

Édition  
résumée



# Relever le défi de la santé de la femme en Afrique

Résumé du rapport de la Commission sur la  
santé de la femme dans la Région africaine



BUREAU RÉGIONAL DE L'

Organisation  
mondiale de la Santé  
Afrique



# Relever le défi de la santé de la femme en Afrique

Résumé du rapport de la Commission  
sur la santé de la femme dans la Région africaine



Organisation  
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

La présente publication est une version résumée abrégée du rapport complet commandé par l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région africaine. Pour lire le rapport complet, prière de contacter l'OMS, Brazzaville ou de se rendre sur le site Internet [www.glowm.com](http://www.glowm.com) de Bibliothèque mondiale de médecine de la femme.

## Remerciements

Le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique tient à exprimer sa gratitude, en particulier, à S.E. Mme. Ellen Johnson Sirleaf, Présidente de la République du Liberia, pour son leadership dans le cadre des travaux de la Commission.

L'Organisation mondiale de la Santé exprime également sa gratitude pour les précieuses contributions faites 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 régional africain de l'OMS sur la santé de la femme** : Dr T. Ketsela, Dr A. Kosia, Dr J. Kirigia, Dr E. Asamoah-Odei, Dr Patience Mensah, Dr Bakayita, Dr D. Munodawafa, Dr T. Nkurunziza et Dr K. Mbaye.

**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 Phanuel Habimana, Dr Kasonde Mwinga, Dr Charles Sagoe-Moses, M. T. Ennison, Mme A. Amoi-Séminet, M. R. Fontes et M. N. Onana.

**Auteur du rapport** : M. Gary Humphreys.

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

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

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

Relever le défi de la santé de la femme en Afrique  
*Résumé du 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 1967 (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](mailto: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 pointillés sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

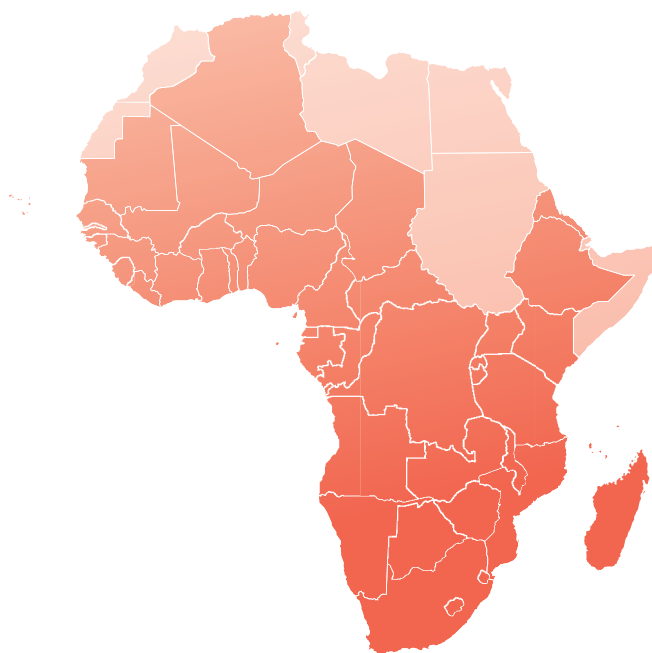
La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

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

<b>Membres de la Commission sur la Santé de la femme dans la Région africaine</b>	<b>iv</b>
<b>Vue d'ensemble et principales constatations du rapport</b>	<b>1</b>
Chapitre 1 : <b>Repenser la santé de la femme</b>	<b>3</b>
Chapitre 2 : <b>État de santé de la femme dans la Région africaine : de la naissance jusqu'au début de l'activité sexuelle</b>	<b>6</b>
Chapitre 3 : <b>État de santé de la femme dans la Région africaine : années de procréation</b>	<b>8</b>
Chapitre 4 : <b>État de santé de la femme dans la Région africaine : au-delà des années de procréation</b>	<b>12</b>
Chapitre 5 : <b>Avantages socioéconomiques de l'investissement dans la santé de la femme</b>	<b>14</b>
Chapitre 6 : <b>Interventions visant à améliorer la santé de la femme</b>	<b>16</b>
Chapitre 7 : <b>Recommandations</b>	<b>20</b>
Annexe : <b>Références</b>	<b>24</b>
<b>Photographies</b>	<b>25</b>



# Membres de la Commission sur 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

Services de santé du Ghana

### Professeur Cheikh Ibrahima Niang – Sénégal

Institut des Sciences de l'environnement

Université Cheikh Anta Diop

### Professeur Kodjo Evlo – Togo

Université de Lomé

### Dr Pascoal Mocumbi – Mozambique

Ambassadeur itinérant de la santé maternelle 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

### Madame Marie-Elise Gbedo – Bénin

Magistrate et Présidente, Association des femmes juristes du Bénin

### Madame 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 de la Recherche médicale

### Dr Ana Maria Van-Dúnem – Angola

Faculté de Médecine, Université Agostinho Neto





**S.E. Mme Ellen Johnson Sirleaf**  
Présidente de la République du Liberia

« **Par les présentes, j'invite tous les gouvernements à intensifier leur engagement 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'impliquer les femmes dans toutes les décisions ayant trait à leur santé et à leur bien-être.** »

Extrait de son avant-propos du rapport



**Dr Luis G. Sambo**  
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

« **Le présent rapport montre que la Région africaine encourage la responsabilisation des femmes et leur esprit d'entreprise. Toutefois, en ce qui concerne à la santé maternelle, la situation dans la Région africaine est très peu encourageante, la Région représente plus de la moitié des décès maternels dans le monde, chaque année. Le rapport montre en outre que l'amélioration de la santé de la femme pourrait avoir des retombées socioéconomiques considérables en termes de productivité de la main-d'œuvre et de revenu national. C'est pourquoi, le rapport invite à repenser en profondeur les approches visant à améliorer la santé de la femme dans la Région africaine.** »

Extrait de son avant-propos du rapport



« 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. »



## Vue d'ensemble

Le présent rapport de la Commission d'experts de l'Organisation mondiale de la Santé affirme 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 en tant que question des droits de l'homme et devrait être favorisée et défendue en tant que telle. En Afrique, les femmes représentent un peu plus de 50 % des ressources humaines du continent et la santé de la femme a, ainsi, d'énormes implications pour le développement de la Région. En mettant l'accent, en particulier, sur le niveau élevé et inacceptable de la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne, le rapport préconise un réexamen fondamental des approches visant à améliorer la santé de la femme, inspiré par la compréhension des déterminants socioculturels qui sont si importants dans sa définition.

## Principales constatations du rapport

### **Les femmes africaines supportent dans une mesure inacceptable une charge de morbidité et de mortalité énorme**

Les femmes en Afrique représentent plus de la moitié des décès de femmes au niveau mondial, dus aux maladies transmissibles, à des états maternels et périnataux pathologiques et à des déficiences nutritionnelles. Elles supportent le fardeau encore plus lourd du VIH/sida avec la morbidité et la mortalité qui vont de pair, représentant 89 % des années de vie corrigée du facteur d'invalidité (DALY) chez les femmes dans le monde. La charge de morbidité et de mortalité dans la Région africaine est plus lourde pour les mères.

### **Le sous-investissement dans les soins de santé pour les femmes est l'un des nombreux défis à surmonter**

Le rapport montre que dans la majorité des pays africains, l'incapacité des systèmes de santé de fournir des soins accessibles et de qualité adéquate est l'un des principaux facteurs des tendances défavorables des indicateurs de la santé de la femme. Cette situation résulte de l'insuffisance des investissements effectués en matière de santé de la femme et également d'autres facteurs, comme la responsabilisation insuffisante des femmes et la conception médiocre des systèmes de santé. Même avec un financement suffisant, les systèmes de santé de la Région auront du mal à satisfaire les besoins des femmes, à moins que leur conception ne fasse l'objet de

changements fondamentaux. La majorité des services de soins de santé modernes dispensés dans la Région est basée sur les centres médicaux, privilégie le médecin et est axée sur les zones urbaines, laissant la population rurale insuffisamment desservie.

Le paiement direct des soins de santé punit le pauvre et pénalise les femmes en particulier. Il est avéré de toute évidence que le paiement direct des soins de santé, la forme la plus importante de financement des systèmes de santé dans la Région, a entraîné une baisse générale du recours aux services de santé. Le rapport montre que, même lorsque les honoraires pratiqués sont réduits, ils découragent l'utilisation. Le paiement direct présente un problème particulier pour les femmes en Afrique, parce que celles-ci sont souvent financièrement dépendantes des hommes et leur accès à des services de santé achetés dépend des décisions des hommes. Le rapport montre que dans les cas où le paiement est supprimé, les taux de fréquentation augmentent. Toutefois, le paiement direct ne devrait pas être abandonné, sans une planification rigoureuse ; le remplacement du paiement direct par des systèmes de financement basés sur le paiement anticipé et la mise en commun des ressources présente des défis considérables sur le plan organisationnel et de la gouvernance.

### **Une approche multisectorielle est impérative pour améliorer la santé de la femme**

La mauvaise santé est à la fois un symptôme et une cause de désresponsabilisation des femmes – un des facteurs du cycle de la désresponsabilisation des femmes africaines. L'absence d'information et la pauvreté économique jouent également un rôle important, se répercutant sur la maladie, au moment même où cette dernière exacerbe ces deux facteurs. C'est pourquoi il est essentiel que les décideurs adoptent des mesures multisectorielles, en se préoccupant des questions de santé de la femme – Il est largement démontré que, par exemple, l'amélioration des infrastructures comme l'accès aux routes et la fourniture de sources d'eau potable accessibles peut améliorer considérablement la santé des femmes et leur bien-être économique. C'est pourquoi les femmes elles-mêmes ont un rôle important à jouer, en élaborant des politiques et en concevant des projets pour améliorer la situation sur le plan des combustibles et de l'eau dans les foyers africains et devraient, de manière générale, être engagées dans les processus de développement à tous les niveaux de la société.

### **La responsabilisation socioéconomique de la femme 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 politiques doivent consacrer davantage de ressources à l'amélioration de l'accès des filles aux écoles. Ils doivent remettre en cause le stéréotype social qui maintient les filles à la maison. Ceci est un autre problème qui requiert une consultation multisectorielle sur la nécessité d'un changement des mentalités dans les ménages et les communautés.

L'éducation des femmes favorise la responsabilisation socioéconomique. Toutefois, la responsabilisation sera incomplète, à moins que les femmes ne soient également autorisées à participer pleinement au marché de l'emploi et à jouir des fruits de leur propre travail. L'accès limité au crédit, à la terre et aux services de vulgarisation agricole entrave la contribution des femmes au bien-être des ménages dans de nombreux milieux.

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

À son paroxysme, la discrimination fondée sur le sexe revêt la forme de la violence de l'homme à l'égard de la femme. La coercition et la violence sexuelles prévalent dans de nombreux pays de la Région et ont tendance à s'accroître dans les situations de crise comme les catastrophes naturelles et les conflits armés. La violence à l'encontre des femmes devient particulièrement pernicieuse en raison de certaines pratiques traditionnelles néfastes comme les mutilations génitales féminines, qui, selon des estimations, sont infligées à plus de deux millions de fillettes âgées de quatre à douze ans, chaque année, tandis que plus de 92 millions de jeunes filles et de femmes sont censées vivre au-dessus de l'âge de 10 ans dans l'indignité et la douleur résultant de tels abus.

De nombreux pays d'Afrique subsaharienne ont voté des lois pénalisant ces pratiques, mais la législation doit être complétée par des efforts diversifiés, notamment des programmes d'éducation publique et la participation d'organisations professionnelles et de groupes de femmes à des campagnes de lutte contre les mutilations génitales féminines, de même qu'une interaction avec les communautés pour ce qui est d'aborder les raisons culturelles de la perpétuation de ces pratiques.

### **Il existe d'immenses avantages socioéconomiques liés à l'amélioration de la santé de la femme**

Comme le rapport le montre, l'amélioration de la santé de la femme aura un avantage socioéconomique majeur. Celui-ci se traduira par une augmentation de la productivité du fait d'une main-d'œuvre en bonne santé. Étant donné que les femmes sont la source de main-d'œuvre agricole dominante dans la Région et le pilier de l'économie de l'Afrique toute entière, investir dans leur santé générerait des profits économiques importants.

De la même manière, l'amélioration de la santé maternelle aura des retombées socioéconomiques. La santé des mères est vitale pour la santé de leurs enfants à naître. Investir dans la santé maternelle, c'est, par conséquent, investir dans la santé des futures générations.

### **Disposer de meilleures données importe au plus haut point**

Le plus important est le manque de données et des activités de recherche spécifiques à la santé de la femme. Les besoins sur le plan de la santé de la femme varient au cours des divers stades de sa vie. Des données ventilées par âge sont donc nécessaires pour suivre l'état de la santé de la femme d'un bout à l'autre des catégories d'âge.

## **Conclusion**



S'il est vrai que ce rapport préconise une révision en profondeur des approches visant à améliorer la santé de la femme en Afrique, cette révision se traduira par des changements dans la façon de procéder. Pour parvenir à cette fin, les gouvernements doivent sans plus attendre s'intéresser aux questions de santé de la femme, parce qu'eux seuls peuvent coordonner les diverses initiatives nécessaires pour susciter un changement à grande échelle dans ce domaine. Il est donc essentiel de mobiliser la volonté politique et l'engagement politique au niveau le plus élevé possible pour appuyer des investissements à grande échelle dans le domaine de la santé de la femme.

Les décideurs s'employant à améliorer la santé et le statut socioéconomique des femmes africaines n'auront pas meilleures alliées que les femmes elles-mêmes. Même si les femmes africaines contribuent déjà dans une mesure importante aux activités sociales et économiques du continent, elles peuvent parvenir à bien plus. Toutefois, elles ne peuvent pas y parvenir seules. C'est seulement lorsque l'importance du rôle que la femme africaine peut jouer dans le développement de la Région sera véritablement comprise que la Région commencera à prendre conscience de tout son potentiel en termes de stabilité politique, de prospérité économique et d'amélioration des résultats sanitaires pour tous.



# Chapitre 1

## Repenser la santé de la femme

 **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, OMS**

Les femmes en Afrique supportent dans une mesure disproportionnée une part importante de la charge globale de morbidité et de mortalité, notamment sur le plan de la morbidité et de la mortalité maternelles. L'Afrique toute entière représente plus de la moitié de l'ensemble des cas de mortalité maternelle dans le monde et une femme sur 42 risque de mourir lors de l'accouchement en Afrique contre une sur 2900 en Europe. En ce qui concerne le VIH/sida, le tableau est également sombre. Les femmes africaines représentent 89 % de la charge mondiale des années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) attribuée au VIH/sida<sup>1</sup>.

### Revoir les politiques

Pour que les responsables politiques créent des 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 à leurs besoins, assurer une éducation qui place les filles sur un pied d'égalité avec les garçons, offrir des soins maternels de qualité, éliminer les discriminations basées sur les sexes, abolir les mauvaises pratiques traditionnelles comme les mutilations génitales féminines et revoir les méthodes modernes relatives à la maternité, 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 responsables politiques doivent également s'employer à améliorer le statut social de la femme, notamment, par la responsabilisation qui va de pair avec l'éducation et une participation sans entraves à tous les domaines professionnels<sup>2</sup>.

Il faudra plus qu'un réexamen pour apporter les changements nécessaires et, à un certain point, il faudra des mesures résolues. Pour initier des investissements sur une grande échelle dans la santé de la femme, il faut une *volonté* politique et un *engagement* politique : la volonté politique d'initier et de coordonner les investissements requis et l'engagement politique de les soutenir.

### Revoir le financement des systèmes de santé

De nombreux facteurs expliquent les statistiques stupéfiantes de la mauvaise santé chez les femmes dans la Région africaine, mais l'incapacité dans laquelle se trouvent les systèmes de santé dans la majorité des pays de dispenser des soins accessibles de qualité acceptable est 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 US \$44 par habitant, recommandé par le Groupe de travail de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé.

En 2001 les dirigeants africains ont montré qu'ils en étaient conscients, 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 santé. 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 2001<sup>3</sup>. 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'absence de ressources permettant de dispenser des soins qualifiés aux femmes pendant la grossesse, lors de l'accouchement et durant la période du postpartum est l'une des principales raisons expliquant la mortalité maternelle et infantile élevée dans la Région.** 

### Revoir le paiement direct des services de santé

L'impact de l'insuffisance du financement 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. Il intervient comme un obstacle à l'accès et comme un facteur financier dissuadant de consulter, amenant de nombreuses femmes à reporter les soins préventifs et curatifs dont elles ont besoin. Les frais d'usager peuvent également faire en sorte que les gens se retrouvent 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 dépense de santé catastrophique – que l'OMS définit comme le paiement 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 Afrique.

L'alternative au paiement direct est une forme de paiement anticipé et une mise en commun 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 la paupérisation de personnes ayant besoin de soins ».

La protection contre le risque financier est réalisable, en partageant la charge financière du paiement pour la santé, mais n'est pas nécessairement coûteuse. Avec des dépenses de santé totales de seulement US \$45 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 infantile<sup>3</sup>.

### Repenser la fourniture des services

Les modalités de la fourniture de soins de santé de qualité complets et accessibles aux femmes et aux jeunes filles aussi bien dans des communautés rurales isolées que dans les villes urbaines en croissance rapide, constituent l'un des défis qui attend le responsable politique africain.

La Région a des systèmes de santé faibles et défaillants qui sont en proie au manque de fonds, à une crise des ressources humaines et à la faiblesse, ainsi qu'à l'inadéquation des infrastructures.

Même lorsque les services sont utilisables et d'un coût abordable, ils ne sont pas souvent satisfaisants, pour ce qui est de la condition de la femme et des sensibilités culturelles. 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 masculins a empêché certaines femmes africaines de recourir aux services, tandis que de nombreuses jeunes adolescentes non mariées ont refusé d'avoir accès aux services de planification familiale en raison des attitudes inamicales de prestataires de soins en ce qui concerne les relations sexuelles avant le mariage.

Les femmes africaines doivent être encouragées à s'engager dans la planification et l'organisation de leurs propres services de soins de santé. Le système optimal pour la prestation de services de santé maternelle dans la Région africaine est décrit dans le chapitre 3.

Afin d'éviter tout a priori involontaire en identifiant les problèmes essentiels ayant trait à 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 du cours de sa vie. Selon l'anthropologue nigérian, Oyéronké Oyèwùmí, l'âge est le principal principe structurant les identités et les relations sociales dans de nombreuses sociétés africaines.

### 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 pour revoir 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 déterminés par des discriminations fondées sur le sexe. Cela peut prendre, par exemple, 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.

La discrimination fondée sur le sexe est également souvent liée à certaines pratiques traditionnelles qui peuvent se traduire par des effets physiques dommageables. Les mutilations génitales féminines en sont un exemple. Selon les estimations, 92 millions de jeunes filles et de femmes âgées de plus de 10 ans en Afrique vivent avec les conséquences de mutilations génitales féminines et, chaque année, il y a quelque trois millions de mutilations supplémentaires<sup>4,5</sup>. Les femmes sont également exposées à des risques sanitaires du fait de mariages précoces, de la pratique de l'héritage de la veuve par le frère du défunt et de l'esclavage des enfants.

Revoir les attitudes sociales à l'égard des femmes doit également comprendre la reconnaissance du fait que les femmes elles-mêmes sont l'une des principales ressources à la disposition des responsables politiques très désireux d'améliorer la santé des femmes. Les programmes et les politiques conçus pour améliorer la santé des femmes devraient, par conséquent, reconnaître les possibilités des femmes de mobiliser des ressources et tirer parti de leur capacité d'instaurer un changement. Dans les termes d'un éditorial de la revue *Lancet* : « Trop souvent, la communauté sanitaire ignore le pouvoir potentiel des femmes de mobiliser pour la santé. Les défenseurs de la santé maternelle et infantile n'ont toujours pas appris complètement les leçons du mouvement contre le sida – à savoir, le fait que l'auto-organisation peut non seulement apporter un succès politique, mais aussi des améliorations tangibles des résultats pour la santé ».

### Revoir le droit de la femme à la santé

Il importe de rappeler que la santé est un droit de l'homme fondamental et que les femmes peuvent prétendre comme les hommes à ce droit.

Responsabiliser les femmes par l'éducation et la participation aux affaires sociales, économiques et politiques est 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 de la femme. À vrai dire, l'effet positif de l'éducation sur la santé est bien documenté. 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, révélant que le VIH/sida en Zambie se propage plus rapidement chez les filles non éduquées par rapport à celles qui le sont.

L'effet de l'éducation ne se limite en aucun cas aux résultats sanitaires; l'éducation peut également conduire à la responsabilisation socioéconomique dans des contextes socioculturels où la responsabilisation est permise. L'éducation est ainsi présentée comme un puissant outil, non seulement pour améliorer la santé de la femme, mais aussi pour favoriser le développement socioéconomique.

Évidemment, cette même capacité de mobiliser pour le changement et de l'instaurer s'applique également au développement socioéconomique. Pendant des siècles, les femmes africaines ont été le pilier des familles et des communautés, souvent en proie à une adversité extrême. En dépit de leur statut social et de la lourde charge de mortalité et de morbidité qui pèse sur elles, les femmes continuent d'être des conciliatrices, des procréatrices, des entrepreneurs et des dispensatrices de soins qui sont indispensables pour le développement des enfants qui bâtiront l'avenir de l'Afrique.

### Revoir les pratiques traditionnelles

Il est important de reconnaître que toutes les pratiques traditionnelles ne sont pas nuisibles pour 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 pour identifier des approches pour la mise en œuvre d'interventions efficaces et durables.

### Revoir les relations entre la santé de la femme et le développement socioéconomique

La santé est à la fois l'origine du développement socioéconomique et sa conséquence. Formulé en termes grossièrement utilitaires, l'investissement dans la santé de la femme peut améliorer le développement par un accroissement des résultats économiques. Étant donné que, selon les estimations, les femmes représentent 50,2 % de la population totale de la Région africaine, cela laisse entendre que l'essentiel des ressources humaines de la Région est largement sous-utilisé.

Le développement économique fournit les ressources nécessaires pour améliorer la santé de la femme et l'amélioration de celle-ci stimule le développement économique. Investir dans la santé de la femme, veut dire investir dans le futur.

On estime que les taux de mortalité maternelle et néonatale à eux seuls entraînent chaque année des pertes de productivité globales de US \$15 milliards et sont un obstacle grave à la croissance économique dans les pays à faibles revenus.

### 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 l'un des 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.

« Le développement économique fournit les ressources nécessaires pour améliorer la santé de la femme et l'amélioration de sa santé favorise le développement économique. »



## 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 inacceptable à tous les stades du cours de la vie**

Les femmes vivant dans la Région africaine sont aux prises à un ensemble impressionnant de menaces pour leur santé d'un bout à l'autre de 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 premiers jours d'existence. Même pour les enfants qui survivent, cela a des conséquences pour leur développement ultérieur. Sur 40 pays dans le monde, rapportant une prévalence de 40 % ou plus de retard de croissance chez l'enfant, 23 se trouvent en Afrique.<sup>6</sup>

### **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. Le lait maternel est la nourriture idéale pour les nouveaux-nés et les nourrissons, il améliore leur santé et leurs chances de survie. La Région africaine est caractérisée par des taux généralement bas d'allaitement maternel exclusif (31 %)<sup>3</sup>, 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 mélangés, cause jusqu'à cinq épisodes de diarrhée par enfant par an dans la Région<sup>7</sup> et chaque épisode expose l'enfant au risque de déshydratation et de décès.

Pour les mères vivant avec le VIH, il y a une autre source de confusion en raison de l'idée selon laquelle le risque de transmission rend l'allaitement maternel trop dangereux. Toujours est-il que les données factuelles récentes issues de la recherche montrent que l'administration des antirétroviraux (ARV) à l'intention soit de la mère infectée à VIH, soit du nourrisson exposé au VIH, peut réduire le risque de transmission postnatale du VIH par l'allaitement maternel à moins de 2 %. Même en l'absence d'ARV, l'allaitement maternel exclusif comporte un risque plus faible de transmission que l'alimentation mixte.

La diarrhée est suivie de près par le paludisme comme cause de décès prématuré chez les filles âgées de 0 à 4 ans, le paludisme étant responsable de 16 % des décès des moins de cinq ans dans la Région africaine, par rapport à une moyenne de 7 % globalement. Le paludisme est également une cause indirecte de mortalité maternelle, comme on l'explique ci-dessous, et contribue à la mortalité, aux accouchements prématurés et à l'insuffisance pondérale à la naissance.

Du fait de la dépendance du nourrisson 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 de mères vivant avec le VIH, la mère elle-même représente une menace directe. La transmission mère-enfant est un risque important en Afrique subsaharienne. En 2009, il y a eu une transmission mère-enfant pour 370 000 naissances vivantes selon les estimations. À vrai dire, 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 dans le monde se sont produites dans la Région africaine.<sup>6</sup>

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.

En général, la couverture assurée à la naissance par du personnel qualifié dans la Région reste faible, aux alentours de 47 %, même si les taux varient largement entre les pays africains. Pour la Région toute entière, 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 cinq ans (après les infections respiratoires aiguës, principalement la pneumonie) et représentent environ un décès sur cinq dans ce groupe d'âge.

Vu l'étendue de l'adversité que l'enfant doit affronter, il n'est peut-être pas surprenant que la mortalité des moins de cinq ans dans la Région africaine reste la plus élevée au monde, en dépit de sa baisse passant de 172 pour 1000 en 1990 à 119 pour 1000 en 2010. Au cours de la même période, le taux moyen mondial est passé de 88 pour 1000 à 57 pour 1000.

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 d'ici 2015.

L'insalubrité de l'eau de boisson et la médiocrité de l'assainissement présentent une autre menace et de nombreux pathogènes transmis par de l'eau de boisson contaminée provoquent des maladies comme la diarrhée, qui est l'une des principales tueuses d'enfants dans la Région. Le pourcentage de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées augmente trop lentement – passant de 30 % en 1990 à 34 % en 2008.

### **Défis de l'enfance et de l'adolescence**

Après les épreuves de la première enfance, la jeune fille africaine commence vraiment à affronter les défis qui la

distingueront de ses frères pour le reste de sa vie. Ainsi que déjà noté, on a la preuve d'une corrélation entre l'éducation et l'état de santé des filles. Les sociétés limitant l'accès des filles à l'éducation paient un prix exorbitant à la fois sur le plan de la charge économique évidente imposée par la santé relativement mauvaise des femmes adultes par la suite et également sur le plan de la régression concomitante du développement économique, étant donné qu'environ 50 % de la population est exclue de la promotion professionnelle.

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



Au moment même où les filles subissent souvent une pression culturelle pour assurer les tâches domestiques, elles sont alors préparées à leur rôle de procréatrices. Dans certains pays, cette préparation s'exprime par des pratiques rituelles, dont certaines sont dommageables. Des mutilations génitales féminines, qui impliquent l'élimination partielle ou totale des organes génitaux féminins externes par incision, brûlure ou racle<sup>8</sup> 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. Cela étant, on pense qu'environ 92 millions de filles de plus de dix ans vivent dans l'indignité et la douleur causées par les mutilations sexuelles, dont plus de 12 millions d'entre elles sont des filles âgées de 10 à 14 ans<sup>4</sup>.

Les mutilations sexuelles féminines sont, à vrai dire, préjudiciables à la santé des femmes, le traumatisme psychologique et physique étant souvent accompagné de saignements abondants, d'une infection de la plaie, d'une infection à VIH et, par la suite, de complications de l'accouchement. C'est une violation condamnable des droits de l'homme justifiant de poursuites pénales. De nombreux pays africains subsahariens, notamment, le Bénin, le Burkina Faso, le Ghana, le Sénégal, la Tanzanie et l'Ouganda ont passé des lois sanctionnant ces pratiques, mais les lois à elles seules ont rarement donné lieu à un changement durable des comportements.

Un autre facteur qui peut affecter les filles dans ce groupe d'âge est la violence et malheureusement, la violence à l'égard des adolescentes 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 le montrent les données relatives aux grossesses précoces indésirées. Cette violence s'aggrave dans les situations de crise comme les catastrophes naturelles ou les conflits armés, lorsque les fillettes et les adolescentes sont les plus vulnérables.

### Jeunes femmes dans des situations de conflit

L'effondrement des structures sociales résultant de conflits de longue durée expose les enfants des deux sexes à toute une série de risques pour la santé allant du choléra à la malnutrition et de la mutilation délibérée aux abus sexuels. Selon Pernille Ironside, spécialiste dans la protection de l'enfance travaillant avec UNICEF, la plupart des filles revenant de zones de conflits ont été victimes d'une violence sexuelle généralisée qu'elle décrit comme étant le viol systématique, souvent accompagné de mutilations, pendant des périodes prolongées, parfois des années. Le traumatisme psychologique résultant de ces expériences est accompagné par le 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.

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 intervient dans ce groupe d'âge qui supporte aussi le fardeau le plus important de la maladie, dû à la violence.

### Constatations essentielles et mesures à prendre

- a) S'attaquer aux nombreux défis sanitaires auxquels sont confrontées 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.

## Chapitre 3

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

On estime que les femmes en Afrique produisent jusqu'à 80 % des besoins du continent en nourriture. Les femmes sont également les principales personnes qui s'occupent des membres de la famille malades ou handicapés et qui jouent un rôle essentiel en prenant soin de ceux souffrant de maladies mentales. En outre, bien entendu, leur charge de travail est exhaustive lors des grossesses et de l'entretien des enfants.

### Taux de fécondité élevé

L'Afrique subsaharienne a le taux de fécondité le plus élevé dans le monde, estimé à 5,2. Dans certains pays, les taux de fécondité peuvent atteindre 6,0 et plus<sup>9</sup>. Un taux élevé de fécondité est associé à une prévalence très basse de la contraception. À vrai dire, dans de nombreuses cultures africaines, la maternité est à la base même du lien social et on attend beaucoup des femmes en âge de procréer en ce qui concerne les enfants qu'elles doivent porter.



Même s'il est possible de prévenir l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, il continue de présenter des risques excessifs pour la vie des femmes africaines. Les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions représentent environ 14 % des décès maternels sur le continent. On estime que 31 femmes africaines âgées de 15 à 45 ans sur 1000 font, chaque année, l'objet d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions.

### Le fléau du VIH

En Afrique subsaharienne les femmes représentent 60 % de la population vivant avec le VIH virus. La prévalence du VIH/sida dans Région est estimée à 3,2 % dans le groupe d'âge de 15 à 24 ans, c'est-à-dire plus de cinq fois le taux de prévalence mondial pour la même tranche d'âge. En Afrique subsaharienne dans son ensemble, les femmes sont

également plus susceptibles d'être infectées au VIH que les hommes, fait confirmé par les données de prévalence les plus récentes indiquant que 13 femmes contractent l'infection pour 10 hommes.

L'exposition des jeunes femmes au VIH est particulièrement préoccupante 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 se livrent à une activité sexuelle avec des hommes qui sont plus âgés et plus susceptibles d'être infectés.

La violence des hommes à l'égard des femmes ou la menace de violence joue également un rôle majeur en attisant l'épidémie. La violence sape davantage la capacité des femmes de se protéger elles-mêmes de l'infection à VIH, notamment de se faire entendre dans les négociations sexuelles. Une fois infectées, les femmes risquent également davantage de se trouver victimes d'une agression violente<sup>10</sup>. Au Swaziland qui a le niveau le plus élevé de prévalence du VIH dans la Région, une étude effectuée en 2007 a trouvé que 33 % des femmes âgées de 13 à 24 ans ont signalé avoir fait l'objet d'une certaine forme de violence sexuelle avant d'atteindre l'âge de 18 ans.

Hormis le risque présenté par la 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 de la famille, à l'abandon par son mari et au rejet de ses droits dans les questions d'héritage dans les cas où ils existent. Il peut même conduire purement et simplement à l'exclusion sociale.

Les importants besoins insatisfaits en santé sexuelle et génésique, notamment des jeunes femmes, population qui est gravement affectée par le VIH et la violence à la fois, révèlent la nécessité pressante d'adopter une approche multisectorielle de ce qui est véritablement un problème multisectoriel.

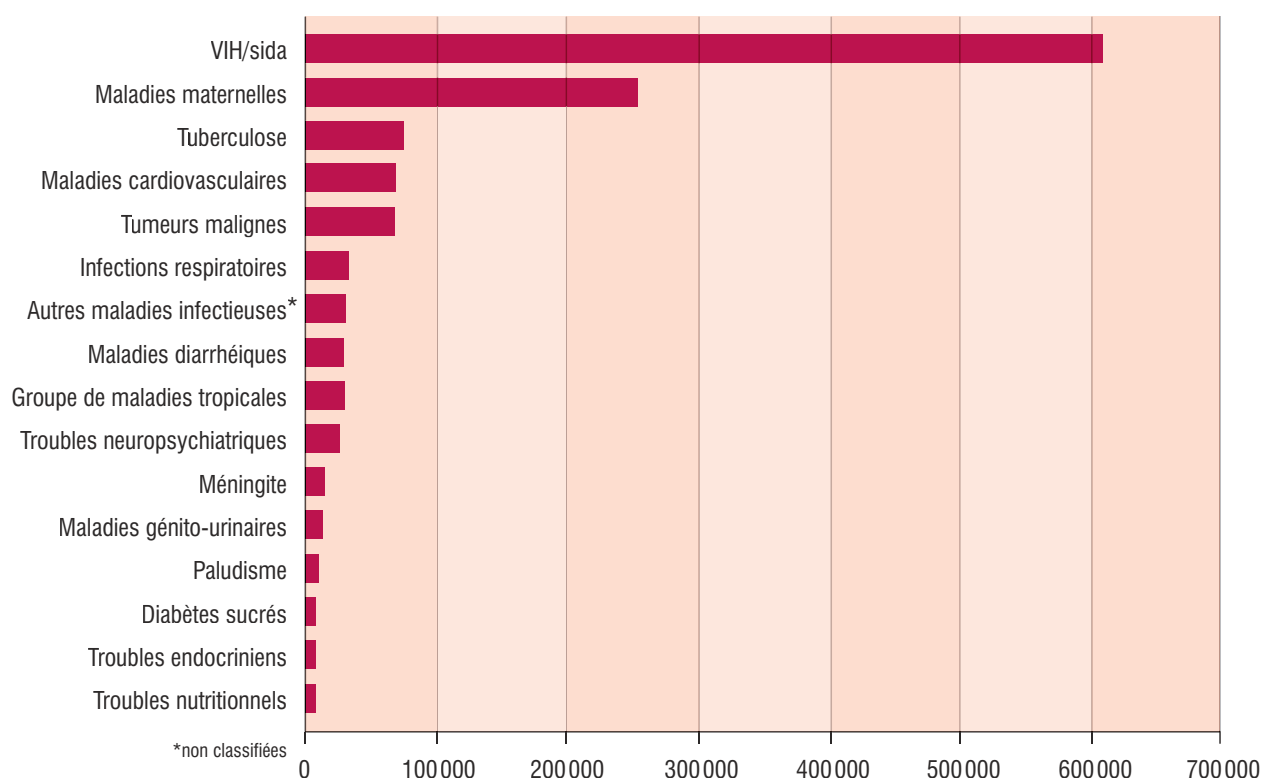
### Médiocrité des soins de santé maternelle

S'il est vrai que le VIH/sida peut être la principale cause de décès de femmes africaines dans leurs années de procréation, les affections maternelles font également des ravages (Figure 3.1). Notamment, dans la tranche d'âge de 15 à 29 ans (Figure 3.2), où l'incidence de la mortalité maternelle est même plus élevée. En fait, environ 51 % de tous les décès maternels concernent des femmes africaines âgées de 15 à 29 ans.

On sait que des soins qualifiés à la naissance sont importants pour la survie maternelle et du nouveau-né, toutefois, la majorité des femmes africaines n'ont pas accès à ces soins à l'accouchement. 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 conseiller sur la planification familiale et en ce qui concerne d'autres questions relatives à l'allaitement maternel.

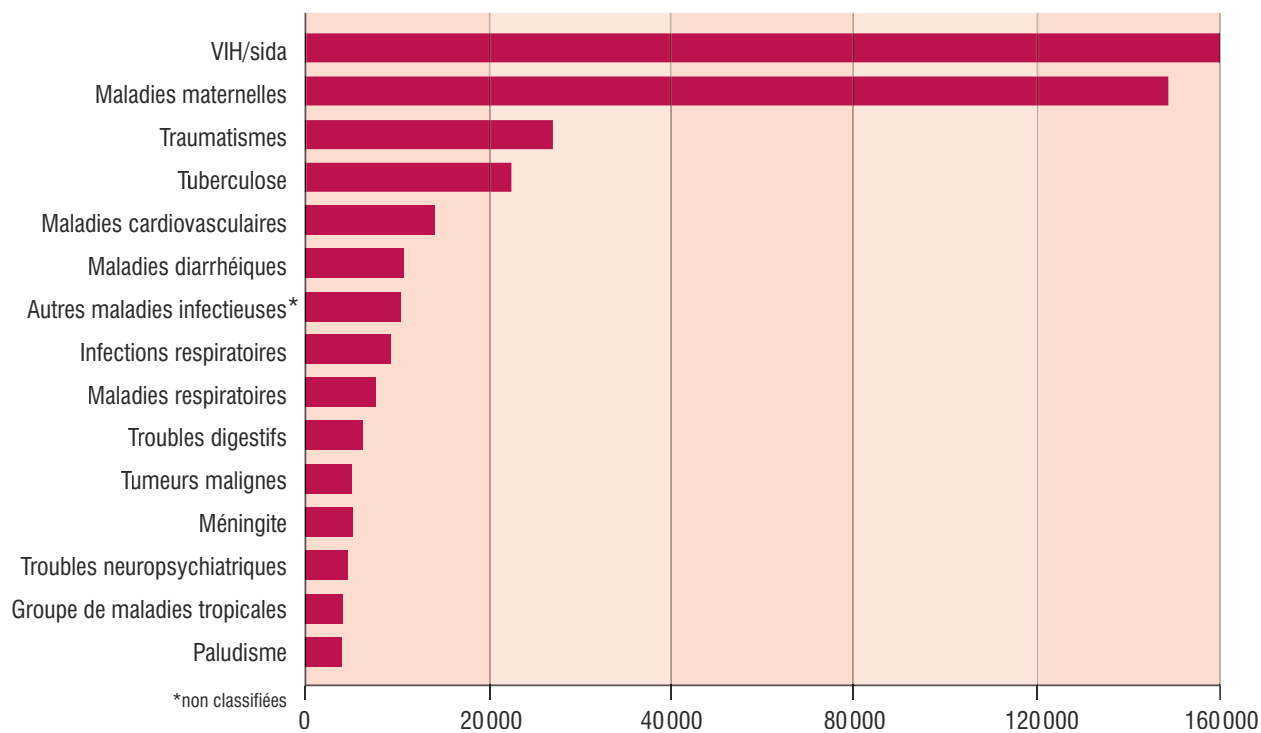


**Figure 3.1 Causes de décès dans la Région africaine chez les femmes âgées de 15 à 44 ans en 2004**



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 3.2 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.

### **Pénurie de soins qualifiés**

La pénurie en accoucheuses qualifiées est précisément l'un des problèmes des 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 fiables<sup>11</sup>, mais, 36 parmi les pays dans le monde souffrant d'une pénurie importante d'agents de santé, se trouvent dans la Région africaine. 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.

Les pénuries de personnel qualifié ne sont pas le seul problème auquel sont confrontés les systèmes de soins de santé dans la Région. L'inadéquation des centres de consultation ou leur non-existence, la limitation de l'accès aux produits médicaux essentiels de bonne qualité et aux technologies, à des services de laboratoires d'analyse médicale et à des services d'imagerie diagnostique sont également un problème. Ces insuffisances générales 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 sont obligées de souffrir relativement plus, lorsque les systèmes de santé n'ont pas les ressources nécessaires.

### **Taux élevé de mortalité maternelle**

Dans le monde, plus d'un demi-million de décès maternels se produit chaque année et 99 % d'entre eux surviennent dans les pays en développement, s'il est vrai que juste un peu moins de la moitié de ceux-ci ont lieu dans la Région africaine<sup>12</sup>. L'OMD 5, comme déjà indiqué, vise à une réduction de 75 % du taux mondial de mortalité maternelle entre 1990 et 2015, exigeant 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 même tragique, parce qu'il est possible de prévenir dans une large mesure la mortalité maternelle comme démontré par la disparité globale des résultats obtenus en santé maternelle. Il est vrai qu'en Europe, la mortalité maternelle est un phénomène rare, intervenant pour 20 naissances sur 100 000 naissances vivantes, par rapport aux 480 cas pour 100 000 naissances vivantes dans la Région africaine, taux le plus élevé de toutes les régions du monde<sup>13</sup>.

 **Dans la Région africaine, une femme sur 42 risque, au cours de sa vie, de mourir prématurément à l'accouchement contre une sur 2900 en Europe.** 

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 de la maternité par rapport à un cas sur 2900 pour les femmes en Europe. Dans certaines parties de la Région, les statistiques donnent même encore plus froid au dos. Une fille sur 32 nées en Afrique centrale et de l'Ouest décédera à la suite de complications liées à la grossesse au cours de sa vie. En outre, pour chaque décès maternel survenant dans la Région, au moins trente

femmes souffrent d'incapacités à court ou à long terme. On estime que près du quart des décès maternels aurait pu être prévenu par des soins obstétricaux d'urgence.

### **Importance de tenir les promesses faites aux mères africaines**

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.*

Toutefois, en dépit de la liste impressionnante de conventions et d'initiatives, les bonnes intentions ne se sont pas souvent traduites par des changements.

S'il est vrai que de nombreux pays examinent et révisent leurs lois et politiques, par exemple, pour s'en tenir 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.

À l'occasion d'une réunion de l'Union africaine à Kampala en juillet 2010, les dirigeants se sont à nouveau engagés à investir cette fois davantage dans les agents de santé communautaires et à se consacrer à nouveau à la cible de la Déclaration d'Abuja sur le plan des dépenses de santé – à ce jour, seuls sept pays ont atteint leur cible fixée par la Déclaration d'Abuja.

La conception optimale du système pour la prestation de services de santé maternelle dans la Région africaine comprend deux niveaux fournissant des soins obstétricaux basiques et des soins obstétricaux complets.

Il y a également des signes selon lesquels la priorité est donnée aux soins de santé maternelle dans certains endroits. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, au cours des trois années passées, des examens 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 au nourrisson, en utilisant les matériels pédagogiques de l'OMS<sup>14</sup>.

### **Le paiement direct des soins pénalisent les femmes pauvres**

Manifestement, les centres médicaux et les hôpitaux même physiquement accessibles, convenablement équipés et suffisamment dotés en personnel feront peu pour servir les besoins des femmes africaines en santé, à moins que celles-ci n'aient elles-mêmes le sentiment qu'elles peuvent s'y rendre effectivement pour rechercher de l'aide. Dans le cas où 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.

L'obstacle à l'accès, créé par les frais d'usager présente

un problème particulier pour les femmes dans la Région africaine, parce qu'elles dépendent souvent financièrement des hommes. Il s'ensuit que leur accès à des services de santé payant dépend des décisions des hommes concernant l'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 dévalorisation empêche les femmes de recourir aux services de santé génésique.

### Soins de santé non sensibles aux réalités culturelles et à la sexospécificité

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 au recours limité aux services de santé maternelle. Moins d'attention est accordée aux attitudes à l'égard de la grossesse, qui peuvent résulter de croyances culturelles ayant de profondes racines, mais qui sont incompatibles avec la meilleure pratique médicale actuelle.

Les efforts à déployer pour susciter l'intérêt des communautés et les éduquer en ce qui concerne les questions de santé maternelle doivent être préparés en prenant en compte le 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 de réagir aux campagnes de santé publique.

De plus, la prise de conscience des systèmes de croyance traditionnels et 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 au Malawi montrant que les autorités de santé peuvent utiliser les structures d'appui sociales, les croyances et les connaissances existantes et les pratiques culturelles au cours de la grossesse pour améliorer les soins pour les femmes.

### Cancer du col de l'utérus

L'Afrique subsaharienne a l'incidence du cancer du col de l'utérus la plus élevée dans le monde. 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 augmentation dans de nombreux pays africains, notamment, au Mali, en Ouganda et au Zimbabwe, mais l'étendue véritable du problème est inconnue en raison de l'insuffisance des déclarations 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 sexuellement transmise (IST) qui affecte 10 % de femmes dans le monde, mais qui, selon des estimations, affecte une femme sur cinq dans la Région africaine. 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 pas accès à l'une ou l'autre de ces possibilités.

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.

« 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, qui, lorsqu'elles sont en bonne santé, est si important pour la stabilité sociale et économique des familles. »

### Conclusion

Les femmes en âge de procréer dans la Région africaine sont aux prises à une complexité de déterminants de la santé, dont bon nombre d'entre eux ne peuvent être abordés que par une approche multisectorielle de réforme. La Commission sur les déterminants sociaux de la santé, en 2008 a appelé à une action dans trois domaines principaux, à savoir, notamment, améliorer les conditions de vie quotidienne et aborder 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 primaire.
- 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.

## Chapitre 4

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

### Facteurs de risque majeurs pour les maladies

Au moment même où les années de maternité entraînent de nombreuses pressions (biologiques, socioculturelles et économiques) à supporter en ce qui concerne la santé de la femme dans la Région africaine, il en est de même des années qui suivent. Bon nombre de ces pressions sont une persistance des stress qui ont existé 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 tout au long des années de procréation et au-delà. Après quoi, à mesure que le cours de la vie se poursuit, 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 le groupe d'âge de 45 à 59 ans, mais, les maladies non transmissibles (MNT) commencent à peser bien lourd, notamment les maladies cardiaques, les cancers et les maladies respiratoires chroniques.

Certains de ces problèmes de santé résultent de l'exposition à des risques rencontrés en premier lieu durant la jeunesse, notamment le tabagisme et l'usage de l'alcool et un régime alimentaire à haute teneur en cholestérol, en acides gras saturés et en sel, mais pauvre en fruits frais et légumes. Les problèmes de santé dans ce groupe d'âge peuvent aussi refléter un manque d'exercice physique, un

stress physique excessif, notamment en cultivant, en faisant la récolte et en transportant des produits alimentaires, du bois, de l'eau et d'autres produits et en s'occupant des enfants. Ils peuvent également refléter l'exposition, une vie durant, à la violence et aux accidents dans les fermes, 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 les femmes dans une mesure disproportionnée dans la Région.

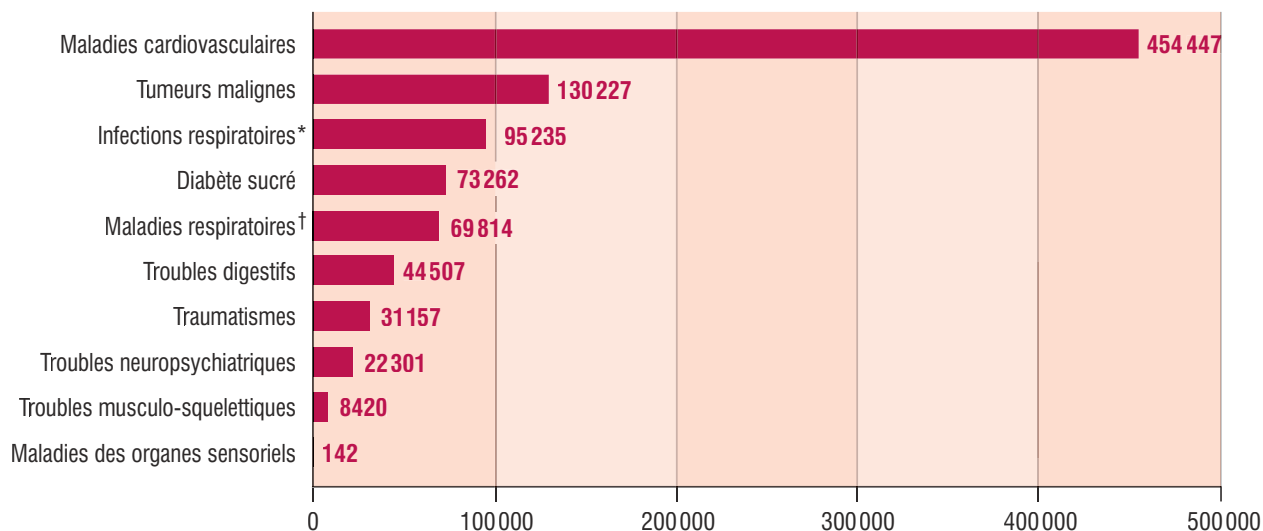
« Selon l'OMS, si rien n'est fait pour aborder le problème des MNT, elles représenteront au moins 50 % de la mortalité dans Région africaine d'ici 2020. » »

### 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 cardiovasculaires<sup>15</sup> qui ont tué plus de 106 000 femmes dans le groupe d'âge de 45 à 59 ans dans la Région en 2004, faisant d'elles les secondes tueuses les plus importantes après le VIH/sida. La cardiopathie continue d'avoir ses effets néfastes sur les femmes africaines à un âge avancé et a représenté plus de 450 000 décès en 2004 (Figure 4.1).

Loin d'être des maladies de la prospérité, les maladies cardiovasculaires tuent deux fois autant de femmes âgées de 60 ans et plus dans les pays à faibles et moyens revenus par rapport aux pays à revenus élevés. En général, il en va de même pour les MNT. Contrairement à l'opinion empirique courante selon laquelle les MNT sont un problème du monde riche, elles sont en fait une source de préoccupation croissante dans les pays à faibles revenus

Figure 4.1 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.

où elles sont également la seconde cause principale de décès de femmes. 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 aborder le problème des MNT, elles représenteront au moins 50 % de la mortalité dans la Région africaine d'ici 2020<sup>14</sup>.

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

### Normes fondées sur le sexe et maladies

Du fait que de nombreuses cultures africaines ont tendance à limiter les femmes aux tâches domestiques, notamment la prestation de soins, les femmes plus que les hommes risquent davantage de souffrir d'un certain nombre de maladies spécifiques.

Les femmes risquent davantage 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. Par exemple, les femmes risquent davantage de souffrir d'un trachome, principale cause de cécité en Afrique. La prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis 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 gastéropodes qu'on peut trouver dans des lacs, des marais et des eaux stagnantes. Dans une seule 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 cette maladie que les hommes.

Il y eu en 2004, selon les estimations, 313 000 décès dus aux cancers du sein, du col de l'utérus et des ovaires, nombre 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 efficaces.

Les MNT sont coûteuses à traiter et représentent ainsi un fardeau considérable pesant sur les systèmes de santé se battant déjà pour 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 avec pas grand-chose à prouver en termes d'amélioration des résultats. 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 prestataires de soins pour les orphelins du VIH/sida.

 **Du fait que les femmes ont tendance à épouser des hommes plus âgés, auxquelles elles survivent, bon nombre d'entre elles se trouvent vivant en tant que veuves sans aucun appui durant leurs années de vieillesse.** 

Ainsi, en réalité, les femmes âgées africaines qui passeront probablement leurs dernières années dans des institutions<sup>16</sup> seront en nombre croissant. Les décideurs politiques doivent, en conséquence, prendre la responsabilité de concevoir et construire des institutions dans lesquelles les personnes les plus vulnérables pourront passer leurs dernières années dans la dignité et avec le respect de 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.

## Chapitre 5

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

### Le rôle des femmes va au-delà de la maternité

Tout pays qui limite la contribution des femmes à la société à la seule maternité paiera un prix élevé du point de vue de son développement socioéconomique. Toutefois, l'importance fondamentale de la maternité et de l'éducation des enfants pour le développement lui accorde une place évidente pour démarrer l'analyse des avantages socioéconomiques de l'investissement dans la santé de la femme.



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, par exemple, 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 dans une large mesure la santé et le bien-être de ses enfants. Dans les cas où la mère se porte bien, les enfants sont mieux alimentés et mieux éduqués. Lorsque la mère tombe malade ou même meurt, les enfants souffrent.

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 position de procéder ainsi, les femmes affectent également les ressources du ménage à l'entretien 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, par exemple, en nourriture, éducation et médicaments. Si les femmes empruntent, cette situation se répète comme l'a

mis en évidence la recherche sur le microcrédit, montrant que, par rapport aux hommes, lorsqu'ils empruntent, la consommation des ménages est multipliée en gros par deux lorsque les femmes empruntent.

Il est clair que des avantages socioéconomiques substantiels seront acquis si la mère reste en bonne santé, tandis que des frais importants découleront de sa maladie ou de son décès prématuré.

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, étant donné l'absence de la recherche et le manque de données disponibles.

Il existe une quantité importante de données factuelles relatives à l'impact positif de la bonne santé sur la performance économique. 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 et statistiquement significatif sur le résultat total.

Bien que des bases factuelles empiriques relatives à la relation existant entre la santé et les résultats économiques fassent défaut dans les pays africains, parce que les femmes sont la source dominante de main-d'œuvre agricole, les retombées de l'amélioration de la santé de la femme dans la Région sembleraient importantes.

Les coûts estimés de la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales donnent à penser fortement que les avantages potentiels l'emportent dans une mesure importante sur les coûts. Ici à nouveau, bien que la recherche n'existe pas, on a estimé que 30 % à 50 % de la croissance économique de l'Asie entre 1965 et 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 en matière de santé génésique<sup>17</sup>.

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 infantiles coûterait US \$8,1 milliards, mais si et seulement si des investissements étaient faits en même temps dans la planification familiale moderne. Sans ces investissements cruciaux dans la planification familiale, l'étude a estimé que le coût de la prestation de soins serait de US \$2,7 milliards plus élevés<sup>18</sup>.

Toutefois, les retombées considérables de ces investissements consisteraient en une chute de 77 % des grossesses non voulues, passant de 17 millions à 4 millions et en une baisse de 77 % des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. Les services de planification familiale seraient également censés sauver 750 000 vies chaque année, 200 000 chez les femmes et 550 000 chez les nouveaux-nés. Cela représenterait une baisse de 69 % de

la mortalité maternelle et une réduction de 45 % des décès néonataux. 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 nouveaux-nés, la baisse des DALY passant 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 infantiles, qui équivaldrait à 130 % du coût de la prestation de services de planification familiale.

Ces avantages auraient des implications profondes pour le développement socioéconomique de la Région. Cela contribuerait également à des améliorations sur le plan de l'équité entre les sexes, de l'état de santé et des résultats économiques, qui, à leur tour, donneraient lieu à une réduction de la pauvreté.

Bien entendu, les femmes en Afrique subsaharienne ont bien plus à apporter à la société que procréer et veiller à l'épanouissement des enfants, aussi importants que ces rôles puissent être. Toute une série de pressions, notamment la mauvaise santé, les empêche souvent de réaliser leur potentiel, y compris le potentiel leur permettant de générer des richesses.

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. La responsabilisation socioéconomique des femmes contribue à l'amélioration de la santé, au moment même où leur santé favorise leur responsabilisation socioéconomique.

L'importance de la contribution des femmes au secteur agricole est bien documentée. On estime que la participation des femmes aux travaux agricoles représente quasiment 70 % de tout le travail assuré par les femmes dans la Région. Selon les estimations, les femmes produisent également 60 % à 80 % de la nourriture<sup>19</sup> produite dans la Région. Du fait que les femmes sont la source dominante de main-d'œuvre pour l'agriculture, qui est le pilier des économies de la Région tout entière, investir dans leur santé (par exemple, grâce à une amélioration des soins de santé primaires) générera d'importants gains économiques.

Cela revêt une très grande importance, si la femme sur le terrain ne peut pas profiter de son propre travail, ses perspectives de parvenir à une meilleure santé sont limitées comme le 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 cultivables<sup>20</sup>. De plus, elles ne bénéficient que de 7 % des services de vulgarisation agricole (éducation destinée à améliorer l'utilisation des terres, dispensée par les gouvernements et/ou des ONG) et de moins de 10 % du crédit mis à la disposition de l'agriculture des petits exploitants.

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 effet important, à savoir, celui de relever leur statut au sein du foyer et de la communauté et de renforcer leurs positions en matière de négociation dans le cadre des décisions à prendre au sein du foyer, notamment les décisions touchant à leurs besoins en santé. 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'aux hommes.

En dépit de l'importante contribution des femmes à l'économie de la Région, la déresponsabilisation des femmes, qui s'exprime différemment dans divers milieux, *mais toujours avec la mauvaise santé de la femme comme composante essentielle*, a dans une large mesure miné le développement sur le continent. Le développement de l'Afrique subsaharienne est étroitement lié à la santé de sa population féminine. Le fait que la santé de la femme est un principe essentiel dans virtuellement tous les objectifs du Millénaire pour le développement dénote que cette vue est aussi bien partagée par la communauté mondiale.

C'est pourquoi, un changement est nécessaire au plus haut point et les femmes africaines elles-mêmes sont l'un des agents clés de ce changement. À cette fin, les femmes ont besoin de l'appui et de l'engagement des décideurs politiques pour leur permettre de rompre le cycle de la pauvreté, de la maladie et de l'ignorance, qui les empêche de jouir de la santé qui est leur droit et qui laisse inexploitées leurs immenses possibilités physiques et intellectuelles.

#### 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.

# Chapitre 6

## Interventions visant à améliorer la santé de la femme

Le rêve d'un continent africain habité par des femmes en bonne santé, prospères et indépendantes, peut être réalisé 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 données factuelles recueillies qu'aborder la question de la santé de la femme nécessite des interventions dans de multiples secteurs. Du fait que les gouvernements sont les mieux placés pour coordonner les diverses initiatives nécessaires pour entraîner un changement à grande échelle, il est essentiel de mobiliser la volonté et l'engagement politiques dès le départ.

Afin d'aborder les défis budgétaires qui attendent les programmes de soins de santé pour la femme, les gouvernements devraient réévaluer les priorités budgétaires nationales. Les persuader de faire ainsi, est l'un des plus grands défis affrontés par les partisans du changement dans la Région. Les gouvernements qui résistent à la mise en œuvre des interventions nécessaires citent souvent la faible mobilisation domestique de ressources et les

faibles revenus par habitant comme étant leurs principaux obstacles. Toutefois, il est largement établi que le statut d'un pays sur le plan de la richesse n'est pas l'unique déterminant le plus important de l'allocation de fonds pour la santé de la femme. De plus, la fourniture au moins des trousseaux pour une maternité sans risque est à la portée du budget de nombreux gouvernements africains.





### Nécessité d'un plaidoyer convaincant

En fournissant aux dirigeants des données factuelles relatives aux retombées qu'entraîne l'appui aux investissements<sup>21</sup> dans la santé de la femme, étayée par des données précises et d'actualité, le plaidoyer peut jouer un rôle important en encourageant l'engagement politique au niveau le plus haut possible. À vrai dire, les dirigeants politiques, qu'ils soient parlementaires ou cadres supérieurs de l'État, sont bien placés en soi pour plaider en faveur de la santé de la femme, pour intervenir comme porte-parole en ce qui concerne la santé de la femme et ses droits et pour se présenter comme modèles à imiter pour le changement. En diffusant des messages clés par l'intermédiaire des médias, par exemple, les dirigeants peuvent dans une large mesure contribuer à accroître la sensibilisation et à informer le public des problèmes et des solutions.

### Améliorer la santé de la femme et son développement toute sa vie durant

En dehors de la vaccination, les interventions<sup>22,23</sup> recommandées pour la fillette, par exemple, consistent à lui assurer une nutrition appropriée, à la responsabiliser par l'éducation et à la protéger de dommages physiques et psychologiques (Tableau 6.1).

**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, obstétriques 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.



### **Promouvoir une maternité saine**

Les avantages socioéconomiques d'une maternité saine ont été examinés de manière détaillée dans une certaine mesure. Ces avantages sont renforcés dans le cas où les familles sont de taille plus petite. La même chose est vraie 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. Dans les cas où la croissance démographique n'est pas maîtrisée, toutes ces ressources se retrouvent sous pression.

Malheureusement, la résistance des mentalités à la contraception demeure importante, tandis que l'accès aux contraceptifs, même s'il est en voie d'amélioration, est toujours extrêmement limité. Dans de nombreuses zones rurales en Afrique, les chefs traditionnels et religieux, considérés comme les gardiens des valeurs et des croyances communautaires, sont souvent à l'avant-garde de l'opposition aux programmes de santé sexuelle et génésique et doivent s'occuper de la question, si l'utilisation des contraceptifs doit augmenter. 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 la réussite de leur mise en œuvre.

### **Appuyer les systèmes de soins de santé qui sont plus réceptifs aux besoins en matière de santé de la femme**

C'est à mesure que les femmes entrent dans leurs années de procréation, que leurs besoins en 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 que la mise en œuvre de trousse de soins pour une maternité sans risque à des niveaux de couverture d'environ 70 à 90 % peut être assurée à un coût de US \$0,22 à US \$1,18 par habitant. Une trousse plus grande comprenant les services pour une maternité sans risque, la planification familiale, la vaccination contre l'anatoxine tétanique et la supplémentation en micronutriments, s'est également avérée avoir un rapport coût-efficacité inférieur à celui de bien d'autres interventions<sup>25</sup>.

Le point de départ de toute réforme destinée à mieux satisfaire les besoins des femmes dans la Région est le remplacement de la conception pyramidale des systèmes de santé par des modèles plus décentralisés conçus pour fournir des soins de santé primaires complets. La majorité des services de soins de santé modernes dispensés dans la Région est basée sur les centres de soins, axée sur le médecin et concentrée en milieu urbain. Parmi les principaux obstacles à l'utilisation des services, souvent cités, il y a les longues distances que les femmes doivent parcourir pour atteindre les établissements de santé et le

coût qu'implique ce déplacement.

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.

### **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 d'internet et du téléphone mobile, qui peuvent être utilisés pour former des prestataires de soins de santé par le biais de programmes de cyber-enseignement, pour recruter des clientes pour des services de santé génésique, tels que la planification familiale et les soins prénatals, pour réduire les retards dans les soins de suivi et la collecte de l'information.

### **Amélioration de l'accès des femmes aux soins de santé par des réformes juridiques**

Les pays peuvent également mieux satisfaire les besoins en santé des femmes, en adoptant une législation garantissant leur droit aux services essentiels.

Des réformes juridiques et réglementaires essentielles sont nécessaires pour éliminer les lois et règlements trop 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 investissements importants en entreprenant une réorientation des tâches.

### **Mise en valeur des ressources humaines pour la santé de la femme**

En règle générale, la réorientation des tâches permet au personnel de niveau intermédiaire (par exemple, cliniciens non médecins, sages-femmes et agents de santé communautaires) de pratiquer des procédures essentielles. Des praticiens non médicaux de différentes compétences sont actifs dans 25 pays sur 46 dans la Région africaine, et, dans neuf de ces pays, le nombre de cliniciens non médecins est aussi important que celui des médecins.



Dans l'ensemble des 25 pays, les praticiens non médicaux établissent les diagnostics de base et administrent les traitements médicaux de base. Dans certains pays, des praticiens non médicaux ont même été formés à des procédures plus complexes, telles que la césarienne et l'anesthésie. Il est permis de penser que les résultats post-opératoires pour les patientes traitées par des praticiens non médicaux sont comparables à ceux obtenus par des médecins, cependant, des données factuelles plus probantes sont requises pour justifier l'utilisation de praticiens non médicaux dans les soins obstétricaux d'urgence.

L'un des plus grands défis auxquels font face les systèmes de santé dans la Région est la possibilité de disposer de personnel qualifié pour accepter des postes dans des régions reculées. Dans certains cas, ce défi a été relevé avec l'appui d'organismes extérieurs.

### **La qualité des soins est importante**

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 reconnue comme étant 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. 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 l'amélioration de l'éducation, de la formation et de la sensibilisation aux considérations culturelles en fait également partie.

### **Il est essentiel d'améliorer l'accès financier**

Aussi bonne soit la couverture des services fournis et aussi élevée 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, les données factuelles disponibles donnent à penser que les frais d'utilisateur et le paiement direct ont conduit à un déclin général de l'utilisation des services de santé.

Le leadership politique est essentiel pour assurer une transition efficace vers le paiement anticipé et la mise en commun.

### **Créer les conditions socioéconomiques favorables au développement de la femme**

Du fait que certains problèmes de santé majeurs auxquels les femmes sont confrontées en Afrique sont associés à de mauvaises conditions de vie, aborder simplement les problèmes du système de soins de santé ne sera pas suffisant. Comme noté à travers le présent rapport, les femmes sont les personnes qui, essentiellement, ramassent le bois, vont chercher les combustibles et l'eau, outre leurs rôles de principales moissonneuses et préparatrices des aliments. Toutes ces tâches exposent les femmes à des risques sanitaires et il y a bien assez de données factuelles donnant à penser que l'amélioration des infrastructures, comme les routes d'accès, et la création de sources d'eau qui sont sûres et accessibles, peuvent améliorer dans une mesure considérable la santé des femmes et leur bien-être économique.

### **Responsabilisation des femmes**

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 être encouragées à le faire par les décideurs politiques. Ceux-ci devraient également tenir compte des opinions des femmes en élaborant des politiques et en mettant en œuvre des projets et des programmes et devraient être à leur écoute concernant l'analyse et l'évaluation de ce qu'elles en font.

Le cycle ou le cercle de la responsabilisation ne sera bouclé 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 non structuré, changer, à l'intérieur des ménages, les attitudes qui mettent souvent les recettes de la vente des biens au marché, par exemple, dans la poche du mari.

Permettre aux femmes de posséder des biens est un autre aspect essentiel de la responsabilisation. 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.

### **Faire face aux besoins urgents de 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 cours de la vie, des données ventilées par âge et par sexe sont absolument nécessaires pour suivre leur état de santé.

### **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'efficacité 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, un processus qui peut 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.

# Chapitre 7

## Recommandations

Il a été 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

- Prendre 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 doter les pays politiques de la santé visant à 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 de passer des interventions ancrées dans le secteur de la santé à 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 sexes et des spécificités.
- 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'égalité 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 génésique.

#### **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 l'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 de l'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 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 indiquées ci-dessus, 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 :

## Références

1. ONUSIDA. *Sida en Afrique*. Genève : Nations Unies; 2008.
2. Organisation mondiale de la Santé. *Santé de la femme, Stratégie régionale africaine*. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique; 2008.
3. Organisation mondiale de la Santé. *Statistiques mondiales de la santé, 2011*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2011.
4. Yoder PS. *Numbers of women circumcised in Africa : the production of a total*. Calverton, MD: Macro International; 2007.
5. UNICEF. *Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting*. Florence: UNICEF; 2005.
6. 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.
7. Organisation mondiale de la Santé. *Activités de l'OMS dans la Région africaine, 2008–2009, Rapport biennal*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2009.
8. Organisation mondiale de la Santé. *Éliminer les mutilations sexuelles féminines: déclaration interinstitutions*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2008.
9. PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain, 2009*. New York : Oxford University Press; 2009.
10. OMS/ONUSIDA. *Lutter contre la violence contre les femmes et le VIH/sida: Qu'est-ce qui fonctionne?* Genève : OMS/ONUSIDA; 2010.
11. 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
12. Chan M. *Women and health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2009.
13. OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale. *Tendances de la mortalité maternelle: 1990 à 2010. Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA et de la Banque mondiale*. Genève : OMS; 2012.
14. 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.
15. Unwin N, Alberti KG. *Chronic noncommunicable diseases. [maladies non transmissibles chroniques] Ann Trop Med Parasitol* 2006;100 :455–64.
16. Organisation mondiale de la Santé. *Les femmes, vieillissement et santé: cadre d'action*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2007.
17. Bunwaree V. *Allocution prononcée à la 35ème session de la Conférence générale de l'UNESCO*. Maurice : République de Maurice, Ministère de la Culture et de l'Éducation; 2009.
18. Singh, S, *et al*. *Adding It Up : The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, Outmatched Institute and FNUAP, Fonds des Nations Unies pour la Population, New York, 2009: 28 <http://www.gutmacher.org/pubs/AddingItUp2009.pdf>
19. Projet de l'ONU pour le millénaire. *Taking Action : Achieving Gender Equality and Empowering Women; Task Force on Education and Gender Equality*. London and Sterling, Virginia: Earthscan; 2005.
20. UNECA. *Rapport de l'UNECA sur la femme africaine, 2009*. Addis Abeba : UNECA; 2009.
21. Organisation mondiale de la Santé. *Replacer la planification familiale dans les services de santé génésique: cadre pour une action accélérée, 2005–2014*. Brazzaville : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé, 2005.
22. Organisation mondiale de la Santé. *Feuille de route pour accélérer la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement, relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique*. Brazzaville: Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé, 2004.
23. Organisation mondiale de la Santé. *Survie de l'enfant : Stratégie pour la Région africaine*. Brazzaville : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé, 2007.
24. Organisation mondiale de la Santé. *Lancet Newborn Survival Series. Child and Adolescent Health and Development 2005*. [cité le 7 mars 2011]; disponible sur : [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/lancet\\_newborn\\_survival/en/](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/lancet_newborn_survival/en/)
25. Banque mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde, 1993: Investir dans la santé*. New York : Oxford University Press; 1993.



# Annexe : Photographies

Toutes photographies et illustrations © Organisation mondiale de la Santé, sauf indication contraire.

Page 1 – © M&H Sheppard | iStockphoto.com

Page 2 – © Hongqi Zhang | Dreamstime.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

Afrique