 14 avril 2009]; 2007.
51. Organisation mondiale de la Santé. *Renforcer la prévention du cancer du col de l'utérus et la lutte contre celui-ci*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2010.
52. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport OMS, les femmes et la santé 2009*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2009.
53. *The Merck Manual*, 17th edn, Section 18. Rahway, NJ : Merck; 1999 :1991–5.
54. Leke RJ, Oduma JA, Bassol-Mayagoita S, Bacha AM, Grigor KM. Regional and geographical variation in Infertility : Effects of environmental, cultural and socio-economic factors. *Environ Health Perspect* 1993;101(Suppl 2) :73–80.
55. Fomulu JN, Nasah BT. Review of sexuality transmissible diseases and infertility in Africa and the world. *Ann Sc De Santé* 1986;3(3) :215–22.
56. Nasah BT. Etiology of infertility in Cameroon. *Nigerian Med J* 1978;8(5).

Chapitre 4: État de santé de la femme dans la Région africaine : au-delà des années de procréation

Facteurs de risque majeurs de maladies

Tout comme les années de maternité font peser une variété de pressions (biologiques, socioculturelles et économiques) sur la santé de la femme dans la Région africaine, il en va de même des années qui suivent. Bon nombre de ces pressions sont une persistance des stress existant depuis la naissance. Les problèmes de santé, tels que la malnutrition, le paludisme ou les maladies diarrhéiques, précèdent le début de l'activité sexuelle et se poursuivent durant les années de procréation et au-delà. Après quoi, à mesure que la vie suit son cours, les femmes africaines sont confrontées à de nouveaux risques et leur profil de morbidité et de mortalité se met à changer. Le VIH/sida continue d'avoir les plus grandes conséquences néfastes pour la vie dans la tranche d'âge des 45 à 59 ans, mais comme donne à voir la **Figure 4.1**, les maladies non transmissibles (MNT) commencent à peser bien lourd, notamment les maladies cardiaques, les cancers et les maladies respiratoires chroniques.

Figure 4.1 Principales causes de décès chez les femmes âgées de 45 à 59 ans dans la Région africaine, 2004



Source : Figure établie d'après les tableaux récapitulatifs, FGM 2004, Organisation mondiale de la Santé, Département des statistiques de la santé et de l'informatique, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse, octobre 2008.

Certains de ces problèmes de santé résultent de l'exposition à des risques rencontrés en premier lieu durant la jeunesse, notamment le tabagisme et la consommation d'alcool et un régime alimentaire à haute teneur en cholestérol, en acides gras saturés et en sel, mais manquant de fruits frais et de légumes. Les problèmes de

santé dans ce groupe d'âge peuvent aussi refléter un manque d'exercice physique, un stress physique excessif, notamment dans les activités agricoles, de cueillette et de transport des denrées alimentaires, du bois, de l'eau et d'autres produits et dans la prise charge des enfants. Ils peuvent également refléter l'exposition de toute une vie à la violence et aux accidents dans les exploitations agricoles, les rues ou les foyers.

La surcharge pondérale et l'obésité qui sont des facteurs de risque majeurs pour toute une série de maladies chroniques non transmissibles, notamment le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies cardiaques, affectent de façon disproportionnée les femmes dans la Région comme l'indique une enquête STEPS récente menée au Malawi. L'enquête a révélé que 28 % des femmes présentent une surcharge pondérale contre à peine un peu plus de 16 % d'hommes¹. Une enquête STEPS menée en Sierra Leone a donné des résultats similaires, signalant l'obésité chez 10,8 % des femmes². En Afrique du Sud, la surcharge pondérale et l'obésité sont maintenant des composantes majeures de l'épidémie de malnutrition et une femme sur trois est considérée comme obèse^{3,4}.

Comme les autres questions de santé publique dans la Région, l'épidémie d'obésité doit être appréhendée dans le contexte socioculturel élargi. Dans certains milieux, l'obésité et la surcharge pondérale sont admirées comme une beauté désirable chez les femmes, ce qui rend difficile pour les femmes d'adopter des modes de vie sains⁵. L'obésité peut également résulter de l'alimentation forcée des femmes enceintes dans certains milieux traditionnels. De plus, l'épidémie d'obésité peut refléter une transition dans la Région, tant au plan économique que social. Cette transition affecte le mode de vie des femmes. L'un des moteurs essentiels de l'épidémie de MNT en Afrique subsaharienne est la croissance de ses villes. Dans la Région prise dans son ensemble, le taux annuel moyen de croissance de la population urbaine est de 4,5 %⁶ et, comme dans d'autres contrées du monde, cette urbanisation rapide est la principale cause des niveaux en hausse de l'obésité.

La prévalence des MNT est élevée chez les femmes âgées de plus de 60 ans

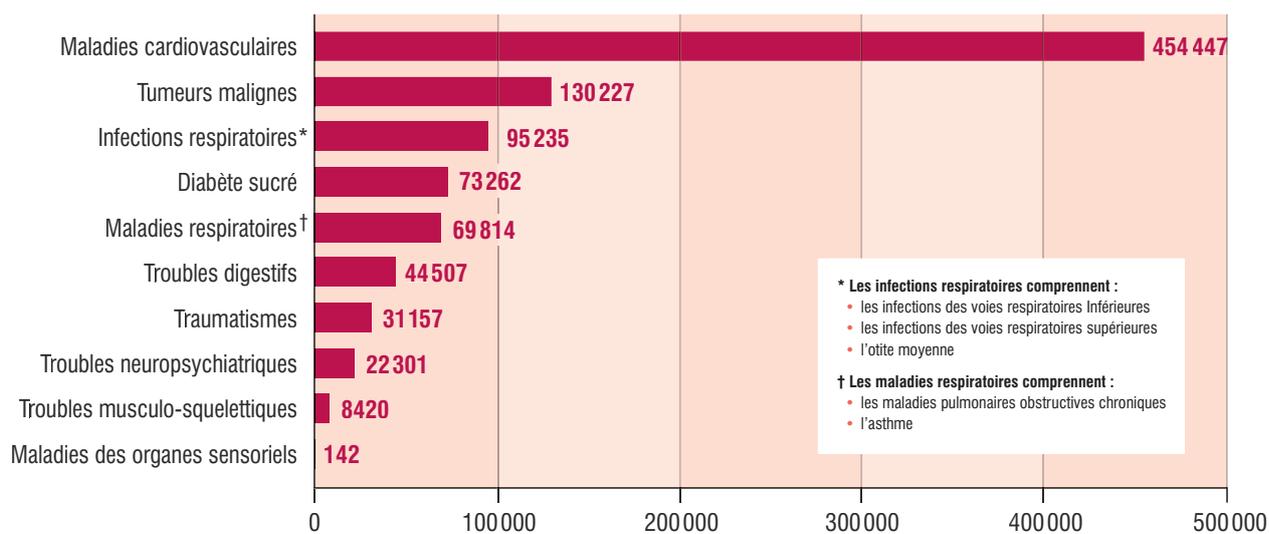
La croissance de la population urbaine est également associée au diabète et aux maladies cardiovasculaires⁷ qui ont tué plus de 106 000 femmes dans la tranche d'âge des 45 à 59 ans dans la Région en 2004, ce qui en fait les plus grandes causes de mortalité après le VIH/sida. Les maladies du cœur continuent d'avoir leurs effets néfastes sur les femmes africaines à un âge avancé et ont représenté plus de 450 000 décès en 2004

(Figure 4.2). Loin d'être une maladie de la prospérité, les maladies cardiovasculaires tuent deux fois autant de femmes âgées de 60 ans et plus dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans les pays à revenus élevés⁸. En général, il en va de même pour les MNT. Contrairement à l'opinion conventionnelle répandue selon laquelle les MNT sont un problème du monde riche, elles sont en fait une source de préoccupation croissante dans les pays à faible revenu où elles sont également la seconde cause principale de décès des femmes⁵. Les taux de prévalence des MNT ne sont pas enregistrés en général par les systèmes de santé dans la Région, mais des études sélectionnées donnent à penser qu'ils sont élevés et en augmentation. Selon l'OMS, si rien n'est fait pour s'attaquer au problème des MNT, elles représenteront au moins 50 % de la mortalité dans la Région africaine à l'horizon 2020⁹.

Les cancers sont une autre cause importante de maladie et de décès à mesure que les femmes africaines vieillissent, représentant plus de 60 000 décès chaque année dans la tranche d'âge des 45 à 59 ans et bien plus de 120 000 décès dans celle des 60 ans et plus.

 **Selon l'OMS, si rien n'est fait pour s'attaquer au problème des MNT, elles représenteront au moins 50 % de la mortalité dans la Région africaine à l'horizon 2020.** 

Figure 4.2 Causes des AVCI dans la Région africaine, femmes âgées de 60 ans et plus, 2004



Source : Figure établie d'après les tableaux récapitulatifs, FGM 2004, Organisation mondiale de la Santé, Département des statistiques de la santé et de l'informatique, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse, octobre 2008.

Les déterminants socioculturels sous-tendant la prévalence du cancer du col de l'utérus ont « été examinés au chapitre précédent, mais sont réexaminés ici à titre d'exemple du défi singulier auquel est confronté l'Afrique subsaharienne en ce qui concerne l'augmentation rapide de la prévalence des MNT dans un contexte marqué par une morbidité et une mortalité élevées résultant des maladies transmissibles. Au cours de la vieillesse dans la plupart des pays du monde, les MNT commencent à être à l'origine des décès et de l'invalidité, mais dans la Région africaine, les maladies transmissibles restent la principale cause de décès des femmes jusqu'à l'âge de 60 ans¹⁰. Parfois, ce double péril donne lieu à des interactions entre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles, en alourdissant le fardeau de la morbidité et de la mortalité chez les femmes. Le virus du papillome humain et le cancer du col de l'utérus en sont un exemple¹¹ et la schistosomiase en est un autre.

Normes fondées sur le sexe et les maladies

Du fait que de nombreuses cultures africaines ont tendance à limiter les femmes aux tâches domestiques, notamment la fourniture de soins, plus que les hommes, elles courent un plus grand risque de souffrir d'un certain nombre de maladies spécifiques. Par exemple, étant donné que ce sont principalement les femmes et les filles qui procurent les aliments et les préparent, elles sont souvent présentes lorsque des combustibles solides brûlent dans des maisons mal ventilées, leur faisant inhaler de grandes quantités de particules et de monoxyde de carbone¹². L'Afrique subsaharienne est l'une des deux régions ayant les charges de morbidité domestique les plus élevées liées aux combustibles¹³.

« Du fait que les femmes ont tendance à épouser des hommes plus âgés, auxquels elles survivent en règle générale, nombre d'entre elles se retrouvent veuves sans le moindre soutien pendant leur vieillesse. »

Les femmes courent un plus grand risque de souffrir d'une mauvaise santé par rapport aux hommes, en partie parce qu'elles ont un accès limité aux traitements et également du fait des rôles sociaux qui les prédisposent aux maladies^{14,15}. Par exemple, les femmes sont plus exposées au risque de trachome, principale cause de cécité en Afrique. La prévalence du trachome chez les femmes dans la Région

africaine est environ 2 à 3 fois plus élevée que chez les hommes. En raison de leur rôle consistant à aller chercher l'eau, les femmes sont plus exposées que les hommes à la schistosomiase. Celle-ci est en premier lieu associée à une exposition fréquente et prolongée à de l'eau infestée par des escargots qu'on peut trouver dans des lacs, des marais et des eaux stagnantes. Dans une étude, la proportion de cancers de la vessie imputables à la schistosomiase a été estimée à 28 %. Dans les zones où la schistosomiase est endémique, les femmes sont 1,5 fois plus susceptibles de contracter un cancer de la vessie que les hommes¹⁶.

Selon les estimations, en 2004, il y a eu 313 000 décès dus aux cancers du sein, du col de l'utérus et des ovaires, chiffre reflétant en partie l'exposition à la fumée de tabac et à la pollution à l'intérieur des habitations (causant également des maladies pulmonaires obstructives chroniques), de même que l'accès limité au dépistage, le diagnostic tardif et l'inadéquation de l'accès à des traitements efficaces¹⁷.

Les coûts économiques et sociaux des MNT sont examinés plus en détail au chapitre 5. Nous nous bornerons à noter en attendant que les MNT sont coûteuses à traiter et représentent ainsi un fardeau considérable pesant sur les systèmes de santé qui ont déjà du mal à faire face aux épidémies de maladies transmissibles. De plus, du fait que le traitement des MNT ne fait rien pour réduire leur incidence, elles présentent aux décideurs politiques la perspective d'augmentations annuelles des dépenses, fournissant peu de preuves en termes de résultats sanitaires améliorés. Au niveau social, les MNT sont également potentiellement dévastatrices, notamment pour les femmes âgées qui jouent un rôle si important dans de nombreuses sociétés africaines, en particulier en tant que pourvoyeuses de soins pour les orphelins du VIH/sida.

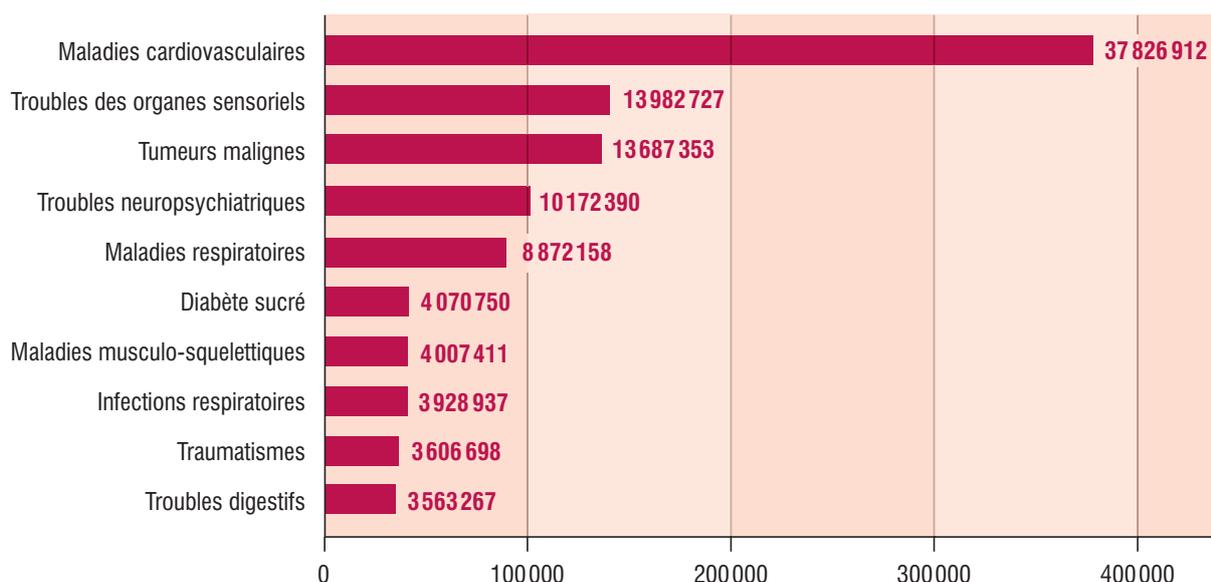
Heureusement, étant donné qu'il est possible de prévenir de nombreuses MNT par des changements de mode de vie, les gouvernements disposent de divers outils pour combattre cette épidémie. Le plaidoyer et une réforme des politiques bien préparée, soutenue par une bonne législation, peuvent dans une large mesure contribuer à des changements positifs. Cependant, les femmes devraient être responsabilisées grâce à l'éducation pour la santé dans leurs jeunes années, de sorte qu'elles aient au moins l'information nécessaire pour mener une vie saine. Pour finir, il est important pour les décideurs politiques de trouver un juste équilibre entre la santé publique et les intérêts commerciaux, notamment en ce qui concerne le tabac et l'alcool.

Bien entendu, mener une vie saine jusqu'à un certain point ne peut différer indéfiniment le début du changement sénescence et sa vulnérabilité inhérente. Durant la vieillesse, les femmes (et du reste, les hommes) sont exposées à toute une série de problèmes de santé – la vision ou l'audition peuvent être altérées; l'acuité mentale peut diminuer – posant une menace pour le bien-être durant les dernières années de la vie (**Figure 4.3**).

Ces problèmes se posent souvent lorsque de nombreuses personnes âgées sont confrontées à des difficultés financières, si elles ne peuvent travailler et ne perçoivent aucune pension de vieillesse formelle. En Afrique subsaharienne, la vaste majorité des femmes sont impliquées dans un type informel d'occupation qui n'est couvert par aucune forme de régime de pension.



Figure 4.3 Principales causes d'AVCI dans la Région africaine chez les femmes âgées de 60 ans et plus, 2004



Source : Figure établie d'après les tableaux récapitulatifs, FGM 2004, Organisation mondiale de la Santé, Département des statistiques de la santé et de l'informatique, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse, octobre 2008.

Ce problème touche aussi bien les hommes que les femmes, étant donné que l'Afrique subsaharienne compte moins de 19 % de personnes âgées bénéficiant d'une pension financée par des cotisations¹⁸. En conséquence, les femmes (et les hommes) vivent leurs dernières années en dépendant dans une large mesure des membres de la famille et de la communauté. Comme déjà indiqué, dans les sociétés africaines traditionnelles, les femmes âgées jouent souvent un rôle important et peuvent compter sur l'appui de leurs enfants ou de leur famille élargie. Toutefois, avec l'urbanisation croissante dans la Région, la migration des jeunes vers les villes et l'émergence de structures familiales nucléaires, les femmes âgées se trouvent souvent isolées. Du fait que les femmes ont tendance à épouser des hommes plus âgés, auxquelles elles survivent en règle générale, nombre d'entre elles se retrouvent veuves sans le moindre soutien pendant leur vieillesse¹⁸.

Dans les cas où les personnes âgées sont prises en charge dans des milieux non institutionnels, ces soins sont assurés par les membres de sexe féminin des familles qui supportent ensuite une charge supplémentaire nuisant à leur développement socioéconomique et posant une menace pour leur santé, notamment un risque accru de dépression¹⁹. S'occuper des personnes âgées à domicile peut également constituer une lourde charge financière. À cet égard, une étude menée en Ouganda a montré que les ménages comptant des membres âgés de plus de 65 ans sont plus susceptibles d'encourir des dépenses de santé ruineuses que les foyers ne comptant pas de membres âgés²⁰.

À l'évidence, ce sont des problèmes complexes et douloureux rencontrés dans de nombreux pays dans le monde, même dans les pays nantis ayant des régimes de pension pleinement développés. Cependant, il est clair que les systèmes offrant une couverture universelle par le biais du paiement anticipé et de la mutualisation des ressources, que ce soit à partir de l'imposition générale ou de formes d'assurance-maladie sociale, ont de meilleures chances de soutenir les sous-groupes vulnérables au sein de leurs populations, notamment les femmes âgées.

Dans la Région africaine, les personnes âgées ont toujours été considérées comme une ressource, les dépositaires de la sagesse et de l'expérience. Dans bien des contextes africains, les femmes âgées se voient accorder certains privilèges dans leur communauté ou peuvent jouer certains rôles distincts qui favorisent la cohésion sociale. Comme déjà indiqué, elles sont souvent responsables des décisions qui touchent à la santé, comme donner aux jeunes femmes et aux filles la permission de rechercher des soins de santé. Elles sont également les gardiennes des pratiques et des traditions régissant l'alimentation des nourrissons, outre le fait d'être les prestataires des soins post-partum. Leurs autres rôles consistent à s'occuper des bébés et des enfants au sein du ménage. Le développement de sociétés africaines modernes menace cette ressource, en particulier si ce développement entraîne à l'urbanisation.

La solution à ce problème dans le contexte subsaharien peut en partie résider dans l'investissement dans des services de soutien aux ménages et aux communautés, qui peuvent soulager les prestataires de soins domestiques d'une partie du fardeau, mais la réalité est qu'un nombre croissant de femmes âgées africaines passeront probablement leurs dernières années dans des institutions²¹. Les décideurs politiques doivent, par conséquent, prendre la responsabilité de concevoir et construire des institutions où les personnes les plus vulnérables pourront passer leurs dernières années dans la dignité et le respect à eux accordés par leur personnel soignant.

Constatations essentielles et mesures à prendre

- a) De nombreuses MNT auxquelles sont confrontées les femmes africaines à mesure qu'elles vieillissent sont la conséquence des habitudes prises dans leur jeunesse, notamment le tabagisme et la consommation d'aliments à haute teneur en cholestérol, en acides gras saturés et en sel, en particulier en milieu urbain. Les décideurs politiques peuvent avoir, en conséquence, un impact important sur la santé des femmes âgées en mettant l'accent sur les choix qu'elles feront dans leur jeunesse en matière de mode de vie.
- b) L'accès à des soins appropriés, notamment à des programmes de dépistage et de traitement pour le diabète, le cancer, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires aurait également un impact important sur l'épidémie de MNT en plein essor dans la Région.
- c) Les femmes sont exposées à certains facteurs de risque de mauvaise santé, en raison des rôles sociaux qu'elles ont à jouer.
- d) Les transitions économiques et sociales intervenant dans de nombreuses parties de la Région posent un problème particulier pour les femmes, à mesure qu'elles vieillissent; une réponse multisectorielle à ce problème est requise et devrait être fondée sur une forme de prestation de soins de santé universelle, si l'on ne veut pas que les membres les plus vulnérables de la société soient confrontés à une exclusion des systèmes de santé.
- e) Aucun mode de vie sain jusqu'à un certain point ne peut éviter le changement sénescence. Les gouvernements devraient établir des plans en vue de soutenir les personnes âgées et reconnaître le fardeau pesant sur les jeunes femmes dans leurs rôles domestiques de fourniture de soins. Ces plans devraient également reconnaître que les rôles occupés par les femmes âgées dans les sociétés africaines sont en train d'être remis en cause par la « modernisation » et l'urbanisation du continent.
- f) Un nombre croissant de femmes risque de passer en institution à un âge avancé de leur vie. Les décideurs politiques devraient faire en sorte que ces institutions respectent les droits des individus confiés à leurs soins, pour permettre à ceux-ci de vivre dans la dignité et le respect.

Références

1. Msyamboza KP, et al. The Burden of Selected Chronic Non-Communicable Diseases and Their Risk Factors in Malawi : Nationwide STEPS Survey. Republic of Malawi. Malawi National STEPS Survey for Chronic Noncommunicable Diseases and their Risk Factors. *PLoS ONE* 2011;6 :e20316
2. Gouvernement du Sierra Leone. *The Prevalence of the Common Risk Factors Of Noncommunicable Diseases in Sierra Leone, National STEPS Survey*. Free Town : Ministry of Health (Sierra Leone) and World Health Organization; 2009.
3. Puoane T, et al. *Obesity in South Africa : the South African Demographic and Health Survey*. Le Cap : Macro International Inc; 2005.
4. Organisation mondiale de la Santé. Infobase OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2010.
5. Organisation mondiale de la Santé. *OMS, stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : rapport d'une réunion de consultation régionale africaine*. Harare (Zimbabwe); 18–20 mars 2003.
6. UN-HABITAT. *State of the world's cities : trends in sub-Saharan Africa*. Nairobi : UN-HABITAT; 2004.
7. Unwin N, Alberti KG. Chronic noncommunicable diseases. *Ann Trop Med Parasitol* 2006;100 :455–64.
8. Organisation mondiale de la Santé. *Fardeau global de la maladie : mise à jour 2004*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2008.
9. Organisation mondiale de la Santé. *Pour un développement sanitaire durable dans la Région africaine : orientations stratégiques pour l'OMS, 2010–2015*. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé; 2010.
10. Chan M. *Women and health : today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva : World Health Organization; 2009.
11. Maher D, Smeeth L, Sekajugoc J. Health transition in Africa : practical policy proposals for primary care. *Bull World Health Organ* 2010;88 :943–8.
12. Smith KR. *Biomass Fuels, Air Pollution and Health. A Global Review*. New York : Plenum Press; 1987.
13. Smith KR. Fuel Combustion air pollution and health. *Ann Rev Energy Environ* 1993;18 :529–66.
14. Okwa OO. Tropical parasitic diseases and women. *Ann Afr Med* 2007;6(4) :157–63.
15. Amazigo U. *Women's Health and Tropical Diseases : A focus on Africa*. Nations Unies : disponible sur le site : <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/tropical.htm>; 2008.
16. Vizcaino AP, et al. Bladder cancer : epidemiology and risk factors in Bulawayo, Zimbabwe. *Cancer Causes Control* 1994;5 :517–22.
17. Kamangar F, Dores GM and Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents : defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Oncol* 2006;24 :2137–50.
18. Organisation mondiale de la Santé. *Commission sur les déterminants sociaux*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2008.
19. Prince M. Care arrangements for people with dementia in developing countries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19 :170–7.
20. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees : Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Soc Sci Med* 2006;64 :866–76.
21. Organisation mondiale de la Santé. *Femmes, vieillissement et santé : cadre d'action*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2007.

Chapitre 5 :

Avantages socioéconomiques de l'investissement dans la santé de la femme

Le rôle de la femme va au-delà de la maternité

Tout pays qui limite la contribution des femmes à la société à la seule procréation paiera un prix élevé du point de vue de son développement socioéconomique. Toutefois, l'importance fondamentale de la procréation et de l'éducation des enfants pour le développement en fait un point de départ manifeste pour l'analyse des avantages socioéconomiques de l'investissement dans la santé de la femme. Entreprendre cette analyse ne veut pas dire que l'argument en faveur de l'investissement dans la santé de la femme est en premier lieu utilitaire. Comme indiqué au chapitre 1, la santé de la femme est d'abord et avant tout une question de droits de l'homme et devrait être soutenue et promue en tant que telle, mais pour les décideurs politiques, confrontés à la réalité des discussions interministérielles, une prise de conscience de l'économie sous-jacente de la santé de la femme dans la Région peut être considérée comme précieuse.

En Afrique subsaharienne comme dans toute autre région du monde, les mères sont les principales personnes s'occupant de leurs enfants.

Les femmes plus âgées comme, par exemple, les tantes ou grands-mères, jouent des rôles de soutien importants, mais c'est la mère qui assume la plupart des responsabilités et c'est sa santé et son bien-être qui déterminent en grande partie la santé et le bien-être de ses enfants¹.

En cas de prospérité de la mère, les enfants sont mieux nourris et mieux éduqués. Lorsque la mère tombe malade ou même meurt, les enfants en pâtissent.

En Afrique subsaharienne, les enfants qui survivent à leur mère à leur naissance ont une chance extrêmement réduite de survivre pendant la première année de vie². Lorsqu'une mère meurt ou a une maladie de longue durée, ses enfants risquent d'être placés en famille d'accueil, où ils peuvent être exposés à de graves risques pour leur santé^{3,4}.

« Tout pays qui limite la contribution des femmes à la société à la seule procréation paiera un prix élevé du point de vue de son développement socioéconomique. »



« Les mères prennent soin de leurs enfants, non seulement en veillant à leur bien-être, en les nourrissant, les baignant et les habillant, mais aussi en les protégeant. »

Les mères prennent soin de leurs enfants, non seulement en veillant à leur bien-être, en les nourrissant, les baignant et les habillant, mais aussi en les protégeant. Lorsqu'elles sont en mesure de le faire, les femmes affectent également les ressources du ménage aux soins et à l'éducation de leurs enfants. Des études menées dans de nombreux milieux à faibles revenus ont montré que dans les

cas où les femmes perçoivent un revenu, elles sont plus susceptibles que les hommes de dépenser leurs gains en biens et services qui profitent au foyer comme, par exemple, les vivres, l'éducation et les médicaments^{5,6}. Ce schéma se vérifie également en matière de crédit. La recherche sur le microcrédit révèle en effet que, par rapport à l'homme, la femme multiplie quasiment par deux la consommation du ménage lorsqu'elle emprunte de l'argent¹.

Il a également été démontré que l'emprunt par les femmes a un plus grand impact positif sur la nutrition des enfants⁷. Des études menées en Gambie et au Rwanda montrent que dans les ménages dirigés par des femmes, l'on consomme plus de calories par personne et par jour que dans les ménages dirigés par des hommes. Il a été par ailleurs démontré que les femmes commerçantes à Dakar et à Bamako dépensent plus d'argent que leurs homologues de sexe masculin en nourriture à valeur nutritive élevée pour leur famille comme le poisson et les produits de la pêche, les condiments, les légumes et les fruits, etc.⁸. Tous ces exemples montrent que les politiques destinées à favoriser les possibilités des femmes à percevoir un revenu ont un impact direct sur la santé des enfants.

La présence d'une mère peut également avoir un impact positif important sur l'éducation des enfants^{9,10}. Un solide indicateur de cet état de fait est la chute de la fréquentation scolaire des enfants qui peut faire suite au décès de la mère, comme le montre une étude menée en Tanzanie. Cette étude a montré que dans les cas où une femme adulte était décédée au cours des 12 derniers mois, les enfants ont passé à l'école la moitié du temps que passent les enfants issus de ménages où un tel décès ne s'était pas produit ou encore où c'était plutôt un homme adulte qui était décédé¹¹.

À l'évidence donc, l'on tire des avantages socioéconomiques substantiels du fait qu'une mère reste en bonne santé, tandis que sa maladie ou son décès prématuré fait encourir des coûts importants. Ces frais ne sont en aucun cas limités à la famille concernée comme l'illustre le **Tableau 5.1** qui met en évidence un lien de cause à effet que l'on peut faire remonter, par exemple, du décès d'une mère à un désavantage sociétal plus large impliquant un éventail de variables. Cependant, c'est dans le foyer que les implications émotionnelles et financières de la maladie et des décès prématurés sont le plus directement ressenties. C'est en particulier le cas dans le contexte de systèmes basés sur le paiement direct, le modèle de financement prédominant en Afrique subsaharienne.

Au Nigeria, par exemple, 70 % des femmes souffrant d'un cancer du sein ou du col de l'utérus signalent une perte de revenu importante, du fait de leur maladie, 62 % font part de leur incapacité à travailler, tandis que 33 % d'entre elles indiquent que leur maladie a interrompu le travail d'un parent. Des études montrent que dans le cas des cancers, même lorsque le traitement est assuré gratuitement ou couvert par une assurance maladie, la charge financière peut absorber jusqu'à 50 % du revenu annuel des familles¹¹. Ce sujet a été amplement examiné au chapitre 3 et ne sera donc pas réexaminé ici. Nous nous contenterons de rappeler que 90 % de la catastrophe financière globale intervient dans la Région où les emprunts et la vente de biens sont des stratégies courantes pour faire face aux épreuves¹². Il convient également de

Tableau 5.1 Effets néfastes potentiels de la morbidité et de la mortalité maternelles sur les enfants, les familles, les ménages et la société

Effets potentiels	Sur les enfants	Sur les familles et les ménages	Sur la société
Démographiques	Décès	Perte de la défunte Dissolution de la famille/du foyer Nombre accru d'orphelins	Perte de la défunte Nombre accru de ménages monoparentaux
Sanitaires	Maladie Traumatismes Malnutrition Mauvaise hygiène	Réduction de la main-d'œuvre allouée à des activités de maintien de la santé Mauvaise santé pour les membres survivant du foyer	Réduction de la main-d'œuvre allouée à des activités de maintien de la santé
Économiques	Accroissement du travail des enfants	Productivité réduite de l'adulte malade Perte de la production de l'adulte décédé Redistribution des terres et de la main-d'œuvre Frais médicaux du traitement Perte des économies Changements dans la consommation et l'investissement Frais funéraires, droits légaux Transferts Changements dans la gestion du foyer	Réduction de la productivité de l'adulte malade Perte de la production de l'adulte décédé Redistribution des terres et de la main d'œuvre Perte des économies Changements dans la consommation et l'investissement Transferts Charge économique d'une famille monoparentale
Psychologiques	Dépression et autres troubles psychologiques	Dépression et autres troubles psychologiques Chagrin des êtres chers	Chagrin Perte de la cohésion communautaire
Sociaux	Isolement social Éducation réduite Surveillance et soins parentaux réduits	Isolement social Changements dans les soins pour les enfants, les personnes âgées et les handicapés	Changements dans la responsabilité des soins pour les enfants, les personnes âgées et les handicapés Pertes de chefs communautaires/sociétaux Changements dans le droit des femmes, la politique de la santé, d'autres politiques publiques

Source : Koblinsky M, *et al.*,¹³ cité par Gill K, *et al.*¹

rappeler que les frais d'usager sont un problème particulier pour les femmes dans la Région africaine, parce qu'elles sont souvent financièrement dépendantes des hommes.

S'il est vrai qu'il est relativement aisé d'évaluer l'impact de la maladie ou du décès d'une mère sur un ménage, l'impact sur l'économie plus large est peu clair et difficile à évaluer, vu le manque de recherche dans ce domaine et la rareté des données disponibles.

Il existe une littérature de plus en plus abondante, illustrant le lien entre la santé globale et la croissance économique¹⁴⁻¹⁶. Malheureusement, l'impact d'une mauvaise santé maternelle sur la croissance économique reste largement ignoré.

Santé de la femme et croissance économique

En termes généraux, l'amélioration de la santé de la femme accroît la productivité de deux manières : i) directement, par exemple par une réduction du nombre de jours perdus en raison de la maladie ou de l'incapacité et ii) indirectement, par une diminution des besoins en soins informels dispensés par les membres de la famille et/ou des ami(e)s qui peuvent faire partie de la main-d'œuvre. L'amélioration de la santé de la femme peut également dégager des ressources qui peuvent être utilisées pour les soins de santé, l'éducation et l'alimentation des enfants, en contribuant à un accroissement de la productivité future¹⁷.

Il existe un large faisceau de preuves relatives à l'impact positif de la bonne santé sur la performance^{15,18,19}. Celles-ci sont axées en particulier sur les indicateurs de santé, tels les taux de survie des adultes et leur forte corrélation positive avec la croissance du PIB¹⁹. Une étude empirique s'appuyant sur les données provenant de 53 pays sur la période allant de 1965 à 1990 a révélé qu'une augmentation en pourcentage du taux de survie moyen des adultes correspondait à une augmentation du taux de croissance du revenu de 0,23 % chaque année²⁰. La recherche a également montré que la santé améliore la productivité de la main-d'œuvre et qu'elle a un effet positif non négligeable

« Certes la grossesse n'est de toute évidence pas une maladie, mais l'accouchement expose les femmes à des risques pour leur santé et la fécondité élevée a un impact sur la santé de diverses manières de même qu'un impact économique important. »

et statistiquement significatif sur la production globale²¹. D'autres études^{18,21} indiquent que les pays qui consacrent des ressources substantielles à la santé et à l'éducation connaissent des taux de croissance plus élevés. Certes la grossesse n'est de toute évidence pas une maladie, mais l'accouchement expose les femmes à des risques pour leur santé et la fécondité élevée a un impact sur la santé de diverses manières, de même qu'un impact économique important. La recherche a montré que la fécondité élevée et la mauvaise santé maternelle vont de pair et ont un impact négatif sur la productivité. De plus, les études de Blackburn et Cipriani ont montré que les taux de fécondité et de mortalité élevés ont tous deux une corrélation négative avec le revenu par habitant²².

La recherche a eu tendance à porter sur la santé des populations en général plutôt que sur celle de la femme, en particulier. Cela étant, des preuves empiriques sur la relation entre la santé et la production économique dans les pays africains font défaut. Toutefois, les femmes étant la source principale de main-d'œuvre agricole, les retombées économiques de l'amélioration de la santé des femmes dans la Région sembleraient importantes. En outre, plusieurs études laissent penser que la pauvreté est plus répandue dans les ménages dirigés par des femmes. Au regard de ce qui précède, les initiatives ciblant la santé de la femme auraient un énorme impact sur la réduction globale de la pauvreté.

Le **Tableau 5.2** fournit une indication du coût économique de la mortalité maternelle et présente les estimations de la Commission sur la santé de la femme dans la Région africaine, en ce qui concerne la perte de productivité par habitant, en 2008, en raison des décès maternels dans la Région africaine de l'OMS exprimées en montant en dollar international. Ce qui est frappant d'emblée, c'est le large éventail de pertes encourues, l'Angola enregistrant une perte de 25,41 dollars internationaux par citoyen par suite des décès maternels, par rapport à la perte relativement faible de 0,54 dollar international encourue par le Zimbabwe. En termes de perte de productivité totale estimative, le Nigeria supporte le fardeau économique le plus important suite à une perte de plus de 1,5 milliard de dollars internationaux, du fait de la mortalité maternelle. Pour la Région dans son ensemble, la perte économique était de 6,85 dollars internationaux par habitant, ce qui, multiplié par la population totale de la Région, implique une perte économique totale d'un peu moins de 5,4 milliards de dollars internationaux.

Au niveau mondial, les estimations de l'USAID indiquent que le coût économique de la mortalité maternelle et néonatale est supérieur à 15 milliards de dollars américains chaque année en termes de productivité potentielle perdue, dont la moitié est attribuée aux femmes et l'autre moitié aux nouveau-nés²³.

En Afrique subsaharienne, d'autres estimations pour quatre pays, basées sur des données de 2001, indiquent que le coût de la perte totale de productivité par an, associée à la mauvaise santé maternelle, néonatale et du nourrisson va d'environ 8 millions de dollars américains en Mauritanie à 85 millions de dollars américains en Ouganda (en utilisant différentes hypothèses et en ajoutant les coûts des ménages et

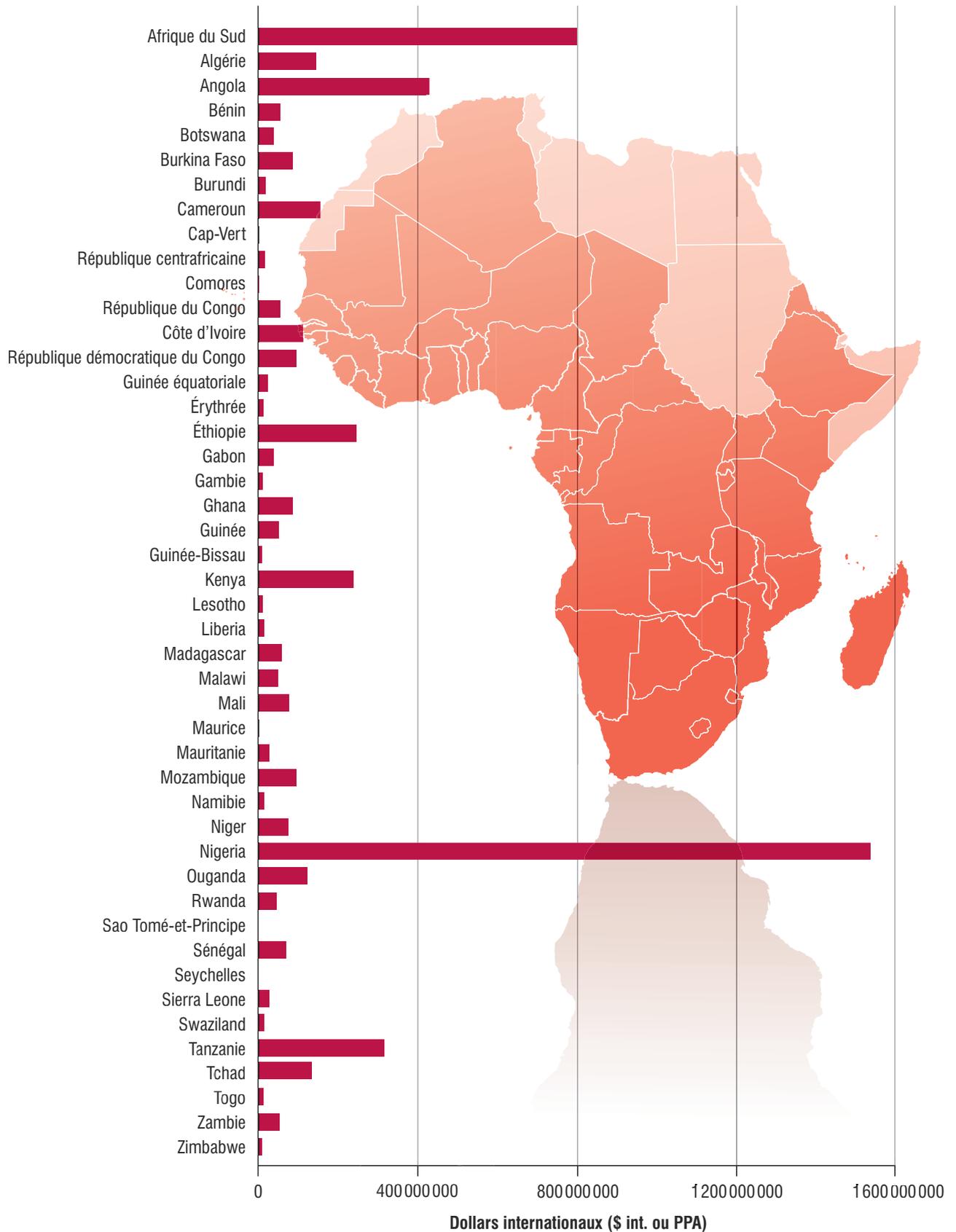
Tableau 5.2 Perte de productivité par habitant, due aux décès maternels dans la Région africaine de l'OMS, en dollars internationaux, 2008

Pays	(A) Population en 2008	(B) Perte totale de productivité en dollars internationaux (PPA)	(C=B/A) Perte de productivité par habitant (dollars internationaux)
Afrique du Sud	48 687 000	800 816 164	16,45
Algérie	34 800 000	138 114 369	3,97
Angola	16 808 000	427 031 289	25,41
Bénin	8 107 000	52 763 225	6,51
Botswana	1 546 000	33 374 887	21,59
Burkina Faso	14 042 000	80 580 567	5,74
Burundi	7 949 000	16 276 373	2,05
Cameroun	19 383 000	154 233 972	7,96
Cap-Vert	504 000	928 584	1,84
République centrafricaine	4 355 000	13 542 844	3,11
Comores	652 000	1 691 898	2,59
République du Congo	3 650 000	50 875 450	13,94
Côte d'Ivoire	19 031 000	109 666 830	5,76
République démocratique du Congo	62 885 000	96 565 663	1,54
Guinée équatoriale	1 240 000	20 705 511	16,70
Érythrée	5 006 000	8 636 556	1,73
Éthiopie	79 179 000	239 658 186	3,03
Gabon	1 454 000	30 135 783	20,73
Gambie	1 630 000	6 940 738	4,26
Ghana	22 532 000	83 155 341	3,69
Guinée	10 279 000	47 533 534	4,62
Guinée-Bissau	1 717 000	4 997 113	2,91
Kenya	35 265 000	239 590 136	6,79
Lesotho	2 451 000	6 060 570	2,47
Liberia	3 942 000	9 235 673	2,34
Madagascar	20 215 000	59 859 205	2,96
Malawi	13 656 000	43 384 564	3,18
Mali	13 360 000	73 158 411	5,48
Maurice	1 272 000	1 648 778	1,30
Mauritanie	3 032 000	24 437 451	8,06
Mozambique	20 747 000	90 772 756	4,38
Namibie	2 045 000	12 092 537	5,91
Niger	13 765 000	74 108 291	5,38
Nigeria	147 810 000	1 541 708 626	10,43
Ouganda	32 042 000	119 274 121	3,72
Rwanda	9 591 000	41 235 267	4,30
Sao Tomé-et-Principe	160 000	–	0,00
Sénégal	12 519 000	67 141 257	5,36
Seychelles	82 000	–	0,00
Sierra Leone	5 887 000	23 925 759	4,06
Swaziland	1 022 000	11 711 729	11,46
Tanzanie	39 743 000	312 536 495	7,86
Tchad	9 730 000	130 473 086	13,41
Togo	6 625 000	12 260 758	1,85
Zambie	12 450 000	52 300 391	4,20
Zimbabwe	11 732 000	6 375 405	0,54
Totaux	784 579 000	5 371 516 143	6,85

Source : Calculs de la Commission.

Notes : i) Les estimations de la population proviennent de la source des données démographiques suivantes : Fonds monétaire international, Base de données des perspectives de l'économie mondiale, octobre 2008; ii) La perte totale de productivité en dollars internationaux (PPA) et la perte de productivité par personne dans une population (dollars internationaux) sont des estimations de la Commission sur la santé de la femme dans la Région africaine; iii) Les estimations pour Sao Tomé-et-Principe et les Seychelles manquent, parce que leurs statistiques de mortalité maternelle manquent dans les estimations OMS/UNICEF/UNFPA/Banque mondiale les plus récentes. Les estimations des coûts indirects des décès maternels pour la même année montrent également à la Figure 5.1 le fardeau supporté par le Nigeria.

Figure 5.1 Coût indirect des décès maternels dans la Région africaine de l’OMS, en 2008



Source : Calculs de la Commission.

des centres de santé à ces estimations, le coût annuel de la perte de productivité en Ouganda est plus proche de 102 millions de dollars américains) et à 95 millions de dollars américains en Éthiopie^{24,25}. Par ailleurs, les pertes annuelles de productivité par habitant varient, selon les estimations, de 1,5 dollar américain en Éthiopie à plus de 3 dollars américains en Ouganda et en Mauritanie et à quasiment 5 dollars américains au Sénégal²⁶. Au niveau régional, Kirigia *et al.*²⁷ estiment que 49 224 dollars américains par an sont perdus en raison de la mortalité maternelle, étant donné que chaque décès maternel est associé à une perte d'environ 0,36 dollar américain par an en moyenne.

Les coûts estimés de la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales laissent fortement penser que les avantages potentiels l'emportent substantiellement sur les coûts. Ici à nouveau, bien que la recherche fasse défaut, il a été estimé que 30 à 50 % de la croissance économique de l'Asie de 1965 à 1990 peuvent être attribués aux changements démographiques et sanitaires favorables qui ont été dans une large mesure le résultat de réductions de la mortalité du nourrisson et de l'enfant et, par la suite, des taux de fécondité de même qu'aux améliorations apportées à la santé reproductive²⁸⁻³².

En mettant l'accent sur l'Afrique subsaharienne, une étude de l'Institut Guttmacher menée en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) indique que garantir à toutes les femmes enceintes de la Région les normes recommandées en matière de soins maternels et néonataux coûterait 8,1 milliards de dollars américains, mais seulement si des investissements étaient faits en même temps dans la planification familiale moderne. Sans cet investissement crucial dans la planification familiale, l'étude a estimé que le coût de la prestation de soins serait de 2,7 milliards de dollars américains plus élevé³³. Toutefois, les retombées considérables de ces investissements consisteraient en une chute de 77 % des grossesses non désirées, passant de 17 millions à 4 millions et en une baisse de 77 % des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions (voir **Tableau 5.3**). Les services de planification familiale devraient également sauver 750 000 vies chaque année, 200 000 chez les femmes et 550 000 chez les nouveau-nés. Cela représenterait

Tableau 5.3 Coût des services et issue des grossesses, en fonction de l'utilisation de la planification familiale et des services de santé maternelle et néonatale en Afrique subsaharienne, 2008

Catégories de coûts et de résultats de santé	Coût des niveaux courants des services	Coût des 100 % des besoins satisfaits pour les services
Services	Millions de dollars américains	Millions de dollars américains
Services de planification familiale	290	2380
Soins maternels et du nouveau-né	1460	8100
Total	1750	10480
Issue de la grossesse	Nombre en milliers	Nombre en milliers
Naissances voulues et fausses couches*	26 950	26 950
Naissances non voulues et fausses couches	11 730	2750
Avortements provoqués	5310	1240
Total	43 990	30 940
	Nombre de décès	Nombre de décès
Maternels	290 000	90 000
Infantiles	1 220 000	670 000
Total	1 510 000	760 000

Source : Institut Guttmacher et UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la Population). New York: UNFPA, 2009.

* Le nombre de naissances désirées et de fausses couches actuelles n'est pas affecté par le renforcement des services de planification familiale.

une baisse de 69 % de la mortalité maternelle et une réduction de 45 % des décès de nouveau-nés. De la même manière, il y aurait une réduction de deux-tiers du nombre d'années de vie en bonne santé perdues à cause d'une incapacité et des décès prématurés chez les femmes et leurs nouveau-nés, les AVC baissant de 61 millions à 22 millions. Les avantages de la mise à la disposition des femmes de services efficaces de planification familiale consisteraient en une économie sur le coût de la fourniture de soins maternels et néonataux, ce qui équivaldrait à 130 % du coût de la prestation de services de planification familiale.

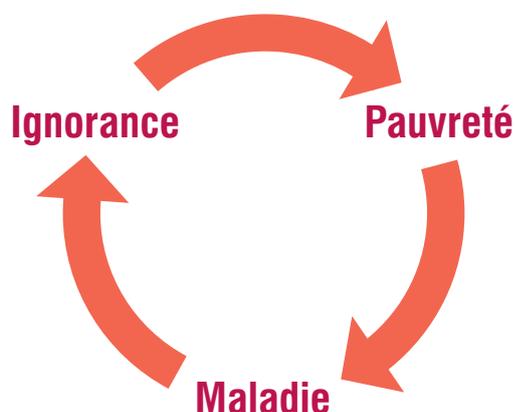
Ces avantages auraient des implications considérables pour le développement socioéconomique de la Région. En réduisant simplement le nombre de naissances non planifiées chez les adolescentes, par exemple, les décideurs politiques pourraient s'attendre à ce que davantage de jeunes femmes demeurent scolarisées et trouvent plus tard un emploi. Cela contribuerait également à des améliorations sur le plan de l'équité entre les sexes, de l'état de santé et de la production économique, facteurs qui à leur tour entraîneraient une réduction de la pauvreté. D'autres études sont parvenues à des conclusions similaires en ce qui concerne les économies qui pourraient être faites en investissant simplement dans les services de planification familiale. L'Organisation mondiale de la Santé estime que dans un certain nombre de milieux à faible revenu, notamment en Afrique subsaharienne, investir un dollar américain dans la planification familiale peut permettre d'économiser quatre dollars américains qui auraient été autrement dépensés ultérieurement pour prendre en charge les complications résultant de grossesses non planifiées³⁴. Des interventions spécifiques qui peuvent aider les pays à obtenir ces résultats positifs seront examinées dans le chapitre suivant.

Enfin, il convient de noter qu'un investissement dans la santé maternelle améliore non seulement les résultats pour la santé maternelle et néonatale, mais a également des retombées importantes pour la prestation de services de santé généraux et leur utilisation¹. Pour ne prendre qu'un seul exemple, dans les cas où les établissements sont modernisés pour dispenser des services obstétriques essentiels, ils deviennent également capables de faire face à d'autres types d'accidents et d'urgences^{5,6}, étant donné que l'équipement utilisé pour les soins de maternité, comme les appareils de mesure de la pression artérielle et les kits intraveineux, est également utilisé pour de nombreuses autres interventions cliniques³⁵.

Santé de la femme et cycles de perte d'autonomie

Jusqu'ici, le présent rapport a été axé sur les retombées socioéconomiques des investissements dans la santé maternelle et infantile. Toutefois, comme indiqué dès

Figure 5.2 Cycle de perte d'autonomie des femmes



le départ, les femmes en Afrique subsaharienne ont une bien plus grande contribution à apporter à la société que porter des enfants et s'en occuper, aussi importants que ces rôles puissent être. Un ensemble de pressions, dont la mauvaise santé, les empêche souvent de réaliser leur potentiel, notamment leur potentiel de création de richesses. De plus, les « solutions » mettant uniquement l'accent sur la « santé publique » (par exemple, la fourniture de soins complets de santé maternelle) passent à côté des interrelations fondamentales entre la santé et d'autres problèmes, la reconnaissance de ce qui est au cœur de la « refonte » multisectorielle que ce rapport s'emploie à encourager. La maladie, l'ignorance et la pauvreté font partie du cycle de perte d'autonomie des femmes dans la Région (voir **Figure 5.2**), étant donné que les composantes de ce cycle se combinent de

différentes manières et dans différents milieux pour porter préjudice aux femmes. Comme noté au chapitre 2, ce cycle peut commencer à se mettre en place à un âge précoce, même si la fillette elle-même est en bonne santé. Si la mère tombe malade, sa fille, croulant déjà sous le poids des travaux ménagers, peut avoir à assumer davantage de responsabilités, en passant ainsi à côté de possibilités d'éducation essentielles.

Investir dans la santé des femmes, c'est investir dans le développement et, partant, dans l'avenir. Les investissements ne seront efficaces que si des investissements parallèles sont faits dans l'éducation des femmes et dans d'autres initiatives destinées à favoriser leur promotion économique. L'autonomisation socioéconomique des femmes contribue à l'amélioration de la santé, autant que leur santé favorise leur autonomisation socioéconomique (Figure 5.3).

Il faudrait débiter l'analyse de l'autonomisation des femmes en Afrique subsaharienne par la reconnaissance de ce en quoi les femmes contribuent déjà à la société, notamment sur le plan de leur production économique. En dépit de l'adversité à laquelle elles font face toute leur vie, les femmes ont déjà apporté une contribution importante à l'économie de la Région, en y contribuant au moins autant que les hommes. Les comparaisons sont compliquées, parce que bien des choses que font les femmes revêtent la forme de services non rémunérés, mais certaines tentatives de comparaison ont été faites, notamment par Campbell-White et al. dans une étude démontrant que dans certains pays, les femmes produisent en réalité plus que les hommes³⁶. En Ouganda, par exemple (Tableau 5.4), la contribution des femmes au PIB est estimée légèrement supérieure à la contribution globale des hommes (50,6 % contre 49,4 %) et est notablement supérieure dans l'agriculture, étant estimée à 75 % contre 25 % pour les hommes. La même étude indique que la part de production des femmes est relativement faible dans le secteur industriel (15 %) et très substantielle dans le secteur des services (32 %).

Figure 5.3 Cycle d'autonomisation des femmes

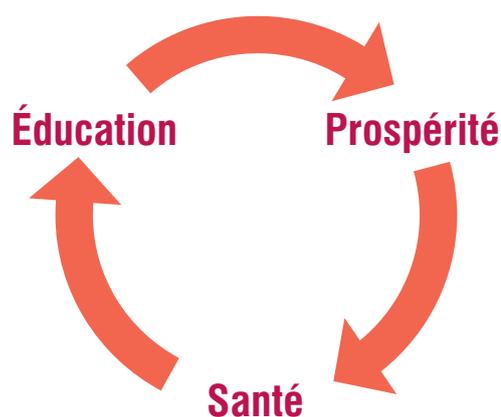


Tableau 5.4 Répartition de la productivité en Ouganda par secteur et par sexe (en pourcentage)

Secteur	Part du PIB	Part des exportations	Intensité de la production par sexe	
			Femmes	Hommes
Agriculture	49,0	99,0	75,0	25,0
Industrie	14,4	1,0	15,0	85,0
Services	36,0	0,0	32,0	68,0
Total	100,0	100,0		
Contribution au PIB			50,6	49,4

Source : Campbell-White A, et al. *Reproductive Health : The Missing Millennium Development Goal. Poverty, Health and Development in a Changing World.* Washington, DC : Banque mondiale; 2006.

L'importance de la contribution des femmes au secteur agricole est bien établie. Selon les estimations, la participation des femmes dans l'agriculture représente quasiment 70 % de tout le travail assuré par les femmes dans la Région. Les femmes produisent également, toujours selon les estimations, 60 à 80 % des vivres³⁷ dans la Région. Du fait que les femmes sont la principale source de main-d'œuvre pour l'agriculture, qui est le pilier des économies de la Région toute entière, investir dans leur santé (par exemple, grâce à une amélioration des soins de santé primaires) générera d'importants gains économiques. Une fois encore, si cette question est exclusivement examinée d'un seul point de vue, l'on court le risque de passer à côté de la situation globale qui, comme déjà indiqué, comprend un certain nombre d'éléments distincts, mais interdépendants. L'amélioration de la santé des femmes contribue à l'augmentation de la productivité qui est, dans une large mesure, influencée par la prospérité.

Fait extrêmement important, si la femme sur le terrain ne peut profiter de son propre travail, ses perspectives de parvenir à une meilleure santé sont limitées, autant que sont les perspectives d'une meilleure santé et éducation pour ses enfants. C'est malheureusement la situation à laquelle de nombreuses femmes sont confrontées dans la Région. Par exemple, en dépit de l'importance considérable du travail des femmes pour le secteur agricole, les femmes détiennent seulement 1 % des terres agricoles³⁸. De plus, elles ne bénéficient que de 7 % des services de vulgarisation agricole (formation destinée à améliorer l'utilisation des terres, assurée par les gouvernements et/ou des ONG) et de moins de 10 % du crédit mis à disposition pour les petites exploitations agricoles.

La limitation de l'accès au crédit, à la terre et aux services de vulgarisation agricole constitue des entraves à la contribution des femmes dans leur ménage, notamment dans le domaine de la production de cultures commerciales^{39,40}. Dans les cas où les femmes ont été libérées de telles contraintes, elles ont accru les rendements de leurs cultures dans des proportions allant jusqu'à 22 %³⁹. Une étude menée au Burkina Faso estime également que le redéploiement des ressources existantes entre les terres des femmes et celles des hommes au sein du même foyer pourrait accroître la production de 10 à 20 %, tandis qu'en Zambie, si les femmes jouissaient du même niveau global d'investissement de capitaux dans les biens agricoles, à savoir la terre, que leurs homologues de sexe masculin, la production augmenterait jusqu'à 15 %³⁹. De la même manière, les femmes sont exclues du fruit de leur travail, lorsqu'elles vont au marché. Les recettes de la vente de produits agricoles (dont l'essentiel est généré par le travail des femmes) sont souvent contrôlées par les hommes^{41,42}.

Des associations de femmes dans des zones rurales et urbaines, comme les associations d'épargne et de crédit rotatif en Afrique de l'Est et la tontine, le mbotaa, le nat et le tuur en Afrique de l'Ouest, ont contribué à créer des réseaux sociaux capables de mobiliser des ressources d'investissement pour les femmes dans des localités rurales. Cependant, l'on peut faire bien plus. Le rôle des femmes africaines dans la commercialisation des denrées essentielles dans certains milieux est bien documenté⁴³. Les exemples comprennent les femmes commerçantes dans les communautés Yoruba au Nigeria, les « Mammies » au Ghana ou les « Nanas Benz » au Togo.

On peut trouver des exemples similaires dans toute l'Afrique, où les femmes entrepreneurs contribuent à la création de richesse dans leurs communautés. Même si leurs activités sur les marchés sont informelles et en général concentrées dans l'artisanat et la vente d'articles et de services personnels, elles représentent l'embryon de l'activité entrepreneuriale ayant le potentiel de se diversifier dans d'autres secteurs. Malheureusement, l'Afrique a pris du retard sur d'autres régions en développement dans la promotion de l'esprit d'entreprise des femmes et les femmes africaines sont

confrontées à des défis considérables pour ce qui est d'accéder au crédit commercial et aux services sociaux de base comme les soins de santé et l'éducation et cela étouffe leurs activités entrepreneuriales⁴³.

Permettre aux femmes de jouer un plus grand rôle dans l'économie, par exemple en leur accordant des droits de propriété ou en améliorant leur accès au crédit, aura un autre effet, à savoir celui de rehausser leur statut au sein du ménage et de la communauté et de renforcer leurs positions de négociation dans les décisions du ménage, notamment les décisions touchant à leurs besoins en santé. Il a été également montré qu'octroyer des droits de propriété aux femmes améliore leur participation aux activités civiques, aspect important de l'autonomisation des femmes^{44,45}. Les femmes sont largement sous-représentées dans la politique en Afrique, étant donné que la plupart des pays de la Région comptent moins de 10 % de députées. Cette insuffisance débute au niveau local, car les femmes n'ont pas le sentiment d'être entendues.



« ...octroyer des droits de propriété aux femmes améliore leur participation aux activités civiques, aspect important de l'autonomisation des femmes. » »

Heureusement, la situation s'améliore dans certains pays, notamment au Rwanda, où les femmes représentent plus de la moitié des membres du Parlement. Elles sont également très actives en politique au Burundi, au Mozambique et en Tanzanie. De même, le tableau est affligeant en ce qui concerne les femmes occupant des postes ministériels ou des fonctions de cadre supérieur dans la fonction publique. La participation des femmes dans les plus hautes instances politiques des gouvernements est, à l'évidence, importante pour l'intégration des questions de santé de la femme. Elle a déjà joué un rôle important en soutenant l'adoption de lois qui répriment la discrimination fondée sur le sexe et les pratiques culturelles néfastes comme les mutilations génitales féminines⁴³.

La relation entre les faibles niveaux d'éducation et l'exposition aux risques pour la santé a déjà été examinée du point de vue de la recherche sur les taux d'infection au VIH/sida en Zambie (voir chapitre 2) et le report du début de l'activité sexuelle au Kenya⁴⁶. Ce problème est un aspect déterminant de l'autonomisation des femmes, notamment en ce qu'il a trait à l'entrée des femmes dans un emploi formel. Selon une étude récente de Jorge Saba Arbache *et al.*⁴⁷ sur la dynamique des rapports hommes-femmes et son impact sur les indicateurs liés au travail, comme l'emploi, le chômage, le secteur d'activité et l'écart entre les salaires, les femmes africaines ont environ 50 % moins de chances que les hommes d'obtenir un emploi formel, les principales raisons sous-jacentes étant le manque d'éducation chez les femmes et les contraintes imposées par les obligations familiales. La proportion de femmes employées dans le secteur formel dans la Région est estimée à 25,2 % et dans les cas où les femmes trouvent un travail salarié, ce dernier a tendance à être un poste de cadre subalterne. Les femmes sont également moins bien rémunérées que les hommes pour un travail équivalent, certaines estimations indiquant que la rémunération des femmes s'élève en moyenne à 50 % de celle des hommes.

À l'évidence, l'un des moyens les plus directs de réduire l'inégalité entre les hommes et les femmes sur le marché africain de la main-d'œuvre est de faire en sorte qu'en matière d'éducation, il soit accordé aux femmes les mêmes possibilités qu'à leurs homologues masculins.



Une fois de plus, c'est une question nécessitant une approche multisectorielle qui reconnaisse, au minimum, la nécessité d'un changement des attitudes au niveau des ménages et des communautés (par exemple, faire participer les garçons aux tâches ménagères plutôt que d'imposer exclusivement aux jeunes filles le fardeau des travaux domestiques) et de construire des écoles conçues pour accueillir les apprenants des deux sexes. Les décideurs politiques devraient également penser à l'utilisation des transferts de fonds conditionnels pour encourager les familles à scolariser leurs filles à l'école, approche qui a si bien fonctionné dans un certain nombre de milieux à faible revenu⁴⁸. À l'évidence, l'éducation des

jeunes femmes en vue d'accroître leurs possibilités d'emploi n'aura qu'un impact limité, si ces possibilités n'existent pas – argument avancé dans l'étude de Saba Arbach, notant que les pays ayant le taux d'emploi le plus élevé pour les hommes enregistrent également le moins d'inégalités entre hommes et femmes⁴⁷.

Tableau 5.5 Santé de la femme et OMD

Numéro	Intitulé de l'OMD	Relation de la santé de la femme avec les OMD
1	Éliminer l'extrême pauvreté et la faim	Les femmes supportent la charge la plus lourde de la pauvreté en Afrique et celle-ci est un déterminant majeur de leur santé. Mais, il est important de réaliser que la maladie alimente aussi la pauvreté et qu'aucune politique de réduction de la pauvreté ne pourra atteindre ses objectifs visés, en Afrique, sans régler la question de la santé de la femme
2	Assurer l'éducation primaire pour tous	L'éducation est la clé de l'autonomisation des femmes et la base de leur contribution au développement socioéconomique
3	Promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes	L'équité dans l'accès aux services de santé et leur utilisation est essentielle à la promotion de l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes
4	Réduire la mortalité infantile	La santé maternelle affecte la santé des enfants à tel enseigne qu'en bien des points, il est vain d'évoquer l'une sans aborder l'autre
5	Améliorer la santé maternelle	L'amélioration de la santé maternelle a pour objectif immédiat d'investir dans la santé des femmes
6	Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	Les femmes sont le groupe le plus affecté par ce problème en Afrique sub-saharienne
7	Assurer un environnement durable	En tant que premières utilisatrices et gestionnaires des ressources naturelles, les femmes sont directement concernées par les questions de développement durable
8	Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	Le développement a également pour objectif d'aider les personnes les plus vulnérables ou les moins privilégiées à satisfaire leurs besoins de manière durable. Étant donné que les femmes constituent le groupe le plus important de la population, les questions relatives à la santé des femmes et à l'inégalité entre les sexes sont au cœur de la mise en place d'un tel partenariat mondial

Source : Compilé à partir des rapports nationaux sur les Objectifs du millénaire pour le développement, Projet des Nations Unies pour l millénaire, Nations Unies, New York.

En dépit de l'importante contribution des femmes à l'économie de la Région, la perte d'autonomie des femmes qui s'est manifestée différemment dans divers milieux, *mais toujours avec la mauvaise santé de la femme comme composante essentielle*, a dans une mesure importante miné le développement sur le continent³⁶. Le développement de l'Afrique subsaharienne est étroitement lié à la santé de sa population féminine. Le fait que la santé de la femme soit un paramètre essentiel dans la quasi-totalité des objectifs du Millénaire pour le développement (**Tableau 5.5**) dénote que cette vue est partagée également par la communauté internationale.

Il est important de relever, même au risque de se répéter, que la santé de la femme ne saurait être dissociée de la question plus vaste de l'autonomisation des femmes qui a, à son tour, des implications pour le développement. Ce n'est pas une coïncidence si 19 des 20 pays se trouvant au bas de l'Indice de développement et des inégalités entre les sexes établi par les Nations Unies se trouvent dans la Région africaine⁴⁹, où les femmes supportent une part énorme de la charge globale de morbidité et de mortalité. C'est pourquoi un changement est impérieux et comme déjà indiqué, les femmes africaines elles-mêmes font partie des agents clés de ce changement. À cette fin, les femmes ont besoin du soutien et de l'engagement des décideurs pour briser le carcan de la pauvreté, de la maladie et de l'ignorance qui les empêche de jouir de leur droit à la santé, et laisse leur immense potentiel physique et intellectuel inexploité.

 ... les femmes ont besoin du soutien et de l'engagement des décideurs pour briser le carcan de la pauvreté, de la maladie et de l'ignorance qui les empêche de jouir de leur droit à la santé, et laisse leur immense potentiel physique et intellectuel inexploité. 

Constatations essentielles et mesures à prendre

- a) Le rôle important que les femmes jouent dans le développement socioéconomique doit être reconnu.
- b) Il conviendrait de reconnaître que les retombées économiques de la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales excèdent de loin les coûts.
- c) La limitation des droits de propriété, la faiblesse de l'accès au crédit et aux services de vulgarisation agricole entravent la contribution des femmes aux économies africaines, notamment dans le domaine de la production des cultures commerciales – et l'on devrait activement se pencher sur ces questions.
- d) L'Afrique est à la traîne en ce qui concerne la promotion de l'esprit d'entreprise des femmes. Les défis considérables auxquels les femmes africaines sont confrontées, pour ce qui est d'accéder au crédit commercial et aux services sociaux de base, devraient être compris et reconnus.
- e) L'autonomisation des femmes, qui a des implications pour le développement social et économique, ne saurait être dissociée des questions liées à la santé de la femme – et devrait être activement encouragée.

Références

1. Gill K, Pande R, Malhotra A. *Women Deliver for Development*. Washington, DC : Family Care International and International Center For Research On Women; 2007.
2. Greenwood AM, et al. Prospective Survey of the Outcome of Pregnancy in a Rural Area of the Gambia. *Bull World Health Organ* 1987;65(5) :635–43.
3. Schultz TP. Why Governments should invest more in Girls. *World Dev* 2002;30(2) :207–25.
4. Bledsoe CH, Ewbank DC, Isiugo-Abanihe UC. The Effect of Child Fostering on Feeding Practices and Access to Health Services in Rural Sierra Leone. *Soc Sci Med* 1988;27(6) :627–36.
5. Jowett M. Safe Motherhood Interventions in Low-Income Countries : An Economic Justification and Evidence of Cost Effectiveness. *Health Policy* 2000;53(3) :201–28.
6. Tinker A. *Safe Motherhood as a Social and Economic Investment : Technical Consultation on Safe Motherhood*. Colombo, Sri Lanka; 1997.
7. Banque mondiale. *Safe Motherhood and the World Bank*. Washington, DC : Banque mondiale; 1999.
8. Chantal R, Bouchard H. *Commerçantes et épouses à Dakar et Bamako, la réussite par le commerce*. Dakar : L'Harmattan; 2007.
9. Gertler P, et al. *Losing the Presence and Presents of Parents : How Parental Death Affects Children*. Berkeley, CA : Haas School of Business; 2003.
10. Ainsworth M, Semali I. *The Impact of Adult Deaths on the Nutritional Status of Children*. In : Ainsworth, M. and I. Semali, eds. *Coping with AIDS : The Economic Impact of Adult Mortality on the African Household*, chapter 9. Washington, DC : Banque mondiale; 1998.
11. Tsu VD, Levin CE. Making the case for cervical cancer prevention : what about equity? *Reprod Health Matters* 2008;16(32) :104–12.
12. Leive A, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments : Empirical Evidence from 15 African countries. *Bull World Health Organ* 2008; 86(11) :817–908.
13. Koblinksy MA, Timyan J, Gay J. *The Health of Women : A Global Perspective*. Boulder, San Francisco and Oxford : Westview Press; 1993.
14. Bloom DE, Canning D. The Health and Wealth of Nations. *Science* 2000;287(5456) :1209.
15. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. *The Effect of Health on Economic Growth : Theory and Evidence*. New York : NBER Working Paper No.8587. Cambridge : National Bureau of Economic Research; 2001.
16. López-Casasnovas GB, Rivera B, Currais L, eds. *Health and Economic Growth : Findings and Policy Implications*. Cambridge, MA : The MIT Press; 2005.
17. Wilhelmson K, Gerdtham UG. *Impact on Economic Growth of Investing in Maternal-Newborn Health; Moving towards Universal Coverage : Issues in Maternal-Newborn Health and Poverty*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2006.
18. Beraldo S, Montelio D, Turati G. Healthy, Educated and Wealthy : A Primer on the Impact of Public and Private Welfare Expenditures on Economic Growth. *J Socio-Econ* 2009;38(décembre) :946–56.
19. Bhargava A, et al. Modeling the Effects of Health on Economic Growth. *J Health Econ* 2001;20(May) :423–40.
20. Jamison DT, Lau LJ, Wang J. *Health's Contribution to Economic Growth in an Environment of Partially Endogenous Technical Progress*. Bethesda : Fogarty International Center Disease Control Priorities Project; 2003.
21. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The Effect of Health on Economic Growth : A Production Function Approach. *World Dev* 2004;32(janvier) :1–13.
22. Blackburn K and Cipriani G. Endogenous Fertility, Mortality and Growth. *J Popul Econ* 1998;11 :517–34.
23. USAID. *Congressional Budget Justification FY2002 : Program, Performance and Prospects*. Washington DC : The Global Health Pillar; 2001.
24. Tadmira HMK. *Lessons from Success Stories of African Women Entrepreneurs*. Addis Ababa : UNECA; 2007.
25. Burkhalter BR. *Assumptions and Estimates for the Application of the REDUCE Safe Motherhood Model in Uganda*. Bethesda, MD : Center for Human Services; 2000.
26. Islam KM and Gerdtham UG. *The Costs of Maternal-Newborn Illness, and Mortality. Moving towards Universal Coverage : Issues in Maternal-Newborn Health and Poverty*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2006.
27. Kirigia JM, et al. Effects of maternal mortality on gross domestic product (GDP) in the WHO African Region. *African J Health Sci* 2005;12 :1–10.
28. Begum K. Participation of Rural Women in Income Earning Activities : A Case Study of a Bangladesh Village. *Women's Studies Int Forum* 1989;12(5) :519–28.
29. Benavot A. Education, Gender and Economic Development : A Cross National Study. *Sociol Ed* 1989;62(janvier) :14–32.
30. Bunwaree S. *Croissance, genre et équité, Le NEPAD et la renaissance de l'Afrique : Mythe ou réalité? Actes de la Conférence économique africaine*. Addis Ababa : UNECA; 2009.
31. Goldstone et al. *State Failure Task Force Report, Phase III : Findings Science Applications*. Virginia, USA : International Corporation, McLean; 2000.
32. Bunwaree V. Allocution pour la 35^{ème} session de la Conférence générale de l'UNESCO. Maurice : République de Maurice, Ministère de la Culture et de l'Éducation; 2009.
33. UNFPA. Institut Guttmacher et UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la Population). New York : UNFPA; 2009.
34. Organisation mondiale de la Santé. *Statistiques mondiales de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2009.
35. Ahmed S, Mosley WH. *Simultaneity in Maternal-Child Health Care Utilization and Contraceptive Use : Evidence from Developing Countries*. Baltimore : Johns Hopkins University, Department of Population Dynamics, School of Hygiene and Public Health; 1997.
36. Campbell-White A, et al. *Reproductive Health : The Missing Millennium Development Goal; Poverty, Health and Development in a Changing World*. Washington, DC : Banque mondiale; 2006.

37. UN Millennium Project. *Taking Action : Achieving Gender Equality and Empowering Women; Task Force on Education and Gender Equality*. London and Sterling, Virginia : Earthscan; 2005.
38. UNECA. *UNECA African Women's Report 2009*. Addis Abeba : UNECA; 2009.
39. Bafana B. Gender revolution : a prerequisite for change. *New Agriculturist* <http://www.new-aginfo/focus/focusitem.php?a=493> [accédé le 11 septembre 2010]. 2010.
40. International Food Policy Research Institute. *Women : still the key to food and nutrition security*. Washington, DC : IFPRI; 2005.
41. Opong. C. *Female and Male in West Africa*. New York : George Allen & Unwin; 1983.
42. Levin CE, et al. Working women in urban settings : traders vendors, and food security in Accra. *World Dev* 1999;27(11) :977-91.
43. Skard T. *Continent of mothers, understanding and promoting development in Africa today*. Londres : Zed Books Ltd; 2003.
44. Strickland R. *To Have and To Hold : Women's Property Rights in the Context of HIV/ AIDS in sub-Saharan Africa*. Washington, DC : International Center for Research on Women; 2004.
45. Toulmin C, Quan J, eds. *Evolving land rights, policy and tenure in Africa*. Londres : DfID/IIED/NRI; 2000.
46. Vandermoortele J, Delamonica E. The education vaccine against HIV. *Curr Issues Comp Ed* 2000;3(1).
47. Arbache JS, Kolev A, Filipiak E. *Gender Disparities in Africa's Labor Market*. Washington, DC : Banque mondiale; 2010.
48. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Financement des systèmes de santé, la voie vers la couverture universelle*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2010.
49. PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain 2009*. New York : PNUD; 2009.

Chapitre 6 :

Interventions visant à améliorer la santé de la femme

Les chapitres 1 à 5 du présent rapport ont analysé les nombreux déterminants de la santé de la femme et illustré les immenses retombées associées aux améliorations de la santé de la femme. Le présent chapitre examine les moyens de pouvoir réaliser le rêve d'un continent africain habité par des femmes en bonne santé, prospères et indépendantes, en mettant en œuvre des interventions reconnues destinées à améliorer leur santé et leur statut social.

Mobilisation de la volonté et de l'engagement politiques

Il est clair d'après les preuves recueillies que la résolution de la question de la santé de la femme nécessite des interventions¹ dans de multiples secteurs. Les gouvernements étant les mieux placés pour coordonner les diverses initiatives nécessaires pour susciter un changement à grande échelle, il est essentiel de mobiliser la volonté et l'engagement politiques dès le départ, c'est-à-dire de créer les conditions indispensables à la réussite des interventions. À cet égard, les ministères des gouvernements devraient être encouragés à communiquer entre eux, non seulement pour appuyer les systèmes de santé qui sont plus réceptifs aux besoins de santé de la femme, mais aussi pour créer les conditions socioéconomiques favorables au développement des femmes. Les retombées de cette approche multisectorielle ont déjà été démontrées en Afrique subsaharienne, notamment en ce qui concerne la lutte contre l'épidémie du VIH. Il est établi que si ceux recherchant une réforme peuvent élargir leur consultation et nouer des alliances dans différents secteurs, une augmentation importante des ressources allouées aux investissements dans la santé de la femme sera dès lors possible². Au Cameroun, par exemple, l'implication du Ministère des finances dans l'élaboration d'un plan stratégique sur la sécurité des produits de base en santé reproductive a contribué à renforcer la prise de conscience de la nécessité de constituer dans le budget national une provision pour les contraceptifs³.



« Afin d'aborder les défis budgétaires qui attendent les programmes de soins de santé pour la femme dans la Région, les gouvernements devraient réévaluer les priorités budgétaires nationales. »

De plus, les hommes politiques sont les seuls qui votent la législation qui a le potentiel de changer les vies des filles et des femmes. Ils jouent également un rôle dans la détermination du niveau d'engagement budgétaire nécessaire pour améliorer les services de santé pour la femme. Comme noté tout au long du présent rapport, afin d'aborder les défis budgétaires qui attendent les programmes de soins de santé pour la femme dans la Région, les gouvernements devraient réévaluer les priorités budgétaires nationales⁴. Les persuader d'agir ainsi est l'un des plus grands défis affrontés par les défenseurs du changement dans la Région. Les gouvernements qui résistent à la mise en œuvre des interventions nécessaires citent souvent la faible mobilisation de ressources intérieures et les faibles revenus par habitant comme étant leurs principaux obstacles. Toutefois, il est largement établi que le

statut d'un pays en termes de richesse n'est pas le déterminant le plus important de l'allocation de fonds pour la santé de la femme⁵. De plus, la fourniture au moins des trousseaux pour une maternité sans risque est tout à fait à la portée du budget de nombreux gouvernements africains.

L'engagement et la volonté politiques, souvent stimulés par des mouvements au niveau local, ont apporté un changement dans la prestation de soins de santé dans de nombreuses régions du monde en développement, notamment en Corée du Sud et en Thaïlande, et l'on note déjà des faits encourageants dans la Région africaine qui montrent qu'un changement semblable est possible dans la Région. En Ouganda, par exemple, la reconnaissance publique par les dirigeants que le VIH/sida était source de préoccupations a donné lieu à des efforts concertés entre le gouvernement et la société civile pour combattre l'épidémie. La prévalence du VIH dans le pays a, en conséquence, considérablement diminué⁶.

Réductions spectaculaires de la mortalité maternelle obtenues dans des milieux à faibles ressources – preuves provenant du Sri Lanka

En 1950, le taux de mortalité maternelle au Sri Lanka était très élevé, se situant à plus de 500 décès pour 100 000 naissances vivantes. Durant la même période, le produit national brut (PNB) par habitant n'était que de 270 dollars américain. Malgré sa limitation due à ses ressources limitées, le Sri Lanka est parvenu à ramener le taux de mortalité au-dessous de 100 au milieu des années 1970 – taux bien inférieur à celui de nombreux pays ayant des niveaux de revenus similaires ou supérieurs. Aujourd'hui, le taux de mortalité au Sri Lanka est d'environ 50 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Une récente évaluation de l'expérience du Sri Lanka a identifié plusieurs facteurs importants de réussite au premier plan desquels se trouve la volonté politique d'investir dans la santé maternelle. Les services étaient gratuits pour ceux qui ne pouvaient pas payer et la décision a été prise d'élargir l'accès aux zones sous-desservies en mettant l'accent sur les interventions les plus appropriées. Les soins obstétricaux d'urgence ont été mis en place. Davantage d'accoucheuses qualifiées ont été mises à disposition pour assister les mères en couche. On y est parvenu en formant un grand nombre de sages-femmes et en faisant la promotion du service et en améliorant la qualité. Les femmes enceintes ont été encouragées à considérer qu'elles avaient droit à une accoucheuse qualifiée. Des investissements progressifs et structurés par séquence ont largement contribué à la réussite du programme. Celui-ci a été axé initialement sur le recrutement d'un nombre accru de sages-femmes et sur le renforcement de leurs capacités. Des investissements ont été faits ensuite dans les soins de santé primaires et pour finir dans les hôpitaux⁷.

L'Initiative « Badienou Gokh » pour la promotion de la santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant – exemple du Sénégal

Le Gouvernement du Sénégal, par l'intermédiaire du Ministère de la santé et de partenaires au développement, s'est résolument engagé à réaliser les OMD 4, 5 et 6, qui ont trait à l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile, de même qu'à la lutte contre les maladies. Dans ce contexte, le Président de l'époque du Sénégal, Maître Abdoulaye Wade, a lancé un programme communautaire pour la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, connu sous le nom d'initiative « Badienou Gokh » (les Badienou Gokhs sont en général les femmes plus âgées qui encadrent les femmes plus jeunes en ce qui concerne les besoins en soins de santé). Le programme utilise une approche communautaire s'inscrivant dans la perspective plus large d'un environnement multisectoriel pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales au Sénégal. Cette initiative vise à stimuler la demande en soins de santé grâce à

un système de parrainage pour les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum et pour les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans, avec le soutien et la participation d'assistants de banlieues ou de villages, de marraines ou de Badienou Gokhs. L'initiative a été lancée officiellement à Kolda, le 19 janvier 2009.

Les Badienou Gokhs sont choisies par la communauté au sein de réseaux de groupes organisés de femmes, sur la base de critères établis sous la supervision d'un comité local. Les Badienou Gokhs sont des femmes ayant des qualités de leadership avérées, qui s'engagent à aider les femmes enceintes et qui allaitent, à rechercher des soins de santé reproductive et des soins de santé pour les nouveau-nés et les enfants âgés de moins de 5 ans et, ce, avec la participation de toute la communauté, notamment les belles-mères, les grands-mères et les hommes.

Objectifs spécifiques de cette initiative :

- i) Promouvoir la santé maternelle, néonatale et infantile par le renforcement des capacités des individus, des familles et des communautés.*
- ii) Améliorer le niveau d'utilisation des services de santé maternelle et infantile par les femmes durant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum et par les enfants dont l'âge va jusqu'à 5 ans.*
- iii) Stimuler l'implication des hommes (époux, partenaires, pères) et des belles-mères et/ou des grand-mères (ou l'équivalent) dans la recherche de soins de santé reproductive par les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum et à la recherche de soins de santé pour les enfants dont l'âge va jusqu'à 5 ans.*
- iv) Établir un partenariat avec les communautés, les conseils locaux, le secteur privé et des partenaires, afin de promouvoir la santé maternelle, néonatale et infantile.*

Les résultats préliminaires de l'initiative mettent en évidence, premièrement, une amélioration du recours aux services de santé reproductive dans le district de santé de Kolda, avec une augmentation de l'assistance qualifiée à la naissance passant de 114 en avril 2010 à 382 en août 2010 et, deuxièmement, une augmentation du nombre de consultations prénatales passant de 1460 en juin 2010 à 1882 en août 2010.

Nécessité d'un plaidoyer énergique

En fournissant aux dirigeants des preuves des avantages découlant du soutien aux investissements dans la santé de la femme⁸, étayées par des données précises et d'actualité, le plaidoyer peut jouer un rôle important en encourageant l'engagement politique au plus haut niveau possible. En effet, les dirigeants politiques, qu'ils soient parlementaires ou cadres supérieurs de l'État, sont bien placés pour plaider en faveur de la santé de la femme et pour intervenir comme porte-parole en ce qui concerne la santé de la femme et ses droits ainsi que pour se présenter comme modèle à imiter pour le changement. Ils peuvent porter haut la question de la mauvaise santé des femmes dans les forums nationaux. En diffusant des messages clés par l'intermédiaire des médias, par exemple, les dirigeants peuvent largement contribuer à accroître la sensibilisation et à informer le public des problèmes et des solutions.

À titre d'illustration, on peut citer l'initiative réussie de communication de masse, lancée au Kenya, visant à améliorer la santé reproductive des filles et des femmes en ayant recours à un feuillet intitulé « Understanding Comes from Discussion » (*la compréhension naît de la discussion*), diffusé à la radio kényane. Ce programme a favorisé une plus grande communication entre les parents et les enfants en ce qui concerne les questions touchant la sexualité.

Le plaidoyer s'est avéré être un puissant outil au Rwanda où l'utilisation d'un outil de plaidoyer sophistiqué par modélisation informatique a favorisé l'adoption d'un programme national efficace de planification familiale.

Plaidoyer efficace en faveur de la planification familiale – exemple du Rwanda

En dépit des pertes résultant du génocide en 1994, le Rwanda demeure le pays ayant la plus forte densité démographique en Afrique et l'explosion démographique menace le développement socioéconomique du pays⁹. La malnutrition est déjà une cause principale de décès chez les femmes et les enfants dans le pays¹⁰ et si la croissance démographique continue d'être conforme aux projections de forte fertilité fécondité, le pays devra quasiment tripler ses réserves vivrières d'ici 2035, rien que pour maintenir la consommation de la production vivrière par habitant, tel qu'enregistré en 2004. Le Rwanda a intensifié ses efforts pour résoudre ce problème en utilisant des preuves générées à partir du modèle informatique RAPID (Ressources pour la sensibilisation de la population aux impacts sur le développement) – modèle informatique conçu pour faciliter l'analyse de différents scénarios basés sur une gamme de données comme base de l'examen des politiques concernant l'effet des facteurs démographiques sur le développement socioéconomique⁹.

Le modèle RAPID a été présenté pour la première fois au Parlement et aux responsables du Ministère de la Santé en 2005 et, en février 2007, le Ministre de la santé a présenté au président et aux membres du gouvernement l'analyse faite à partir du modèle. Ceci a donné lieu, à son tour, à un engagement au niveau présidentiel en faveur de la planification familiale et à la mise en œuvre d'une stratégie nationale. L'un des succès notables remportés par le programme de planification familiale est une augmentation de l'utilisation des contraceptifs modernes chez les femmes mariées, qui est passée de 10 % en 2005 à 27 % en 2008².

Soutenir la santé de la femme et son développement tout au long de sa vie

Les interventions^{11,12} clés, à moindre coût et à valeur attestée, visant à améliorer les conditions matérielles et socioéconomiques dans lesquelles les jeunes filles et les femmes se trouvent, sont présentées dans le **Tableau 6.1** qui révèle, entre autres choses, l'importance des interventions qui ne concernent pas les soins de santé en soi¹³⁻¹⁵. En dehors de la vaccination, les interventions recommandées pour la fillette, par exemple, consistent à lui assurer une nutrition appropriée, à l'autonomiser par l'éducation et à la protéger des préjudices physiques et psychologiques.

De nombreuses discussions ont déjà été engagées sur l'importance de l'éducation pour les filles en pleine croissance. La question a été réexaminée pour insister sur le fait qu'il importe que les filles reçoivent une bonne éducation, notamment en supprimant les obstacles financiers à la scolarisation. L'abandon des frais scolaires pour les filles a été utilisé avec un certain succès dans un certain nombre de pays en Afrique subsaharienne, notamment au Malawi, où un programme de cantine scolaire gratuite a été lancé. Ces initiatives simples ont été créditées d'une augmentation de 38 % du nombre de filles fréquentant l'école au Malawi, d'une baisse des taux d'abandon et de redoublement et d'une augmentation des taux de réussite de 9,5 %^{16,17}. Les transferts de fonds conditionnels peuvent être également utiles à cet égard. Il a été démontré que si le financement le permet, la construction de nouvelles écoles dans des communautés, autrement insuffisamment desservies, stimule la fréquentation scolaire par les filles, notamment en Égypte, où la construction d'écoles plus près des communautés dans les zones rurales a, dit-on, accru l'inscription des filles de 60 %, tandis que celui des garçons enregistrait une hausse de 19 %¹⁸.

 **L'abandon des frais scolaires pour les filles a été utilisé avec un certain succès dans un certain nombre de pays en Afrique subsaharienne.** 

Tableau 6.1 Interventions rentables pour améliorer la santé de la femme

Femmes à divers stades du cours de la vie	Interventions essentielles
1) Fillette 	Éducation; nutrition; protection contre les pratiques traditionnelles néfastes; protection contre la violence fondée sur les différences entre les sexes, la maltraitance, le trafic et l'esclavage des enfants; vaccination
2) Adolescente 	Éducation primaire et secondaire; protection contre le mariage précoce, l'exploitation, les sévices, la violence sexuelle; création de centres de jeunes pour les filles; services de soins de santé respectueux des adolescentes; promotion des modes de vie sains; éducation relative aux compétences de vie et éducation sexuelle; formation à la vie active et vaccination contre le VPH, si le coût est accessible
3) Femme adulte en âge de procréer 	Services de planification familiale; services de soins complets en cas d'avortement; hygiène de la grossesse, y compris les soins prénataux, obstétricaux et post-partum et soins pour le nouveau-né; dépistage et traitement des IST, notamment du VIH; protection par le congé de maternité; protection contre la violence domestique; programmes d'autonomisation des femmes; dépistage du cancer
4) Femme au-delà des années de procréation 	Nutrition saine; services de prévention du cancer (par exemple, cancers du col de l'utérus et du sein); protection contre la violence sexospécifique; dépistage des maladies chroniques non transmissibles; soutien à la santé mentale

Sources : Adam T, et al. *BMJ* 2005;331 :1107; Kumaranayake LC, et al. *Costs of scaling up priority interventions in low income countries*. Genève : OMS, 2001; Banque mondiale. *Rapport de la Banque mondiale sur le développement dans le monde, 1993 : Investir dans la santé*. New York : Oxford University Press, 1993.

Les décideurs politiques doivent également faire le maximum pour protéger les filles des diverses formes de violence auxquelles elles sont exposées. Le préjudice physique et psychologique causé par des agressions violentes et la persécution est un problème que connaissent de nombreuses femmes dans la Région toute leur vie, mais il revêt des formes particulièrement pernicieuses pendant l'enfance, notamment en ce qui concerne certaines pratiques traditionnelles néfastes comme les mutilations génitales féminines qui, comme déjà souligné au chapitre 2, sont infligées selon les estimations, chaque année, à plus de deux millions de filles âgées de 4 à 12 ans. Comme relevé au chapitre 2, de nombreux pays en Afrique subsaharienne ont adopté des lois pénalisant cette pratique. Toutefois, à elles seules, les lois ont rarement conduit à un changement durable des comportements. Le travail de la Banque mondiale dans la lutte contre les MGF donne à penser que la législation ne peut être efficace que lorsqu'elle est complétée par des efforts d'envergure, notamment des programmes d'éducation du public et la participation d'organisations professionnelles et de groupes de femmes à des campagnes anti-MGF, de même que par une interaction avec les communautés s'attaquant aux raisons culturelles de la perpétuation de cette pratique. En effet, comme déjà indiqué, les efforts visant à éliminer les mutilations génitales des jeunes filles en Afrique ont été extrêmement fructueux lorsqu'ils ont été menés en collaboration avec les personnes se chargeant de ces mutilations¹⁹.

L'accent des interventions visant à améliorer la santé de l'adolescente (**Tableau 6.1**) continue de porter principalement sur l'autonomisation par l'éducation, mais s'y ajoute l'importante dimension de l'autonomisation par l'association avec d'autres filles, notamment du point de vue des programmes pour toutes les filles comme le programme « Bright Future » (Brillant Avenir) (Biruh Tesfa) lancé en Éthiopie.

« Brillant avenir » pour les adolescentes – l'expérience éthiopienne

En Éthiopie, le programme Biruh Tesfa est destiné à aider les filles de 10 à 19 ans par la promotion de l'alphabétisation fonctionnelle, des aptitudes utiles dans la vie quotidienne, des compétences pour la vie active et de l'éducation pour la prévention du VIH. Des conseillères formées recrutent des filles en allant de maison en maison pour recenser les filles non scolarisées et admissibles, issues de milieux très défavorisés. Près de la moitié des filles avaient perdu un parent et 16 % d'entre elles, les deux parents. Des réunions d'encadrement sont organisées dans des clubs de filles, dans des locaux offerts par les conseils locaux. À ce jour, plus de 10 000 filles non scolarisées ont participé aux groupes Biruh Tesfa et un tiers de celles-ci sont âgées de 10 à 14 ans. À Addis-Abeba, près de la moitié des membres sont de jeunes adolescentes. Le projet est l'un des premiers du genre à cibler les enfants travailleurs domestiques, qui constituent 30 % des participants du programme Biruh Tesfa²⁰.

À mesure qu'elles grandissent, les filles ont besoin de conseils concernant les différents choix de mode de vie, auxquels elles sont confrontées; elles ont besoin de connaître les risques que certains de ces choix impliquent. Les interventions connues pour améliorer la santé des adolescentes²¹ (et, bien entendu, des femmes qu'elles deviendront) comprennent les conseils et l'éducation à la vie familiale. L'information sur la planification familiale et les services y liés revêtent également une importance fondamentale. L'activité sexuelle débute d'ordinaire au cours de l'adolescence avec ses risques associés d'infections sexuellement transmissibles, notamment l'infection à VIH et les grossesses non planifiées. Amener les jeunes femmes à prendre conscience de l'importance de l'utilisation du préservatif offre un certain nombre d'avantages directs, notamment le report de leur première grossesse, la prévention des grossesses non désirées et la réduction des avortements et des IST, y compris du VIH. Pour les femmes mariées, la compréhension des options de contraception disponibles peut également offrir la possibilité de réduire le nombre de grossesses ou de les planifier de manière à être en mesure de récupérer entre celles-ci.

Promouvoir une maternité saine

Les avantages socioéconomiques d'une maternité à moindre risque ont été examinés au chapitre 5. Ces avantages sont renforcés dans le cas de familles plus restreintes. Il en est de même au niveau macroéconomique : le ralentissement de la croissance démographique réduit la pression exercée, non seulement sur les ressources sanitaires, mais aussi sur l'éducation, les systèmes de sécurité sociale et, bien entendu, sur les ressources naturelles comme les terres arables et l'eau et la nourriture que ces ressources produisent. En cas de non-maîtrise de la croissance démographique, toutes ces ressources se retrouvent sous pression.

Malheureusement, les progrès réalisés dans ce domaine ont été relativement lents en Afrique subsaharienne comme démontré par une récente étude montrant que la résistance des attitudes à la contraception demeure importante, tandis que l'accès aux contraceptifs, même s'il est en voie d'amélioration, demeure extrêmement limité²². L'absence de progrès n'est nullement uniforme dans la Région et l'Afrique de l'Est enregistre des performances plutôt bonnes, avec des



« ...la résistance des attitudes à la contraception demeure importante, tandis que l'accès aux contraceptifs, même s'il est en voie d'amélioration, demeure extrêmement limité. »

perspectives d'un futur déclin de la fécondité qui a été décrit comme « bien plus positif »²². Faire participer les hommes aux consultations de la planification familiale peut accroître le recours à la contraception. Dans une étude expérimentale, des conseils ont été prodigués à plus de 500 femmes mariées qui n'utilisaient aucune méthode moderne de contraception. La moitié de ces femmes ont bénéficié de ces conseils sans la présence de leurs maris, tandis qu'à l'autre moitié, il a été prodigué des conseils conjointement avec leurs maris. Au bout de 12 mois, le recours aux contraceptifs a augmenté de 33 % chez les couples où il a été prodigué conjointement à la femme et au mari des conseils, par rapport à une augmentation de 17 % dans les couples où des conseils ont été fournis uniquement aux femmes²³.

Dans de nombreuses zones rurales en Afrique, les chefs traditionnels et religieux, considérés comme les gardiens des valeurs et des croyances communautaires, sont souvent au devant de l'opposition aux programmes de santé sexuelle et reproductive et doivent être impliqués dans la résolution de la question, si l'on entend augmenter l'utilisation des contraceptifs²⁴. Dans les cas où des facteurs socioculturels constituent des obstacles à l'acceptation d'interventions efficaces, il est avéré dans une certaine mesure que la participation communautaire à la conception de ces interventions peut faciliter leur mise en œuvre réussie.

Projet d'options de planification familiale – l'exemple de la Guinée

Le projet d'options de planification familiale (FAMPOP) en Guinée a entraîné l'intégration des services de la planification familiale dans les centres de soins de santé primaires et a activement recherché le soutien des chefs religieux islamiques grâce à une série de séminaires. Ceux-ci ont non seulement supprimé les obstacles à l'acceptation culturelle de la planification familiale, mais ont aussi usé de leur position pour éduquer leurs fidèles relativement à la nécessité d'une telle planification²⁵.



Soutenir les systèmes de soins de santé qui sont plus réceptifs aux besoins sanitaires de la femme

C'est à mesure que les femmes entrent dans leurs années de procréation (étape 3 du cours de la vie au **Tableau 6.1**) que leurs besoins de soins de santé appropriés et accessibles deviennent urgents, notamment en ce qui concerne les interventions reconnues pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles. Comme déjà indiqué, la prestation de soins de santé maternelle est à la portée de nombreux pays de la Région, étant donné que des études ont montré qu'il est possible de réaliser la fourniture de paquets de soins pour une maternité sans risque à des niveaux de couverture d'environ 70 à 90 % à un coût allant de 0,22 à 1,18 dollar américain par habitant²⁶⁻²⁸. Il a également été démontré qu'un paquet plus large comprenant les services pour une maternité sans risque, la planification familiale, la vaccination contre l'anatoxine tétanique et la supplémentation en micronutriments a un rapport coût-efficacité inférieur à bien d'autres interventions²⁸.

Le point de départ de toute réforme visant à mieux satisfaire les besoins des femmes dans la Région est le remplacement de la conception pyramidale des systèmes de santé par un modèle plus décentralisé conçu pour fournir des soins de santé primaires complets. La majorité des services de soins de santé modernes fournis dans la Région s'appuie sur les dispensaires, est axée sur le médecin et est concentrée en milieu urbain. Parmi les principaux obstacles à l'utilisation des services, souvent cités, figurent les longues distances que les femmes doivent parcourir pour atteindre les établissements de santé et le coût qu'implique ce déplacement. Il faut convenir que la construction de nouveaux centres médicaux et leur dotation en personnel requièrent des investissements considérables et chaque pays n'est pas en mesure d'entreprendre cela sans le soutien de partenaires au développement.

« La majorité des services de soins de santé modernes fournis dans la Région s'appuie sur les dispensaires, est axée sur le médecin et est concentrée en milieu urbain. »

Toutefois, même dans les milieux où le financement de nouveaux centres médicaux fait défaut, l'accès des femmes aux services peut toujours être amélioré, par la mise en œuvre de programmes à assise communautaire destinés à des groupes mal desservis, tels que ceux qui ont réussi à accroître l'utilisation des services au Ghana, au Kenya, au Mali et au Zimbabwe²⁹⁻³³.

Planification sanitaire communautaire – l'exemple du Ghana

Un modèle novateur de prestation de services conçu pour réduire les obstacles géographiques à l'accès des femmes aux services de santé a été mis en œuvre au Ghana en 1999. Un agent de santé communautaire ou une infirmière communautaire a été affecté(e) à chaque communauté et outillé(e) pour fournir à la communauté des services de soins de santé primaires. L'agent de santé communautaire se déplaçait d'une zone d'habitation à l'autre à motocyclette, assurant des services essentiels tels que l'éducation pour la santé, la vaccination, la planification familiale, une assistance qualifiée à l'accouchement, les soins prénataux et postnataux et le traitement de maladies mineures.

L'agent de santé a bénéficié de l'assistance de bénévoles communautaires qui l'aidaient à la mobilisation et à la tenue des registres communautaires. L'introduction des agents de santé communautaires dans les communautés a été précédée par un dialogue approfondi entre le système de santé et les représentants communautaires, en reconnaissant l'importance des chefs traditionnels, si la communauté doit accepter les agents de santé et être prête à les soutenir. Le programme d'agents de santé communautaires a contribué à une baisse de 30 % de la mortalité et à un déclin du taux total de fécondité.

Amélioration de l'accès aux soins de santé par l'utilisation de la technologie

La technologie offre également des moyens de réduire l'isolement des communautés rurales, notamment grâce à l'introduction de l'internet et du téléphone mobile qui peuvent être utilisés pour former des prestataires de soins de santé par le biais de programmes d'apprentissage en ligne, pour recruter des clientes pour des services de santé reproductive, tels que la planification familiale et les soins prénataux, pour réduire les retards dans les soins de suivi et pour collecter des informations. Par exemple, des téléphones cellulaires ont été introduits pour soutenir les soins obstétriques dans le village d'Amensie, dans la partie sud du centre du Ghana en 2006 dans le cadre du Projet des Villages du Millénaire. Avant l'initiative, environ 20 femmes de la communauté



mouraient, chaque année, en couche. Le fabricant de combinés mobiles s'est associé à un opérateur de téléphonie mobile pour distribuer aux agents de santé des téléphones gratuits et a vendu aux villageois des téléphones au prix de 10 dollars américains pièce. Avec l'amélioration du réseau de communication, les membres de la communauté ont été en mesure d'appeler des services d'ambulance et de joindre des prestataires de soins qualifiés pour une prise en charge rapide des complications maternelles, ce qui a permis des réductions spectaculaires de la mortalité maternelle³⁴.

Amélioration de l'accès des femmes aux soins de santé par une réforme juridique

Les pays peuvent également mieux servir les besoins en santé des femmes en adoptant une législation garantissant leur droit aux services essentiels tels que l'avortement pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité, comme l'a fait l'Afrique du Sud en 1996 avec la mise en application de la loi sur le choix relatif à l'interruption de grossesse. Compte tenu du caractère sensible de la question, il y a eu une large consultation avant l'adoption de la loi qui a permis à des sages-femmes de donner des soins en cas d'avortement après le premier trimestre de grossesse. La comparaison des estimations de la mortalité de la période allant de 1994, avant l'adoption de la loi, jusqu'à la période postérieure à ladite adoption indique une réduction de 91 % des décès résultant d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions³⁵.

L'importance du rôle joué par des prestataires de soins qualifiés dans l'amélioration des résultats en matière de santé de la femme a déjà été examinée et la pénurie relative de ces prestataires a été reconnue comme étant l'une des principales causes de la mortalité maternelle élevée dans la Région³⁶. Des réformes juridiques et réglementaires essentielles sont nécessaires pour éliminer les lois et règlements excessivement restrictifs, tels que ceux qui empêchent les prestataires de soins d'assurer des services de santé essentiels pour les femmes. Les pays peuvent renforcer les capacités des systèmes de santé sans aucun investissement important, en procédant à une délégation de tâches.

Renforcement des ressources humaines pour la santé de la femme

En règle générale, la délégation des tâches permet au personnel de niveau intermédiaire (par exemple, les cliniciens non médecins (CNM), les sages-femmes et les agents de santé communautaires) de poser des actes médicaux essentiels. Des CNM de différentes compétences sont en activité dans 25 pays sur 46 dans la Région africaine et dans neuf de ces pays, le nombre de CNM est aussi important que celui des médecins³¹. Dans l'ensemble des 25 pays, les CNM établissent les diagnostics de base et administrent les traitements médicaux de base. Dans certains pays, des CNM ont même été formés à des actes plus complexes, tels que la césarienne et l'anesthésie. Certaines preuves attestent de ce que les résultats postopératoires des patientes pris en charge par des CNM sont comparables à ceux obtenus par des médecins. Cependant, des preuves plus probantes sont requises pour corroborer les avantages du recours aux CNM dans les soins obstétricaux d'urgence^{37,38}. En Tanzanie, les CNM assurent la plupart des soins obstétricaux d'urgence et exécutent environ 90 % de la totalité des césariennes dans des hôpitaux de districts ruraux³⁹. Les CNM posent également d'autres actes chirurgicaux avec des taux de réussite élevés, ce qui laisse penser qu'ils ont un rôle important à jouer dans l'augmentation de la couverture des soins de santé maternelle⁴⁰.

L'un des plus grands défis auxquels font face les systèmes de santé dans la Région tient à la disponibilité d'agents qualifiés pour accepter des postes dans des zones reculées. Dans certains cas, ce défi a été relevé avec l'appui d'organismes extérieurs. Par exemple, en Afrique du Sud, le Service national de santé du Royaume-Uni et du personnel britannique a été recruté pour servir dans des zones rurales du pays⁴¹.



Les pays peuvent également faire un meilleur usage des ressources humaines dont ils disposent déjà, notamment en liant la rémunération à la performance. Cette approche a déjà fait ses preuves au Ghana, où un mécanisme de rémunération des médecins pour les heures supplémentaires de travail a non seulement amélioré leur fidélisation, mais s'est, dans les faits traduit par un départ de médecins du secteur privé au profit du secteur public⁴². En Ouganda, des organisations privées à but non lucratif ont également perdu des prestataires au profit du secteur public lorsque les rémunérations dans le secteur public ont été augmentées⁴³. Des mesures incitatives non financières, telles que des possibilités de promotion de carrière, des programmes de formation continue, des prêts au logement, des régimes de pension et des indemnités journalières de maladie, se sont également avérés efficaces, notamment au Botswana et en Namibie, où une série d'avantages incitatifs pour infirmières, notamment les prêts au logement et l'achat de voiture ainsi que les indemnités médicales, a été utilisée⁴⁴. Au Ghana, un train de mesures similaires comprenait des prêts immobiliers et pour l'achat de voiture pour des professionnels établis dans des zones rurales⁴².

Importance de la qualité des soins

L'amélioration de la couverture n'est qu'une partie de la bataille. La qualité doit également s'améliorer. La mauvaise qualité des soins a été identifiée comme une cause majeure de mauvais résultats pour la santé de la femme dans la Région africaine et peut être une cause importante de sous-utilisation des services de santé^{45,46}. La possibilité de disposer d'un personnel qualifié et un approvisionnement suffisant en médicaments comptent parmi les facteurs associés à des soins de qualité, mais, la sensibilité aux facteurs culturels en fait également partie. C'est pourquoi il est essentiel que les pratiques en obstétrique dans la Région soient sous-tendues par une compréhension des contextes socioculturels qui peuvent comprendre des traditions ayant trait à la position d'accouchement, par exemple⁴⁷. En outre, les prestataires de soins de santé, en particulier dans les établissements de soins de santé primaires, ont besoin de compétences pour assurer des services de santé sensibles aux différences entre les sexes pour les femmes et les filles. La formation avant la prise de fonction, qui expose les futurs prestataires de soins à la sensibilité aux différences entre les sexes en s'attaquant aux questions de santé communautaire, a fait ses preuves au Bénin, où les cours sur les soins en santé reproductive ont été intégrés dans les programmes scolaires avant la prise de fonction des étudiants en médecine, en soins infirmiers et en obstétrique⁴.

Il est essentiel d'améliorer l'accès financier

Aussi bonne que soit la couverture des services fournis et aussi élevée que soit leur qualité, les femmes ne se déplaceront pas pour un dépistage périodique ou des consultations prénatales importantes, si elles n'en ont pas les moyens. Comme déjà examiné au chapitre 3, les preuves disponibles laissent penser que les frais d'usager et le paiement direct ont conduit à un déclin général de l'utilisation des services de santé. Au Kenya et au Zimbabwe, par exemple, les études entreprises dans les années 90 ont révélé que l'introduction des frais d'usager s'est traduite par une chute de 30 à 50 % de la demande de services de santé maternelle^{48,49}. Certains pays ont essayé de minimiser les impacts négatifs des frais d'usager sur les groupes vulnérables en instaurant des systèmes d'exonération et d'exemption des coûts. Cependant, la mise en œuvre de tels systèmes s'est heurtée à des défis considérables, notamment en ce qui concerne l'identification efficace des personnes pouvant prétendre à ces avantages^{49,50}. En cas de suppression des frais, les taux de fréquentation augmentent. Au Niger, par exemple, l'utilisation des services de soins de santé maternelle et infantile a augmenté 2 à 4 fois après la suppression des frais d'usager en 2006⁵¹. En Ouganda, l'abolition des frais d'usager en 2001 a entraîné une augmentation de 50 % de la fréquentation des services de santé dans les hôpitaux publics⁵², tandis que les accouchements dans les établissements de santé augmentaient de 28 % et l'utilisation des services prénataux et postnataux augmentaient, eux, respectivement de 25 et de 32 %⁵¹⁻⁵⁴. La suppression des frais d'usager pour les accouchements dans trois régions du Ghana a accru l'utilisation des soins obstétriques de 11 à 34 %^{55,56}.

Cependant, comme indiqué au chapitre 3, l'abolition du paiement des frais présente un certain nombre de défis, en particulier le problème du remboursement des prestataires pour la perte de revenus des honoraires en résultant. Le remplacement des frais d'usager par des systèmes de financement basés sur le paiement anticipé et la mutualisation des ressources pose également des défis d'envergure, mais le Rwanda a déjà montré ce qui peut être réalisé dans la Région et des efforts similaires ont été faits au Ghana. Le leadership politique est essentiel pour assurer une transition efficace vers le paiement anticipé et la mutualisation, comme indiqué par une étude récente de l'UNICEF qui montre qu'avec le dialogue entre les responsables politiques et les techniciens nationaux, la transition a de bien meilleures chances de réussir⁵⁷.

Régimes d'assurance maladie – l'exemple du Rwanda

Les régimes de mutuelles d'assurance maladie, connus sous le nom de « mutuelles de santé » ou simplement de « mutuelles » ont été lancés sous forme de projets pilotes au Rwanda en 1999. La généralisation de ces régimes s'est fortement accélérée en 2000–2005 avec l'adoption d'une politique nationale sur les mutuelles et le déploiement des régimes avec l'appui financier et technique des partenaires au développement. Le système a été en partie financé par l'aide extérieure provenant de partenaires comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui couvre les primes d'assurance d'environ 1,5 million de personnes vulnérables. À compter d'avril 2008, tout Rwandais est tenu par la loi d'avoir une certaine forme d'assurance maladie. Il existe dans le pays plusieurs programmes d'assurance maladie ciblant des groupes spécifiques de la population.

Le régime des « mutuelles » est le plus important en termes d'adhérents et la participation au régime est reposée sur la base des ménages pris individuellement avec une cotisation annuelle de 1000 francs rwandais (2 dollars américains) par membre de la famille. Le développement du régime d'assurance maladie mutuelle a été au Rwanda un grand succès du point de vue de l'accessibilité économique du programme. La participation obligatoire aux « mutuelles » a donné lieu à une augmentation considérable de la couverture des services de santé publics au Rwanda qui est le

seul pays d'Afrique subsaharienne où un pourcentage impressionnant de 85 % de la population participe à une certaine forme de mutuelle de santé⁵⁸.

Créer les conditions socioéconomiques favorables au développement des femmes

Certains problèmes de santé majeurs auxquels les femmes sont confrontées en Afrique étant associés à de mauvaises conditions de vie, il ne suffira pas de s'attaquer simplement aux problèmes du système de soins de santé. Comme relevé tout au long du présent rapport, les femmes sont les principaux collecteurs de bois de chauffe, de combustibles et pourvoyeuses d'eau, en plus leurs rôles de principales de moissonneuses et préparatrices des aliments. Toutes ces tâches exposent les femmes à des risques sanitaires et il est amplement démontré que l'amélioration des infrastructures, telles que les voies d'accès, et la création de points d'eau sûrs et accessibles, peuvent considérablement améliorer la santé et le bien-être économique des femmes.

En tant que principales participantes à ces activités, les femmes elles-mêmes ont un rôle important à jouer dans l'élaboration de politiques et la conception de projets qui rendent les activités moins onéreuses. En cooptant les femmes pour participer au processus de planification, l'amélioration des infrastructures reflètera mieux leurs besoins comme l'a montré récemment un programme national d'approvisionnement en eau au Malawi. Un programme national visant à fournir de l'eau courante aux communautés périurbaines du pays a échoué à la suite d'une mauvaise implantation des sites d'alimentation en eau et d'une mauvaise utilisation des points d'eau. L'absence des femmes dans le cadre du processus de planification a été rendue responsable de la défaillance et les femmes ont été cooptées pour participer aux « comités sur l'adduction d'eau courante », leur représentation passant de 20 % dans les années 80 à plus de 90 % aujourd'hui. Les femmes ont également commencé à gérer les points d'eau communaux et ont pris la responsabilité de leur exploitation et de leur entretien. Il s'est ensuivi une amélioration considérable^{59,60} de la performance globale du système. Les investissements dans l'approvisionnement en eau potable et dans l'assainissement peuvent avoir un énorme impact sur la santé des communautés, en commençant par une nette réduction des maladies diarrhéiques, sans être trop coûteux. En effet, selon une récente analyse coûts-avantages entreprise par l'OMS, investir dans l'eau et l'assainissement peut apporter des avantages



substantiels aux communautés, notamment, aux femmes et aux filles, chaque dollar investi rapportant un retour sur investissement de 3 à 14 dollars américains⁶¹.

Apporter des améliorations simples dans le foyer peut entraîner un changement radical dans la santé de la femme. Un investissement dans un équipement ménager économisant la main-d'œuvre, par exemple, peut permettre aux filles de consacrer davantage de temps à leur éducation ou aux femmes de s'occuper de leurs enfants ou bien de s'impliquer dans des activités plus productives au plan économique. Au Nigeria, la transformation du manioc a permis une forte réduction du temps nécessaire à la transformation du manioc en gari, augmentant ainsi les revenus des ménages tirés d'autres activités. Ces appareils faisant économiser la main-d'œuvre réduisent également les risques de santé liés à de tels travaux. En Afrique de l'Est,



l'utilisation de fourneaux améliorés alimentés au bois ou au charbon qui peuvent réduire jusqu'à 50 % la pollution dans la cuisine est encouragée et le fourneau *jiko* récemment mis au point et utilisé au Kenya ne dégage que 10 % des particules produites par des feux de bois, réduisant ainsi l'exposition des filles et des femmes à la pollution intérieure.

Les interventions visant à atténuer le fardeau des tâches ménagères effectuées par les femmes et les filles ne constituent qu'un aspect d'un engagement général à les autonomiser de manière à pouvoir soulager véritablement des corvées domestiques ou au moins à amoindrir leur fardeau. L'un des principes de base des mouvements de défense des droits de la femme à travers le monde est le fait que la place d'une femme n'est pas *nécessairement* au foyer et, aussi lourde de conséquences que cette idée puisse paraître dans certains milieux traditionnels, les pays l'ignorent à leur détriment – tant sur le plan social qu'économique. Le présent rapport souligne à maintes reprises l'importance qu'il y a d'éduquer les jeunes femmes africaines. L'éducation ne devrait pas seulement être largement accessible à toutes filles,

« L'un des principes de base des mouvements de défense des droits de la femme à travers le monde est le fait que la place d'une femme n'est pas *nécessairement* au foyer et, aussi lourde de conséquences que cette idée puisse paraître dans certains milieux traditionnels, les pays l'ignorent à leur détriment – tant sur le plan social qu'économique. »

mais devrait, chaque fois que possible, déboucher sur des possibilités de poursuite des études, qui ouvriront la porte à une promotion professionnelle. Permettre aux femmes de se spécialiser dans des études débouchant sur des postes de cadres dans le système de santé revêt une importance particulière.

L'autonomisation vient également avec l'interdépendance sociale où les associations et les pays peuvent faire beaucoup pour encourager la création de réseaux sociaux de femmes, notamment les aider à lever des fonds et les soutenir en leur fournissant les ressources humaines et autres nécessaires à leur développement socioéconomique. L'autonomisation grâce à ces relations est essentielle pour permettre aux femmes de la Région de faire entendre leur voix – en particulier, les plus vulnérables d'entre elles, comme les femmes handicapées.

Responsabilisation des femmes handicapées – l'exemple de l'Ouganda

Des groupes comme l'Union nationale des femmes handicapées – the National Union of Women with Disabilities (NUWODU) – en Ouganda peuvent rassembler les femmes et les filles en handicapées et contribuer à défendre, protéger et promouvoir leurs droits. NUWODU ne permet pas seulement aux femmes et filles handicapées d'avoir accès à l'éducation, elle recrute également des filles handicapées, leur permettant

ainsi d'acquérir une expérience pertinente pour un emploi. NUWODU forme également des femmes handicapées aux compétences de leadership et au renforcement de la confiance en elles-mêmes et apporte aux groupes de femmes un soutien financier pour démarrer des activités génératrice de revenus⁶².

En s'associant en tant que réseaux sociaux, comprenant des femmes de zones rurales, celles vivant dans des banlieues pauvres ou celles appartenant à des groupes marginalisés, les femmes peuvent se faire entendre et devraient y être encouragées par les décideurs politiques. Les décideurs devraient également tenir compte des opinions des femmes lors de l'élaboration des politiques et dans la mise en œuvre des projets et programmes et devraient être à leur écoute et de leur évaluation et appréciation de ces politiques, projets et programmes.

 **En s'associant en tant que réseaux sociaux, comprenant des femmes de zones rurales, celles vivant dans des banlieues pauvres ou celles appartenant à des groupes marginalisés, les femmes peuvent se faire entendre et devraient y être encouragées par les décideurs politiques.** 

Le cycle ou le cercle de l'autonomisation décrit au chapitre 5 n'est complet que si les femmes peuvent jouir du fruit de leur travail. Dans le secteur structuré, cela veut dire adopter et mettre en application une législation garantissant un salaire égal à travail égal et, dans le secteur informel, changer à l'intérieur des ménages, les attitudes qui mettent souvent les recettes de la vente de produits au marché, par exemple, dans la poche de l'homme. Un tel changement ne se produit pas de lui-même, il nécessitera la participation des gouvernements nationaux recourant pleinement à des campagnes d'information relayées par les médias.

Permettre aux femmes de posséder des biens est un aspect essentiel de l'autonomisation économique. De nombreux pays de la Région ont adopté des constitutions nationales qui garantissent l'égalité des sexes devant la loi, mais dans certains milieux traditionnels, les femmes ne sont toujours pas autorisées à posséder des biens. Pour faire en sorte que les garanties constitutionnelles soient observées, des pays font des efforts pour combattre les inégalités entre les sexes en amendant les lois existantes. Par exemple en 1999, le Rwanda a adopté une loi accordant aux femmes des droits de succession équivalents à ceux des hommes, infirmant ainsi les normes successorales traditionnelles⁶³. De la même manière, le Mozambique a adopté la loi foncière de 1997 qui reconnaît aux femmes et aux hommes des droits égaux à la terre de même que la loi de 2004 sur la famille qui soutient les droits fonciers des femmes. En Afrique du Sud, au Botswana, au Mozambique, en Namibie et en Ouganda, les droits des femmes à la propriété foncière sont en cours de protection par la garantie de la participation des femmes aux comités fonciers locaux responsables de la réforme foncière et de la distribution des terres. Au Zimbabwe et en Zambie, les quotas fonciers à attribuer aux femmes ont été fixés respectivement à 30 et 20 %⁶⁴.

Il est essentiel de mettre l'accent sur les femmes les plus vulnérables

Les politiques mettant l'accent sur l'autonomisation des femmes ne doivent pas négliger les plus vulnérables d'entre elles, parce que dans la Région africaine, ces femmes se battent souvent pour gagner leur vie et leur capacité à déboursier de l'argent pour des soins de santé est limitée. Des progrès sont en train d'être faits par certains pays de la Région pour aider les groupes vulnérables et les systèmes de protection sociale font l'objet d'une refonte progressive pour couvrir les femmes handicapées. Cela est notamment vrai de la Namibie et de l'Afrique du Sud, où des systèmes spéciaux d'allocations sociales existent pour les femmes handicapées⁶⁵.

Même là, davantage doit être fait et les organisations à base communautaire ont un rôle important à jouer sur le plan du plaidoyer et de la lutte pour les droits des

Tableau 6.2 Indicateurs pour le suivi des interventions essentielles

Cycle de la vie	Interventions essentielles	Indicateurs utiles
Fillettes 	Nutrition Vaccination Éducation des fillettes Protection contre les pratiques traditionnelles néfastes Protection contre la violence basée sur la différence entre les sexes, la maltraitance, le trafic et l'esclavage des enfants	Retard de croissance chez les filles Couverture vaccinale des fillettes Taux bruts d'inscription scolaire des filles Pourcentage de filles/femmes signalant avoir subi des MGF Incidence d'abus sexuels des enfants et leur défloration Incidence du trafic de fillettes
Adolescentes 	Éducation primaire et secondaire Protection contre le mariage précoce, l'exploitation et la maltraitance, y compris, la violence sexuelle Centres pour jeunes Services de soins de santé respectueux des adolescentes Sexualité et modes de vie, aptitudes utiles dans la vie et éducation sexuelle de l'adolescente Formation aux compétences à la vie active Vaccination contre le VPH	Taux bruts d'inscription des filles dans le secondaire Âge au début d'entrée en activité sexuelle Âge au premier accouchement Prévalence des rencontres sexuelles occasionnelles sans protection chez les adolescentes Prévalence de l'utilisation du préservatif Prévalence des IST et du VIH Couverture de la vaccination contre le VPH
Femmes adultes en âge de procréer 	Service de planification familiale Services de soins complets à l'avortement Hygiène de la grossesse (paquet basique et complet : soins prénataux, lors du travail et de l'accouchement, post-partum, soins du nouveau-né) Dépistage et traitement des IST, y compris le VIH Bénéfice du congé maternité Protection contre la violence domestique Programmes d'autonomisation des femmes Dépistage du cancer	Taux total de fécondité Taux de prévalence des contraceptifs Besoin de planification familiale insatisfait % d'hospitalisations gynécologiques pour complications liées à un avortement Taux de létalité des cas pour complications après avortement Taux de dépistage, de traitement et de guérison des cas d'IST Taux de prévalence du VIH Taux de mortalité maternelle % d'accouchements assistés par une accoucheuse qualifiée % de bébés présentant une insuffisance pondérale à la naissance % de femmes enceintes ayant reçu au moins une fois des soins prénataux % de femmes enceintes anémiées Nombre et répartition des établissements de soins obstétriques essentiels basiques et complets pour une population de 500 000 femmes Incidence du viol Taux de morts violentes chez les femmes Couverture du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus
Femmes au-delà des années de procréation 	Nutrition saine Services de prévention du cancer (par ex., et du col de l'utérus, du sein) Protection contre la violence liée aux différences entre les sexes Dépistage des maladies chroniques non transmissibles Appui à la santé mentale	Couverture du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus Incidence du cancer du col de l'utérus et du sein

VPH : Virus du papillome humain; IST, Infections sexuellement transmissibles; VIH, virus de l'immunodéficience humaine; MGF, mutilations génitales féminines

filles et des femmes handicapées. L'expérience de l'Union nationale des femmes handicapées (NUWODU) en Ouganda, évoquée plus haut, montre comment il est possible d'y parvenir avec succès⁶².

Il y a d'autres facteurs associés à la vulnérabilité des femmes africaines, comme la vieillesse, les catastrophes naturelles et les conflits. Au chapitre 4, il a été noté que la vaste majorité des femmes d'Afrique subsaharienne exercent dans certains types d'emplois informels non couverts par une forme quelconque de régime de retraite. Cela les laisse particulièrement vulnérables à des âges avancés. Pour de nombreuses femmes qui survivent à leur époux, le dénuement total est une menace réelle. Les femmes âgées vulnérables doivent compter sur le soutien des autres et dans les cas où ce soutien ne se matérialise pas, elles doivent se fier à l'État. Les décideurs politiques sont instamment invités à mettre en place des régimes de protection sociale pour mettre les femmes vulnérables à l'abri d'événements préjudiciables à leurs moyens d'existence.



Faire face aux besoins urgents en données relatives à la santé de la femme

Malheureusement, à présent, la Région africaine manque de systèmes de collecte et d'analyse de données, qui permettraient un suivi et une évaluation adéquats des progrès réalisés dans l'amélioration de l'état de santé et du statut social des femmes. Du fait que les besoins en santé des femmes évoluent à mesure qu'elles passent par les différents stades du cycle de la vie, des données ventilées par âge et par sexe sont impérieusement nécessaires pour suivre leur état de santé. Les enquêtes démographiques et de santé se sont avérées des sources utiles d'informations sur les indicateurs de santé reproductive, étant donné qu'elles sont ventilées par âge et par sexe⁶⁶. Malheureusement, elles ne comportent pas d'informations suffisantes concernant les cancers et d'autres morbidités affectant les femmes âgées. Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) sont une référence pour les meilleures pratiques en matière de collecte d'information qui peuvent être utilisées pour concevoir des interventions en vue d'améliorer la santé de la femme en Afrique et qui fournissent déjà certaines indications utiles quant à l'état de santé de la femme dans la Région^{67,68}.

Du fait que les femmes supportent le fardeau des affections liées à la santé reproductive, le suivi de l'évolution des résultats et l'évaluation de la qualité des soins qui leur sont dispensés sont particulièrement importants. Une liste d'indicateurs a été publiée à présent par l'OMS et ces derniers sont adaptés au suivi des progrès réalisés en santé reproductive⁶⁹. Pour les soins obstétricaux d'urgence et les soins du nouveau-né, les organisations du système des Nations Unies ont publié des directives tant pour les indicateurs de résultats et que d'évolution qui sont appliquées au niveau national (**Tableau 6.2**)⁷⁰. Toutefois, en raison de difficultés rencontrées dans la collecte des données en Afrique, ces indicateurs peuvent ne pas être disponibles, ni suffisamment fiables pour des réformes de programmes ou des initiatives dont on a bien besoin. En ce qui concerne la mortalité maternelle, une information précise au niveau national est disponible uniquement pour un nombre limité de pays africains et il sera difficile pour beaucoup d'entre eux de savoir si l'OMD 5 a été atteint ou non⁷¹.

« Du fait que les femmes supportent le fardeau des affections liées à la santé reproductive, le suivi de l'évolution des résultats et l'évaluation de la qualité des soins qui leur sont dispensés sont particulièrement importants. »

Les interventions pouvant améliorer les systèmes de gestion de l'information pour la santé de la femme comprennent le passage de la collecte manuelle des données à la collecte électronique de celles-ci et la réalisation régulière d'enquêtes nationales polyvalentes sur les ménages. Toutefois, les points forts et les points faibles des formes de données collectées en général doivent être notés. Des données

« Les interventions pouvant améliorer les systèmes de gestion de l'information pour la santé de la femme comprennent le passage de la collecte manuelle des données à la collecte électronique de celles-ci et la réalisation régulière d'enquêtes nationales polyvalentes sur les ménages. »

quantitatives peuvent être utilisées pour décrire uniquement certaines dimensions des problèmes de santé des femmes. Comme il se dégage clairement de l'application du modèle RAPID au Rwanda, la disponibilité d'informations quantitatives peut inciter à prendre des mesures pour améliorer la santé de la femme. Cependant, certains aspects des problèmes de santé dont souffrent les femmes ne peuvent être élucidés en s'appuyant exclusivement sur des preuves quantitatives. Par exemple, la quantité de preuves quantitatives ne peut révéler la

profondeur de la souffrance qu'endurent les femmes lorsqu'elles accouchent dans des conditions désespérées et dégradantes. Le fait de ne pas attirer l'attention des dirigeants est, sans doute, une des raisons pour lesquelles des établissements et des technologies peu coûteuses, pouvant sauver des vies, ne sont pas mis en place ou sont inaccessibles à l'immense majorité des Africaines. L'OMS devrait soutenir les pays membres dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre de systèmes de collecte et d'analyse de données quantitatives et qualitatives et pour faciliter l'utilisation des preuves générées pour améliorer la santé de la femme.



Constatations essentielles et mesures à prendre

- a) Pour améliorer la santé de la femme et son statut social, il y a lieu de passer des interventions qui sont ancrées dans le système de santé à des programmes et des initiatives à l'échelle de l'ensemble de la société.
- b) Les gouvernements sont les mieux placés pour coordonner les diverses initiatives nécessaires pour susciter le changement, d'où la nécessité de mobiliser la volonté et l'engagement politiques à cette fin.
- c) Il existe des interventions de soins de santé ayant un bon rapport coût-efficacité pour améliorer la santé de la femme durant sa vie et de nombreux pays de la Région sont en mesure de les financer.
- d) Il est impérieux de fournir des soins de santé acceptables et de qualité en rendant les systèmes de santé conviviaux pour les femmes et sensibles à leur contexte culturel.
- e) L'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication peut améliorer l'accès à des soins de qualité et renforcer l'efficience en matière de prestation de soins de santé.
- f) L'élimination de la discrimination fondée sur le sexe et la promotion d'attitudes sociales positives à l'égard des femmes est un aspect essentiel de l'autonomisation des femmes. Il est donc essentiel que les responsables politiques concourent à la suppression des différences entre hommes et femmes en matière d'éducation et d'emploi par une réforme législative et des campagnes d'information publiques.
- g) Des mécanismes et des institutions permettant aux femmes de faire entendre leur voix devraient être créés et les femmes devraient être encouragées à recenser et à exprimer leurs préoccupations, processus pouvant être en partie soutenu par la création de réseaux et de groupes sociaux pour toutes les femmes.
- h) Certains groupes vulnérables, notamment les femmes handicapées et les femmes âgées, ont besoin d'un système de sécurité sociale, y compris l'accès gratuit à des soins de santé complets. Les gouvernements qui adoptent le paiement anticipé et la mutualisation des ressources comme base pour la mise en place d'une couverture universelle des soins de santé ont les meilleures chances d'honorer leurs obligations à l'égard des groupes vulnérables.
- i) Les systèmes de suivi et d'évaluation devraient être renforcés pour suivre les progrès accomplis en matière d'amélioration de l'état de santé et du statut de la femme.

Références

1. OMS. *Santé de la femme : stratégie pour la Région africaine*. Brazzaville : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2005.
2. République du Rwanda. *Rwanda Demographic and Health Survey : Preliminary data from Rwanda's 2008 Demographic and Health Survey*. [cité le 5 mars 2011]; disponible sur le site : www.moh.gov.rw/index.php?option=com_content&view=article&id=83:rwananda-interim-demographic-and-health-survey-ridhs-2007-2008
3. United States Agency for International Development (USAID). *USAID in Africa : Meeting Demand for Reproductive Health*. 2006. [cité le 5 mars 2011]; disponible sur le site : africastories.usaid.gov/search-details.cfm?storyID=505
4. AWARE-RH. *Partnering for Policy reform*. [cité le 5 mars 2011]; disponible sur le site : www.aware-rh.org/
5. Population Action International. *A measure of Government Commitment : Women's Sexual and Reproductive Risk Index for Sub-Saharan Africa*. Washington DC : Population Action International, Centre for the Study of Adolescence; 2009.
6. Allen T, Suzette H. HIV/AIDS policy in Africa : what has worked in Uganda and what has failed in Botswana? *J Int Dev* 2004;16(8) :1141-54.

7. Pathmanathan I, et al. *Investing in Maternal Health : Learning from Malaysia and Sri Lanka*. Washington, DC : Banque mondiale, 2003.
8. OMS. *Remplacer la planification familiale dans les services de santé reproductive : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014*. Brazzaville : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2005.
9. United States Agency for International Development (USAID). *The RAPID Model : An Evidence-based Advocacy Tool to Help Renew Commitment to Family Planning Programmes*. [cité le 5 mars 2011]; Disponible sur le site : www.healthpolicyinitiative.com/.../808_1_RAPID_Model_Handout_FINAL_July_2009_acc2.pdf.
10. République du Rwanda. *Rwanda 2005 Demographic and Health Survey*. 2005. [cité le 5 mars 2011]; disponible sur le site : www.prb.org/.../RwandaDemographicandHealthSurvey2005.aspx
11. OMS. *Feuille de route pour accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé maternelle et infantile en Afrique*. Brazzaville : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2004.
12. OMS. *Survie de l'enfant : stratégie pour la Région africaine*. Brazzaville : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2007.
13. Adam T, et al. Cost- effectiveness analysis of strategies for maternal and newborn health in developing countries. *BMJ* 2005; 331(7525) :1107.
14. Kumaranayake LC, Kurowski C, Conteh L. *Costs of scaling up priority interventions in low income countries : Methodology and estimates*. Geneva : World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health; 2001.
15. Banque mondiale. *Rapportsur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé*. New York : Oxford University Press; 1993.
16. Department of International Development (DFID). *Girls Education : Towards a better future for all*. [cité le 5 mars 2011]; disponible sur le site : www2.ohchr.org/english/issues/development/docs/girlseducation.pdf
17. Swainson N, et al. *Promoting girls' education in Africa : The design and implementation of policy interventions*. Education Research Paper No 25 1998 [cité le 7 mars 2011]; disponible sur le site : www.dfid.gov.uk/R4D/PDF/Outputs/Misc_Education/paper25.pdf
18. Rugh A. *Starting Now : Strategies for Helping Girls Complete Primary*. Washington, DC : SAGE Project, Academy for Educational Development; 2000.
19. Muteshi J, Sass J. *Genital Mutilation in Africa : An Analysis of Current Abandonment Approaches*. [cité 5 mars 2011]; disponible sur le site : www.path.org/files/CP_fgm_combnd_rpt.pdf
20. Erulkar A, et al. *Biruh Tesfa : Safe Spaces for Out-of-school Girls in Urban Slum Areas of Ethiopia*. New York : Population Council; 2006.
21. OMS. *Santé de l'adolescent : stratégie régionale*. Brazzaville : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2001.
22. Cleland JG, Ndugwa RPN, Zulu EM. Family planning in sub-Saharan Africa : progress or stagnation? *Bull World Health Org* 2011;89 :137–43.
23. Family Health International. *Men and Reproductive Health*. 1998 [cited 2011 March 7]; Available from : http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v18_3/index.htm
24. Rosen JE, Murray NJ, Scott M. *Sexuality education in schools : the international experience and implications for Nigeria*. POLICY Working Paper Series No. 12; 2004 June.
25. Population Services International. *Population Services International Spearheads Nationwide Family Planning Partnership in Guinea*. Washington, DC : Population Services International; 1996.
26. Organisation mondiale de la Santé. *Lancet Newborn survival series. Child and Adolescent Health and Development 2005*. [cité le 7 mars 2011]; disponible sur le site : http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/lancet_newborn_survival/en/
27. Adam T, et al. Cost-effectiveness analysis of strategies for maternal and newborn health in developing countries. *BMJ* 2005;331(7525) :1107.
28. Banque mondiale. *Rapport sur le développement dan sle monde 1993 : Investir dans la santé*. New York : Oxford University Press; 1993.
29. Debpuur C, Phillips JF, Jackson EF. The impact of the Navrongo project on Contraceptive knowledge and use, reproductive preferences, and fertility. *Stud Fam Plann* 2002;33 :141–64.
30. Phillips JF, Bawah AA, Binka FN. Accelerating reproductive and child health programme impact with community-based services : the Navrongo experiment in Ghana. *Bull World Health Org* 2006 December;84(12) :949–55.
31. Haile S, Guerny J, Stloukal L. *Provision of reproductive health services in Sub-Saharan Africa : Lessons, issues, challenges and the overlooked rural majority*. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture; 2000.
32. Nazzar A, Phillips JF. *Phase I of the Navrongo Community Health and Family Planning Project : Key Findings and Lessons for Policy*. New York : Population Council; 1995.
33. Pence BW, et al. *The effect of community nurses and health volunteers on child mortality : the Navrongo community health and family planning project*. New York : Population Council; 2001.
34. IRIN AFRICA. Ghana : Cell Phones Cut Maternal Deaths. 2009 December. [cité le 7 mars 2011]; disponible sur le site : <http://IRINnews.org/Report.aspx?ReportId=87261>
35. Jewkes RH, et al. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *BJOG* 2005;112 (3) :355–9.
36. Bergström S. *Advancing Midlevel Providers' Role In Emergency Obstetric Interventions*. 2009. Disponible sur le site : www.nhv.se/upload/dokument/forskning/.../Staffan_Bergström_070912.pdf
37. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet* 2007; 370 :2158–63.

38. Chilopora G, *et al.* Postoperative outcome of caesarean sections and other major emergency obstetric surgery by clinical officers and medical officers in Malawi. *Hum Resour Health* 2007;5 :17.
39. Pereiras C. *Task-shifting of major surgery to mid-level providers of health care in Mozambique and Tanzania; A solution to the crisis in human resources to enhance maternal and newborn survival.* Stockholm : Institut Karolinska; 2010.
40. Bergström S. *Enhancing human resources for maternal survival : task shifting from physicians to non-physicians.* New York : Columbia University; 2009.
41. Braine T. Efforts underway to stem brain drain of doctors and nurses. *Bull World Health Organ* 2005; 83(2) :84–7.
42. Dovlo D, *et al.* *A review of the migration of Africa's health professionals.* 2004. [cité le 7 mars 2011]; disponible sur le site : <http://www.globalhealthtrust.org/doc/abstracts/WG4/DovloMartineauFINAL.pdf>
43. United States Agency for International Development (USAID). *End-of-Project-Evaluation of the Capacity Project : Final Evaluation Report.* [cité le 7 mars 2011]; disponible sur le site : www.ugandamems.com/.../Capacity%20Project%20Evaluation%20Report%20March%202010.pdf
44. Martineau T, Decker K, Budred P. *Briefing note on international migration of health professionals : leveling the playing field for developing countries.* Liverpool : Liverpool School of Tropical Medicine; 2002.
45. D'Ambruoso L, Abbey M, Hussein J. Please understand when I cry out in pain : women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. *BMC Public Health* 2005;5 :140.
46. Lule GS, Tugumisirize J, Ndekha M. Quality of delivery care and its effects on utilization of maternity care services at health centre level. *East Africa Med J* 2000;77(5) :250–5.
47. Gabrysch S, *et al.* Cultural Adaptation of birthing services in rural Ayacucho, Peru. *Bull World Health Organ* 2009;87 :724–9.
48. UN Millennium Project. *Who's Got the Power : Transforming Health Systems for Women and Children; Task Force on Child Health and Maternal Health.* Londres et Sterling, Virginie : Earthscan; 2005.
49. Mwabu G, Mwanzia J, Liambila W. User charges in government health facilities in Kenya : effect on attendance and revenue. *Health Policy Plan* 1995;10(2) :164–70.
50. Nyongator F, Kutzin J. Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy Plan* 1999;14(4) :329–41.
51. Meuwissen ME. Problem of cost recovery implementation in district health care : A case study from Niger. *Health Policy Plan* 2002;17(3) :304–13.
52. Burnham GM, *et al.* Discontinuation of cost sharing in Uganda. *Bull World Health Organ* 2004; 82(3) :18.
53. Kirunga-Tashobya C, *et al.* *Health sector reforms and increasing access to health services by the poor : What role has the removal of user fees played in Uganda?* Kampala : Institut de santé publique, Université de Makerere; 2006.
54. Deininger K, Mpuga P. *Economic and welfare effects of the removal of health user fees : Evidence from Uganda.* Washington DC : Banque mondiale; 2004.
55. Bosu WK, *et al.* Effect of Delivery Care User Fee Exemption Policy on Institutional Maternal Deaths in the Central and Volta Regions of Ghana. *Ghana Med J* 2007;41(3) :118–24.
56. Witter S, *et al.* Providing free maternal health care : ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana. *Glob Health Action* 2009;2.
57. UNICEF. *Policy guidance note on removing user fees in health sector.* New York : UNICEF; 2009.
58. Organisation mondiale de la Santé. Sharing the burden of sickness : Mutual health insurance in Rwanda. *Bull World Health Organ* 2008;86(11) :823.
59. Smith K. Fuel Combustion air pollution and health. *Annu Rev Energy Environ* 1993;18 :529–566.
60. UN-Habitat. *Women's empowerment Practices. Best Practices Briefs : Best Practices Database for Improving the Living Environment.* [cited 2011 March 7]; Available from : [www :bestpractices.org/bpdbriefs.women.htm](http://www.bestpractices.org/bpdbriefs.women.htm)
61. Organisation mondiale de la santé. *Retombées économiques de l'amélioration des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement : résumé du rapport de l'OMS.* [cité le 7 mars 2011]; disponible sur le site : www.who.int/water-sanitation-health/en/execsummary.pdf
62. NUWODU. *Building the Capacity of Women and Girls with Disabilities in Uganda.* 2005. [cité le 7 mars 2011]; disponible sur le site : www.civilsocietyforum.org/.../national-union-women-disabilities-uganda-nuwodu
63. Ikdahl I, *et al.* *Human rights, formalization and women's land rights in Southern and Eastern Africa.* Oslo : Université d'Oslo; 2005.
64. Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (UNECA). *Land Tenure Systems and Sustainable Development in Southern Africa.* Lusaka, Zambie : Bureau de la CEA pour l'Afrique australe ECA; 2003.
65. Devereux S. *Social pensions in Namibia and South Africa.* Brighton, Angleterre : Institut d'études du développement; 2001.
66. Mwanja SP. Joining the dots : a plea for precise estimates of the maternal mortality ratio in sub-Saharan Africa. *BJOG* 2009;116 (Suppl 1) :7–10.
67. Wamala S, *et al.* Perceived discrimination, Socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment. *J Epidemiol Community Health* 2007;61 :409–15.
68. Intrahealth International. *Community-based Interventions that Improve New Born Health Outcomes : A Review of Evidence in South Asia.* [cité le 7 mars 2011]; disponible sur le site : www.intrahealth.org/.../healthfamily.../ER_Brief_NBC%205.pdf
69. Organisation mondiale de la Santé. *Paquet mère-bébé : mise en œuvre de la maternité sans risque dans les pays en développement.* Genève : Organisation mondiale de la Santé; 1996.
70. UNICEF. *Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services.* New York : UNICEF; 1997.
71. Renaudin P, *et al.* Ensuring financial access to emergency obstetric care : three years of experience with Obstetric Risk Insurance in Nouakchott, Mauritanie. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;99(2) :183–90.

Chapitre 7 :

Conclusions et recommandations

Conclusions

L'approche visant à améliorer l'état de santé de la femme en Afrique, proposée dans le présent rapport, est fondée sur deux principes : i) le premier selon lequel la santé des femmes, en dehors du fait qu'elle est souhaitable en soi, en tant que droit humain fondamental, est un socle de développement socioéconomique; ii) le second selon lequel les interventions visant à améliorer la santé de la femme devraient être multisectorielles, pour être couronnées de succès. Pour les décideurs politiques, le défi consiste donc non seulement à concevoir, mettre en œuvre et financer des systèmes de santé qui sont plus sensibles aux besoins des femmes, mais aussi à faire en sorte que les conditions socioéconomiques qui maintiennent les femmes dans le piège de l'ignorance, de la pauvreté économique, de la perte d'autonomie sociale et de la maladie changent.

Ce processus doit commencer par la lutte contre la discrimination fondée sur le sexe dans les foyers, qui trouve son expression, dès les premières années, dans l'attribution inégale des tâches, l'intimidation et la violence physique. Le processus doit faire en sorte que les filles bénéficient des mêmes possibilités d'éducation que les garçons, qu'elles ne soient pas assujetties à des pratiques traditionnelles néfastes et qu'elles aient accès à l'enseignement supérieur qui débouche sur une formation spécialisée plus tard dans la vie et qui offre des possibilités de postes de responsabilité sur le marché du travail. En permettant aux femmes de faire entendre leur voix par la création de réseaux sociaux entièrement acquis à leurs causes et en encourageant leur participation à la politique au niveau local et aux niveaux exécutifs du pouvoir, les décideurs politiques peuvent se les rallier ainsi que rallier d'autres acteurs à leur propre cause et arriver à donner l'impulsion véritablement nécessaire aux réformes visant à éliminer la discrimination fondée sur le sexe et d'autres obstacles à l'autonomisation des femmes.

Les avantages associés à l'investissement dans la santé de la femme dans la Région africaine sont considérables – non seulement, pour les femmes elles-mêmes, mais aussi, pour leur famille et leur communauté ainsi que pour la société au sens large. Les interventions requises pour matérialiser ces avantages sont disponibles, abordables et peu onéreuses. Cependant, la mise en œuvre de ces interventions se heurte à des défis majeurs, à commencer par l'absence de volonté et d'engagement politiques aux niveaux les plus élevés des gouvernements et au manque de financement requis pour soutenir des systèmes de soins de santé viables. Les gouvernements, les partenaires au développement et les organisations régionales, notamment l'Union africaine, devraient intensifier l'autonomisation des femmes en investissant dans des interventions faisant la promotion de la santé de la femme, de son éducation et de ses droits humains à une échelle suffisamment large pour faire la différence.

Les dirigeants politiques cherchant à améliorer la santé et le statut socioéconomique de la femme africaine n'ont pas plus grandes alliées que les femmes africaines elles-mêmes. Comme ce rapport s'est employé à le démontrer, les femmes africaines ont déjà apporté une énorme contribution au continent, notamment par leur travail au foyer et dans les champs. Indéniablement, elles peuvent faire bien plus, notamment dans le secteur de la santé qui, à ce jour et comme l'a montré le présent rapport, n'est pas parvenu à satisfaire leurs besoins, même les plus primaires. Ce n'est que lorsque la vérité sera sue en ce qui concerne le rôle vital que les femmes peuvent jouer dans le développement social et économique que la Région commencera à réaliser son plein potentiel et à parvenir à la stabilité politique, à la prospérité économique et à la santé, qui est un droit acquis à la naissance de sa population importante et en pleine croissance.

 **Les gouvernements, les partenaires au développement et les organisations régionales, notamment l'Union africaine, devraient intensifier l'autonomisation des femmes en investissant dans des interventions faisant la promotion de la santé de la femme, de son éducation et de ses droits humains à une échelle suffisamment large pour faire la différence.** 

Recommandations

Le présent rapport a identifié six groupes d'interventions qui, avec un niveau approprié d'investissement, peuvent améliorer la vie des femmes dans la Région africaine. Cependant, pour que les investissements portent fruit, ils doivent être soutenus par l'engagement et le leadership politiques, ainsi que les ressources et le soutien de nombreux acteurs, notamment les gouvernements, les partenaires au développement, les communautés et les femmes elles-mêmes.

1. Bonne gouvernance et leadership pour améliorer, promouvoir, soutenir et investir dans la santé de la femme

Mesures à prendre pour mettre en œuvre cette recommandation :

Gouvernements aux niveaux local et national

- Donner la priorité aux questions de santé de la femme dans les programmes nationaux relatifs aux politiques et au développement et faire en sorte que celles-ci soient soutenues par des ressources budgétaires appropriées.
- Mettre en place et/ou soutenir des organes ou des institutions nationales chargées de promouvoir et de suivre les progrès accomplis en matière de santé de la femme et de développement.
- Promouvoir un bon leadership en reconnaissant et récompensant ceux enregistrant de bonnes performances aux niveaux local et national dans les domaines de la santé de la femme et du développement.

Organisations internationales, régionales et sous-régionales

- Lancer des mesures pour requérir la transparence dans les pays qui ne satisfont pas à leurs engagements liés à la santé de la femme, telles les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), le Plan d'action de Maputo, la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF), la Charte africaine, la Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), etc.
- Encourager les approches régionales/multinationales pour s'attaquer aux défis communs relatifs à la santé de la femme, tels que le trafic des fillettes, les mutilations génitales féminines (MGF) et les problèmes liés à des facteurs géographiques/environnementaux.
- Faire du plaidoyer en faveur des ressources essentielles requises pour appuyer la mise en œuvre d'interventions de santé peu onéreuses dans les pays membres.
- Garantir la stabilité sociopolitique en étant plus dynamique dans les guerres et les conflits dans la sous-région et en élaborant de solides protocoles régionaux pour protéger et réduire le fardeau des guerres et des conflits pesant sur les femmes et les filles.

Partenaires au développement

- Mobiliser les ressources requises pour financer la mise en œuvre d'interventions sanitaires clés ayant de bons rapports coût-efficacité.
- S'associer aux gouvernements pour concevoir des mécanismes et des protocoles pour améliorer la transparence et la gestion à tous les niveaux de ressources pour les systèmes de soins de santé et les interventions relatives à la santé de la femme.
- Coopérer avec les gouvernements et autres partenaires pour coordonner leurs activités et programmes visant à soutenir l'agenda national déclaré pour la santé de la femme.

2. Initiatives politiques et législatives pour traduire la bonne gouvernance et le bon leadership en actes concrets

Mesures à prendre pour mettre en œuvre cette recommandation :

Gouvernements aux niveaux local et national

Les gouvernements africains sont instamment invités à formuler des politiques et à adopter une législation destinées à éliminer les différences entre hommes et femmes et à protéger les femmes et les filles dans les domaines suivants : santé maternelle, éducation et emploi, et pratiques socioculturelles néfastes (telles les MGF, la violence domestique et le trafic d'êtres humains).

Tous les pays de la Région africaine sont encouragés à :

- Réviser toute la législation et les politiques ayant trait à la santé de la femme dans le but d'améliorer cette législation en vue de promouvoir et/ou protéger leur santé d'ici 2015.
- Lancer des politiques (comme les systèmes de bourses et l'exonération des frais scolaires) pour promouvoir l'éducation des filles au niveau de l'enseignement secondaire avec pour objectif d'accroître de 30 % chaque année la proportion de filles achevant le cursus secondaire.
- Supprimer toutes les politiques et lois restrictives qui limitent l'accès des femmes aux ressources financières, à la propriété et aux services de soins de santé (par exemple, le consentement du conjoint pour la planification familiale, les soins complets en cas d'avortement, le consentement du conjoint pour l'obtention de prêts et l'accession à la propriété).
- Recommander, budgétiser et promouvoir aux niveaux national et local les programmes sociaux d'éducation qui accroissent la prise de conscience des impacts négatifs sur la santé de la discrimination à l'égard des femmes.

Société civile et communautés

- Préconiser aux dirigeants politiques de lancer des politiques de la santé pour promouvoir et protéger la santé de la femme.
- Sensibiliser et éduquer les femmes et les membres des communautés en ce qui concerne les politiques nationales et locales, ainsi que la législation qui favorisent et protègent la santé de la femme.

Organisations internationales, régionales et sous-régionales

- Harmoniser les politiques de la santé entre différentes organisations afin de maximiser la synergie dans la résolution des problèmes de santé de la femme tout au long de sa vie.
- Mettre en œuvre des mesures pour analyser la performance des pays membres en ce qui concerne les droits des femmes, conformément aux protocoles internationaux et régionaux convenus.

Partenaires au développement

- Aider les pays membres à mettre en œuvre et suivre les politiques destinées à améliorer la santé de la femme, conformément aux engagements régionaux et internationaux convenus.
- Appuyer le partage des données d'expérience dans le cadre de la révision des politiques et de la législation pertinentes et de leur mise en œuvre.

3. Interventions multisectorielles nécessaires pour améliorer la santé de la femme

Pour améliorer la santé de la femme et renforcer son statut social, il s'avère nécessaire d'évoluer des interventions ancrées dans le secteur de la santé vers des approches multisectorielles. De plus, l'investissement dans la santé de la femme devrait être perçu comme un ingrédient essentiel pour le développement socioéconomique général plutôt que comme une dépense limitée à la lutte contre la maladie.

Mesures à prendre pour mettre en œuvre cette recommandation :

Gouvernements aux niveaux local et national

- Élaborer des plans stratégiques multisectoriels nationaux et/ou locaux pour améliorer la santé de la femme, qui mettent l'accent sur les liens, les rôles, les responsabilités et les cibles mesurables pour tous les secteurs dans la réalisation des objectifs nationaux convenus.
- Reconnaître l'importance particulière des secteurs de l'environnement, de l'alimentation et de l'agriculture, de l'eau et de l'assainissement; ces secteurs devraient être encouragés à mettre en œuvre les technologies appropriées qui minimisent les risques pour la santé auxquels sont confrontées les femmes.
- Inclure dans les budgets nationaux des ressources budgétaires identifiables dans des secteurs pertinents, tels que la planification économique, la justice, les finances, l'agriculture, l'environnement, la sécurité sociale et l'éducation pour améliorer la santé de la femme.
- Charger les institutions ou les ministères de la femme et des affaires féminines, le cas échéant, de coordonner les interventions multisectorielles pour la santé de la femme.

Société civile et communautés

- Les groupes multisectoriels, tels que les groupes religieux, traditionnels, professionnels, sociaux, d'hommes et de femmes, devraient s'engager à jouer des rôles actifs dans l'amélioration de la santé de la femme. Ils devraient s'associer au secteur de la santé pour renforcer la sensibilisation des femmes aux questions essentielles de santé, pour mobiliser des ressources et soutenir la réussite de la mise en œuvre d'interventions reconnues en matière de soins de santé.

Organisations internationales, régionales et sous-régionales

- Promouvoir le partage intersectoriel des données d'expérience et des meilleures pratiques dans les instances régionales et internationales.
- Élaborer des cadres régionaux qui définissent les rôles et les responsabilités de tous les différents secteurs intervenant dans la santé de la femme et le développement.

Partenaires au développement

- Préconiser et promouvoir la prise en considération des autres secteurs dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de leurs programmes pays relatifs à la santé de la femme et bénéficiant d'un soutien.

4. Responsabiliser les filles et les femmes pour qu'elles défendent efficacement leurs propres intérêts

Mesures à prendre pour mettre en œuvre cette recommandation :

Gouvernements aux niveaux local et national

- Faire en sorte qu'il y ait une représentation féminine de 30 % au moins sur le plan de la gouvernance à tous les niveaux en introduisant des politiques et une législation positives qui encouragent la participation des femmes à la gouvernance locale et nationale.
- Faire en sorte que les besoins et les opinions des femmes soient pleinement pris en compte dans tous les projets et programmes politiques nationaux en élaborant des protocoles qui tiennent compte des sexospécificités.
- Donner aux femmes défavorisées et moins instruites la possibilité de s'autonomiser, en élaborant et en mettant en œuvre des programmes qui accroissent leur accès à la micro-finance et également à l'éducation non formelle, comme cela a été fait dans le cadre du programme Biruh Tesfa en Éthiopie.

Sociétés civiles et communautés

- Plaider en faveur des femmes et des filles, notamment celles issues de milieux marginalisés et/ou défavorisés, telles que les femmes handicapées et maltraitées (par exemple, le programme NUWODU en Ouganda).
- Soutenir et promouvoir la santé de la femme (par exemple, l'initiative Badienou Gokh au Sénégal).
- Faire participer les communautés, les femmes et les hommes à des efforts visant à réduire la discrimination sociale à l'égard des femmes aux postes de leadership.

Organisations internationales, régionales et sous-régionales

- Préconiser et promouvoir l'équilibre hommes-femmes dans toutes leurs activités organisationnelles.
- S'associer aux organisations régionales de femmes de la société civile qui plaident en faveur de la santé de la femme et en font la promotion et promouvoir celles-ci, comme, par exemple, le Forum des éducatrices africaines (FEA) et la Fédération internationale des femmes juristes (FIDA).

Partenaires au développement

- Donner la priorité à un appui à la mise en œuvre de programmes nationaux et locaux qui permettent aux femmes de prendre en charge leur santé et le développement, tels que les programmes d'éducation pour fillettes et les programmes d'autonomisation économique.
- Soutenir les programmes de formation au développement du leadership des femmes.

5. Améliorer la réceptivité des systèmes de soins de santé pour répondre aux besoins sanitaires des femmes

Mesures à prendre pour mettre en œuvre cette recommandation :

Gouvernements aux niveaux local et national

- Améliorer l'acceptation socioculturelle et des sexospécificités des services de soins de santé de la femme en introduisant des politiques qui garantissent la prise en compte des besoins et opinions des femmes dans la prestation de soins à tous les niveaux.
- Mettre en œuvre toutes les interventions rentables recommandées en matière de soins de santé pour les différents stades de la vie de la femme.
- Refondre de toute urgence le système de soins de santé pour garantir que d'ici 2020 toutes les femmes en âge de procréer auront accès aux soins obstétricaux de base et d'urgence chaque fois que la nécessité se fera sentir d'après les critères recommandés par l'OMS.
- Améliorer l'accès des femmes aux services de soins de santé reproductive, notamment en levant les obstacles financiers grâce aux programmes de mutuelle de santé ou aux politiques d'exonération des frais.
- Rapprocher les services de santé des lieux où les femmes vivent, grâce à une variété de programmes, y compris la sensibilisation communautaire, la planification et les services de santé à base communautaire et à l'investissement en général dans des systèmes de santé renforcés.
- S'attaquer aux pénuries de ressources humaines qui paralysent les services de soins de santé – en particulier pour les femmes des communautés rurales et défavorisées – en instituant des politiques pour corriger la mauvaise répartition des prestataires de soins, former davantage de personnel et former le personnel de niveau intermédiaire aux compétences obstétriques sauvant la vie, offrir des mesures incitatives pour retenir le personnel et renforcer les partenariats public-privé.
- Promouvoir l'utilisation de la technologie de l'information pour améliorer l'accès des femmes aux soins et également pour rehausser la qualité des services de soins de santé pour les femmes.
- Développer/renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation efficaces nationaux et locaux pour les soins de santé de la femme, en utilisant les indicateurs recommandés.
- Mettre au point des indicateurs de qualité des soins pour les services de santé de la femme et les intégrer dans les critères d'accréditation des établissements de santé.
- Reconnaître et récompenser les prestataires ou les institutions assurant des services de haute qualité sur le plan de la santé de la femme.

Sociétés civiles et communautés

- Mobiliser des ressources pour soutenir l'amélioration des services de soins de santé pour les femmes et les filles.
- Impliquer le système de soins de santé en tant que partenaire dans la promotion de services de soins de santé de haute qualité, sensibles aux sexospécificités et aux cultures, pour les femmes.
- Informer les femmes des établissements sanitaires existants et l'utilisation par les femmes desdits centres.

Organisations professionnelles impliquées dans les soins de santé de la femme

- Élaborer, promouvoir et appliquer une éthique professionnelle et des directives pour protéger les droits de la femme.
- S'associer aux gouvernements pour élaborer des protocoles et des normes pour les services de santé reproductive.

Organisations internationales, régionales et sous-régionales

- Suivre les progrès réalisés par les pays membres dans l'atteinte des objectifs fixés pour les services de soins de santé de la femme, en utilisant les indicateurs et les critères convenus.
- L'OMS devrait appuyer une étude multicentre sur l'utilisation des cliniciens non médecins pour satisfaire les besoins sanitaires de la femme.

Partenaires au développement

- Soutenir les gouvernements dans la mise en œuvre d'interventions de soins de santé économiques pour la santé de la femme, en particulier dans les pays ayant une charge élevée de morbidité et de mortalité chez les filles et les femmes.
- S'associer aux gouvernements pour rechercher des financements pour le développement des infrastructures du système de santé, notamment en ce qui concerne la création d'établissements de soins obstétricaux basiques et d'urgence dans des communautés défavorisées et insuffisamment desservies.

6. Collecte de données pour le suivi des progrès en vue d'atteindre les cibles pour la santé des filles et des femmes

Mesures à prendre pour mettre en œuvre cette recommandation :

Gouvernements aux niveaux local et national

- Réexaminer et réviser les systèmes d'enregistrement des données d'état-civil et les systèmes d'information sanitaire en vue de renforcer la disponibilité de données ventilées par âge et par sexe pour le suivi et évaluation des interventions de santé pour les femmes durant leur vie.
- Renforcer, encourager et financer les institutions de recherche nationales et locales pour mener une recherche qualitative et quantitative en vue de fournir des données précises pour l'identification des problèmes de santé de la femme et l'élaboration de politiques et de programmes.
- S'associer aux organisations internationales, régionales, locales et communautaires pour mobiliser des ressources pour la recherche sur la santé de la femme et la collecte de données.
- Coordonner l'approche multisectorielle de la santé de la femme en encourageant la promotion de la collecte de données dans tous les secteurs pertinents afin de fournir une évaluation plus exhaustive de la santé de la femme pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques.
- Faire en sorte que les plans stratégiques pour l'amélioration de la santé de la femme intègrent des mécanismes efficaces de collecte de données aux fins du suivi et évaluation des programmes.

Société civile et communauté

- Sensibiliser les femmes, les hommes et les communautés à l'importance de la participation aux enregistrements de données d'état civil, tels les naissances et les décès.
- Encourager la mise en place de registres d'état-civil communautaires simples dans toutes les communautés où des services officiels n'existent pas ou sont inaccessibles. Les organisations religieuses et les chefs traditionnels peuvent fournir le cadre pour abriter ces registres.

Institutions de recherche

- S'associer aux communautés, aux gouvernements, aux groupes et organismes de recherche locaux, régionaux et internationaux pour mener une recherche quantitative et qualitative de haute qualité sur les problèmes de santé touchant les femmes.

Organisations internationales, régionales et sous-régionales

- Promouvoir la compilation régionale de données relatives à la santé de la femme comme partie intégrante de l'élaboration de politiques régionales, élaboration de programmes et la mobilisation de ressources.
- D'ici 2013, définir un consensus et y parvenir en ce qui concerne les indicateurs essentiels pour suivre les progrès réalisés en matière d'amélioration de la santé de la femme dans tous les secteurs des pays membres.

Partenaires au développement

- Appuyer le renforcement de la recherche et des institutions de données d'état-civil qui sont axées sur la santé de la femme.

Suivi des progrès accomplis

À la lumière des recommandations sus-indiquées, les indicateurs sélectionnés, recensés pour le suivi des progrès accomplis dans la Région africaine, sont les suivants :

- Nombre/proportion de pays ayant des cadres et/ou des mécanismes nationaux développés et chiffrés pour l'amélioration de la santé de la femme.
- Nombre/proportion de pays disposant de ressources budgétaires spécifiques pour l'amélioration de la santé de la femme.
- Nombre/proportion de pays ayant en place une législation pour protéger les femmes des pratiques néfastes et de la discrimination.
- Nombre/proportion de pays atteignant l'objectif d'une augmentation de 30 % des inscriptions des filles dans les écoles secondaires.
- Proportion de femmes dans les pays membres percevant un revenu inférieur au seuil de pauvreté.
- Proportion de femmes nommées, dans les pays membres, à une fonction au niveau de l'administration nationale et locale, y compris à des fonctions parlementaires.
- Nombre de publications relatives à la santé de la femme émanant d'institutions de pays membres.
- Nombre/proportion de pays pratiquant la gratuité des soins ou ayant une couverture d'assurance pour les soins maternels et infantiles.
- Taux annuel de baisse du taux de mortalité maternelle dans les pays membres.
- Proportion de besoins insatisfaits en planification familiale dans les pays membres.

Annexe :

Méthodologie utilisée pour préparer le présent rapport

Résumé

La méthodologie utilisée pour préparer le présent rapport est interdisciplinaire, rassemblant des chercheurs en sciences sociales, en économie, en santé publique, de même que de la recherche clinique et biomédicale, plus des experts ayant une expérience spécifique en matière de conception d'interventions et de leur évaluation, de droits de l'homme et de la femme, des parlementaires et des représentants de l'Union africaine. Le processus a été renforcé dans une large mesure par les activités de coordination menées par le Secrétariat de la Région africaine de l'OMS et par les avis des réviseurs internes et externes. Les détails de la méthodologie sont exposés ci-dessous, mais elle a été, en résumé, composée des activités suivantes :

- Sessions du groupe et des sous-groupes de travail pour parvenir à un consensus en ce qui concerne les objectifs, les méthodes de collecte, d'analyse des données et de validation des constatations.
- Examen des articles publiés dans des publications et des revues scientifiques révisées par des pairs, concernant la recherche clinique et biomédicale, la santé publique, les sciences sociales et l'économie.
- Utilisation de l'information recueillie auprès de l'OMS et des organismes de l'ONU, aussi bien sous forme de documents imprimés que sous forme de données disponibles sur les sites web.
- Utilisation généralisée des recherches faites sur internet et d'informations pertinentes disponibles sur les sites web (Google Search, Medline, Cochrane Library, ScienceDirect, PubMed, POPLINE, Social Science Citation Index, etc.).
- Analyse secondaire des données recueillies à partir de la base de données de l'OMS sur le fardeau mondial de la maladie.
- Collecte et analyse des données qualitatives.
- Examen des preuves et des constatations préliminaires fournies par des pairs et des réviseurs internes et externes de la Région africaine de l'OMS.

Méthodologie

Une commission de 16 membres, comprenant des dirigeants politiques et des responsables locaux, des parlementaires, des représentants de l'Union africaine et un groupe multidisciplinaire d'experts issus des domaines de l'épidémiologie, des sciences biomédicales, de la sociologie et de l'économie, s'est réunie sept fois. La première réunion, tenue à Pretoria, a défini les attributions de la Commission et a confié des responsabilités spécifiques aux experts de la Commission. La seconde réunion, tenue à Kigali, a examiné les conclusions préliminaires des experts et s'est mise d'accord sur le processus général et la méthodologie. Les travaux de la troisième réunion, tenue à Monrovia, ont consisté en des activités menées en petits groupes et en séances plénières pour discuter de l'avant-projet de rapport, passer au peigne fin et valider les constatations initiales. Lors de cette réunion, les experts ont été rejoints par les autres membres de la Commission ainsi que par les réviseurs internes et externes. Le lancement officiel des activités de la Commission par sa Présidente honoraire, S.E. Mme Ellen Johnson Sirleaf, Présidente de la République du Liberia, a eu lieu également au cours de cette réunion. Les quatre dernières réunions de la Commission, qui ont eu lieu au siège de la Région africaine de l'OMS à Brazzaville, ont consisté en des discussions interdisciplinaires approfondies sur les sources, la pertinence et l'importance des conclusions, de même qu'en la synthèse des moutures préliminaires des chapitres du rapport. Les réviseurs internes et externes ont participé à cette réunion et leurs commentaires et suggestions ont été intégrés dans le projet de rapport.

Les examens de la littérature ont été basés sur des manuscrits publiés et non publiés contenus dans des supports électroniques et imprimés. Une grande priorité a été accordée aux articles publiés dans des revues spécialisées révisées par des pairs, principalement dans les domaines de l'anthropologie, de l'épidémiologie, de la sociologie, de l'économie, de la démographie et de la santé publique. Outre les publications révisées par des pairs, les bases de données tenues sur les sites web d'organisations internationales et multilatérales, telles que l'Organisation mondiale de la Santé, la Banque africaine de développement, la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et la Banque mondiale, ont été utilisées pour obtenir l'information requise. Les recherches sur internet ont été menées en utilisant des listes de termes pertinents pour chaque chapitre ou section du rapport. Les examens ont, de façon générale, été limités aux articles les plus récents (publiés au cours des 10 dernières années). Cependant, dans certains cas où il a été difficile de trouver des publications récentes, des travaux antérieurs (datant de plus de 10 ans) ont été inclus dans les supports de recherche. La limite de 10 ans n'a pas été strictement appliquée dans les recherches concernant des études anthropologiques, parce que des documents plus anciens peuvent fournir des informations utiles sur les concepts culturels transmis aux populations actuelles depuis un passé lointain et qui continuent à avoir une influence importante sur la santé de la femme.

Pour chacun des domaines de recherche majeurs examinés dans cette étude (le cadre conceptuel, l'analyse de la situation, les déterminants de la santé de la femme, les retombées socioéconomiques de l'investissement dans la santé de la femme, les interventions visant à améliorer la santé de la femme), des listes de mots clés ont été produites et tenues à jour en permanence pour aider à l'identification des sources et la collecte de données pertinentes. Des inventaires du contenu des preuves ainsi que des projets et des méthodes associés à celles-ci ont été établis.

Une recherche électronique sur la littérature ayant trait aux retombées socioéconomiques de l'investissement dans la santé de la femme a tourné principalement autour du thème « Avantages de l'investissement dans la santé de la femme ». Ce thème a conduit à la recherche d'autres expressions apparentées, telles que « Retombées de l'investissement dans la santé de la femme », « État de santé/pathologies des femmes africaines », « Santé de l'enfant et/ou de l'adolescent africain », « Retombées/avantages économiques d'une bonne santé de la femme africaine », etc. Les recherches sur la littérature pour des sections et des sous-sections individuelles ont été guidées par des phrases et des thèmes plus courts. Par exemple, la recherche pour des sections et des sous-sections ayant trait aux retombées de l'investissement dans la santé, telles que les avantages pour les femmes elles-mêmes et/ou d'autres membres de la famille, ont intégré des concepts/termes tels « santé maternelle », « mortalité maternelle », « morbidité maternelle », « inégalités entre les sexes », « équité devant la santé », « influence sur les femmes des objectifs du Millénaire pour le développement » et les termes associés. Pour cerner pleinement les relations entre les possibilités économiques et la santé de la femme africaine, d'autres termes de recherche supplémentaires tels « éducation », « possibilités d'emploi », « revenus », « épargne », « bien-être », « biens », « possibilités économiques », « emploi » et « micro-crédit » ont été ajoutés. En ce qui concerne les retombées socioculturelles de l'investissement dans la santé de la femme, les recherches ont inclus des termes clés qui reflétaient des études sociologiques/anthropologiques tels que « famille africaine », « rôles sociaux différentiels », « égalité/inégalité entre les sexes », « équité dans le domaine de la santé », « prise de décisions dans les ménages », etc. En ce qui concerne le lien entre la santé de la femme et les résultats du développement, des expressions telles « années de vie corrigées du facteur incapacité (AVCI) », « charge de morbidité », « productivité », « croissance économique », « finances des ménages », « famille » et « effets individuels » ont fait l'objet de recherche.

Une analyse complémentaire de la charge de morbidité a été effectuée en utilisant les bases de données du Fardeau global de la maladie (FGM). Ces séries de données comprennent les causes de décès et les AVCI en raison d'un décès prématuré et de la morbidité. Des données relatives aux femmes ont été sélectionnées et des comparaisons de l'état de santé ont été faites entre la Région africaine et d'autres Régions de l'OMS (Région des Amériques, Région de la Méditerranée orientale, Région européenne, Région de l'Asie du Sud-est et Région du Pacifique occidental). Cette analyse a montré la médiocrité de l'état de santé des femmes africaines par rapport à celui des femmes d'autres Régions de l'OMS. Les preuves en ce qui concerne ici l'inégalité internationale en matière de santé devraient encourager l'échange interrégional de données d'expérience concernant les interventions améliorant la santé qui peuvent servir à améliorer la santé de la femme en Afrique.

En plus de l'examen de la littérature et de l'analyse secondaire des données relatives à la santé, l'étude s'est appuyée sur les constatations découlant de la recherche qualitative. Le but de la recherche qualitative était de relayer l'opinion et les voix des femmes africaines en ce qui concerne l'expérience de leur propre vécu dans la résolution des problèmes de santé par rapport aux questions sociales, économiques, culturelles et politiques. Comme il en va de toute recherche qualitative, la question n'était pas de mesurer le phénomène à partir d'échantillons représentatifs, mais de collecter des concepts, des éléments de discussion et des références culturelles, qui aideraient à comprendre les perspectives des spécialistes.

Pour cette composante qualitative, 32 informateurs clés (d'Afrique du Sud, de Côte d'Ivoire, du Burkina Faso, du Ghana, de Guinée-Bissau, de la République démocratique du Congo, du Kenya, du Rwanda et du Sénégal) ont été interrogés au sujet des perceptions locales concernant la grossesse, l'accouchement, la mortalité maternelle, la planification familiale, la violence fondée sur le sexe, les expériences des femmes en matière d'accès aux soins et d'utilisation des établissements de santé. Les questions ont été posées par le biais d'entretiens en tête-à-tête, d'entretiens téléphoniques et de questionnaires envoyés par courrier électronique. Les informateurs clés ont été recrutés par l'intermédiaire de deux réseaux africains de chercheurs en sciences sociales : le Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique (CODESRIA) et l'Alliance pour la recherche sur les aspects sociaux du VIH/sida (SAHARA). Un résumé ethnographique et une analyse thématique ont été faits en ce qui concerne la base de données qualitatives. Certaines des constatations qualitatives présentées dans le présent rapport ont pour origine des bases de données d'études non publiées concernant la sexualité féminine, la grossesse, l'accouchement, la stigmatisation associée aux maladies affectant la plupart des femmes et les comportements des femmes à la recherche de la santé. L'analyse de ces bases de données a été menée pour explorer, décrire en détails et récapituler les problèmes de santé culturels présentés dans les chapitres sur la situation de la femme en Afrique et les facteurs affectant sa santé. Les bases de données ont été constituées à partir d'entretiens individuels, de discussions de groupes et de récits de la vie de femmes au Sénégal, en Guinée, au Burkina Faso et au Rwanda. Les données ont été codées et traitées en utilisant les logiciels *Ethnograph* et *Anthropack*. Le principal concept sous-jacent à l'analyse qualitative était de parvenir à pénétrer les facteurs culturels affectant la santé de la femme, son rôle en fonction du sexe et ses responsabilités socioéconomiques.

Pour finir, des méthodes individuelles complémentaires ont été également utilisées. Les chercheurs ont pu faire des analyses et soumettre leurs conclusions à l'examen par les pairs, ainsi qu'aux réviseurs internes et externes de l'OMS. Cette évaluation par les pairs et les réviseurs a également servi de moteur pour un enrichissement mutuel des conclusions tirées de différentes disciplines (recherche clinique, santé publique, analyse des sexes, sociologie, anthropologie, économie et recherche opérationnelle).

La méthodologie utilisée pour les recommandations a suivi différentes étapes :

- À la fin de chaque chapitre, les auteurs ont inséré un encadré intitulé « Constatations principales et mesures à prendre ».
- À la fin du processus de validation des conclusions et résultats préliminaires, les auteurs se sont réunis et ont élaboré une matrice et des tableaux pour les principaux problèmes identifiés et pour les idées des recommandations et de suggestions de mesures à appliquer par divers publics cibles.
- Les idées des recommandations ont été ensuite développées dans le texte du rapport et analysées collectivement par les contributeurs, le Secrétariat de l'OMS et les réviseurs.

Annexe :

Photographies

Toutes les photographies et illustrations

© Organisation mondiale de la Santé, sauf indication contraire.

Page xvi – © M&H Sheppard | iStockphoto.com

Page xviii – © Hongqi Zhang | Dreamstime.com

Page xxi – © M&H Sheppard | iStockphoto.com

Page 74 – © Martin Applegate | Dreamstime.com

Page 76 – © Raido Väljamaa | iStockphoto.com

Page 76 – © Djembe | Dreamstime.com

Page 77 – © Jeanine Groenewald | iStockphoto.com



« Pendant des siècles, les femmes africaines, souvent confrontées à une adversité extrême, ont été les piliers des familles et des communautés. En dépit de leur statut social peu valorisant et de la charge importante de morbidité et de mortalité qui les affecte, les femmes continuent d'être des artisanes de la paix, des procréatrices, des entrepreneurs et des pourvoyeuses de soins pour les enfants – les bâtisseurs de l'avenir de l'Afrique. »



Organisation mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique