



**Examen ministériel annuel de l'ECOSOC**  
**Réunion préparatoire régionale sur les femmes et la santé**  
**Dakar, Sénégal, 12-13 Janvier, 2009**  
**Note d'information**

## **1. Information générale**

L'examen ministériel annuel de 2010, qui se tiendra en juin à New York, portera sur le thème « Mise en œuvre des objectifs et engagements convenus au niveau international qui ont trait à l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ».

Le processus de l'examen ministériel annuel se compose de trois éléments principaux: un examen mondial du programme de développement des Nations Unies basé sur un rapport exhaustif du Secrétaire général ; des examens thématiques à l'échelon régional ; et une série d'exposés présentés volontairement par certains pays en voie de développement et pays développés sur leurs progrès dans la mise en œuvre des objectifs de développement convenus au niveau international. Ces éléments sont complétés par un salon de l'innovation et un débat électronique sur le thème de l'examen ministériel annuel afin de stimuler le dialogue et l'engagement autour de l'examen.

La réunion préparatoire régionale pour l'Afrique organisée par le Gouvernement du Sénégal examinera les défis de l'accès aux services de santé dans la région et des initiatives dans la promotion de la santé des femmes, en particulier la santé maternelle, y compris dans le contexte de la pandémie du VIH / SIDA.

Plus spécifiquement, la réunion contribuera aux discussions durant l'examen ministériel annuel, et aidera à avancer les objectifs internationaux sur la parité des sexes en:

- Passant en revue l'état de santé des femmes en Afrique dans le contexte plus large de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à l'égalité des sexes;
- Examinant les progrès en Afrique dans la réalisation des objectifs de l'agenda de développement de l'ONU sur la parité des sexes et la santé et des défis similaires, en particulier ceux qui seraient mieux traités par la coopération régionale;
- Échangeant les enseignements tirés et proposant des voies à suivre et des recommandations pour améliorer les conditions de santé des femmes et faire de la santé des femmes une réalité;
- Promouvant l'engagement des acteurs - gouvernements, société civile, institutions du système des Nations Unies et secteur privé - très tôt dans le processus de l'examen ministériel annuel;
- Donnant la possibilité de créer de nouveaux partenariats lors de l'examen ministériel annuel à New York en juillet 2010.

## **2. Introduction**

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>

---

<sup>1</sup> UNICEF 2008.

<sup>2</sup> UNFPA 2008.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Kristof et Wu Dunn 2009.

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 disparités entre les régions et les pays. Dans un pays, il existe souvent des inégalités et des différences importantes entre les groupes de population, et les chiffres nationaux masquent d'importantes variations internes géographiques, économiques et sociales. Les populations rurales ont moins accès aux soins d'urgence et de qualité que les citadins; chez les citadins, la mortalité est plus élevée dans la population des bidonvilles urbains; les taux peuvent varier considérablement selon l'origine ethnique ou la situation matérielle, et les régions éloignées sont souvent les plus affectées par les décès.

---

<sup>5</sup> Landers 2009.

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> Voir la Task Force 2004 du Secrétaire général. Southern Africa Partnership Programme 2005: Impact of Home Based Care on Women and Girls in Southern Africa.

<sup>11</sup> UNICEF 2009.

pays avaient une participation officielle complète de femmes vivant avec le VIH, et seuls 28% avaient une participation officielle complète des organisations de femmes. En outre, alors que plus de 80% des pays présentent des questions relatives aux femmes comme étant une composante de leur stratégie nationale sur le VIH, la moitié seulement d'entre eux (52%) font état d'allocations budgétaires consacrées spécifiquement aux programmes liés au VIH pour les femmes et les filles. Les plus fortes proportions de pays déclarant de tels budgets sont en Asie (69%) et en Afrique subsaharienne (68%).<sup>12</sup>

Dans de nombreux pays, notamment ceux les plus durement touchés par l'épidémie, la plupart des soins pour les personnes vivant avec le VIH sont fournis à domicile, et sont assurés en grande partie par les femmes et les filles (qui représentent jusqu'à 90% de la prestation de soins liés au SIDA). Beaucoup de femmes et d'enfants doivent aussi servir comme source de soutien pour compenser la perte de revenu de la famille en raison de décès dus au SIDA ou de maladie de membres de la famille. Dans la plupart des cas, la prestation de soins est non rémunérée et est souvent accompagnée par la stigmatisation et la discrimination. Un large éventail de stratégies liées à l'égalité des sexes adaptées pour réduire l'impact global du SIDA sur les ménages et les communautés touchées est nécessaire, y compris l'aide publique aux familles, aux communautés et aux organisations confessionnelles pour prodiguer le soutien nécessaire, ainsi que des services de protection sociale pour les personnes touchées par le SIDA, un soutien psychosocial, et le libre accès au soutien juridique.

L'analyse des données indique également que l'impact de la réponse au SIDA est élevé quand les programmes de VIH sont intégrés à d'autres services sanitaires et sociaux. Sortie de l'isolement, la lutte contre le SIDA peut être effectivement un levier pour promouvoir la réalisation des autres OMD, et contribuer à la santé au sens large et à l'agenda du développement. Des preuves récentes montrent que le VIH peut avoir un impact significatif sur la mortalité maternelle, soit 50.000 décès maternels en Afrique du Sud ont été associés avec le VIH en 2008. La maladie représente également jusqu'à 30% de la mortalité infantile en Afrique sub-saharienne. Les programmes sur le VIH, santé maternelle et infantile doivent fonctionner en synergie afin de contribuer de manière significative à la réalisation de leurs objectifs communs (OMD 4-6). L'intégration efficace des services de planification familiale volontaire, de santé sexuelle et reproductive, et des programmes sur le VIH n'aideront pas seulement à empêcher les nouveaux nés d'être infectés par le VIH, mais aussi protégeront et amélioreront la santé des femmes séropositives et leur permettront de mieux exercer leurs droits en matière de reproduction.

### ***L'intensification des efforts pour prévenir la propagation du VIH / SIDA***

Il est évident que malgré les progrès significatifs réalisés dans le traitement, l'épidémie continue à faire des ravages en Afrique sub-saharienne, où plus de gens deviennent infectés par rapport à ceux ayant accès au traitement. Afin de préserver les acquis précieux réalisés jusqu'à présent et de présenter des résultats positifs par rapport à l'épidémie, il est essentiel de renforcer la prévention du VIH et de l'adapter aux besoins réels, y compris la protection des femmes et des filles et l'atténuation de l'impact de l'épidémie.

Il est montré que les programmes de prévention du VIH ont un certain impact positif sur les comportements sexuels. Par exemple, les données disponibles indiquent une tendance à un comportement sexuel plus sûr chez les jeunes hommes et jeunes femmes (15-24 ans) en Afrique australe pendant la période 2000-2007, ainsi qu'un retard du premier rapport sexuel parmi les jeunes dans de nombreux pays. Toutefois, la forte prévalence de contact avec des partenaires plus âgés peut jouer un rôle important dans le risque disproportionné pour les jeunes femmes d'être infectées par le VIH.

---

<sup>12</sup> ONUSIDA 2008.

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 arrivent à maturation en Afrique sub-saharienne, on estime que la proportion des nouvelles infections chez les personnes dans des relations stable "à faible risque" est souvent élevée, mettant ainsi en évidence la forte prévalence des couples sérodifférents.

**Les programmes de prévention du VIH doivent être renforcés et adaptés aux besoins réels.** Selon des données récentes, le financement de la prévention du VIH est devenu le pourcentage le plus faible des budgets du VIH de nombreux pays. Par exemple, au Swaziland, seulement 17% du budget total du pays en matière de SIDA a été consacré à la prévention en 2008. Entre 2005 et 2007, le budget de prévention a diminué de 43% au Ghana et de 24% au Lesotho. Toutefois, en Ouganda, les ressources pour la prévention en pourcentage des dépenses nationales consacrées au VIH ont augmenté de 13% à 33,6% entre 2003 et 2007.

Les stratégies de prévention n'arrivent souvent pas à s'ajuster à l'évolution constante de l'épidémie entre et dans les pays. Les données montrent que peu de programmes de prévention du VIH existent pour les personnes de plus de 25 ans, pour les couples sérodifférents, les personnes qui sont dans des relations stables, les veufs et les divorcés. Ce sont ces mêmes groupes pour lesquels la prévalence du VIH est élevée dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne.

Particulièrement préoccupante est la tendance récente en Afrique vers la **criminalisation trop large de la transmission du VIH** qui affecte les personnes les plus touchées par le VIH, comme les travailleurs du sexe, consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La criminalisation de la transmission du VIH peut avoir des implications négatives pour les femmes. Les femmes sont au courant de leur séropositivité avant leurs partenaires masculins car elles sont plus susceptibles d'accéder aux services de santé et, peuvent être accusées d'apporter le VIH dans la relation." Les femmes peuvent également faire face à des poursuites en raison de la non-divulgence de leur statut séropositif, par peur de la violence, d'abandon ou d'autres conséquences négatives. Une autre solution - et une approche plus efficace - pour réenforcer la santé publique, est d'assurer l'accès au dépistage volontaire et confidentiel du VIH et aux services de conseil, ainsi que l'accès à l'information sur le VIH; de promulguer et appliquer des lois contre la violence sexuelle; d'éliminer la discrimination fondée sur l'égalité le sexe et le VIH ; et de veiller à l'égalité des droits et des chances des femmes et des filles dans l'éducation, l'emploi, et les relations domestiques, y compris la propriété, l'héritage et la garde des enfants.

Une étude à travers différents pays, qui a été conduite par l'OMS, a constaté que entre 1% et 21% des femmes ont signalé des abus sexuels avant l'âge de 15 ans, et entre 20% et 50% des femmes ont déclaré que leur première expérience sexuelle a été forcée. Les enfants qui sont l'objet de violences sexuelles sont plus susceptibles de s'engager plus tard dans des comportements connus pour être à risque pour le VIH. La violence contre les femmes et les filles est à la fois une cause et une conséquence de l'infection du VIH, et doit donc être traitée comme une partie intégrante des programmes du VIH.

Il est nécessaire pour cela de sensibiliser et d'améliorer la connaissance du VIH parmi les jeunes femmes, à la fois par l'éducation formelle et l'éducation non formelle. Cette question sera traitée dans la section suivante.

Pour examen:



- *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 payés, et sont exposés à des conditions de travail dangereuses. Ils ont du mal à obtenir un travail convenable, et à devenir entrepreneurs. Il s'agit d'un secteur dans lequel la disponibilité de données désagrégées par genre et par pays pourrait être utile pour évaluer les progrès.

En Afrique Sub-saharienne, les hommes monopolisent les opportunités dans le marché du travail et dominent la prise de décisions dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle. Ainsi, de nombreuses jeunes femmes se tournent vers des rapports sexuels monayés - où de l'argent et des cadeaux sont échangés dans des liaisons sexuelles hors mariage. Cette stratégie alternative pour gagner des avantages économiques, augmente leurs risques de santé et l'exposition au SIDA. Une étude conduite à Zanzibar a démontré que la promotion d'activités rémunératrices pour les femmes a accru leur engagement dans la prise de décision dans le ménage à propos de leur santé. Les femmes qui ont participé dans des activités rémunératrices ont affirmé avoir été capables de demander à leurs maris d'utiliser des préservatifs.

Au delà de l'accès au travail, les femmes en Afrique font face à d'autres barrières sur le marché du travail. Elles sont nombreuses à ne pouvoir accéder au crédit, aux informations sur le marché, à la technologie et aux infrastructures. Souvent, les biens des ménages sont moins facilement disponibles pour les femmes, sans tenir compte de qui était responsable pour les obtenir. Les fermières en Afrique reçoivent seulement 1% du crédit total réservé à l'agriculture. L'incapacité d'avoir accès au crédit financier empêche les femmes de participer dans des activités entrepreneuriales. Il a été démontré que le fait de ne pouvoir posséder des biens actifs aurait des résultats adverses sur la santé des femmes. En effet, des études ont démontré que, lorsque les femmes ont un contrôle sur leurs propres gains et autres actifs, il est plus probable que les foyers assignent d'avantage de ressources à la santé et à l'éducation. Un projet de micro finance et de formation visant à l'autonomisation des femmes en Afrique du Sud a été associé à une réduction significative de comportements à risque pour le SIDA et de violence contre le partenaire.

L'accès à la terre est crucial pour l'autonomisation des femmes. C'est aussi un important facteur de production pour une ample gamme d'activités économiques, particulièrement en Afrique où les ressources naturelles assurent une source principale de revenu. Selon l'OCDE, en 2007, les femmes étaient propriétaires de moins d'1% de la masse continentale du Continent africain. Les limitations très répandues au droit des femmes africaines de posséder de la terre ont des retombées sérieuses sur leur engagement effectif dans des activités économiques, ainsi limitant leur prise de décision dans le foyer. Les recherches conduites par Human Rights Watch au Kenya et en Zambie prouvent que les femmes souffrant de SIDA sont particulièrement vulnérables aux violations des droits de propriété, et que le fait de les priver de la propriété peut conduire à des maladies et d'autres conséquences négatives. La propriété de la terre est affectée par des lois de famille discriminatoires à l'égard des femmes, des pratiques coutumières, et des politiques liées à la terre. Au Rwanda, le gouvernement a adopté une loi en 1999 accordant aux femmes des droits d'héritage égaux à ceux des hommes, en rejetant les normes traditionnelles selon lesquelles seulement les fils auraient eu droit d'héritage. Cela a permis aux veuves et orphelines du génocide de 1994 d'accéder à la terre.

Un bon nombre de politiques peuvent être mises en place pour fournir aux femmes des moyens économiques afin d'améliorer leur propre santé. La création d'emplois ruraux, soit dans la ferme soit à l'extérieur, est indispensable pour créer une économie dynamique. La prise en compte des impacts de genre des politiques agricoles et de protection sociale pour les travailleurs informels est aussi importante par rapport à la santé des femmes. On peut créer un climat permettant aux femmes d'investir en garantissant les droits de propriété aux femmes, en assurant un accès à l'assistance

technique, en améliorant les moyens de communication et les transports, en supprimant les barrières financières et en assurant la protection légale. L'accès des femmes à la terre et une extension des droits du travail peuvent être garanties par des réformes juridiques et des programmes conduits par l'état.

### **Renforcer la participation politique des femmes**

Les femmes en Afrique Sub-saharienne détiennent en moyenne 18,2% des sièges dans les parlements nationaux, un niveau proche de la moyenne globale de 18,6%. La proportion dans le Moyen Orient et dans l'Afrique du Nord est beaucoup plus basse à 8,6%. La Commission des Nations Unies sur le statut des Femmes (CSW) conseille un seuil critique de participation féminine égal à 30% à partir duquel les femmes peuvent détenir des positions dans la prise de décision au niveau national. Six pays Africains dépassent maintenant ce seuil, le parlement du Rwanda comprenant la représentation féminine la plus haute dans le monde, avec un taux de 56,3%. Bien que des progrès aient été réalisés vers l'égalité des sexes dans les parlements nationaux africains, les femmes continuent à être sous-représentées dans la majorité des structures de pouvoir et de prise de décision, y compris les positions de direction dans les partis politiques, les gouvernements locaux, les secteurs publics et privés et les organisations de la société civile. L'adoption de lois et de politiques publiques n'entraîne pas à elle seule l'égalité entre les sexes dans la participation politique.

Culture et tradition représentent les plus grands obstacles, avec des sociétés considérant les femmes comme des leaders incapables. Une représentation politique équilibrée aide à garantir que toutes les voix soient entendues, et qu'une plus vaste envergure de besoins soit adressée. Le leadership politique, par les femmes, pour les femmes, peut être efficace pour lutter contre la discrimination contre les femmes dans toutes les sphères de la vie. Les femmes se trouvent généralement dans une meilleure position pour donner voix aux problèmes des autres femmes, et pour mettre en œuvre des législations qui répondent aux besoins des femmes. Par exemple, la protection contre le viol, l'inceste et d'autres formes de violence sexuelle ne peut pas être légiférée sans la voix des femmes. Les parlementaires femmes, particulièrement au niveau local, ont une tendance à mettre l'accent sur les questions sociales, comme les structures d'accueil pour les enfants d'âge préscolaire, un salaire égal à celui des hommes, les congés parentaux, et les retraites ; les questions concernant la santé, incluant les droits de reproduction, la sécurité physique, et la violence liée au sexe, l'atténuation de la pauvreté et les services. Les femmes ont lancé une action conjointe au Sénégal et au Burkina Faso pour promouvoir le changement des lois concernant la mutilation génitale féminine, et elles se sont organisées pour les droits d'héritage au Rwanda.

Des mesures qui peuvent adresser le problème de la représentation inégale des femmes sont l'adoption de quotas pour les femmes, visant à corriger les déséquilibres historiques dans les parlements nationaux et augmenter l'importance des femmes dans les partis politiques. Les quotas devraient être considérés pour les politiciens élus autant que pour les fonctionnaires publics, la magistrature, et d'autres positions de direction publique souffrant d'un fort écart de genre. Les partis politiques devraient aussi inclure des femmes dans leurs listes électorales ou devraient assurer un certain pourcentage de femmes en tant que membres du parti.

En 1994, l'Afrique du Sud s'est classée 141ème dans le monde au niveau de pourcentage des sièges législatifs détenus par des femmes. Après que le Congrès National Africain a décrété un quota de 30% pour les femmes candidates, l'Afrique du Sud a fait un bond en avant jusqu'à la 13ème place en 2004 avec un 32,8% des femmes élues dans les sièges de la chambre basse du parlement.

### **Accroître l'autonomie des femmes dans le domaine social.**

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 culture. Dans toutes les sociétés, il y a des représentations dominantes sur ce que les hommes et les femmes doivent faire ou être, ce qui peut même conduire à des préférences ouvertes dans le choix entre avoir des filles ou des garçons. Dans la mesure où elles reflètent la religion, la culture, la tradition aussi bien que l'expérience, les attitudes font parti d'idéologies complexes qui ont été construites pendant de longues périodes de temps.

Alors que chaque société poursuit son propre chemin de socialisation, certaines mentalités se sont enracinées de façon profonde et ont entretenu des attitudes de supériorité masculine et différents degrés de discrimination entre les sexes dans le continent Africain. Celles-ci influencent les systèmes judiciaires, les institutions sociales et les structures économiques, et ont créé certaines normes et pratiques culturelles qui sont nuisibles aux femmes, comme par exemple la mutilation génitale. Le patriarcat – ou le système qui implante la domination masculine dans la société – renforce la discrimination entre les sexes et les divisions entre hommes et femmes dans la vie économique et sociale. Ceci a résulté dans des graves inégalités pour les femmes et les filles, et influence les attentes de comportement des hommes.

L'éducation des filles produit plusieurs bénéfices additionnels qui permettent d'autonomiser les femmes et profitent à toute la société. Parmi ces avantages se trouve la croissance de la productivité économique, l'élévation des revenus familiaux, le retardement des mariages, la réduction des taux de fertilité, et l'amélioration de la santé et des taux de survie des enfants et des nouveau-nés. L'augmentation des niveaux d'éducation porte au retardement du premier rapport sexuel parmi les filles, réduit le risque d'infection de VIH parmi ceux qui ont complété l'école secondaire, et favorise les pratiques sexuelles plus sûres parmi ceux qui ont seulement fini l'école primaire. De plus, les femmes qui sont moins éduquées sont fréquemment victimes de violence domestiques ce qui peut provoquer des graves dommages physiques et/ou psychologiques, comme il a été observé dans des études conduites au Soudan.

L'Afrique a fait des progrès pour assurer que plus de filles aillent à l'école. Le taux d'inscription des filles à l'école primaire a dépassé celui des garçons entre 2000 et 2006, avec la majorité des pays ayant un index de parité des genres supérieur à 0.90. Cependant malgré les gains, les filles représentent encore que 55% de la population non scolarisée de la région et l'écart entre les genres continue de s'amplifier au niveau de l'éducation secondaire, étant à son maximum dans le cas de l'éducation tertiaire. La croissance de l'inscription des jeunes filles et des femmes à tous les niveaux des systèmes d'éducation favorise l'autonomisation des femmes pour négocier leurs relations sexuelles et de santé. Seulement 23% des femmes en Afrique sub-saharienne entre 15-24 ans ont une connaissance complète sur le VIH, comparée à 30% des hommes au niveau régional. Tout de même, le niveau d'information croît, facilité par la croissance du taux d'alphabétisation des jeunes à travers tout le continent africain. La croissance de l'inscription dans le secteur primaire favorise l'augmentation du nombre de jeunes africains qui peuvent lire et écrire, facilitant en même temps l'accès à l'information et aux services liés à la santé sexuelle et reproductive. De plus, l'éducation universelle obligatoire et le meilleur fonctionnement des écoles aussi bien que les contenus éducatifs sensibles aux genres peuvent favoriser la réduction des inégalités au niveau de l'éducation. Le taux d'alphabétisation d'un pays n'étant tout de

même pas une indication claire du niveau *d'éducation sur la santé*, notion qui peut être définie comme les « capacités cognitives et sociales qui déterminent les motivations individuelles pour obtenir l'accès, comprendre et utiliser, l'information de façon à promouvoir et maintenir une bonne santé ». Par exemple, le Zimbabwe et l'Afrique du Sud qui ont les taux plus élevés d'alphabétisation en Afrique, sont les pays les plus sévèrement affectés par le VIH/SIDA. Au Zimbabwe la proportion d'adultes qui vit avec le VIH est de 18.1% et 15.3% en Afrique du Sud.

Les campagnes d'alphabétisation sur la santé doivent inclure des composantes qui adressent les problèmes d'accès à l'information et la connaissance et les capacités de négociations. Les médias sont en train de devenir de plus en plus une source clé de l'information de la santé pour beaucoup de personnes et ils sont essentiels pour donner forme à la culture aussi bien dans les pays développés qu'en développement. Ils permettent d'offrir des opportunités d'apprentissage plus visuelles et interactives par rapport aux pamphlets et aux formes plus anciennes d'instruction de la santé.

### ***Comment aller de l'avant ?***

« Les inégalités de genre ne sont pas un phénomène homogène, mais une collection disparate de problèmes divers et interconnectés ». Pour faire face aux inégalités des sexes dans la santé, les femmes doivent être autonomisées dans toutes les autres sphères de façon à qu'elles soient équipées avec des instruments de connaissance, de pouvoir et d'expression pour prendre leurs propres décisions en ce qui concerne leur santé.

Dans ce sens, les problèmes de genre devraient être considérés comme une composante transversale aux politiques nationales et aux plans de développement. En effet, trop souvent les initiatives pour combattre les discriminations sexuelles et accroître le pouvoir des femmes sont des projets individuels, qui ne réussissent pas à changer de façon systémique les discriminations. Ces « projets de femme » ont peu ou presque aucun effet dans les hiérarchies de pouvoir et de privilèges qui sont à la base de la marginalisation des femmes. La diffusion des différences de genre essaye de résoudre les problèmes en traitant le genre comme une « addition » aux politiques existantes. La Plateforme d'Action de Beijing a appelé les gouvernements et les acteurs du développement à promouvoir l'intégration des perspectives sexospécifiques dans toutes les politiques et les programmes *avant* la prise de décisions au lieu de constituer des politiques *ad hoc*. Il s'agit d'une stratégie pour intégrer les préoccupations des femmes et des hommes à tous les stades des plans de développement, depuis leur conception jusqu'à la mise en œuvre et le suivi et évaluation.

Il est aussi possible de répondre aux besoins spécifiques liés au genre par le biais des budgets nationaux et des financements gouvernementaux spécifiques, dans la mesure où les politiques budgétaires ont des impacts différents selon les sexes. Alors que les budgets ont l'air d'être neutres par rapport au genre, ils peuvent dans les faits être favorable aux hommes étant donné les différences de rôle socialement déterminés entre hommes et femmes, aussi bien que par leurs différents niveaux socio-économiques. Dans ce sens, les politiques budgétaires qui sont neutres par rapport au genre peuvent dans les faits être aveugles par rapport à celui-ci. L'analyse du budget complet selon une perspective de genre vise à identifier les différences d'impact entre hommes et femmes et à traduire les engagements pris dans le domaine de l'égalité des sexes dans des engagements budgétaires concrets. Elle peut donc augmenter la transparence des revenus et des dépenses publiques et permettre de tenir le gouvernement responsable à cet égard. La décentralisation fiscale peut aussi prendre en compte les besoins spécifiques des femmes et des hommes au niveau local.

Les normes culturelles et les attitudes qui alimentent les inégalités de genre et interdisent aux femmes

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 entre les sexes ou mis en place plus de programmes sociaux, aussi bien en temps de paix que durant les périodes de résolution de conflits ?*
- *Est-ce que les politiques de quota ont aidé à créer une représentation plus équilibrée en matière de genre dans les institutions politiques?*
- *De quelle façon les nouvelles technologies de l'information peuvent être utilisées pour atteindre une audience plus large sur l'éducation dans le domaine de la santé ?*
- *Comment peut-on recentrer les programmes d'instruction de base dans le domaine de la santé pour toucher les segments des populations les plus difficiles à atteindre.*
- *Quelles sont les stratégies actuelles dans la région pour généraliser l'intégration de la composante de genre dans les programmes de développement et les priorités nationales ?*