



Le continent continue de faire des progrès vers l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes. Toutefois, en dépit des résultats encourageants par rapport à la scolarisation des filles dans l'enseignement primaire, l'emploi féminin et la représentation politique des femmes, la situation des femmes et des filles est encore fragile en ce qui concerne l'accès aux services de santé. Dans toute l'Afrique, l'inégalité entre les sexes contribue à créer des inégalités entre les hommes et les femmes dans le domaine de la santé et de l'accès aux services de santé. Comparé aux autres régions du monde, les femmes africaines font face à la plus forte probabilité de subir des complications mortelles lors de l'accouchement, et de contracter le VIH / SIDA. L'inégalité entre les sexes est considérée comme une raison majeure pour laquelle de nombreux pays d'Afrique ne sont pas sur la bonne voie pour atteindre les OMD concernant la santé maternelle et le VIH / SIDA. La discrimination liée au genre empêche les femmes et les filles d'accéder aux connaissances qui pourraient les aider à prévenir la maladie; d'obtenir les fonds nécessaires pour couvrir les frais médicaux; et / ou de négocier leurs problèmes de santé spécifiques au sein de leurs familles.

Cette note commence par aborder la question de la mortalité maternelle, et analyse les raisons pour lesquelles les femmes ne reçoivent pas les soins qui leur seraient nécessaire avant, pendant et après l'accouchement. Ensuite, elle fait état de la féminisation de l'épidémie du VIH / SIDA en Afrique, où les inégalités existantes entre les sexes augmentent le risque d'infection des femmes au VIH, et empêchent tout traitement approprié, soins et soutien. La dernière section concerne les obstacles économiques, politiques et sociaux qui entravent l'autonomisation des femmes, et renforcent l'impact négatif sur leur état de santé. Chaque section comprend une série de questions en vue de faciliter la discussion lors de la réunion.

### **3. Santé maternelle**

La communauté internationale a décidé de s'attaquer au problème de mortalité maternelle - l'inégalité la plus frappante dans la santé publique - en adoptant l'Objectif 5 du Millénaire pour le développement (Améliorer la santé maternelle), dont l'un des buts primordiaux est de réduire le Taux de Mortalité Maternelle (TMM) de trois quarts entre 1990 et 2015. Malgré cet engagement pris au plus haut niveau, au rythme actuel des progrès, le monde sera bien en dessous de l'objectif de 75% de réduction (entre 1990 et 2015) de la mortalité maternelle, qui exige un taux de déclin annuel de 5,5%.

L'Afrique subsaharienne fait face au plus grand risque de ne pas atteindre cet objectif. Une des principales explications de la hausse du TMM en Afrique est le manque d'accès aux soins médicaux adéquats. Dans de nombreux cas, même quand l'accès est disponible, il est souvent inéquitable. Le taux le plus élevé de décès maternels dans le monde survient en Afrique sub-saharienne, qui a aussi fait le moins de progrès dans la réduction du TMM, soit un taux annuel de 0,1%. L'Afrique (y compris tous les membres de l'UA) représente 51% de tous les décès maternels dans le monde.<sup>1</sup>

En Afrique sub-saharienne, le risque pour une femme de mourir de complications liées à la grossesse et à l'accouchement au cours de sa vie est de 1 sur 22, contre 1 pour 7300 dans le monde développé.<sup>2</sup> Le taux de mortalité maternelle pour l'ensemble du continent africain est estimé à 820 décès pour 100.000 naissances, comparé à 9 décès pour 100.000 naissances dans les régions développées.<sup>3</sup> Sierra Leone est le pays avec le plus haut taux de mortalité maternelle dans le monde, estimé à 2,100.<sup>4</sup>

---

1

Quatre-vingt pour cent des décès maternels pourraient être évités, si les femmes avaient accès aux services de santé de base et à un personnel de santé qualifié.<sup>5</sup>

Dans certaines régions du monde, principalement en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud, les femmes sont confrontées à des risques très élevés de mourir durant la grossesse et l'accouchement. Les causes de mortalité et morbidité maternelles sont claires, et les interventions efficaces pour les combattre sont bien connues. Il est nécessaire d'améliorer les soins prénatals, augmenter la présence de personnel qualifié lors de l'accouchement, fournir en temps opportun des soins obstétricaux d'urgence et promouvoir des services de qualité pour les accouchements et les soins post-partum. Dans les pays à faible revenu, un tiers de toutes les femmes enceintes ne reçoivent aucun de ces services pendant la grossesse et n'ont pas accès aux services de planification familiale.

### ***L'accès, la couverture, la qualité: Les inégalités***

La pauvreté, l'inégalité, le faible statut des femmes, l'attitude des sociétés envers les femmes et leurs besoins sont les facteurs de base qui affectent l'accès des femmes aux services de santé. Bien que les interventions efficaces pour prévenir la mortalité soient connues, pour beaucoup de femmes et de nouveau-nés, des soins appropriés restent indisponibles, non utilisés, inaccessibles, ou de mauvaise qualité. Ceci suggère que les stratégies efficaces pour réduire la mortalité maternelle doivent également porter sur la situation défavorisée des femmes dans le contexte social, politique et économique, et promouvoir un changement d'attitude. Cela nécessite des stratégies globales qui comprennent des aspects qui ne sont pas liés directement au secteur de la santé comme l'éducation et les transports.

Bien qu'il y ait une amélioration des soins prénatals, la norme recommandée des quatre visites prénatales n'est toujours pas accessible à 55% des femmes en Afrique sub-saharienne. Dans les pays à faible revenu, 60% des accouchements ont lieu en dehors des installations de santé, et seulement environ 60% de tous les accouchements sont assistés par un personnel qualifié.

L'utilisation de la contraception s'est améliorée de manière impressionnante au cours des deux dernières décennies dans de nombreuses régions. Cependant, le besoin non satisfait en planification familiale est encore trop élevé. En Afrique sub-saharienne, 24% des femmes qui veulent retarder ou arrêter de procréer n'ont pas accès à la planification familiale.

La plupart des décès maternels surviennent pendant l'accouchement ou les premières 24 heures post-partum, et la plupart des complications ne peuvent être prévenues ou évitées. Les complications individuelles sont assez rares, et un diagnostic en temps opportun et des interventions appropriées exigent des compétences considérables pour diminuer le nombre de décès et éviter de nouvelles complications. L'endroit où sont les femmes quand elles sont prêtes à accoucher, leur prise en charge, et la rapidité avec laquelle elles peuvent être transportées dans un centre de santé approprié sont des facteurs essentiels qui déterminent l'accès aux interventions qui sont nécessaires et réalisables.

Le progrès s'est ralenti et est de plus en plus inégal, avec d'importantes et la rapidité plupart d'inn, té asurvieo icie subej

Lorsque l'accès à ces soins ne peut pas avoir lieu pour des raisons matérielles, par manque de transports et la distance, la mauvaise santé chez les femmes enceintes, en particulier l'apparition de problèmes sérieux imprévisibles, l'absence de soins obstétricaux et le retard dans le recours à un traitement, peuvent conduire à des dépenses catastrophiques et entraîner les ménages dans la pauvreté et l'exclusion dans l'avenir. Si les efforts ne sont pas drastiquement accrus, il y a peu d'espoir d'éliminer la mortalité maternelle et infantile dans de nombreux pays. En dehors de ces obstacles géographiques et financiers, les barrières culturelles sont également un frein à l'obtention d'une aide urgente. Tous les soins de santé doivent être administrés dans un environnement approprié (en général dans des établissements décentralisés de premier niveau) à proximité du domicile des femmes en tenant compte de leur culture.

Dans les zones d'instabilité politique ou dans les zones de conflits, la situation peut se détériorer encore davantage. Les interventions pouvant prévenir la mortalité due à des causes majeures de mortalité maternelle sont connues et peuvent être mises à disposition, même dans les milieux défavorisés. Il s'agit notamment de soins et d'une préparation adéquate au sein du ménage, en assurant les services de qualité près du lieu où vivent les femmes, et la détection systématique et la gestion des complications dans les premières phases.

### *Approches novatrices*

Réduire les risques associés à la grossesse et faire face aux inégalités ne requiert pas de nouvelles technologies, ni de nouvelles connaissances sur les interventions efficaces. Le défi est de savoir comment offrir ces services et d'intensifier la couverture et l'utilisation d'interventions, en particulier pour celles qui sont vulnérables, difficiles à atteindre, marginalisées et exclues.

La disponibilité des installations nécessaires ne garantit pas toujours une utilisation optimale. En plus de l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements, des approches innovantes sont nécessaires pour améliorer la demande et l'utilisation des services existants. Il faudra pour cela des approches novatrices, notamment dans l'autonomisation des femmes à se prévaloir des services offerts.

L'introduction du financement et de l'assurance sociale au Rwanda a contribué à une augmentation du nombre d'accouchements et de soins obstétricaux d'urgence dans les services de santé de 39% à 52% sur une période de 3 ans. Le gouvernement a également investi dans la construction de nouveaux établissements, offrant des équipements et fournitures, et a mis à la disposition de la population des experts qualifiés en soins de santé.

Au Sénégal, le Fond des Nations Unies pour la population (FNUAP) et le ministère de la Santé ont conjointement financé le travail des agents de santé communautaire circulant à bicyclettes, qui rendent visite aux femmes dans leurs villages, et communautés, et qui offrent ainsi aux femmes un meilleur accès aux soins de santé tout au long de leur grossesse. Ils sont formés pour surveiller l'état de santé des femmes enceintes et les envoyer vers un centre local ayant du personnel qualifié pouvant les aider lors de l'accouchement. En outre, le FNUAP fournit aux villages environ 50 \$ US pour le lancement de la création des fonds de santé communautaires devant être utilisés en cas d'urgence par exemple lors d'admission à un hôpital de district lorsque des complications liées à la grossesse et à l'accouchement surviennent.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Kimani 2009.

Au Maroc, le taux de mortalité maternelle a considérablement diminué, passant de 610 décès pour 100.000 naissances en 1990 à 220 décès en 2000. Ceci est dû à l'utilisation accrue des contraceptifs pour retarder et limiter les naissances, une amélioration dans l'accès et l'utilisation des services de santé de haute qualité, ainsi que des changements sociaux plus larges tels que le renforcement de l'éducation et l'amélioration du statut des femmes.<sup>7</sup>

L'incidence toujours élevée de la mortalité et morbidité maternelles et périnatales est inadmissible précisément parce qu'elle peut être résolue. La réduction de la mortalité maternelle nécessite que les décideurs et gestionnaires de programme recentrent le contenu des programmes en mettant moins l'accent sur le développement de nouvelles technologies et en se concentrant plutôt sur le développement de stratégies organisationnelles viables afin de gérer et assurer des soins continus. Ceci exige également de permettre aux femmes d'accéder aux services de santé en s'attaquant aux causes profondes de la forte incidence de la mortalité maternelle.

Pour examen:

- *Quels sont les obstacles culturels qui pourraient empêcher les femmes d'obtenir des soins de santé maternelle? Quel type de programmes peut répondre à ces obstacles?*
- *Comment les programmes de planification familiale peuvent-ils être renforcés pour faire diminuer le taux de mortalité maternelle?*
- *Comment peut-on surmonter les barrières géographiques pour que les femmes dans les zones rurales reçoivent des soins de qualité?*
- *Quelles mesures supplémentaires pourraient être prises par les gouvernements pour assurer que les femmes bénéficient d'un accès équitable et efficace aux services de santé pour les femmes?*
- *Quels programmes ont été mis en place pour accroître la demande pour les services de santé maternelle?*

#### **4. Les femmes et le VIH / SIDA**

En 2006, les dirigeants mondiaux se sont engagés unanimement – à travers la Déclaration politique sur le VIH / SIDA – à atteindre l'accès universel à la prévention du VIH, aux traitements, aux soins et au soutien d'ici 2010, comme une étape cruciale vers la réalisation des OMD d'ici 2015.

Atteindre les objectifs d'égalité entre les sexes et lutter contre la propagation du VIH sont deux objectifs étroitement liés et se renforçant mutuellement. La vulnérabilité accrue des femmes et des filles au VIH n'est pas seulement due à leur plus grande sensibilité physiologique à l'infection, mais aussi aux inégalités sociales, juridiques et économiques qui affectent leur capacité à se protéger contre l'infection du VIH et à faire face efficacement à l'impact de l'épidémie.

Le manque de droits, d'éducation et d'opportunités économiques pour les femmes et les filles limitent leur capacité à refuser les relations sexuelles ou à négocier des rapports sexuels protégés et à résister à la violence et la coercition sexuelles, y compris les relations sexuelles transactionnelles et le mariage précoce ou forcé. Les femmes et les filles portent aussi une part disproportionnée du fardeau des soins liés au SIDA, ce qui limite souvent leur accès à l'éducation et aux possibilités d'emploi pour leur propre avancement. Une fois VIH-positives, les femmes et les filles ont des difficultés pour exercer leurs droits, ceci est dû à la stigmatisation et la discrimination associées au VIH.

---

<sup>7</sup> WHO 2009a.

Le sujet des femmes, des filles et le VIH est d'une signification particulière en Afrique. Le continent demeure la région la plus touchée par l'épidémie de SIDA, qui continue d'avoir un impact énorme sur la vie et le bien-être des individus et sur le développement social et économique des communautés et des pays. L'Afrique subsaharienne abrite quelque 22,4 millions de personnes vivant avec le VIH (67% des infections par le VIH dans le monde entier). Cette région représente aussi près de trois quarts de tous les décès liés au SIDA (1,4 millions en 2008, sur 2 millions au niveau mondial).

Bien qu'il y ait eu une certaine diminution du nombre des nouvelles infections, environ 1,9 million de personnes ont été infectées par le VIH en Afrique sub-saharienne en 2008 seulement, ce qui représente 71% de toutes les nouvelles infections dans le monde.<sup>8</sup>

Les femmes représentent plus de 60% des infections du VIH dans la région (au niveau mondial, les femmes représentent environ 50% de toutes les personnes vivant avec le VIH). Il est particulièrement préoccupant que les jeunes femmes en Afrique sub-saharienne représentent désormais 76% de tous les jeunes vivant avec le VIH. En Afrique australe, la prévalence parmi les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans est en moyenne environ trois fois plus élevée que chez les hommes du même âge.<sup>9</sup> Les femmes et les filles assument une part disproportionnée de l'impact de l'épidémie. Par exemple, dans les pays les plus durement touchés par le sida, les femmes et les filles représentent entre deux tiers à 90% de tous les soignants.<sup>10</sup>

### ***Renforcer l'accès aux interventions contre le VIH / SIDA en Afrique***

Malgré ces difficultés, des progrès significatifs ont été accomplis en Afrique sub-saharienne en réponse à l'épidémie du sida, notamment en matière de traitement. Avec près de trois millions de personnes sous traitement antirétroviral (ARV) en Afrique sub-saharienne, la couverture ART dans la région a atteint 44% en 2008 contre seulement 2% en 2003. Cependant, des écarts importants au niveau de l'accès au traitement demeurent, puisque plus de la moitié des personnes ayant besoin de traitement ne le reçoivent toujours pas. En général, la couverture ART est plus élevée en Afrique de l'Est et en Afrique australe (48%) que dans l'Ouest et en Afrique Centrale (30%).

En 2008, 45% des femmes séropositives enceintes ont reçu une prophylaxie anti-rétrovirale pour empêcher la transmission du VIH de mère à enfant (PMTCP), contre 9% en 2004. Au Botswana, en Namibie et au Swaziland, plus de 90% de toutes les femmes séropositives enceintes reçoivent déjà une prophylaxie anti-rétrovirale pour prévenir la transmission verticale du VIH.<sup>11</sup> Toutefois, seul un tiers des femmes sont évaluées par rapport à leur besoin de poursuivre le traitement ARV après la grossesse. Malgré les progrès réalisés en matière de PMTCP, environ 390000 enfants étaient encore infectés par le VIH en Afrique sub-saharienne en 2008, représentant 91% de toutes les infections du VIH chez les enfants dans le monde. Dans le même temps, ces progrès sont inégaux, avec une couverture PMTCP beaucoup plus élevée en Afrique australe et orientale (64%) que dans l'Ouest et Afrique centrale (27%). L'ONUSIDA a appelé à l'élimination de la transmission verticale d'ici 2015.

La politique et les programmes sur le SIDA sont plus efficaces lorsque les organisations féminines - en particulier celles qui se concentrent sur les femmes atteintes du VIH - aident à mettre en place leurs objectifs et actions. Dans une enquête de l'ONUSIDA (2007) sur 80 pays, un tiers seulement de ces

---

<sup>8</sup> L'ONUSIDA et l'OMS 2009.

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup>



Des résultats mitigés sont issus des études sur les hommes ayant des partenaires sexuels multiples (diminution au Swaziland, mais augmentation en Ouganda). D'autre part, alors que les épidémies

- *Est-ce que les budgets pour le VIH / SIDA ont été touchés par l'effet de la crise financière et le financement limité des soins de santé? Quelle est la réponse à ce problème?*
- *Comment les partenariats public-privé, les ONG nationales et les communautés locales peuvent-ils compléter les efforts des gouvernements pour fournir des soins de santé primaire de qualité à tous?*
- *Comment les programmes de VIH / SIDA ont-ils été intégrés avec d'autres services sociaux afin d'avancer la réalisation des autres OMD? Quels sont les exemples de telles synergies?*
- *Quelles mesures les gouvernements peuvent ils prendre pour donner aux femmes les moyens de contenir la propagation de la pandémie VIH / SIDA?*
- *Comment des politiques en matière d'égalité des sexes peuvent elles être mises en œuvre dans d'autres domaines (par exemple l'éducation, l'économie) pour prévenir la propagation du VIH / SIDA?*

### **Donner aux femmes les moyens d'améliorer leur état de santé.**

L'*autonomisation* des femmes est nécessaire dans beaucoup d'institutions pour améliorer les résultats concernant la santé des femmes, avec des effets de retombée positive sur leurs familles, les communautés et les sociétés.

Avec la notion d'autonomisation, il s'agit de rendre aux personnes le contrôle de leurs vies : décider de leurs propres priorités, développer leurs capacités, construire la confiance en eux-mêmes, résoudre des problèmes, développer leur indépendance et exprimer leur opinion. Il s'agit à la fois même temps d'un processus et d'un produit.

Une multitude de barrières entravent l'autonomisation des femmes, renforçant l'impact négatif sur leur état de santé. Les inégalités dans l'allocation des ressources, comme le revenu, le crédit, l'éducation, la santé, la nutrition et la participation politique, sont fortement associées avec un bas niveau de santé et un bien-être réduit. Ainsi en général, les femmes font face à un fardeau plus lourd à cause de leur manque d'autonomie dans la prise de décisions, et elles sont limitées dans l'expression de leur opinion et de leur choix. En plus, les femmes ont un accès réduit à l'information qui leur permettrait de prendre un rôle plus actif dans la poursuite de leur bien-être et même de sauver leurs vies. Par conséquent, les responsables des politiques de santé publique devraient considérer le rôle complexe des femmes et leur statut à l'intérieur des sphères économiques, politiques et sociales pour mettre en œuvre des réformes qui aient un impact sur la santé publique.

### **Donner aux femmes plus d'autonomie dans le domaine économique**

La pauvreté et un statut socioéconomique faible sont associés à des problèmes plus forts de santé. Un lien important existe entre l'égalité dans le marché du travail, d'une part et la participation des femmes dans le processus de prise de décision et leur pouvoir de négociation, d'autre part. Les inégalités dans le marché du travail dégénèrent dans des inégalités dans le secteur de la santé, l'éducation, la participation politique et d'autres vulnérabilités démographiques. Les femmes des ménages les plus pauvres font face à des niveaux plus élevés de mortalité maternelle et il est moins probable qu'elles soient assistées par une infirmière qualifiée pendant l'accouchement. La participation au marché du travail et l'accès à un travail rémunéré et productif permettent aux femmes d'investir dans leur santé, car ces facteurs diminuent la pression sur le budget familial qui généralement a une incidence adverse sur les femmes en termes d'inégalité de ressources à l'intérieur du foyer.

Selon la Banque Mondiale, 59.9% de femmes au dessus de l'âge de 15 ans en Afrique font partie de la population active, par rapport à 80% d'hommes. Cependant, la majorité de la population active en Afrique est dans le secteur informel de l'économie. Il est estimé que neuf travailleurs ruraux et urbains sur dix ont des travaux informels. Cela est particulièrement le cas pour les femmes et les jeunes qui n'ont pas d'autres choix que les secteurs économiques informels pour survivre et gagner leur vie. Ils

travaillent dans des travaux à basse productivité, gagnent de bas salaires ou font des travaux non



La dimension sociale de l'inégalité des sexes en relation à la santé en Afrique comprend le manque pour les femmes d'un pouvoir décisionnel au niveau familial, leur manque de libre choix quant aux décisions qui affectent leur vie, comme celles liées au mariage, celles liées à la perte de la virginité, celles concernant la durée du parcours scolaire, les décisions liées aux enfants, leur nombre, et l'intervalle entre les naissances.

Ces inégalités de genre et limites dans les processus de décision reflètent des attitudes et des idées qui sont diffusés dans une société ou une



de prendre des décisions sur leur santé et leur bien être général, peuvent être combattus par des programmes d'éducation, des campagnes médiatiques et des activités au niveau local. Les attitudes négatives peuvent également être combattues par l'engagement de la société civile, des médias, des secteurs académiques, des organisations religieuses et du secteur privé ainsi que des décideurs politiques, afin de promouvoir les bénéfices de la participation des femmes pour les familles dans leur ensemble.

**Pour examen:**

- *Quelles politiques gouvernementales et programmes le mieux réussi à accroître l'inclusion des femmes dans marchés?*
- *Quels cadres juridiques sont en place pour garantir un travail décent, les droits de travail et de propriété, et de possession de biens pour les femmes ? A contrario, quels types de lois coutumières ou normes patriarcales vont à l'encontre du développement du pouvoir économique des femmes?*
- *De quelle façon les groupes de la société civile et les communautés locales peuvent-ils mieux compléter les efforts des gouvernements pour changer les attitudes et les mentalités biaisés par rapport aux genres, et accroître l'expression politique des femmes et leurs participation ?*
- *Est-ce que les femmes leaders en Afrique ont mis en œuvre des politiques sensibles aux inégalités*