

Conclusion et recommandations

Agnès Guillaume
Myriam Khat

Ce panorama de la situation en Afrique met en évidence les besoins croissants des hommes et des femmes dans les domaines de la santé de la reproduction, de la prise en charge de l'épidémie de Sida et des droits reproductifs. Apparaissent également les difficultés de plus en plus grandes des systèmes de santé pour répondre à ces besoins, ajoutées parfois à un problème d'inadéquation de l'offre par rapport à la demande, et aux barrières économiques, sociales et culturelles importantes qui contrarient l'accès du plus grand nombre aux différents services de soins.

Etat des lieux

La majorité des pays du Sud ont adopté les résolutions des programmes d'action du Caire, mais malgré ces avancées politiques, les déclarations ne se sont pas toujours traduites par des actions concrètes sur le terrain, ni par une allocation de ressources financières suffisantes pour atteindre les objectifs chiffrés. Globalement, les deux tiers des ressources prévues par les États pour la mise en œuvre du programme d'action du Caire ont été débloqués et la contribution des donateurs n'a atteint que 50 % des engagements.

Certaines composantes de la santé de la reproduction ne sont pas couvertes par l'offre de services (par exemple, le dépistage de l'infection à VIH), et les populations cibles ne sont pas toutes atteintes (par exemple, les adolescentes). En effet, l'offre de services en santé de la reproduction est insuffisante ; d'importantes disparités entre zones urbaines/rurales ou favorisées/défavorisées subsistent, et l'accessibilité est fortement limitée par le manque de personnel, et surtout de personnel qualifié, de matériel et de médicaments. En Afrique, la sécurité contraceptive qui suppose une diversité et une disponibilité de produits accessibles financièrement, est difficile à assurer. Enfin, l'intégration, dans certains pays, des services de planification familiale et de santé maternelle et infantile restreint de fait la population cible aux femmes mariées avec enfants.

Les besoins dans le domaine de la santé de la reproduction et des droits reproductifs sont en croissance, aussi bien parmi les enfants que les adolescents et les adultes. De plus en plus d'enfants sont soit infectés par le VIH, soit orphelins, soit dans des familles touchées par la maladie. Des cohortes d'adolescents de plus en plus nombreuses débutent précocement leur vie sexuelle, avec l'émergence d'une période autonome de sexualité juvénile les exposant à des risques d'infections sexuellement transmissibles, d'infection à VIH, de grossesses non désirées et d'abus sexuels. De plus en plus de femmes et d'hommes adultes sont infectés par le VIH, et un nombre de plus en plus important de lits d'hôpitaux sont occupés par des malades souffrant d'une infection opportuniste liée au VIH ou du stade Sida lui-même, ou encore de patients atteints de tuberculose pulmonaire, avec des durées de séjour relativement longues. A la différence d'autres pathologies, le Sida est une maladie qui nécessite une prise en charge régulière et au long cours.

De nouveaux besoins font leur apparition en matière de régulation de la fécondité. Le recours de plus en plus fréquent à l'avortement en est une expression. Pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène et de sécurité, ces avortements ont des conséquences parfois à long terme sur la santé sexuelle et reproductive des adolescentes et des femmes. Les services de gynécologie-obstétrique voient leurs ressources significativement grevées par la prise en charge des avortements incomplets ou des complications d'avortement. Ces interruptions de grossesse mettent en lumière des besoins non satisfaits en matière de planification des naissances.

Dans les pays du Sud les plus concernés par ces évolutions sanitaires, les systèmes de santé, aux capacités déjà limitées, sont déstabilisés. Globalement, le ratio de personnel médical par habitant est insuffisant, ainsi que le taux de couverture des infrastructures sanitaires, et il existe de grandes disparités sur ce plan entre milieu urbain et milieu rural. Sans compter la réduction des budgets de santé des États confrontés à la crise économique et aux programmes d'ajustement structurel.

Mais le problème ne se pose pas uniquement en termes quantitatifs. L'offre en planification familiale doit s'améliorer également d'un point de vue qualitatif pour dispenser des prestations de meilleure qualité. Le *counselling* notamment doit être plus approfondi pour que les femmes comprennent mieux les options contraceptives qui leur sont offertes et fassent un choix réel et éclairé de ces méthodes, en comprenant les avantages et inconvénients éventuels de chacune. Plus la gamme de choix dans les méthodes contraceptives sera large, plus les chances seront grandes que les femmes y trouvent une méthode de contraception adaptée à leur situation et à leurs besoins. Deux méthodes offrent aux femmes des opportunités particulièrement intéressantes pour réguler leur fécondité : le RU486 et la contraception d'urgence. Le RU486 permettra d'éviter des avortements à risque. C'est une méthode efficace et dont les effets secondaires sont limités. La contraception d'urgence présente l'avantage de donner aux femmes un moyen de gérer leur sexualité et les risques de grossesses. Ce constat s'applique particulièrement aux jeunes femmes pour lesquelles l'accès à la contraception est restreint : ce type de méthode est particulièrement utile en cas de rapports sexuels non prévus et représente une alternative certaine à l'avortement. De la

même façon, l'offre est inadaptée pour assurer la sécurité des accouchements et des avortements, le dépistage de l'infection à VIH et la prévention du Sida, et enfin le traitement médical et la prise en charge psycho-sociale des personnes infectées. Pour répondre aux besoins dans tous ces domaines, il est indispensable de renforcer les qualifications du personnel, et d'investir massivement dans la formation d'infirmiers, de sages-femmes, de médecins, de gynécologues-obstétriciens, d'assistants sociaux et de psychologues.

Les barrières d'accès à ces services sont également de nature économique et sociale. En ce qui concerne les barrières économiques, il y a lieu de souligner que l'accès à la santé coûte de plus en plus cher, dans un contexte de crise économique et de politiques d'ajustement structurel. Dans certains pays, les organisations non gouvernementales ont joué un rôle significatif en complément ou en substitution du secteur public, dans le domaine de la planification familiale et de la lutte contre le Sida. Leur rôle est important dans une période de réduction des budgets des États, mais encore faudrait-il pouvoir assurer la pérennité de leurs interventions. Malgré des baisses de prix considérables, les médicaments anti-rétroviraux restent hors d'accès pour la majorité des patients dans les pays du Sud, et les ressources allouées en faveur du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme sont insuffisantes pour couvrir les besoins, estimés à 10 milliards de dollars par an, uniquement pour la lutte contre le Sida.

En ce qui concerne les barrières sociales, l'accès aux programmes est loin d'être libre et sans contrainte pour de nombreuses femmes ; dans bien des pays l'accord du conjoint ou du père est exigé pour certains actes (accès à la planification familiale et à l'avortement). Par ailleurs, la faible autonomie financière et parfois décisionnelle des femmes, leur manque d'éducation et d'information, sont autant d'éléments qui restreignent leur capacité à exercer pleinement leurs droits reproductifs, et à satisfaire leurs besoins en matière de santé de la reproduction. Les femmes sont parfois aussi "soumises" aux décisions des personnels de santé.

Recommandations

Cet état des lieux en matière de santé de la reproduction révèle les limites des données disponibles. Dans les pays africains, à l'exception du champ couvert par les Enquêtes Démographiques et de Santé (enquêtes DHS), les données manquent pour apprécier la situation des populations en matière de santé de la reproduction, mais aussi des indicateurs pertinents dans le domaine des droits reproductifs. Pour pallier ces insuffisances, il convient de développer des recherches approfondies afin de mieux décrire la nature des problèmes, mesurer leur ampleur et leur évolution, mieux analyser et comprendre les facteurs socio-démographiques et culturels sous-jacents, et

évaluer l'adéquation entre l'offre et la demande des services en santé de la reproduction. Cet ensemble de connaissances est indispensable pour développer des politiques et des programmes de santé réellement adaptés aux réalités locales, et mesurer l'impact de ces problèmes de santé sur le développement des pays.

Si les Etats ont manifesté une volonté politique d'adhérer au programme d'action du Caire, des efforts restent à faire pour la concrétisation des actions sur le terrain. L'accès des populations à la santé de la reproduction nécessite de réorganiser les services de santé, d'assurer la formation du personnel, de mettre à disposition des ressources suffisantes pour le fonctionnement, et enfin de trouver les moyens de réduire les barrières qui freinent le recours aux soins.

La non-légalisation de l'avortement amène à des pratiques illégales à risque pour la santé des femmes. Si la question de la légalisation de l'avortement est un sujet sensible, il est important de mettre en relief toutes les conséquences sanitaires associées à l'interdiction de cette pratique. Une meilleure formation des personnels de santé au *counselling* post-abortum permettrait d'éviter les « récurrences » de ces avortements, et d'améliorer les traitements des complications par des méthodes plus légères d'un point de vue médical (aspiration au lieu du curetage par exemple), moins coûteuses et moins traumatisantes pour les femmes.

Dans les programmes de santé de la reproduction, l'accent doit être mis en priorité sur la question de la santé des adolescents, qui doivent être un groupe cible privilégié dans la santé de la reproduction à cause de leur vulnérabilité biologique et sociale. Or ils restent exclus assez systématiquement des programmes pour des raisons aussi bien sociales (sexualité non reconnue) qu'économiques, mais aussi par manque d'information. Pour répondre aux besoins particuliers de cette tranche d'âge, il convient donc d'élargir l'accès aux programmes dans les structures existantes, ou encore de développer des programmes d'éducation et d'intervention ou des structures spécifiques pour les adolescents (par exemple, dans le cadre de centres de loisirs, dans le milieu scolaire). Les femmes sont parfois aussi "soumises" à l'autorisation du conjoint pour l'obtention de certaines prestations en santé de la reproduction, ce qui constitue un frein supplémentaire à l'exercice de leurs droits reproductifs. Le *counselling* dans la prescription d'actes médicaux, en particulier de planification familiale, est souvent insuffisant pour différentes raisons : manque de qualification du personnel de santé, manque de temps, manque de considération, non-respect de la confidentialité et manque d'information expliquent que les femmes ne fassent pas de choix éclairés.

Il est également essentiel de réfléchir à une meilleure adaptation des recommandations transmises par le *counselling* d'une part au contexte social et culturel des populations, d'autre part aux dimensions psychologiques du vécu de l'infection à VIH. Une des difficultés spécifiques de la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement tient au fait qu'elle ne dépend pas que des attitudes des mères, mais également des attitudes de l'ensemble du corps social, du statut des femmes, et de la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH. De la même manière, les difficultés de

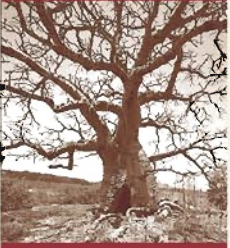
dépistage de l'infection à VIH, aussi bien chez les femmes enceintes que dans la population générale, tiennent en grande partie à l'absence de perspectives concrètes de prise en charge thérapeutique. C'est en ce sens que l'on peut dire que le traitement est l'allié de la prévention, d'autant plus que, en cas de rapport sexuel non protégé avec une personne traitée, le risque de transmission est probablement moindre qu'avec une personne non traitée. Enfin, les conseils de protection des rapports sexuels et de contraception, dispensés aux femmes comme aux hommes séropositifs, sont en contradiction profonde avec le besoin de survie des personnes de leur descendance qui renforce encore plus le désir d'enfant dans cette situation.

Dans un contexte de besoins croissants en santé de la reproduction, les plans d'ajustement structurel et les politiques de recouvrement des coûts qui en découlent accroissent sensiblement le montant des prestations. Par conséquent, la charge financière que représentent les soins de santé est de plus en plus lourde pour les populations, confrontées à une crise économique et à l'absence quasi générale de couverture sociale. Cette charge constitue un frein à l'utilisation des services et la question se pose avec d'autant plus d'acuité pour l'accès des personnes infectées par le VIH aux anti-rétroviraux, qui sont des médicaments chers et prescrits à vie aux patients. Des initiatives telles que le Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale (FSTI), mis en place par la France, ont montré qu'il était possible d'améliorer l'accessibilité économique de ces traitements pour les populations des pays du Sud, mais, à ce jour, seule une petite frange de la population a pu en bénéficier. Pour améliorer l'accès des femmes comme des hommes aux services de santé et permettre l'exercice des droits reproductifs, il est important de lever les barrières sociales que constituent les manques d'éducation et d'information, et d'améliorer la place des femmes dans la société en renforçant ainsi leur autonomie décisionnelle et économique.

Le soutien de la France aux activités en matière de santé de la reproduction

La France a des partenariats bilatéraux et/ou multilatéraux dans le cadre de coopérations techniques, de financement de programmes sanitaires ou de recherche. Par sa contribution aux activités des agences des Nations unies (FNUAP, ONUSIDA, UNIFEM, UNICEF, PNUD et OMS), elle participe au financement des programmes en matière de population, et particulièrement à des programmes d'intervention et de recherche relatives à la planification familiale, au VIH/Sida et autres maladies sexuellement transmissibles, et à la santé maternelle et infantile.

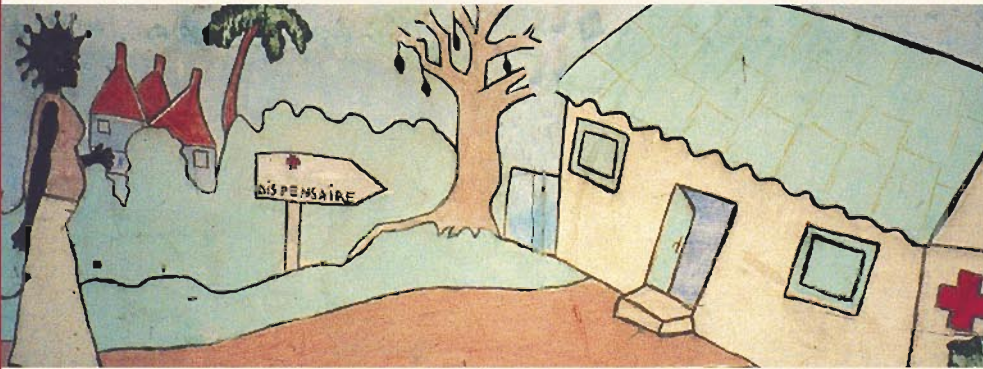
Le montant de l'Aide Publique au Développement en 1999 s'élevait à 34,7 milliards de francs soit 0,39 % du PIB, et de nombreuses interventions ont été mises en oeuvre par la Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement (DGCID). En matière de lutte contre le Sida, l'engagement de la France envers les pays du Sud s'est concrétisé à la fois par une aide financière et une coopération scientifique et médicale. En 1998, la France a créé le Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale (FSTI), qui a subventionné une grande partie des traitements antirétroviraux des enfants en Côte d'Ivoire. En 2001, la France s'est engagée financièrement en faveur du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, et a réaffecté 10 % de l'annulation de la dette à la lutte contre le Sida dans les pays du Sud. En même temps, le gouvernement français a proposé la création d'une initiative de jumelage d'hôpitaux de pays du Nord avec des hôpitaux de pays du Sud, pour assurer un transfert de savoir-faire (Initiative ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau). Une dizaine de pays européens soutiennent ce programme, et quarante hôpitaux français ont manifesté leur intention d'y participer. Dans le domaine des traitements, la Croix-Rouge Française et l'OPALS (Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida) ont développé sept centres de traitement ambulatoires en Afrique. L'Agence Nationale de Recherche sur le Sida s'est beaucoup impliquée dans la recherche portant sur la transmission mère-enfant en Afrique, en Asie et en Amérique du Sud, et dans ce cadre, dans la prise en charge thérapeutique. En matière de santé maternelle, la France a financé une étude multi-centrique de la morbidité maternelle dans six pays d'Afrique francophone (MOMA), dans le but de parvenir à la définition des meilleures stratégies d'action concernant ce problème, et des programmes bi-multilatéraux sur la planification familiale sont en cours en Côte d'Ivoire et à Madagascar. Enfin, les organismes français de recherche sont très actifs dans le domaine de la santé de la reproduction : à l'Institut National d'Études Démographiques (INED), à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), plusieurs équipes travaillent sur ces questions dans les pays du Sud.



RenConTres

LES COLLECTIONS DU CEPED

Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique



Éditrices scientifiques

Agnès GUILLAUME

LPED

Myriam KHLAT

INED

Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique

Éditrices scientifiques

Agnès Guillaume

Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED)
Unité mixte de recherche 151 IRD-Université de Provence

Myriam Khat

Unité de recherche U05 – Mortalité, santé, épidémiologie
INED



Septembre 2004

L'INED, l'IRD et les Universités de Paris I, Paris V et Paris X forment le groupement d'intérêt scientifique (GIS) "Centre Population et Développement" (CEPED).

Le CEPED suscite, anime et appuie des réseaux de recherche en partenariat avec des institutions du Sud dans le champ de la Population et du développement selon quatre thématiques :

- Santé de la Reproduction
- Société, Famille et Genre
- Peuplement, Urbanisation, Mobilité et Environnement
- Méthodologies : Collecte et Analyse

En liaison avec les institutions membres du GIS et ses partenaires du Sud, le CEPED remplit des missions de formation, de documentation, de valorisation et d'expertise. Il favorise le développement de réseaux internationaux dans lesquels les grandes régions en développement sont représentées. Les activités des réseaux comportent une dimension comparative entre les pays partenaires. Parmi les objectifs, il s'agit d'encourager et de valoriser les productions scientifiques, de soutenir des activités de formation, de mettre à disposition des professionnels et décideurs des outils pédagogiques et de l'information scientifique, de constituer des bases de données et de développer des indicateurs pour alimenter les réflexions sur les problématiques nouvelles.

Comité éditorial :

| | | |
|-----------------|------------------|-------------------|
| Courgeau Daniel | Ferry Benoît | Belbeoch Olivier |
| Ferrand Michèle | Hamelin Philippe | Brugeilles Carole |
| Leridon Henri | Lelièvre Eva | Dittgen Alfred |
| Mazouz Mohammed | Samuel Olivia | Pison Gilles |
| | | Vimard Patrice |

Directeur de la publication : André Quesnel

Réalisation technique : Yvonne Lafitte

Conception Graphik : sbgraphik - www.sb-graphik.net

Photo de couverture : © IRD - Marie-Noëlle Favier

Edité avec le soutien du Ministère des Affaires Etrangères – DGCID

© Copyright CEPED 2004
ISSN : en cours d'attribution
Centre Population et Développement
Campus du Jardin Tropical de Paris
Pavillon Indochine
45 bis, Avenue de la Belle Gabrielle
94736 Nogent-sur-Marne Cedex – France
Téléphone : 33 (0) 1 43 94 72 90 – Fax : 33 (0) 1 43 94 72 92
Courriel : ceped@ceped.cirad.fr
Web : <http://ceped.cirad.fr>