

**COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE
SIXIEME CONFERENCE REGIONALE SUR LES FEMMES
EXAMEN A MI-PAROURS DE LA MISE EN OEUVRE
DES RECOMMANDATIONS DE LA PLATE-FORME DE DAKAR
ET DU PROGRAMME D'ACTION DE BEIJING**

RAPPORT D'EVALUATION : LES FEMMES ET LA SANTE

NOVEMBRE, 1999

Rapport de synthèse commandité par la Commission économique pour l'Afrique

REMERCIEMENTS

La Commission Economique pour l'Afrique remercie chaleureusement toutes les personnes et institutions qui ont contribué par différents moyens à l'élaboration et la publication des douze rapports d'évaluations thématiques. Un remerciement spécial est adressé particulièrement aux :

- **Donnateurs:**
 - L'Agence suédoise pour le développement international (SIDA)
 - La Banque Mondiale
 - L'agence canadienne pour le développement international (CIDA)
 - Le Gouvernement de la France
 - Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)
 - Le Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme (UNIFEM)
 - Le Bureau International du Travail (BIT)
 - La Commission Economique pour l'Afrique

- **Consultants** qui ont recueilli les données, écrit les rapports et présenté des résumés aux ateliers d'évaluations thématiques de la 6ème Conférence Régionale Africaine sur les Femmes sur l'examen à mi-parcours des plates-formes d'action de Dakar et de Beijing qui s'est tenue du 22 au 26 novembre 1999 à Addis Abéba, Ethiopie :
 - Jean Njeri Kamau
 - La participation des femmes au processus de paix (Women's participation in the peace process)

 - Les droits fondamentaux et les droits humains des femmes (Human rights of women)

 - Anthony D. G. Mawaya
 - L'accès de femmes aux responsabilités politiques (Political empowerment of women)

 - Les mécanismes institutionnels pour la promotion des femmes (Institutional mechanisms for the advancement of women)

 - Perpetua Katepa-Kalala
 - Les femmes et la pauvreté (Women on poverty)

 - Le renforcement du pouvoir économique des femmes (Economic empowerment of women)

 - Hoda Mejri
 - Les femmes, la communication, l'information et les Arts (Women, communication, information and the arts)

 - Daraba Saran Kaba
 - L'accès insuffisant des femmes à l'éducation, à la formation ainsi qu'à la science et à la technologie (Women, education, training and access to science and technology)

- L'amélioration de la santé des femmes, y compris la planification familiale et des programmes en faveur des populations
(*Women and health*)
- Solange Gomba Lemba
 - Rôle de la femme dans la gestion des ressources naturelles, femmes et environnement
(*Women and the environment*)
 - Elaboration et utilisation généralisées de données ventilées par sexe (*Analysis and utilisation of gender-disaggregated data*)
- Khardiata Lo N'Diaye
 - Le rôle vital de la femme dans la famille, la culture et la socialisation (*Women, the family and socialisation*)
 - La petite fille (*The Girl Child*)
- **Editeurs virtuels:**
 - M. Ken Blackman,
 - Mme. Wangu Mwangi-Greijn, et
 - Mme. Ghyslaine De Souza
- **Personnel de la CEA:**
 - L'Equipe de la Communication
 - Les représentants des Divisions aux ateliers d'évaluations thématiques
- **Consultants éditeurs et réviseurs**
 - Mme Hirut Befecadu
 - Mme. Axelle Kabou
 - Dr. Wanja Thairu
- **Participants** des Ateliers d'évaluations thématiques de la 6ème Conférence Régionale Africaine sur les Femmes sur l'examen à mi-parcours des Plates-formes d'action de Dakar et de Beijing (22 au 26 novembre 1999 à Addis Abéba, Ethiopie), qui représentaient les Départements nationaux chargés de la promotion de la femme, les Organisations non gouvernementales nationales et internationales, les Universités et les Agences des Nations Unies.

Note

Les points de vue exprimés dans les rapports d'évaluation thématiques sont ceux des auteurs et ne sont pas nécessairement ceux des institutions/pays qui ont fourni l'appui financier.

Au moment de la reproduction de cette version du CD-ROM, la traduction des rapports thématiques d'évaluation était en cours, ainsi la présentation de ces rapports est dans leur langue originale.

PREFACE

Depuis la Conférence du Caire sur la population et le développement et depuis la Conférence de Beijing, certains progrès ont été enregistrés sur le continent africain en matière de santé. D'une manière générale, il semble que les enjeux de la santé de la femme soient mieux perçus sur le continent depuis la tenue de ces Conférences. Plus de la moitié des pays africains ont érigé la santé en priorité et effectué une évaluation de ce secteur. Quarante-quatre pays ont retenu la santé dans leur plan d'action national pour la mise en oeuvre des recommandations de la Plate-forme et du Programme. Plusieurs pays africains ont défini leurs principales priorités en matière de santé. Bon nombre d'entre eux ont procédé à des réaménagements institutionnels pour mieux prendre en compte les recommandations de la Plate-forme de Dakar, du Programme d'action du Caire et du Programme d'action de Beijing. Un pays de l'Afrique centrale a même organisé un forum national sur la santé à la suite de la Conférence de Beijing.

Ces initiatives interviennent cependant dans un contexte caractérisé par un certain nombre de contraintes : pénurie de ressources humaines et financières, politiques sanitaires privilégiant les grandes infrastructures au détriment des centres de santé, exode des compétences médicales africaines vers les pays développés, pénurie de personnel pour la maintenance des infrastructures, paupérisation des populations, baisse des concours extérieurs dans le secteur de la santé. Dans plusieurs pays, les organisations non gouvernementales et les organisations de la société civile restent les principaux pourvoyeurs de services de santé aux communautés en général et, en particulier, aux adolescentes.

La prise en compte de la santé des femmes laisse à désirer dans de nombreux pays comme l'indique le taux de mortalité infantile du continent qui est le plus élevé au monde et qui continue de croître. La santé reproductive des adolescentes et la pandémie de VIH/sida restent des questions préoccupantes. Bien que la majorité des pays africains considèrent la santé comme une question prioritaire, le présent rapport note que, "la santé des femmes, en tant que domaine spécifique, n'a pas reçu l'attention requise, qu'il s'agisse de programmes de plaidoyer ou de ressources". Le concept de femme et santé reste interprété en termes de santé maternelle au détriment d'autres aspects importants. Les femmes continuent d'avoir des problèmes d'accès aux soins de santé de base.

Par ailleurs, les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des recommandations concernant "les femmes et la santé" et dans la prise en compte des femmes dans les politiques et les stratégies publiques de santé, sont difficiles à mesurer pour deux raisons majeures : peu de pays africains ont formulé des politiques spécifiquement axées sur la santé des femmes ; l'analyse de genre n'est pas appliquée à ce secteur, faute de formation permettant de maîtriser les outils de cette approche.

Dans le cadre de son mandat, qui consiste notamment à promouvoir l'intégration de l'analyse de genre dans le processus de formulation et de mise en oeuvre des politiques et des stratégies nationales de développement, le Centre africain pour la femme espère que les conclusions du présent rapport permettront de renforcer le dialogue technique avec les institutions nationales, régionales, sous-régionales et internationales compétentes pour accélérer la mise en oeuvre des recommandations de la Plate-forme de Dakar et du Programme d'action de Beijing.

INTRODUCTION

La sixième Conférence régionale africaine sur les femmes, qui s'est tenue en novembre 1999 à Addis-Abéba, avait pour objectif de procéder à l'examen à mi-parcours de la mise en oeuvre des recommandations de la Plate-forme de Dakar et du Programme d'action de Beijing. Cette Conférence entre dans le mandat de la Commission économique pour l'Afrique qui, à l'instar des autres commissions régionales de l'ONU, a été chargée d'examiner les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des recommandations de la Conférence de Dakar et de la Conférence de Beijing, en vue de la revue mondiale «Beijing + 5» prévue pour juin 2000, à New York.

Le présent rapport d'évaluation à mi-parcours entre dans ce cadre. Il tente d'évaluer les progrès réalisés par les pays africains dans la mise en oeuvre des recommandations relatives à la santé des femmes, la planification familiale et les programmes en faveur des populations. Il s'efforce, par ailleurs, d'identifier les principales contraintes à la réalisation de certains objectifs prioritaires concernant la santé des femmes.

Les contributions de l'atelier consacré à ce thème, à la sixième Conférence régionale sur les femmes, ont permis d'améliorer substantiellement le contenu du présent rapport. L'atelier a notamment insisté sur la nécessité d'axer les campagnes de mobilisation pour la lutte contre le VIH/SIDA et les autres MST sur la santé reproductive des adolescentes. Il a recommandé que les systèmes de planification familiale soient centrés sur cette question et adaptés aux conditions socio-économiques des pays africains. Par ailleurs, cet atelier a jeté de nouvelles lumières sur les initiatives communautaires en matière de santé et insisté sur la nécessité de lier les ressources des communautés à leurs besoins.

Les participantes ont notamment recommandé de mieux intégrer les pratiques médicales traditionnelles dans les systèmes de santé et de mieux exploiter le potentiel thérapeutique autochtone. De riches échanges ont révélé une croissance inquiétante des taux de mortalité maternelle (dont les causes sont pourtant bien connues) et une vive préoccupation face à la quasi-absence de volonté politique des Etats de lutter contre la pandémie de SIDA.

Les femmes africaines ont demandé que les programmes de développement, en général, les programmes et les politiques de santé destinés aux femmes, en particulier, soient conçus selon une perspective de genre. Enfin, elles ont recommandé qu'une approche pluridisciplinaire soit adoptée pour traiter des questions relatives à la santé des femmes ; que des agents soient formés, au niveau national, aux techniques de collecte et d'analyse de données ventilées par sexe pour que les besoins et les préoccupations des femmes puissent être mieux pris en compte dans les politiques et les programmes nationaux.

1. OBJECTIFS ET MESURES

Les cinq objectifs stratégiques consignés dans la Plate-forme de Dakar et dans le Programme de Beijing, pour ce domaine, consistent à :

- « élargir l'accès des femmes, tout au long de leur vie à des soins de santé, à l'information et à des services connexes adaptés, abordables et de bonne qualité ;
- renforcer les programmes de prévention propres à améliorer la santé des femmes ;
- lancer des initiatives tenant compte des besoins des femmes face aux maladies sexuellement transmissibles, au VIH/SIDA et aux autres problèmes de santé se rapportant à la sexualité et à la procréation ;
- promouvoir la recherche et diffuser des informations sur la santé des femmes ;

- augmenter les ressources consacrées à la santé des femmes et suivre et évaluer la situation dans ce domaine ».

La Plate-forme et le Programme ont traité, en outre, de thèmes plus spécifiques. Ainsi, le Programme a, notamment, recommandé « d'accroître le soutien financier et autre, de toutes sources, à la recherche préventive, biomédicale, comportementale, épidémiologique concernant la santé féminine et aux études sur les services de santé s'adressant aux femmes, ainsi qu'à la recherche sur les causes et conséquences sociales, économiques et politiques des problèmes de santé des femmes, y compris les effets des inégalités entre les sexes et ceux de l'âge, notamment en ce qui concerne les maladies chroniques et les maladies non transmissibles (entre autres les affections cardio-vasculaires, les cancers, les affections et lésions de l'appareil génital), l'infection par le VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles, les maladies liées à la pollution et les maladies tropicales ».

La violence à l'égard des femmes et les maladies liées au vieillissement ont également fait l'objet de recommandations.

Le Programme d'action de Beijing s'inspire des recommandations du Programme d'action de la Conférence du Caire relatives à la santé génésique et aux droits des femmes et de celles du Programme d'action de la Conférence sur les droits de l'homme (1993). Il énonce, cependant, de nouvelles recommandations qui reconnaissent aux femmes le droit d'exercer un contrôle sur leur santé et sur leur vie sexuelle.

Le droit de la femme à la santé est, par ailleurs, énoncé dans la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Le Programme de Beijing et la Plate-forme de Dakar ont recommandé que l'ensemble des questions concernant la santé des femmes soit traité selon une perspective de genre. L'analyse de genre est d'autant plus pertinente qu'elle vise à prendre intégralement en compte les expériences et les préoccupations des hommes et des femmes dans l'identification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes à caractère social, économique et politique. Elle a pour but, à terme, d'instaurer l'égalité entre les hommes et les femmes.

2. CONTEXTE

La forte participation des pays africains à Beijing a permis d'attirer l'attention sur la situation particulièrement difficile de l'Afrique qui est actuellement caractérisée par des guerres civiles, des réformes structurelles coûteuses et une marginalisation liée à la mondialisation des échanges. Les résultats de l'examen à mi-parcours de la mise en œuvre des recommandations de la Plate-forme de Dakar et du Programme de Beijing devraient être appréciés en fonction de ces contraintes.

La Conférence de Dakar a notamment relevé que la situation des femmes et des petites filles en matière de santé et de nutrition, en Afrique, est parmi les moins satisfaisantes dans le monde. Les faibles performances du continent africain, dans ce domaine, ont été attribuées notamment aux facteurs suivants : le taux d'analphabétisme élevé chez les femmes ; la pauvreté absolue ; la faible participation des femmes au processus de prise des décisions concernant notamment leur fécondité ; la non-prise en compte des genres dans l'identification, la formulation, la planification et l'exécution des programmes de développement.

On estime que, en 1992, le taux de mortalité maternelle, en Afrique, était de 540 pour 100 000, contre 1 pour 100 000 en Europe du Nord. Le taux de mortalité infantile du continent est également l'un des plus élevés au monde avec 103 décès pour 1000 naissances vivantes. L'avortement à risques représente 30% de la mortalité maternelle dans certains pays africains. On estime que le taux de fécondité, très élevé, se situe entre 6 et 7 enfants par femme. Le taux d'emploi moyen de contraceptifs pour l'ensemble de la région est de 11 %. L'espérance de vie est la plus faible au monde : 49 ans pour les hommes et 52 ans pour les femmes. Le taux de

grossesse est de 18 % chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans, contre 8% pour l'Amérique du Sud qui est classée au deuxième rang.

Le taux élevé de morbidité maternelle enregistré en Afrique s'explique par le manque d'accès aux services de santé, à l'information et la présence de maladies chroniques telles que le paludisme et la malnutrition. Les effets des maladies sexuellement transmissibles (MST) et le VIH/SIDA constituent des menaces alarmantes pour la santé et la vie des femmes. Les mutilations sexuelles féminines, très répandues en Afrique sub-saharienne et en Égypte, ont été identifiées en tant que pratiques traditionnelles ayant des conséquences désastreuses pour les filles et les femmes.

3. MÉCANISMES DE SUIVI

3.1 Au niveau du système des Nations Unies

Le mécanisme de suivi, au niveau du système des Nations Unies, comprend les organismes suivants : la Commission de la condition de la femme, le Comité pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM), l'Institut international de recherche et de formation pour la promotion de la femme (INSTRAW) et la Division pour la promotion de la femme.

La Commission de la condition de la femme se réunit une fois l'an. Il en est de même du Comité pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. A sa session de 1998, la Commission de la condition de la femme a largement examiné les questions relatives à la santé de la femme.

Une équipe spéciale interinstitutions a été constituée au sein du Comité administratif de coordination (CAC). Ainsi, l'équipe chargée d'examiner les questions relatives aux services sociaux de base se compose des organisations suivantes : FNUAP (présidence), OIT, FAO, OMS, UNESCO, ONUDI, FMI, Banque Mondiale, PNUD, UNICEF, PNUJ, FEM, PNUCID, PAM, HCR, UNRWA, Habitat, les Commissions régionales, DPCSD/ONU, DESIPA/ONU, DHA/ONU.

L'équipe spéciale du CAC chargée des services sociaux de base pour tous a retenu les questions de santé dans son programme de travail. Cette équipe appuie, au niveau des pays, les activités de suivi des recommandations des Programmes d'action des conférences de l'ONU notamment celles du Caire, de Copenhague et de Beijing. Elle a créé des groupes de travail sur les soins de santé primaire, les soins de santé génésique et le renforcement des capacités nationales de suivi de la mortalité maternelle et infantile. Elle a approuvé 15 indicateurs mondiaux pour la santé génésique.

Ces groupes de travail ont établi des directives sur ces thèmes particuliers. Ils ont également suggéré plusieurs actions essentielles visant à permettre au réseau de coordonnateurs résidents d'améliorer la santé génésique. L'OMS a également publié une liste d'indicateurs utilisables à l'échelon local. Le FNUAP a sélectionné un ensemble complet et détaillé d'indicateurs applicables aux programmes de population à l'intention, notamment, des responsables des programmes pays.

La Division de la promotion de la femme a organisé, conjointement avec le FNUAP, l'OMS et de concert avec le Secrétariat du Commonwealth, une réunion d'experts sur les femmes et la santé qui s'est tenue, du 28 septembre au 2 octobre 1998, à Tunis.

La Commission de la condition de la femme, l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et le Comité pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ont assuré le suivi des questions relatives aux pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des filles, à travers l'examen des rapports soumis par les pays participants. Ce volet transversal a été intégré dans la rubrique intitulée «la santé, la violence et la petite fille ».

3.2 Au niveau régional

La Plate-forme africaine a recommandé que «la coordination, le suivi et la mise en valeur des questions relatives à la santé de la femme», notamment, soient «confiés au CRAC en étroite collaboration avec les OIG telles que la ZEP, la SADC, la CEDEAO, etc. ainsi que le Secrétariat conjoint OUA/BAD/CEA et les organismes compétents des Nations Unies tels que l'UNIFEM et en consultation avec ceux-ci, tel que stipulé dans les cadres institutionnels existants, qui collaboreraient avec eux ». Il a, par ailleurs, été recommandé que ce dispositif se réunisse annuellement et présente un rapport à la Conférence des ministres de la CEA, au Conseil des ministres de l'OUA et à la Conférence des chefs d'Etat et de gouvernement de l'OUA tous les deux ans.

3.3 Au niveau national

La Plate-forme de Dakar et le Programme d'action Beijing ont recommandé que le suivi des mesures visant à permettre aux femmes d'accéder à des rôles de responsabilité soit assuré par des institutions créées à cet effet.

Compte tenu de la diversité des formes que revêtent ces institutions, d'un pays à l'autre, (départements ministériels, directions nationales ou ONG faisant office de bureau technique avec avis consultatif), il a été proposé que le suivi des questions concernant la santé de la femme soit assuré, au niveau national, par les comités préparatoires des Conférences de Dakar et de Beijing. Cependant, plusieurs pays ont opté pour la mise en place de commissions interministérielles chargées de discuter de l'exécution des plans nationaux et des stratégies de mobilisation de ressources.

Les exemples de fonctionnement de ces commissions dont nous disposons ne concernent que le pays membres de la SADC et quelques autres pays tels que le Sénégal, le Cameroun et le Nigeria. Les rapports nationaux et le nombre de rencontres organisées dans les pays indiquent, cependant, que la période post-Beijing est caractérisée par une prise de conscience de la nécessité d'éliminer toutes les formes de discriminations à l'égard de la femme et de mieux prendre en compte ses besoins et ses aspirations dans les programmes et projets de développement.

4. RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS DES RÉUNIONS ET CONFÉRENCES DE SUIVI

Depuis la tenue de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, les rencontres suivantes ont confirmé les objectifs spécifiques et les stratégies contenus dans la Plate-forme de Dakar et dans le Programme d'action de Beijing :

- les réunions annuelles de la Commission de la condition de la femme ;
- les réunions du Comité sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ;
- les assemblées annuelles de l'OMS ;
- la réunion du groupe d'experts sur l'application de la perspective de genre au traitement des questions de santé ;
- la Conférence internationale sur le thème "Les femmes africaines et le développement économique : investir dans notre avenir", organisée dans le cadre des activités de célébration du quarantième anniversaire de la CEA ;
- les réunions sous-régionales de suivi de la mise en œuvre de la Plate-forme de Dakar et du Programme d'action de Beijing ;
- la réunion de suivi des recommandations du Programme d'action du Caire tenue cinq ans après son adoption.

D'une manière générale, les diverses réunions de suivi de la mise oeuvre du Programme d'action de Beijing ont eu pour objectifs de : rappeler les objectifs stratégiques dudit Programme et élaborer une démarche systématique de suivi et de coordination. Il en est ainsi des réunions techniques tenues par les agences intervenant dans le domaine de la santé (OMS, Banque mondiale, UNICEF, PNUD, FNUAP, FAO, HCR, ONUSIDA et PAM) et de celles organisées par certains donateurs (Allemagne, pays nordiques, la BAD et la BID).

Ces réunions ont recommandé des mesures qui concernent les plans institutionnel, opérationnel et stratégique :

4.1 AU PLAN INSTITUTIONNEL

Les rôles impartis aux divers acteurs, à chaque stade d'intervention, pour faciliter la réalisation des activités, dans les pays, ont été réaffirmés.

Ainsi, il a été rappelé que : « C'est aux gouvernements qu'il incombe au premier chef d'appliquer le Programme d'action. Cette mise en oeuvre nécessitant un engagement politique au niveau le plus élevé, ils devraient prendre la direction des activités de coordination, de contrôle et d'évaluation ».

Le Programme de Beijing a spécifiquement identifié les acteurs suivants :

- "les gouvernements, en coopération avec les organisations non gouvernementales et les associations patronales et syndicales avec l'appui des institutions internationales" pour la mise en oeuvre de l'objectif consistant à "élargir l'accès des femmes tout au long de leur vie à des soins de santé, à l'information et à des services connexes adaptés, abordables et de bonne qualité" ;
- "les gouvernements en collaboration avec les organisations non gouvernementales, les organes d'information, le secteur privé et les organismes internationaux compétents, notamment les organismes des Nations Unies" pour la mise en oeuvre de l'objectif consistant à "renforcer les programmes de prévention propres à améliorer la santé des femmes";
- "les gouvernements, les organisations internationales, notamment les organismes compétents des Nations Unies, les donateurs bilatéraux et multilatéraux et les organisations non gouvernementales" pour la réalisation de l'objectif consistant à "lancer des initiatives tenant compte des besoins des femmes face aux maladies sexuellement transmissibles, au VIH/sida et aux autres problèmes de santé se rapportant à la sexualité et à la procréation";
- "les gouvernements et administrations à tous les niveaux, en collaboration avec les organisations non gouvernementales, en particulier les organisations féminines et de jeunesse" pour l'atteinte de l'objectif consistant à augmenter les ressources consacrées à la santé des femmes et suivre et évaluer la situation dans ce domaine".

Les gouvernements ont, ainsi, pour mission d'initier les efforts, de faire preuve d'engagement et de volonté politique en créant un environnement juridique approprié ; de veiller à ce que les activités menées au niveau national soient impulsées et coordonnées en partenariat avec organisations de la société civile. Dans cette perspective, il a été demandé au Cameroun, au Nigeria, au Botswana et à la Zambie de mettre en place une législation adéquate. Le Sénégal, le Rwanda et l'Ouganda ont été invités à mieux définir les règles du jeu démocratique.

Par ailleurs, les institutions internationales, les organisations régionales et sous-régionales ont été invitées à faciliter et appuyer les initiatives visant à accélérer la réalisation des objectifs de la Plate-forme et du Programme.

Enfin, il a été instamment demandé à ces acteurs de coopérer entre eux pour éviter les duplications et les gaspillages de ressources.

4.2 AU PLAN OPÉRATIONNEL

Le Centre africain pour la femme a organisé une série de réunions sous-régionales de suivi de la Conférence de Beijing, afin de :

- proposer aux pays participants une méthode d'élaboration de prototype de plan d'action comportant des objectifs mesurables, des cibles, un échéancier, une estimation des ressources nécessaires et des acteurs précisément identifiés ;
- harmoniser les canevas de présentation des plans d'action et des plans d'évaluation pour faciliter le processus de suivi et d'évaluation à l'échelle du continent.

Ces réunions ont, en outre, recommandé qu'un calendrier précis soit arrêté pour la réalisation des objectifs stratégiques et insisté sur la collaboration entre les gouvernements et les ONG d'une part ; et entre les ONG et les agences de financement, d'autre part.

La CEA a organisé la sixième Conférence régionale africaine sur les femmes, en novembre 1999, pour permettre à l'ensemble des participants de se concerter. Cette Conférence a recommandé que les ministères techniques soient impliqués dans la mise en oeuvre de la Plate-forme et du Programme, pour veiller à ce que l'analyse de genre soit appliquée aux volets dont ils ont la charge, afin de prendre en compte les besoins et les préoccupations des femmes. L'implication des ministères techniques a été jugée d'autant plus nécessaire que des ressources importantes sont parfois allouées à des secteurs où les femmes continuent de subir des discriminations. La CEA a adressé à tous les pays africains un aide-mémoire sur l'évaluation des plans d'action nationaux.

4.3 AU PLAN STRATÉGIQUE

Deux leçons majeures ressortent des réunions de suivi de la Conférence de Beijing organisées à l'échelon national, sous-régional et régional, sur le continent :

1. La question de la promotion de la femme est devenue une question de développement. En tant que telle, elle requiert la mobilisation des hommes et des femmes sur une longue période pour espérer obtenir des résultats durables.
2. Il est indispensable de sensibiliser les femmes sur les questions relatives à leur situation, leurs droits et devoirs afin de susciter un vaste mouvement de responsabilisation, seul garant d'un changement de mentalité et de comportement.

Pour vulgariser les recommandations des réunions de suivi de la mise en oeuvre du Programme de Beijing sur les questions de santé, il a été préconisé de :

- associer les directrices de programmes et de projets travaillant dans des domaines autres que celui de la promotion des femmes ou de la protection sociale, à tous les niveaux, pour qu'elles puissent participer à la définition des stratégies et des actions qui les concernent ;
- élaborer des programmes d'IEC en vue de sensibiliser les communautés locales aux questions d'hygiène publique et familiale, de nutrition, de santé reproductive et de santé environnementale ;
- organiser régulièrement des rencontres entre les différents acteurs du développement social ;
- organiser des rencontres nationales visant à vulgariser certaines notions de santé ;

- intensifier le dialogue entre les gouvernements, les ONG et les autres partenaires ;
- instaurer un dialogue permanent entre toutes les couches de la société sur les questions ayant trait aux disparités entre les hommes et les femmes.

5. RESSOURCES ALLOUÉES PAR LES NATIONS UNIES, LES GOUVERNEMENTS ET DIVERSES INSTITUTIONS

Le Rapport sur la santé dans le monde de 1998 constate que : “on a pratiquement cessé d’investir dans la santé en Afrique». En effet, les secteurs sociaux, y compris celui de santé, ont été particulièrement touchés par l’aggravation des déficits budgétaires : loin de s’accroître, la part du PNB allouée à la santé a diminué. Ce rapport relève, en outre, qu’il n’existe pas de données “fiables et validées” sur le financement des soins de santé dans les pays en développement, en général, et qu’il est difficile d’obtenir des informations sur les dépenses du secteur privé.

Cette situation explique que les ressources complémentaires requises pour la promotion de la santé, proviennent d’organisations non gouvernementales, de donateurs bilatéraux et internationaux. Compte tenu de la faiblesse des ressources du secteur public, liée à la récession économique et à la réduction des flux de l’aide publique au développement, certaines activités de lutte contre la maladie et de promotion de soins de santé de base, (campagnes en faveur de la santé maternelle et infantile, campagnes de vaccination, etc.) sont devenues tributaires des financements extérieurs. En Afrique, la coordination de cette aide continue de poser un problème. Rares sont les pays qui sont satisfaits de la répartition actuelle des ressources financières entre les services de promotion et ceux de soins de santé.

S’agissant des ressources humaines, l’on note que les piètres performances des établissements sanitaires et le manque d’efficacité du personnel de santé restent préoccupants. La fuite des cerveaux se poursuit. Le secteur public est de moins en moins en mesure de répondre aux besoins existants. Le chômage des jeunes diplômés se fait particulièrement sentir dans le secteur de la santé (*Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 1998*). Cependant, certains pays africains tels que le Ghana, le Cameroun ont avancé des chiffres qui, à défaut d’être exhaustifs, indiquent que les gouvernements sont déterminés à “donner le ton” en ce qui concerne les efforts visant à améliorer la santé des femmes.

La plupart des pays africains sont conscients de la nécessité de remédier rapidement à cette situation. La décentralisation réussie des services de santé, suppose l’existence d’une capacité suffisante d’administration et de gestion et de mécanismes permettant de garantir la transparence et la participation du public. Or, il semble que les agents de santé ne soient pas attirés par les soins de santé primaires, faute d’incitations et en raison l’éloignement des zones d’implantation de ce type de services.

Bon nombre de pays africains placent le développement des infrastructures au centre de leur politique sanitaire. Les hôpitaux continuent à absorber la plus large part du budget de la santé, parfois aux dépens des centres de santé. Les installations et les équipements sont généralement mal entretenus, faute de ressources financières et pour des raisons d’ordre culturel. Dans bien des cas, les équipements existants ne pourraient être maintenus sans le concours de la coopération internationale. Pour remédier à cette situation, les pays africains s’efforcent d’améliorer la qualité des soins en utilisant au mieux les ressources existantes et en cherchant à identifier les bonnes pratiques afin de les appliquer.

La participation communautaire est devenue nécessaire pour relancer la stratégie de la santé pour tous. Cette participation est encouragée pour ce qui concerne l’achat des équipements médicaux, la prise en charge de certains coûts récurrents (entretien des bâtiments) et la répartition des coûts (pour rendre les médicaments plus accessibles et pour en abaisser les prix).

6. PROGRÈS RÉALISÉS

Reconnaissant que « les femmes ont le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale » et que « la jouissance de ce droit est d'une importance cruciale pour leur vie et leur bien-être, et pour leur aptitude à participer à toutes les activités publiques et privées », les gouvernements africains se sont engagés, aux sessions régionales de l'OMS, de l'OUA et d'organisations sous-régionales, à prendre des mesures en vue de mettre en œuvre les recommandations citées plus haut.

Ces mesures visent à répondre aux besoins des hommes et des femmes de tous âges et à assurer la participation des femmes aux structures d'animation, de planification, de décision, de gestion, d'exécution, d'organisation et d'évaluation des services de santé.

6.1 IDENTIFICATION DE LA SANTÉ EN TANT QUE PRIORITÉ

La santé figure dans les domaines prioritaires identifiés dans les plans d'action de trente quatre des cinquante trois pays du continent. En outre, plusieurs pays ont révisé leurs politiques et réorienté leurs programmes et leurs activités de santé pour être en mesure de relever les défis de la Plate-forme et du Programme. Ils ont cependant rencontré un certain nombre de difficultés au cours des cinq écoulées. Les principales contraintes ont trait au manque de ressources financières, humaines, matérielles et au fort taux d'analphabétisme enregistré sur le continent. Ces contraintes sont, par ailleurs, liées à un état de pauvreté généralisé qui touche autant les individus que les gouvernements.

Encadré 1 : Priorité accordée à la santé dans les plans d'action nationaux

Les plans nationaux élaborés par les pays africains pour la mise en œuvre des recommandations la Plate-forme et du Programme ont identifié les objectifs suivants : la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile (Tunisie, Nigeria, Algérie, Cameroun) ; l'amélioration des services de soins de santé (Maroc, Guinée, Ouganda, Madagascar, Gambie, Ghana, Botswana, Rwanda, Mali) ; la réduction de la prévalence du sida et des maladies sexuellement transmissibles (Botswana, Nigeria, Égypte, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Éthiopie, Ouganda) ; l'amélioration des services de planification familiale et de l'accès à ces services (Égypte, Ghana, pays membres de la SADC, Tunisie, Nigeria, Sénégal, Cameroun, Kenya, Lesotho) ; et l'expansion des services de sécurité sociale (Sénégal, Tunisie, Algérie).

Malgré les engagements pris par les gouvernements au cours de nombreuses rencontres, y compris aux sessions de la Commission de la condition de la femme, du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard de la femme et de l'OMS, les possibilités d'accès aux services de santé pour les femmes restent très limitées dans la majorité des pays africains. Dans certains pays, on note même une dégradation de la situation sanitaire des femmes. Les gouvernements et les ONG doivent, par conséquent, prendre rapidement des mesures pour remédier à cette situation. Pour ce faire, il importe de considérer la santé comme un aspect transversal de programmes sectoriels.

L'examen à mi-parcours de la mise en œuvre des recommandations de la Conférence du Caire et les expériences menées dans certains pays indiquent, cependant, que quelques avancées ont été faites. Ainsi, dans le domaine de santé de la reproduction et des droits génésiques, 39 pays ont pris des mesures pour améliorer la qualité des soins en formant le

personnel de santé y compris des accoucheuses traditionnelles. Il en est ainsi des pays

suivants : Nigeria, Guinée, Rwanda, Ouganda, Zambie, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Sénégal, Cameroun, etc.

D'autres pays ont amélioré et étendu l'aire de couverture de leurs infrastructures sanitaires (Botswana, Algérie, Niger, Burkina Faso, Malawi) ; d'autres encore ont révisé les protocoles et les procédures relatifs à la santé (Ouganda, Botswana, Maroc, Tunisie, Rwanda, Seychelles, Madagascar). Enfin, la presque totalité des pays africains ont procédé à la supervision et à l'évaluation de leurs services de santé. L'utilisation du préservatif féminin est en cours d'expérimentation dans le cadre de projets pilotes menés avec succès dans plusieurs pays (Botswana, Ouganda, Kenya, Nigeria).

Certains pays ont fait état de la nécessité urgente de s'attaquer aux problèmes liés à la santé reproductive des adolescentes (Burkina Faso, Guinée, Côte d'Ivoire, Zambie, Madagascar, etc.). A cet effet, trente-quatre pays ont adopté des politiques nationales destinées à la jeunesse et pris un certain nombre de mesures (Ghana, Bénin, Cameroun, République du Congo, Seychelles, Ouganda, Afrique du sud). D'autres pays (de l'Afrique de l'est et de l'Afrique australe) ont lancé des projets impliquant des jeunes dans les activités de plaidoyer et d'IEC des campagnes de sensibilisation qui leur sont destinées.

Vingt-six pays (répartis en Afrique de l'Ouest, en Afrique de l'est et en Afrique australe) notent que les organisations de la société civile, y compris les ONG, continuent de jouer un rôle prépondérant dans la fourniture des services de santé reproductive aux communautés en général, et aux adolescentes, en particulier.

Plusieurs pays ont également initié ou étendu des programmes visant à promouvoir la responsabilité des hommes dans la santé de la reproduction sous la forme de campagne de sensibilisation ou d'actions ciblant spécifiquement les hommes (Botswana, Ouganda, Kenya Ghana).

Certains pays sont en train de mener des enquêtes socioculturelles afin de répondre aux besoins des hommes en matière de reproduction. Dans quelques pays, des associations de lutte contre les violences faites aux femmes ont été créées (Sénégal, Mali, Nigeria, Niger, Malawi, Lesotho, Ethiopie, Kenya). Toutefois, les initiatives visant à promouvoir l'égalité entre les genres restent insuffisantes.

L'Afrique est le seul continent où le taux de mortalité maternelle continue de croître. Bien que les causes de la mortalité maternelles soient connues, force est de constater que la volonté politique visant à mettre en place des services d'urgence en obstétrique n'existe pas. L'Afrique doit, par conséquent, adopter de nouvelles stratégies pour réduire le nombre de décès des femmes. La majorité des pays africains considèrent la santé comme une question prioritaire. Il convient cependant de relever que, la santé des femmes, en tant que domaine spécifique, n'a pas reçu l'attention requise, qu'il s'agisse de programmes de plaidoyer ou de ressources.

Il semble, en outre, que le concept préconisant la prise en compte de la santé des femmes tout au long de leur vie n'ait été ni bien compris ni appliqué. Cette lacune explique, par exemple, que la santé des femmes âgées, l'état nutritionnel des petites filles et des mères allaitantes n'aient fait l'objet d'aucune attention.

Il ressort clairement de la présente évaluation que la santé des femmes est souvent interprétée en termes de santé maternelle, ce qui, du même coup, exclut les femmes qui ne sont pas en âge de procréer. La sexualité de la femme, en tant que concept et préoccupation légitime, ne bénéficie encore d'aucune attention.

Bien que plusieurs actions de lutte contre la violence à l'égard des femmes aient vu le jour, trop de femmes continuent d'être en situation de danger. Il importe, par conséquent,

d'institutionnaliser ces initiatives en les intégrant dans le secteur de la santé. Les initiatives contre les mutilations génitales féminines et autres pratiques néfastes sont encore lourdement tributaires de l'action des ONG, bien que ces pratiques aient été interdites par certains gouvernements. Elles restent, par conséquent, un important sujet de préoccupation. Les rapports d'évaluation soulignent, par ailleurs, les méfaits liés à l'industrie du tabac qui, du fait des restrictions qu'elle subit dans les pays étrangers, tend à s'implanter en Afrique et à cibler les femmes et les jeunes.

Enfin, l'évaluation note que la pandémie de VIH/SIDA reste l'une des plus dévastatrices sur le continent et constitue la préoccupation majeure en matière de santé pour l'Afrique et pour les femmes africaines, en particulier. En effet, les femmes sont non seulement vulnérables à cette maladie, mais sont aussi les principales pourvoyeuses de soins de longue durée aux victimes du sida dans les familles et dans les communautés.

6.2 EXEMPLES DE PROGRES REALISES

La sixième Conférence régionale africaine avait pour objectif de dresser un bilan opérationnel de la mise en oeuvre de la Plate-forme africaine d'action et du Programme mondial d'action. Cette conférence, à laquelle ont participé des acteurs venant d'horizons divers, (représentants d'administrations publiques, d'organisations non gouvernementales, de jeunes, du secteur privé et des parlementaires), a permis de mettre en commun les enseignements tirés de l'expérience de cinq années de mise en oeuvre des recommandations du Programme d'action de Beijing. Compte tenu de la diversité et de la multiplicité des objectifs et des stratégies préconisés, de l'instabilité de l'environnement dans lequel ceux-ci sont mis en oeuvre, il nous a paru utile de donner des exemples d'initiatives susceptibles d'être adaptées à des situations instables.

6.2.1 algerie

Avec une population de 29.473.000 habitants (dont 57 % en zone urbaine) ; un taux d'alphabétisme des adultes de 61,6 % et un indice synthétique de fécondité de 3.8 (*Rapport sur la santé dans le monde*, OMS, 1998), l'Algérie figure parmi les rares pays africains qui se sont dotés d'un système de protection sociale. En effet, l'assurance maladie, par exemple, y couvre près de 80% de la population. La mortalité maternelle reste cependant un sujet de préoccupation majeur en Algérie : les statistiques hospitalières le situent à 176 pour 100.000 grossesses en 1996. En avril 1998, l'avortement a été autorisé pour les femmes victimes de sévices sexuels liés à des actions de terrorisme afin de préserver leur équilibre moral et psychologique. Auparavant, seul l'avortement thérapeutique était légal. La solidarité nationale s'exprime par la gratuité de 73 médicaments utilisés dans le traitement de huit maladies chroniques.

Tous les travailleurs, indépendamment de leur secteur d'activité, leurs ayants-droits (80% de la population) bénéficient de la sécurité sociale. Celle-ci comprend cinq branches : l'assurance-maladie et maternité ; l'assurance-invalidité et décès ; les allocations familiales ; l'assurance-accidents de travail et maladies professionnelles ; la retraite anticipée et l'assurance-chômage.

Encadré 2 : En Algérie, le système de protection sociale s'efforce de couvrir l'ensemble de la population

L'Algérie fait partie des cinq pays africains qui ont atteint les trois cibles de «la santé pour tous en l'an 2000 », les autres pays étant l'Afrique du sud, le Cap Vert, la Tunisie et l'île Maurice. L'accès aux services de santé est assuré à 98% de la population, sans distinction de sexe. Les taux de mortalité sont de 58% pour les garçons contre 54,8 % pour les petites filles. Le dépistage et le traitement des MST/SIDA ont été intégrés aux soins de santé reproductive. Une unité de procréation assistée a été mise en place pour le traitement de l'infertilité et le dépistage des cancers génitaux. Les femmes handicapées bénéficient d'aides matérielles et financières telles que l'octroi d'allocation, la gratuité ou la réduction des frais de transport, la sécurité sociale, y compris celles qui n'ont pas un emploi.

S'agissant du personnel soignant, 53% des postes sont occupés par des femmes qui accèdent, par ailleurs, de façon croissante à des postes de responsabilité.

6.2.2 Cameroun

Ce pays de l'Afrique centrale est classé parmi les pays à revenu intermédiaire. Le Cameroun a une population 13.937.000 habitants et un taux d'analphabétisme estimé à 63,4 %, en 1995. Des projets ont été formulés dans les domaines de l'éducation à la parenté responsable, l'éducation à la vie et à l'amour ; l'éducation nutritionnelle ; l'éradication du ver de Guinée ; le dépistage du cancer du sein.

6.2.3 Botswana

Le Botswana est classé parmi les pays les plus touchés par le virus du sida. En 1994, ce pays avait, selon l'OMS, le taux de prévalence le plus élevé au monde. Ce taux n'a cessé de croître. Il a été estimé à 31,7 % de la population sexuellement active pour 1996.

Des études récentes ont montré que l'espérance de vie à la naissance est passé de 67 ans, en 1996, à 52 ans en 1998 (cet indicateur pourrait chuter à 33 ans si la tendance actuelle se maintient). Pour cette raison, le plan intermédiaire de lutte contre le VIH/SIDA a été prolongé pour couvrir la période 1997-2003. Les jeunes de 15-25 ans étant les plus touchés par cette pandémie, des efforts importants ont été consentis pour prendre en compte les adolescentes qui, faute de rapports protégés, sont particulièrement concernées : 20 % des femmes enceintes dans le pays se situent dans cette tranche d'âge.

Un sondage réalisé, en 1996, sur la santé familiale, indique que le taux de fécondité est en baisse (6,5 %, en 1984, contre 5%, en 1988, et 4,02 % en 1996). Le taux de prévalence de la contraception est passé de 32,0%, en 1988, à 42% en 1996. La pilule reste la méthode de contraception la plus utilisée (17,7 % en 1996), suivie de la stérilisation féminine (11,3 %) et de l'usage du préservatif (5,7 %).

La mortalité infantile a décliné progressivement. Elle est passée de 97,1 ‰ naissances vivantes, en 1971, à 71 ‰ en 1981 et 41,0 ‰ en 1995. Toutefois, à cause du sida, le PNUD prévoit un taux de mortalité infantile alarmant de 148 ‰ en 2010. On estime que le taux de mortalité maternelle se situe entre 200 à 300 pour 100.000 naissances vivantes, ce qui a décidé le gouvernement à mettre en place un projet intitulé «Maternité sans risques» visant à ramener cette proportion à 50 ‰ d'ici à l'an 2000. Ce plan privilégie notamment la formation des sages-femmes, des médecins et des infirmiers.

Encadré 3 : Le Cameroun a réalisé des progrès en matière de protection maternelle et infantile

Pour honorer les engagements que le Cameroun a pris à Beijing, les autorités de ce pays ont adopté une loi sur la protection des femmes et des enfants ; et mis en place de programmes dans les domaines de la santé maternelle et infantile ; la planification familiale ; l'allaitement maternel ; la lutte contre les troubles dus aux carences en iode ; la santé reproductive ; la lutte contre le sida.

Ces mesures ont permis de : réduire le taux de mortalité maternelle (125 ‰ à 90 ‰ entre 1990 et 1997) ; créer une unité de fécondation assistée à l'hôpital de référence de Yaoundé ; organiser, en mars 1997, un forum national sur la santé ; augmenter sensiblement le budget de fonctionnement du ministère de la santé. introduire l'iode dans le sel de cuisine (86 % des ménages consomment du sel iodé) ; augmenter le nombre d'enfants allaités au sein ; relever les taux de participation des femmes dans les professions médicales. Elles représentent respectivement 46,15 % des pharmaciens ; 47,93 % des infirmiers ; 28,13 % des techniciens médico-sanitaires et 31,64 % des chirurgiens dentistes.

Pour ce qui concerne les infrastructures, le Botswana dispose de : deux hôpitaux de référence publics dotés respectivement de 374 et 560 lits ; un hôpital de référence privé ; un hôpital de référence pour la santé mentale de 170 lits ; six hôpitaux de district ; trois hôpitaux implantés dans les zones d'exploitation minière ; quatorze hôpitaux primaires opérationnels ; deux hôpitaux en construction ; trois hôpitaux gérés par des missionnaires ; deux cent vingt deux cliniques, dont 80, dotés des lits pour les services de maternité ; trois cent trente postes de santé ; sept cent quarante postes mobiles de santé. Le secteur de la santé reçoit 12 % du budget national.

Les réformes visant à améliorer la qualité des services de santé comprennent :

- l'introduction de méthodes de gestion totale de la qualité, avec la participation de tous les intervenants et les bénéficiaires ;
- la mise en place d'une équipe de performance au travail chargée d'augmenter la productivité des services publics de santé et mettre en place un système de gestion de la performance ;
- l'amélioration des prestations par l'adoption d'une approche axée sur la qualité des services ;
- la commercialisation des médicaments : le gouvernement du Botswana commercialise tous les médicaments destinés aux services de santé et les produits de planification familiale.

7. PRINCIPALES CONTRAINTES

Les contraintes majeures qui ont entravé ou limité la mise en oeuvre de la Plate-Forme de Dakar et du Programme d'action de Beijing sont les suivantes :

- l'insuffisante compétence du personnel soignant, notamment dans les services de santé implantés en zones rurales ;

- l'exode des compétences vers les pays développés qui leur offrent un meilleur environnement professionnel et une meilleure rémunération ;
- l'importance accordée aux soins curatifs par opposition à la prévention ;
- l'insuffisante collaboration entre le gouvernement, les ONG, les autres organisations de la société civile et le secteur privé ;
- la non-application de la recommandation de l'OMS qui préconise d'allouer 10% du budget national au secteur de la santé ;
- les restrictions qui affectent les méthodes de contraception dans plusieurs pays ;
- la guerre et les conflits armés qui ont dévasté les systèmes et les infrastructures de santé ;
- l'absence de volonté politique pour appuyer les services de santé reproductive destinés aux adolescents ;
- le manque de données fiables sur les aspects les plus importants de la santé des femmes notamment, sur la morbidité et la mortalité maternelles ; la non-fiabilité des conclusions des évaluations des programmes qui permettent difficilement de publier des expériences réussies ;
- l'inexistence de systèmes d'assurance, notamment, pour les femmes du secteur informel et le coût exorbitant des médicaments ;
- la non-intégration de la stérilité dans les problèmes de genre ;
- la non prise en compte des problèmes des femmes handicapées (aveugles, sourdes, muettes, etc.) dans les programmes de santé. Ces femmes subissent, de ce fait, une double discrimination ;
- la mondialisation des échanges, la privatisation des systèmes de santé et le poids de la dette extérieure qui ont sévèrement réduit les ressources permettant aux femmes d'accéder aux services de santé.

8. CONCLUSIONS

L'évaluation de la mise en oeuvre de la Plate-forme de Dakar et du Programme d'action de Beijing sur le continent africain a permis de réaffirmer la nécessité d'axer les programmes de santé et de population sur les besoins des femmes et des hommes de tout âge ; de faire en sorte que ces programmes permettent aux femmes de participer, au même titre que les hommes, aux activités de gestion, de planification, de suivi et d'évaluation des services de santé.

Les gouvernements, les ONG, les organismes du système des Nations Unies et les autres organisations d'aide au développement devraient prendre des mesures concrètes pour impliquer les femmes, à tous les niveaux, dans les questions de population et de santé. Ces institutions devraient veiller à ce que les questions de population et de santé soient intégrées dans des politiques et des stratégies globales de développement humain, dans une perspective d'équité entre les sexes.

Les principes adoptés à la Conférence internationale du Caire sur la population et le développement reconnaissent notamment à tout individu, le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. Des mesures appropriées devraient, par conséquent, être prises pour assurer l'accès universel aux services de santé, y compris à la santé génésique, qui englobe la planification familiale et la santé masculine et féminine en matière de sexualité.

Les politiques et les programmes de population devraient promouvoir l'égalité et l'équité entre les sexes ; améliorer la qualité de vie des femmes en leur permettant d'exercer leur droit de planifier et de maîtriser leur fécondité ; de participer pleinement à tous les niveaux de la mise en oeuvre des programmes de population et de développement.

Pour satisfaire les besoins et améliorer la qualité de vie des générations actuelles et futures, il importe de faire en sorte que les politiques de population soient conçues de manière à instaurer la parité entre les sexes et soient totalement intégrées dans les programmes de soins de santé, de santé reproductive, y compris la planification familiale et les programmes en faveur de la population. Cette recommandation s'applique à tous les stades de la conception des programmes : formulation, planification, définition des stratégies, allocation des ressources, gestion, évaluation.

Cette démarche devrait être au cœur de la planification du développement afin de promouvoir la justice sociale, éradiquer la pauvreté grâce à la réalisation d'une croissance économique soutenue et durable. En effet, les femmes étant souvent, à la fois, les plus pauvres parmi les pauvres et des acteurs incontournables du développement, il est vital d'éliminer toutes les formes de discrimination à leur égard pour être en mesure d'éradiquer la pauvreté et accélérer le développement humain durable.

Il conviendrait de promouvoir la recherche sur les pratiques médicales et la pharmacopée traditionnelles et mettre les résultats de ces recherches à profit dans le cadre des programmes de santé.

La santé de la femme est une question cruciale. Elle requiert, de ce fait, des ressources importantes. Toutes les composantes de la société devraient être mobilisées pour réduire la mortalité maternelle car elle est devenue une préoccupation majeure sur le continent. Il est vital d'améliorer les services de consultations prénatales et postnatales ainsi que l'état nutritionnel des adolescentes, des femmes enceintes et des mères allaitantes.

S'agissant de la pandémie de VIH/SIDA, il conviendrait d'exhorter les chefs d'Etat et de gouvernements africains à mettre en oeuvre la Déclaration sur le VIH/SIDA qu'ils ont adoptée en juillet 1992 et par laquelle ils ont décidé de :

- sensibiliser 95% de la population adulte et jeune, d'ici à 1995, aux questions relatives au VIH/SIDA, son mode de transmission, la manière de s'en protéger et d'en protéger les autres ; et veiller à ce que chaque ministère élabore un plan de lutte contre ce fléau ;
- élaborer un plan régional de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique ;
- sensibiliser les femmes au fait qu'elles peuvent refuser toute relation sexuelle avec un partenaire qui ne prend pas les précautions nécessaires ;
- encourager, au sein de la famille et entre les partenaires, un dialogue visant à se protéger mutuellement contre le VIH/SIDA et apporter le soutien nécessaire aux membres de la famille atteints par cette maladie.

L'Afrique est loin d'avoir réalisé des résultats conformes à ses engagements, en raison de la grande confusion qui imprègne encore les termes utilisés dans le domaine de la santé et de l'insuffisante maîtrise des techniques permettant d'appliquer l'analyse de genre à la conception des politiques et des programmes.

Compte tenu de la diminution et de la raréfaction des ressources matérielles et financières dont dispose le continent, il conviendrait de clarifier les concepts afin d'identifier les vrais problèmes et trouver des solutions efficaces et pérennes.

La lutte contre les préjugés dans la pratique sanitaire n'est pas encore intégrée dans les travaux de recherche. Ces travaux sont encore conduits selon les canons de la tradition biomédicale qui postule l'identité des hommes et des femmes et ne prend en compte que les différences liées à leurs systèmes reproductifs. Par ailleurs, les ressources allouées à ce domaine sont essentiellement affectées à la recherche biomédicale, clinique et épidémiologique.

Pour améliorer les indicateurs de santé en Afrique, il conviendrait de relever les taux de participation des femmes dans le secteur de la recherche ; collecter des informations concernant spécifiquement la santé des femmes ; élaborer des données ventilées par sexe ; intégrer les méthodes des autres sciences sociales dans les travaux de recherche sur la santé.

Pour que les recommandations des Conférences mondiales qui concernent la santé puissent être systématiquement traduites en dispositions et en actions, il importe de veiller à ce que la collaboration intersectorielle (éducation, agriculture, industrie, transport, finances, plan et coopération, environnement et affaires sociales) soit fondée sur les recommandations du Programme d'action de Beijing, du Programme d'action du Caire, du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et d'autres instruments internationaux.

Il serait également souhaitable que les pays du Sud collaborent entre eux en vue de partager leurs expériences. Pour que la situation de la santé des femmes change durablement, il convient de faire en sorte que la volonté politique des Etats se traduise par la mise en oeuvre d'un plan d'action cohérent et réaliste.

Bien que les pays africains aient fait des efforts remarquables dans le domaine de la santé de la femme, il reste encore beaucoup à faire pour que les recommandations du Programme de Beijing puissent être correctement appliquées.

A cette fin, il convient, en premier lieu, d'identifier les défis qui ne sont toujours pas reconnus. Les écarts existant entre les politiques, les programmes, les ressources et les dispositions institutionnelles restent préoccupants.

En deuxième lieu, il importe d'insister davantage sur : les politiques et pratiques non discriminatoires et les programmes multisectoriels visant à promouvoir la santé de la femme, ses droits, l'égalité avec les hommes ; la participation des hommes et des femmes à la formulation de stratégies communautaires de soins de santé.

Cinq ans après la Conférence de Beijing, force est de reconnaître que, le continent africain, dans son ensemble, a besoin de concevoir des stratégies spécifiquement adaptées aux questions de femme et santé. Ces stratégies sont d'autant plus nécessaires que les taux de mortalité maternelle et ceux relatifs à la pandémie de VIH/SIDA sont en augmentation. Tant que les femmes continueront d'être vulnérables aux risques de morbidité et de mortalité, pour des raisons liées à la procréation ou au sida, le continent africain progressera difficilement. Ces problèmes qui menacent gravement la santé des femmes en Afrique devraient être au centre des questions de développement du continent.

9. RECOMMANDATIONS

9.1 VIH/SIDA

- adopter des politiques non discriminatoires à l'égard des personnes touchées par le sida ;
- soutenir ces personnes et leur donner la possibilité d'être prises en charge ;

- adopter une approche multisectorielle pour la conception des programmes de lutte contre la pandémie de sida et l'allocation des ressources destinées à ces programmes.

9.2 SANTÉ REPRODUCTIVE

- renforcer l'éducation des hommes en matière de santé reproductive et de planification familiale ;
- intégrer les questions de sexualité, de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et de VIH/SIDA dans les programmes de sensibilisation destinés aux populations rurales et urbaines ;
- mettre en place des programmes en faveur des groupes ayant des besoins spéciaux (handicapés, réfugiés, personnes âgées) et leur apporter un soutien.

9.3 MORTALITÉ MATERNELLE

- Formuler une stratégie africaine spécifique visant réduire le taux de croissance de la mortalité maternelle et mettre en place des mécanismes régionaux, sous-régionaux et nationaux permettant de comparer le nombre de décès dus à la mortalité maternelle et ceux liés à d'autres causes.

9.4 AUTRES RECOMMANDATIONS

- adopter une approche globale et intégrée pour le traitement des questions de santé ;
- standardiser les méthodes de collecte et de diffusion des données ; veiller à ce qu'elles soient conçues pour les femmes et qu'elles traitent de questions concernant les femmes ;
- adopter des politiques de protection contre l'industrie du tabac ;
- accroître la disponibilité et la couverture des programmes de sécurité sociale en mettant notamment en place des mutuelles de santé ;
- mettre fin aux pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des femmes et des filles ;
- encourager la collaboration entre les ONG, les gouvernements et les organisations internationales ;
- adopter des lois contre les violences domestiques ;
- renforcer l'engagement des gouvernements en faveur de la réalisation des objectifs de la Plate-forme africaine concernant la santé ; augmenter les ressources disponibles afin de mettre fin à la fuite des professionnels de haut niveau ; étendre les programmes existants ;
- mettre en place un mécanisme visant à réduire la dette extérieure des pays africains afin d'augmenter les ressources allouées aux soins de santé de base et réduire les effets de la mondialisation des échanges sur les économies africaines ;
- demander aux gouvernements de ratifier les Conventions relatives à la santé ; veiller à ce qu'ils honorent leurs engagements dans ce domaine ; prendre des dispositions pour que les Conventions concernant les femmes servent de référence ;
- augmenter les ressources destinées aux activités de terrain, de coordination, d'évaluation et au financement de réunions ;

- promouvoir l'implication des faiseurs d'opinion, des élus et des chefs religieux dans la prise en charge des personnes atteintes du virus VIH/sida et dans les programmes de prévention de cette pandémie ;
- impliquer davantage les ONG et les autres organisations travaillant à la base, et ayant fait leurs preuves, dans l'exécution des programmes de santé.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE D'ORIENTATION DES DISCUSSIONS DE L'ATELIER

QUESTIONS RELATIVES À U PROGRAMME D'ACTION DE BEIJING

1.1 Cinq ans après la Conférence Beijing, comment jugez-vous les mécanismes mis en place aux niveaux national, régional et international pour la mise en oeuvre des recommandations sur la santé ?

1.2 Quelles sont leurs forces ?

1.3 Quelles sont leurs faiblesses ?

QUESTIONS CONCERNANT LES RESSOURCES

2.1 Que pensez-vous des ressources financières allouées au secteur de la santé ?

2.2 Que pensez-vous des ressources humaines allouées au secteur de la santé ?

2.3 Quels efforts ont été faits depuis la Conférence de Beijing pour la mobilisation des ressources ?

QUESTIONS RELATIVES À LA PRISE DE DÉCISION

3.1 Quels nouveaux mécanismes ont été mis en place, aux niveaux national et régional en vue d'améliorer le processus de prise de décision et influencer sur les politiques et les programmes ?

QUESTIONS RELATIVES AUX MÉCANISMES DE CONTRÔLE

4.1 Quels mécanismes de contrôle et de redevabilité ont été mis en place aux niveaux national, régional et international ?

4.2 Comment jugez-vous leur efficacité ?

QUESTIONS RELATIVES AU PARTENARIAT ENTRE LES GOUVERNEMENTS ET LES ONG

5.1 Quels sont les mécanismes de collaboration entre les gouvernements et les ONG ?

5.2 Comment jugez-vous leurs performances ?

QUESTIONS RELATIVES AU PARTENARIAT ENTRE LES GOUVERNEMENTS, LES ONG, LES INSTITUTIONS INTERNATIONALES ET LES DONATEURS BILATÉRAUX ?

6.1 Les mécanismes de consultation mis en place pour la mise en oeuvre du Programme de Beijing entre les agences de financement, les gouvernements et les ONG sont-ils efficaces ?

6.2 Quelles sont leurs forces ?

6.3 Quelles sont leurs faiblesses ?