



© Médecins du monde. Photo Jean-Pierre Dugas

Awa Coll-Seck

Directeur départemental des politiques des stratégies et de la recherche, Onusida

Les combats que mène l'humanité pour le bien-être de la majorité passent par la promotion des femmes. Dans le continent africain, caractérisé par la pauvreté et une paupérisation continue, une fécondité encore élevée pour des potentialités trop faibles, une détérioration de l'état de santé des populations et une espérance de vie sapée par l'épidémie du sida, cette assertion prend tout son sens. Les pesanteurs sociales et culturelles maintes fois dénoncées y demeurent vivaces. La femme africaine, au statut social et économique faible, exposée à de multiples problèmes de santé, paie encore un lourd tribut à la grossesse et à l'accouchement. Gardienne des valeurs, ses rôles multiples laissent deviner sa place dans la société africaine en général et dans les programmes de santé en particulier.

Les problèmes de santé en Afrique

L'état de santé des populations dans un pays est un baromètre sensible de son niveau de développement économique et social. Il est classique de dire que l'Afrique croule sous le fardeau de la dette. On peut dire également que l'Afrique porte le poids de toutes les pathologies anciennes comme les maladies infectieuses et tropicales, celles liées à la maternité, à la malnutrition mais également le poids des pathologies du monde moderne comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers, le sida pour ne citer que celles-là. Les plus forts taux de mortalité sont retrouvés en Afrique ainsi que les plus bas chiffres d'espérance de vie.

Les indicateurs de la santé de la reproduction qui sont les plus couramment publiés sur les femmes offrent un exemple typique en ce qu'ils traduisent, au-delà des chiffres et des événements qu'ils sont censés mesurer, le niveau de pauvreté des individus et des familles. Les problèmes les plus souvent cités demeurent : la mortalité maternelle élevée, les grossesses précoces et trop rapprochées, les avortements faits dans de mauvaises conditions de sécurité, les maladies sexuel-

Femmes et programmes de santé en Afrique

Dans les pays pauvres, et en Afrique notamment, les femmes sont exposées à de nombreux problèmes de santé, le taux de mortalité maternelle en est un triste exemple. Des programmes de santé tentent d'améliorer cette situation, et il ne faut pas oublier le rôle important que jouent ces femmes dans la mise en œuvre d'actions sanitaires plus larges (vaccination, hygiène, alimentation.).

lement transmissibles trop courantes y compris le VIH/sida dont l'impact socio-économique dans les pays en développement (PED) est dramatique. Ces problèmes de santé font souvent l'objet de programmes qui ont encore du mal à faire évoluer les indicateurs de santé dans le sens souhaité et attendu.

Quels programmes de santé pour les femmes en Afrique et pourquoi ?

Programmes de santé de la reproduction : ce sont les programmes majeurs concernant les femmes

Ces programmes visent à réduire la morbidité et la mortalité liées à la maternité, aux grossesses, aux accouchements et aux avortements, à lutter contre les pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et à atténuer l'impact des maladies sexuellement transmissibles et du sida.

La plupart ne reposent pas sur une évaluation de la situation qui aurait permis une meilleure identification des problèmes de santé de la reproduction et une analyse plus fine pour établir les priorités en fonction de l'ampleur, de la sévérité et de la vulnérabilité de chaque problème.

Les programmes de planification familiale

Aujourd'hui la croissance démographique est globalement ralentie dans le monde, les taux de mortalité baissent. L'Afrique au sud du Sahara a été le terrain de beaucoup d'initiatives et programmes.

En plus les politiques de santé et de population adoptées par la plupart des États ont créé des conditions favorables pour une promotion de la planification familiale.

Cependant malgré ces efforts, la situation en Afrique reste préoccupante ; en effet l'indice synthétique de fécondité moyen des pays à faible développement humain est de 5,2 en 1997 contre 2,1 dans les pays à développement humain élevé. Ces indices de fécondité varient de 3,3 en Afrique du Sud à 6,8 au Malawi et 6,6 au Mali.

La prévalence contraceptive quant à elle est de 60 %



et 48 % respectivement en Tunisie et au Botswana mais seulement de 4 % en Éthiopie et au Niger. Elle est pendant la même période, 1990-1998, de 75 % en France.

La pression de la société et des hommes souvent pro-natalistes en Afrique fait que les femmes ont rarement la maîtrise de leur fécondité.

Souvent les hommes veulent davantage d'enfants que les femmes. Des enquêtes effectuées au Nigeria ont montré que même chez des étudiantes mariées la non-utilisation de contraceptifs modernes était encore, en 1995, liée au refus du mari dans un cas sur cinq.

Au Kenya, 58 % des femmes contre 49 % des hommes ne veulent plus avoir d'enfants, ces pourcentages sont respectivement de 28 et 19 % au Ghana.

Les conséquences d'une absence de planification familiale sont nombreuses : décès maternels et infantiles dus aux grossesses rapprochées, avortements clandestins effectués dans des conditions dangereuses... Beaucoup de femmes ont recours à ces derniers pour empêcher des naissances non souhaitées. On estime

que 10 à 20 millions d'avortements, pratiqués chaque année dans l'illégalité, entraînent plus de 100 000 morts et des millions de cas d'infections et de stérilité.

Les programmes de maternité sans risque

Trop de femmes meurent encore en donnant la vie ! Le taux moyen de mortalité maternelle enregistré en 1990 est de 640 pour 100 000 naissances vivantes en Afrique au sud du Sahara contre 15,5 dans les pays développés. Si ce chiffre est de 230 en Afrique du Sud il atteint 1 200 en Ouganda et au Sénégal et 1 800 en Sierra Leone. Le risque de mortalité encouru par la femme africaine est de 1/19 contre 1/10 000 chez l'Européenne.

Devant cette situation désastreuse, plus que des vœux, il faut une volonté politique au plus haut niveau, un programme de maternité sans risques dont la mise en œuvre sera facilitée par une mobilisation communautaire, un système de soins prénatals et obstétricaux performant et décentralisé et une approche multisectorielle. En effet, les obstacles pour accéder à une prise en charge de qualité sont variés. Ils sont d'ordre géogra-

Mortalité maternelle : la honte de notre époque, le défi des années à venir

Avec un taux pouvant aller jusqu'à 1 000 pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité maternelle n'est pas liée uniquement au développement économique mais surtout à l'existence de soins obstétricaux de qualité.

La mortalité maternelle constitue la pointe la plus extrême de l'inégalité existant entre les femmes des pays pauvres et celles des pays riches. Mais qu'est-ce que la mortalité maternelle ?

La mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ».

Les morts maternelles se répartissent en deux groupes :

- « Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus » ;

- « Décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse. »

« Le taux de mortalité maternelle est le rapport entre le nombre des décès maternels (directs et indirects) au numérateur et le nombre des naissances vivantes correspondantes au dénominateur, exprimé en pour 100 000. »

Ces définitions sont préconisées depuis longtemps par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui les publie dans la classification internationale des maladies. Elles sont généralement admises, et très largement utilisées à travers le monde.

Malgré les difficultés rencontrées, en particulier dans les pays ne disposant pas de système permanent de recueil de données d'état-civil et de données médicales, la connaissance de la fréquence et des causes de la mortalité maternelle a réellement progressé, depuis une dizaine d'années.

Le taux varie considérablement au sein même des pays pauvres : il atteint des sommets en Afrique subsaharienne, certaines estimations faisant état de taux

supérieurs à 1 000 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays les plus défavorisés, contre des taux de 450 à 600 dans les moins mal lotis. Dans l'enquête Moma, récemment menée dans six pays d'Afrique de l'Ouest, avec la même méthodologie, le taux de mortalité maternelle, non compris le premier trimestre de la grossesse, est de 263 pour 100 000 naissances vivantes, en moyenne dans les capitales tandis qu'il dépasse 850 en zone rurale [4].

Des valeurs plus modérées sont observées en Amérique du Sud de même qu'en Asie où certains pays, tels le Sri Lanka, sont parvenus avec succès à restreindre l'ampleur du phénomène.

Les causes sont également bien répertoriées, hémorragies de la délivrance et du *post partum*, complications de l'hypertension gravidique, infections et dystocies sont les pathologies à l'origine des morts maternelles, dans ces pays. Des traitements efficaces existent pour la plupart d'entre elles. Des études montrent, y compris dans les pays les moins développés et compte tenu des conditions locales, que 70 à 90 % des décès seraient « évitables ». Au sein même d'un pays les différences peuvent être considérables, par exemple entre milieu rural et milieu urbain. Récemment, il a été montré au

Marie-Hélène Bouvier-Colle
Directeur de recherche,
Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) unité 149, Recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes

phique (rayon de couverture encore trop grand dans la plupart des pays, zones enclavées, moyens de déplacement rudimentaires etc.), technique (qualité des services : plateau technique et accueil inadéquats), administratif (lourdeur des règles et procédures), humain (personnel qualifié insuffisant et mal réparti), culturel (lié aux conditions de l'accouchement et au statut de la femme). Dans la plupart des pays africains des programmes nationaux appuyés par une coopération bilatérale et multilatérale sont opérationnels mais les résultats escomptés sont encore loin d'être atteints.

Les programmes de MST/sida

Aujourd'hui près de 15 millions de femmes en âge de procréer dans le monde sont séropositives au VIH. Les taux les plus élevés sont retrouvés en Afrique au Sud du Sahara. Dans les centres urbains d'Afrique australe des taux entre 20 et 30 % sont la norme. Partout, le risque d'infection pour les femmes augmente. Si, dans un pays comme la France, la proportion est passée de 12 à 20 % en 10 ans, en Afrique sub-saharienne cette

proportion a toujours été autour de 50 %. Cette vulnérabilité est plus importante chez les plus jeunes. En effet dans la région ouest du Kenya, entre 15 et 20 ans, 1 jeune fille sur 4 est infectée contre 1 sur 25 chez les garçons, des chiffres comparables sont enregistrés dans d'autres pays de la sous-région comme la Zambie et le Botswana. Les relations sexuelles précoces surtout avec des hommes beaucoup plus âgés expliquent en partie cette situation. Des programmes d'information et de sensibilisation ciblant spécifiquement les jeunes filles ont été à l'origine d'une diminution drastique des taux de prévalence dans cette tranche d'âge dans des pays comme l'Ouganda.

Dans la plupart des pays africains, les comités nationaux de lutte contre les MST/sida appuyés par des organisations non gouvernementales (ONG) et groupements féminins ont développé des programmes de prévention du sida chez les femmes. Dans quelques centres pilotes des projets de prévention de la transmission mère-enfant ont également été initiés.

Sénégal comment le dépistage de la morbidité est directement lié au niveau de qualification du personnel de santé qui assiste les femmes à l'accouchement (sages-femmes, accoucheuses traditionnelles plus ou moins formées, ou famille), ce qui explique les différences de mortalité [8].

L'un des acquis les plus importants de ces dernières années est la reconnaissance du rôle primordial des soins obstétricaux, au moment de l'accouchement et du *post partum*. Ainsi, les différences de mortalité maternelle entre les pays proviennent, certes, de l'inégal développement économique, mais en partie seulement car des pays ayant les mêmes niveaux économiques ont des situations distinctes. Ceci remet en cause la stratégie, prônée auparavant, et faisant la promotion des soins de santé. Les leçons de quinze ans de programmes internationaux, développés en faveur de la maternité sans risques, orientent vers une révision radicale de la politique de santé ; il paraît désormais bon et utile de mettre à la portée de toutes les femmes enceintes des soins de qualité !

D'autres travaux ont mis en lumière les principaux obstacles à la baisse de la mortalité maternelle dans les pays pauvres contemporains, par comparai-

son à la chute qui fut observée dans les pays européens, environ un siècle auparavant. Ces travaux insistent sur la nécessaire distinction à faire entre conditions techniques et conditions politiques, toutes deux composantes essentielles de la santé publique [9].

En ce qui concerne les conditions techniques : l'information sur l'ampleur du problème, son « évitabilité », demeure soit largement indisponible par pays, soit externe ou agrégée [18]. La formation de professionnels de l'obstétrique (accoucheuses traditionnelles, surveillance prénatale) reste illusoire ; la stratégie d'accès aux soins est entravée par la faiblesse du système de santé. En ce qui concerne les aspects politiques, les auteurs soulignent combien la prise de conscience demeure internationalement et faiblement perçue localement par les populations directement concernées, tandis que l'enrôlement et la responsabilité des médecins sur place est bloquée par des conflits d'intérêt. La faiblesse congénitale des Etats et leur manque de ressources ôtent toute crédibilité à leur action en termes d'engagement financier et de réglementation, ce qui limite leur rôle davantage encore.

Ainsi peut-on résumer la situation présente de la manière suivante : les fac-

teurs socio-démographiques constituent de piètres variables prédictives de la mortalité maternelle, la stratégie qui consiste à évaluer le risque au cours de la surveillance prénatale a montré sa faillite et les meilleurs prédicteurs du risque maternel sont ceux établis à proximité de l'accouchement. Par conséquent, assurer l'accès de toutes les femmes, où qu'elles soient, à des soins obstétricaux de qualité semble devoir s'imposer comme perspective. C'est le défi qu'il faut relever dans les années à venir. Compte tenu des coûts que cela suppose (peu de chose en fait comparativement à certains programmes de santé), il s'agira beaucoup de volonté politique.

Dans les pays pauvres, où la santé des femmes dépend en premier lieu de leur rôle de reproductrice, la grossesse et l'accouchement sont encore trop souvent des épreuves, parfois fatales. Le combat pour la santé génésique*, ranimé à la Conférence du Caire, devrait aider les femmes de ces pays-là, avant tout. ■

* Par santé génésique on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités.



L'Association panafricaine pour les femmes contre le sida (SWAA en anglais), dont des branches existent dans plus de 40 pays, étend ses activités dans des domaines aussi variés que le plaidoyer, l'information, l'éducation et la communication, la promotion du préservatif masculin comme féminin, les micro-crédits, la réinsertion des prostituées, le counseling, l'appui aux orphelins. Seuls des programmes prenant en compte les facteurs de risque et de vulnérabilité des femmes, mis en œuvre au niveau communautaire et à large échelle, seront à la hauteur du défi à relever.

Programmes de santé sexuelle

Lutte contre les violences sexuelles

Peu de pays africains ont des programmes de lutte contre la violence tant sexuelle que domestique. Les chiffres officiels sont très limités si l'on se réfère au dernier rapport mondial sur le développement humain [22]. Par ailleurs, ce n'est que récemment que la violence a été considérée comme un problème de santé publique. Au demeurant, par delà les blessures physiques et psychologiques qu'elles entraînent, les violences sexuelles sont à l'origine de MST y compris l'infection par le VIH, de grossesses non désirées et d'avortements

Les freins au succès des programmes

- La non-implication des femmes dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes notamment ceux qui les concernent directement.
- Le faible statut de la femme face à l'homme qui confisque le pouvoir de décision, y compris celui de planifier ou non les naissances.
- Le manque de prise de conscience par les hommes de leur rôle dans les questions de santé en général et ceux de la santé de la reproduction qui relèvent du couple.
- Les barrières juridiques, surtout la persistance dans les textes nationaux des dispositions de la loi française de 1920 réprimant la contraception et la propagande anticonceptionnelle, dans certains pays africains francophones.
- La désorganisation des systèmes de santé : la mise en œuvre des divers projets initiés par les pays s'est heurtée à des difficultés parmi lesquelles on peut citer l'organisation des systèmes de santé ancrée dans la logique des programmes verticaux, l'insuffisance de préparation des prestataires de services, l'inadaptation des locaux pour permettre une prise en charge intégrée selon les problèmes de santé ou selon le groupe concerné (femmes, adolescents, personnes âgées).
- Les difficultés d'accès aux services pour certaines catégories de la population comme les jeunes et particulièrement les jeunes filles.
- La faiblesse des financements tant nationaux qu'internationaux : L'environnement au niveau des pays est marqué par la faiblesse des ressources publiques allouées à la santé et leur mauvaise gestion. En plus l'aide internationale reste largement insuffisante, les procédures pour accéder à ces fonds sont souvent longues et complexes et les critères d'éligibilité restrictifs. ACS

clandestins. Le viol également demeure une des formes les plus perverses d'humiliation de la femme.

Les violences domestiques contraignent souvent les femmes et limitent considérablement leur capacité à contrôler leur sexualité et leur fécondité.

Des ONG et associations de plus en plus nombreuses luttent contre toutes les formes de violences faites aux femmes, à travers des campagnes d'information et d'éducation sur l'ampleur et la gravité du phénomène et sur les droits de la personne humaine. Dans différents pays, des groupes de pression se constituent. C'est le cas du Botswana où une ONG dénommée « Emang Basadi » (femmes levez-vous) vise la promotion des femmes politiciennes afin qu'elles soient dans des positions qui leur permettent de mieux défendre les droits des femmes et améliorer leur statut. Au Sénégal, les cas de violence domestique sont de plus en plus médiatisés. Les femmes juristes se sont mobilisées pour vulgariser le code de la famille et les textes juridiques en faveur des femmes. Le meurtre de la dame Doki Niassé à Kaolack par son mari et la séquestration avec coups et blessures sur la dame Astou Mbengue à Diourbel par son mari ont été les détonateurs pour la mise en place d'un comité de soutien contre toutes les formes de violence à l'égard des femmes. Au Zimbabwe, un groupe appelé « Musasa » effectue des sessions de formation pour sensibiliser la police à la détresse des femmes.

Les mutilations sexuelles

Pratique traditionnelle assez répandue, les mutilations sexuelles sont également une forme de violence faite aux femmes. L'excision et l'infibulation en sont les plus courantes. Quelles que soient les raisons invoquées, culturelles, hygiéniques, esthétiques ou religieuses, la cruauté du geste, la gravité des conséquences sur la santé et la sexualité des fillettes et des femmes, font de ces mutilations sexuelles une violation des droits de la personne. Malgré les mesures juridiques prises par certains pays, la pression de l'opinion internationale, la lutte des mouvements de femmes et les campagnes médiatiques, cette pratique est encore vivace. L'OMS estime à 120 millions le nombre de fillettes et de femmes qui ont subi l'une ou l'autre forme de mutilation sexuelle. En outre, 2 millions de fillettes risquent chaque année d'être mutilées. La plupart vivent dans 28 pays d'Afrique parmi lesquels : le Soudan, Djibouti, l'Éthiopie, le Mali et le Nigeria. Le plaidoyer devra continuer à se faire au niveau des décideurs politiques, des communautés et des familles pour lever les tabous et les croyances erronées qui entourent ces pratiques.

Les gouvernements dans plusieurs parties du monde ont entrepris des réformes allant dans le sens du renforcement et de l'opérationnalisation des programmes : les mutilations génitales ont été interdites au Kenya, au Mali, en République centrafricaine et au Sénégal.

Autres problèmes de santé

Bien d'autres problèmes de santé qui assaillent les femmes ne font pas l'objet de programmes spécifiques.

Il en est ainsi des pathologies cancéreuses féminines et des troubles mentaux, entre autres.

Par ailleurs, dans la plupart des autres programmes de santé, une approche genre n'est pas adoptée, ce qui conduit souvent à une marginalisation des femmes. Les programmes de lutte contre la drogue et le tabagisme par exemple, ciblent plus les garçons que les filles.

Il ne faut pas oublier que les femmes ne sont pas seulement bénéficiaires de programmes, elles jouent un rôle important dans l'adhésion et le succès de certains programmes comme le Programme élargi de vaccination (PEV) mais aussi dans la prise en charge des malades en tant que dispensatrices de soins.

Conclusion

La réduction des disparités de genre, l'amélioration du statut des femmes pour qu'elles exercent le droit de gérer leur corps, leur sexualité et leur fécondité, l'élimination de toute forme de violence à l'égard des femmes permettront de diminuer en grande partie leur vulnérabilité vis-à-vis des problèmes majeurs de santé.

Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre des programmes sont actuellement dérisoires. Elles doivent provenir d'abord d'un effort national. Cet effort national doit être soutenu et accompagné par les contributions des agences de coopération bilatérales et multilatérales.



© Médecins du monde. Photo Jean-Pierre Degas

Améliorer la santé de l'enfant

Les actions les plus probantes pour l'amélioration de la santé des enfants dans les pays pauvres concernent la lutte contre les maladies infectieuses, mais aussi l'accès à une eau et une alimentation de qualité.

Claire Brisset
Directrice de
l'information au
Comité français pour
l'Unicef

Aider les pays les plus démunis de la planète à améliorer la situation sanitaire de leurs enfants suppose en premier lieu une investigation sur la mortalité et la morbidité qui y sévissent. Cette évidence n'a pas toujours été strictement respectée par les bailleurs d'aide extérieure ni même par les pays en cause, dont les soucis de prestige, voire les préoccupations économiques, ont parfois pris le pas sur les exigences de la santé publique.

Aujourd'hui, études épidémiologiques et maturité politique aidant, les données se sont quelque peu éclaircies, aussi bien celles qui tiennent à la morbidité et à la mortalité des enfants dans les pays du Tiers Monde qu'à la stratégie à mettre en œuvre pour les réduire.

En termes de morbidité et de mortalité des enfants dans les pays en développement, quelles sont les données qui, à présent, recueillent la quasi-unanimité ?

La première est sans aucun doute la suivante : ce qui pèse le plus lourdement demeure le couple mal-

nutrition-infections, et leur interaction réciproque. À l'heure actuelle, environ 180 millions d'enfants continuent de souffrir de malnutrition (à des degrés divers) dans le Tiers Monde. Cette malnutrition fait le lit de toutes les infections, les aggrave de manière parfois dramatique, comme la banale rougeole. En retour, les infections provoquent, aggravent et parfois même précipitent dramatiquement la malnutrition, qu'il s'agisse d'attaques microbiennes, virales, ou parasitaires. Un exemple : les ascaris présents dans le système digestif d'un enfant peuvent absorber jusqu'à 10 % de sa ration alimentaire, et un accès de paludisme peut « coûter » jusqu'à 5 000 calories.

Deuxième constatation : les douze à treize millions d'enfants qui meurent chaque année dans le Tiers Monde sont emportés, dans leur écrasante majorité, par des infections bénignes que, grâce à une nutrition adaptée et à des procédures très simples de prévention et de traitement, l'on serait parfaitement en mesure de prévenir ou d'enrayer.