

La santé de la reproduction : nouvelle approche globale en Afrique subsaharienne

Annabel Desgrées du Loû*
et **Patrice Vimard****

Par analogie avec la définition de l'OMS, selon laquelle la santé est un état de bien-être complet à la fois physique, mental et social, la santé de la reproduction est définie non seulement comme l'absence de maladies ou de difficultés au cours du processus reproductif (1), mais encore comme l'ensemble des conditions dans lesquelles ce processus peut s'accomplir dans un état de bien-être aussi bien physique, mental que social.

Cette approche de la santé de la reproduction déborde largement le cadre traditionnel qui lui était généralement attribué jusqu'aux années quatre-vingt, dans lequel les questions relatives à la reproduction humaine étaient exclusivement abordées sous l'angle de la santé maternelle et infantile, d'une part, et sous celui de la planification familiale, d'autre part, et se focalisaient essentiellement sur les femmes mariées et leurs enfants. Cette approche s'est peu à peu élargie dans le cadre d'un processus de reformulation des politiques de population et de santé qui s'est étendu de la conférence sur la population et le développement de Mexico (1984) à celle du Caire (1994). Cette évolution s'est faite sous l'influence de trois facteurs essentiels : tout d'abord l'attention croissante de la communauté internationale aux droits de l'homme et par conséquent aux droits reproductifs, ensuite celle des ONG aux besoins de santé des femmes tout au long de leur vie, et enfin l'impact de la pandémie du sida obligeant à reconsidérer la santé reproductive et sexuelle et l'ensemble des dimensions (culturelle, sociale...) des prises de décisions en la matière. Aujourd'hui cette approche prend en compte toutes les étapes de vie (naissance, prime enfance, adolescence, période reproductive, vieillesse), chez les hommes comme chez les femmes, et articule les unes aux autres les différentes dimensions de la santé reproductive (2).

* Démographe, IRD/ENSEA, Abidjan.

** Démographe, IRD/université de Provence, Marseille

(1) « La santé de la reproduction n'est pas considérée uniquement comme une absence de maladie ou de trouble dans le processus reproductif, mais plutôt comme une condition par laquelle ce processus s'accomplit dans un état de complet bien-être physique, mental et social. Cela implique que les individus aient la possibilité de se reproduire, que les femmes puissent mener à bien leur grossesse et accoucher sans risques et que la reproduction ait une issue heureuse (survie des enfants et croissance satisfaisante). Cela signifie que les individus soient capables de réguler leur fécondité et d'avoir une sexualité sans danger », in Fathalla, 1992

(2) Sur ce concept de santé de la reproduction, on pourra consulter J. Khanna *et al.*, 1992 et T. Turmen, 1996. Pour une analyse critique de sa mise en œuvre, on se référera à D. Bonnet, A. Guillaume, 1999

Cette appréhension plus large du concept de la santé de la reproduction recouvre quatre domaines essentiels : la santé de la mère, la santé de l'enfant, la santé sexuelle et la planification familiale, que nous considérerons dans notre article.

● Les retards de l'Afrique subsaharienne

Les indicateurs selon les grandes régions du monde vers 1995 révèlent le retard de l'Afrique subsaharienne en matière de santé de la reproduction (tableau 1). Sauf pour l'insuffisance pondérale, ces indicateurs caractérisent une situation moins favorable pour l'Afrique subsaharienne que pour les autres régions en développement. Les écarts sont particulièrement sensibles en matière de mortalité maternelle, de mortalité des enfants et de planification familiale.

1. - Indicateurs de santé de la reproduction selon les grandes régions du monde vers 1995

	Afrique subsaharienne	Pays arabes	Asie du Sud	Asie de l'Est	Asie du Sud-Est et Pacifique	Amérique latine et Caraïbes	Total PED	Europe de l'Est et CEI	Pays industrialisés	Monde
Mortalité infantile (pour 1 000)	104	55	74	37	48	35	65	26	13	60
Mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000)	169	73	109	46	68	43	95	33	16	88
Insuffisance pondérale néonatale (%)	16	11	32	9	15	10	18		7	17
Insuffisance pondérale des moins de 5 ans (%)	30	17	50	16	25	10	30			
Enfants d'un an vaccinés contre la tuberculose (%)	70	91	94	96	94	93	89	94	92	89
la rougeole (%)	56	83	79	96	86	78	79	91	86	79
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	975	396	551	95	449	191	488	62	13	430
Recours à la contraception (%)	16	37	41	82	53	64	56		70	58

Source : PNUD, 1998

Afrique contemporaine
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Situations nouvelles ?

117

La santé maternelle

Un indicateur extrême de la santé maternelle, ou plutôt des lacunes de la santé maternelle, est le taux de mortalité maternelle, défini par l'OMS comme « le nombre de décès de femmes survenus au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ou fortuite, pour 100 000 naissances vivantes ». Cet indicateur révèle l'ampleur des différences en termes de santé maternelle, entre les pays industrialisés et les pays en développement, d'une part, mais aussi entre les différents pays du continent africain. Sur l'ensemble, des pays d'Afrique subsaharienne ce taux de mortalité maternelle est estimé à 975 décès pour 100 000 naissances vivantes, contre 13 décès pour 100 000 naissances vivantes enregistrés dans les pays industrialisés. L'Afrique subsaharienne est de loin le continent où la mortalité maternelle est la plus élevée : elle y est deux fois supérieure à la mortalité maternelle dans les pays arabes ou dans le continent asiatique, presque 5 fois supérieure à la mortalité maternelle en Amérique latine et Caraïbes (tableau 1).

Cette mortalité maternelle très importante dans les pays d'Afrique subsaharienne a plusieurs causes. En premier lieu le mauvais état de santé général des mères. La grossesse aggrave certaines maladies ou états de faiblesse, et en particulier l'anémie, fréquente chez les femmes africaines à cause du paludisme : la proportion de femmes enceintes qui sont anémiées est de 24 % en Mauritanie, de 34 % en Côte d'Ivoire, de 65 % au Nigeria (PNUD, 1998). On imagine facilement qu'avec un tel taux d'anémie, les hémorragies qui peuvent survenir lors de l'accouchement ou dans les suites d'accouchement conduisent rapidement à une issue fatale, surtout lorsque prise en charge et transfusion se font attendre. Le diabète et l'hypertension sont aussi des pathologies à fort risque d'aggravation pendant la grossesse, mais elles sont rarement diagnostiquées et prises en charge dans des populations qui ont un accès aux soins difficile. Un autre élément de risque est l'existence de grossesses chez des jeunes filles trop jeunes, pas encore matures physiquement (d'où un risque de complications lors de l'accouchement), ou chez des femmes âgées, ou encore la succession de grossesses nombreuses et rapprochées, qui affaiblissent l'organisme de la femme. A l'origine de toutes ces grossesses « à risque », le manque de planification familiale : les femmes commencent tôt leur vie féconde, la terminent tard et ont peu de moyens d'espacer leurs grossesses. Autre élément important, le suivi médical des grossesses et des accouchements est encore très lacunaire. Or les visites prénatales sont indispensables car elles permettent de détecter et de traiter à temps deux causes majeures de mortalité maternelle : l'anémie et l'hypertension, de vacciner la femme contre le tétanos, ce qui protège aussi l'enfant à la naissance contre le tétanos néonatal (puisque'il bénéficie des anticorps de sa mère) et enfin, et cela est capital, d'informer la femme enceinte sur la conduite à tenir et les structures où elle doit se rendre en cas de complications graves. En effet, les complications graves de l'accouchement sont rarement prévisibles, et doivent donc pouvoir être soit traitées sur place (ce qui suppose l'existence d'un bloc opératoire, des médicaments et des instruments adéquats), soit référées vers de plus grosses unités qui disposent de l'équipement nécessaire, mais dans un délai très court. Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, il n'existe pas de système de prise en charge de ces « urgences obstétricales » : d'une part, en cas de complications à l'accouchement, si une femme doit quitter une formation sanitaire pour se rendre dans une plus grosse unité, elle doit généralement se débrouiller par ses propres moyens (taxi, voiture particulière), d'où des temps de transferts très longs, et, d'autre part, lorsque la femme arrive finalement dans la structure en question, fréquemment elle n'est pas prise en charge avant de longues heures à cause de l'absence de suivi de ces patientes d'une structure à

l'autre. Ainsi, une femme qui arrive aux urgences peut rester plusieurs heures avant d'être césarisée, et cela est à l'origine de nombreux décès en couche. Une enquête sur la mortalité maternelle à Abidjan a montré que, dans la moitié des cas d'évacuation d'une maternité urbaine vers un CHU, les patientes, à partir du moment où elles sont évacuées, attendent 1 heure 45 avant d'avoir un avis spécialisé et au moins 5 heures 30 pour être césarisées. C'est ainsi qu'on estime que 89 % de la mortalité maternelle serait évitable à Abidjan (Akoi Ahizi *et al.*, 1999 ; Portal *et al.*, 1999).

Les avortements provoqués, enfin, sont une cause fréquente de mortalité maternelle. Dans l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne, le recours à l'avortement pour interrompre volontairement une grossesse est un acte illégal ou restreint à certaines conditions, avec des législations plus ou moins souples à ce sujet selon les pays : en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso, en Mauritanie et au Niger, c'est un acte totalement illégal, sauf rares exceptions (3). Dans d'autres pays, il est autorisé pour préserver la santé ou la vie de la mère (Mali, Nigeria, Bénin, Congo, etc.) ; dans deux pays seulement (Cameroun et Ghana), il peut être légal pour raisons juridiques ou socio-économiques (Bledsoe et Cohen, 1993). Très peu d'informations sont donc disponibles sur l'avortement dans ces pays. Cependant, à partir des complications graves de suites d'avortement observées dans les hôpitaux, on estime que plus de la moitié des décès maternels seraient consécutifs à des avortements provoqués faits dans de mauvaises conditions (Thonneau *et al.*, 1996).

Peu d'informations sont disponibles sur les niveaux de santé et de mortalité maternelles pour les décennies précédentes. Cependant, les quelques données disponibles semblent montrer que les niveaux de mortalité maternelle ne diminuent pas, malgré les efforts entrepris, et que la santé maternelle reste un problème majeur dans les pays d'Afrique subsaharienne (Rosen et Conly, 1998).

La santé des enfants

Par rapport à l'ensemble des PED, la mortalité des enfants de moins de 5 ans est plus d'une fois et demie supérieure en Afrique subsaharienne. L'écart est encore plus important si l'on compare la situation africaine à celles des régions en développement les plus avancées comme l'Amérique latine, les Caraïbes et l'Asie de l'Est. A l'origine de cette forte mortalité aux jeunes âges, il y a tout d'abord une importante mortalité néonatale, due au manque d'assistance médicale lors des accouchements (d'où des accouchements difficiles et une souffrance fœtale importante lors de ces accouchements) et, jusqu'à une période récente, au tétanos néonatal. Puis, entre 1 mois et 5 ans, quatre grandes causes de morbidité et mortalité (Waltisperger, 1988) : les maladies diarrhéiques, qui sont fortement liées au manque d'hygiène et à la malnutrition mais restent difficiles à combattre car elles recouvrent une grande variété d'affections possibles ; les infections respiratoires, qui représentent la deuxième cause de décès avant 5 ans et qui sont particulièrement fatales en Afrique à cause des carences nutritionnelles des enfants ; le paludisme, qui est meurtrier aux jeunes âges, et dont la gravité empire aujourd'hui avec le développement de parasites résistants à la chloroquine ; et enfin la rougeole qui, jusqu'au développement de grandes campagnes de vaccination, frappait les pays d'Afrique subsaharienne d'épidémies meurtrières et récurrentes, qui pouvaient tuer jusqu'à un quart des enfants de moins de 5 ans dans une population (Pison *et al.*, 1989).

(3) En Côte d'Ivoire, il n'y pas d'infraction lorsque l'interruption de la grossesse est nécessitée par la sauvegarde de la santé de la mère gravement menacée, mais il faut l'avis de deux médecins en plus de celui du médecin traitant (article 367 du Code pénal ivoirien)

En matière d'évolution de la santé de la reproduction, ce sont les tendances de la mortalité infantile qui sont le mieux documentées durant la seconde moitié du xx^e siècle (tableau 2). En 1950-1955, la mortalité dans l'enfance est en Afrique légèrement plus élevée qu'en Asie, et déjà 50 % plus forte qu'en Amérique latine et aux Caraïbes. Entre les années cinquante et les années quatre-vingt-dix, la mortalité infantile a baissé de moitié en Afrique subsaharienne. Cependant, cette baisse a été plus lente en Afrique que dans les autres continents, et l'écart entre continents s'est creusé : quarante ans après, la mortalité infantile est nettement plus forte en Afrique qu'en Asie et plus de deux fois plus élevée qu'en Amérique latine et aux Caraïbes (respectivement 94, 62 et 40 pour mille). Aussi, si nous prenons une base 100 en 1950-1955, l'indice est à 51 en Afrique, 34 en Asie et 32 en Amérique latine et aux Caraïbes en 1990-1995. Quant aux progrès dans les régions développées, pourtant dotées en 1950 d'une mortalité des enfants beaucoup plus faible, ils sont plus importants encore (indices en 1990-1995 de 38 en Océanie, 31 en Amérique du Nord et 18 en Europe, toujours pour une base 100 en 1950-1955). Bénéficiant de progrès moins rapides, l'Afrique voit son retard s'accroître même si toutes les parties du continent se situent différemment face à cette évolution. Dès le milieu du siècle, l'Afrique australe se caractérise par une faible mortalité infantile, inférieure à la mortalité asiatique et latino-américaine à cette époque, et due en partie à une implantation significative des infrastructures sanitaires et à la situation plus favorable des communautés non noires d'Afrique du Sud. Mais les progrès étant plus faibles par la suite, son avance sur l'Asie et l'Amérique latine s'est comblée et au-delà en 1990-1995, même si l'Afrique australe conserve son avantage sur les autres régions de l'Afrique subsaharienne. Avantage qu'elle partage avec l'Afrique du Nord qui a bénéficié de l'évolution la plus favorable durant les dernières décennies, proche des autres continents en développement. Aussi la mortalité infantile est-elle très inégale à l'intérieur du continent africain en cette fin de siècle : elle est en Afrique australe la moitié de ce qu'elle est en Afrique de l'Est, pourtant voisine, et nettement plus faible qu'en Afrique centrale et de l'Ouest.

2. - Evolution de la mortalité infantile selon les grandes régions du monde (1950-1995)

	Taux de mortalité infantile (pour 1 000)			Baisse (en %)			Indice en 1990-1995 (base 100 1950-1955)
	1950-1955	1980-1985	1990-1995	de 1950-1955 à 1980-1985	de 1980-1985 à 1990-1995	de 1950-1955 à 1990-1995	
Afrique	185	112	94	39	16	49	51
Afrique du Nord	190	100	67	47	33	65	35
Afrique de l'Ouest	203	113	98	44	13	52	48
Afrique centrale	187	113	97	40	14	48	52
Afrique de l'Est	181	125	108	31	13	40	60
Afrique Australe	103	66	55	36	17	47	53
Asie	180	83	62	54	25	66	34
Amérique latine et Caraïbes	126	56	40	56	29	68	32
Europe	72	18	13	75	28	82	18
Amérique du Nord	29	11	9	62	18	69	31
Océanie	69	30	26	57	13	62	38

Source : Calcul des auteurs d'après chiffres Nations unies.

La santé sexuelle

La sexualité sans risques, inhérente au concept de santé de la reproduction, implique, au minimum, l'absence de maladies sexuellement transmissibles (MST) et l'absence de violences ou de mutilations sexuelles. Or en Afrique subsaharienne, MST et mutilations sexuelles sont largement présentes. Les MST constituent en effet un des problèmes de santé majeurs dans les pays d'Afrique subsaharienne, mais aussi un des plus difficiles à appréhender, car elles sont souvent asymptomatiques (surtout chez les femmes) donc ignorées par l'individu infecté et peu repérables par les services de santé. Les conséquences de ces MST sont par contre bien connues : chez les femmes elles peuvent être à l'origine de stérilités, avec toutes les conséquences sociales que cela implique dans les pays africains. La forte prévalence de MST dans les pays africains explique, pour les années les plus anciennes, une bonne part de la forte stérilité féminine qu'on observait dans ces pays : on a estimé en effet dans les années quatre-vingt que la stérilité féminine était à l'origine d'un déficit de 1,6 naissance par femme au Cameroun, 0,8 naissance par femme en Côte d'Ivoire, 0,9 naissance par femme en Tanzanie, sur des moyennes de 5 à 7 naissances par femme (Franck, 1983). D'autre part, les MST augmentent le risque de grossesse extra-utérine, d'accouchements prématurés, et d'infections congénitales chez les nourrissons. Enfin, le fait d'être infecté par une MST augmente de 2 à 5 fois le risque de transmission du VIH lors d'un rapport sexuel. Le VIH constitue bien sûr un des problèmes majeurs aujourd'hui de la santé sexuelle en Afrique.

Autre aspect de la santé sexuelle en Afrique, la pratique de l'excision, qui existe encore dans une trentaine de pays africains. On estime qu'environ la moitié des femmes d'Afrique subsaharienne ont subi des mutilations génitales (Rosen et Conly, 1998). Faite dans de mauvaises conditions sanitaires, cette pratique expose les fillettes à des risques, parfois mortels, d'infection et d'hémorragies, et à des problèmes sexuels, urinaires, génitaux et obstétricaux par la suite, sans compter d'éventuelles séquelles psychologiques. Les conséquences obstétricales possibles sont la stérilité, si l'opération a été suivie d'une infection des filières génitales, ou encore un travail prolongé lors de l'accouchement et une expulsion difficile du bébé (en particulier dans les formes extrêmes de l'excision, clitoridectomie ou, plus grave, infibulation) qui conduisent à des risques d'asphyxie du nourrisson (et donc de paralysies, handicaps...), ou de décès de la mère et/ou de l'enfant (Tsui *et al.*, 1997). Des lois contre l'excision ont été récemment adoptées dans plusieurs pays : Burkina Faso, Nigeria, Ghana, Guinée, etc., ou sont en cours d'adoption (Côte d'Ivoire), mais l'adoption de la loi n'est pas toujours suivie de l'arrêt de la pratique (Locoh, 1998). En matière de violences sexuelles, les lois évoluent lentement aussi, et le viol et les abus sexuels sur les femmes et les enfants restent encore fréquemment impunis en Afrique subsaharienne (Tsui *et al.*, 1997).

La planification familiale

En matière de planification familiale, la prévalence contraceptive est beaucoup plus faible en Afrique subsaharienne que dans les autres régions en développement, allant de pair avec une fécondité plus forte (4). Au début des années quatre-vingt-dix moins de 2 femmes sur 10 utilisent un moyen contraceptif contre près de 6 sur 10 en Amérique latine et 7 sur 10 en Asie de l'Est (tableau 3). La différence concerne également

(4) En 1990-1995, la fécondité du moment, exprimée par l'indice synthétique de fécondité, est de 5,7 enfants par femme contre 2,8 en Asie et 2,9 en Amérique latine (United Nations, 1998), l'écart n'ayant cessé de se creuser depuis la fin de la seconde guerre mondiale.

la nature des méthodes employées. L'écart est en effet prononcé pour les méthodes de limitation de la descendance, la stérilisation très utilisée dans les autres régions en développement étant quasi inexistante en Afrique. Il est par contre plus faible pour les moyens d'espacement, comme la pilule, qui sont plus facilement adoptés par les populations d'Afrique subsaharienne car ils correspondent davantage à leur objectif constant de maîtriser l'intervalle entre les naissances et qu'ils suppléent peu à peu les pratiques traditionnelles en la matière, comme l'allaitement maternel et l'abstinence post-partum, moins suivies qu'auparavant (5).

3. - Utilisation de la contraception selon les grandes régions du monde vers 1990 (pour 100 femmes mariées âgées de 15 à 49 ans)

	Afrique (y compris Afrique du Nord)	Asie de l'Est (sauf Japon)	Reste Asie et Océanie	Amérique latine	Pays développés	Monde
Stérilisation féminine	1	26	15	21	8	15
Stérilisation masculine	0,1	8	4	1	4	4
Pilule	6	3	5	16	16	8
DIU	4	28	5	7	6	11
Condom	1	2	4	2	14	5
Autres	6	1	9	11	24	10
Toutes méthodes	18	69	42	58	72	54

Source : United Nations, 1994

Les progrès de la planification familiale sont en Afrique subsaharienne beaucoup plus tardifs et lents que dans les autres continents, avec là encore des différences sensibles entre les régions, la progression de la pratique contraceptive étant plus sensible en Afrique australe et de l'Est qu'en Afrique centrale et de l'Ouest où elle reste faible. Le Botswana et le Zimbabwe sont remarquables en matière de progrès : dès 1984 respectivement 16 % et 22 % des femmes utilisaient une méthode moderne de contraception, et ce taux s'accroîtra de 80 % au Botswana et de 20 % au Zimbabwe entre 1984 et 1988, marquant là l'impact de programmes de planification familiale et de santé publique réussis et l'effet d'une évolution sociale et économique plus vaste centrée sur les progrès de la scolarisation féminine (Thomas et Muvandi, 1994). Dans les pays ayant adopté dès les années soixante des politiques de maîtrise de la croissance démographique, comme le Ghana et le Kenya, les progrès de la contraception moderne resteront plus modestes et réservés pendant longtemps à une frange réduite de la population. Au Kenya, la prévalence contraceptive chez les femmes mariées, toutes méthodes confondues, passe de 7 % en 1977, à 27 % en 1989 et 39 % en 1998 ; au Ghana, la croissance est plus lente encore : 3 % en 1979, 13 % en 1989 et 20 % en 1993 (Bangha, 2000). Malgré tout, ces données concernent des pays pionniers en matière de planification familiale. Si nous considérons la Côte d'Ivoire, aux positions populationnistes jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, les progrès sont encore plus lents : 1 % en 1980, 17 % en 1994 et 21 % en 1998-1999 de l'ensemble des femmes utilisent un moyen de contraception, quel qu'il soit, soit une croissance de la prévalence contraceptive d'environ 1 % par an (Vimard et Fassassi, 1999).

(5) Les données du tableau 3 concernant l'ensemble de l'Afrique, les prévalences des différentes méthodes pour la seule Afrique subsaharienne sont encore plus faibles puisque la contraception est davantage pratiquée en Afrique du Nord

● De multiples inégalités de santé

L'Afrique subsaharienne, qui se distingue par un retard certain vis-à-vis des autres régions en développement, se caractérise également par de grandes inégalités, certaines régions et certains pays étant plus en retard que d'autres (6). Pour apprécier ces différences nous avons choisi douze pays qui nous paraissent représentatifs de la diversité géographique, économique et culturelle du sous-continent, et pour lesquels nous possédons des données récentes sur les indicateurs qui nous préoccupent, recueillies d'une manière relativement homogène lors des enquêtes démographiques et de santé (7).

En matière de mortalité maternelle, au sein de l'Afrique subsaharienne, les situations sont diverses. Parmi les douze pays retenus, la Namibie et le Zimbabwe présentent des taux de mortalité maternelle d'un niveau proche de celui de l'Amérique latine (moins de 300 décès pour 100 000 naissances vivantes), tandis que le Nigeria et l'Erythrée, pays en guerre, présentent les plus forts taux, autour de 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes, l'instabilité politique de ces deux derniers pays étant sans doute la principale cause de ces niveaux très élevés. Les différences d'un pays à l'autre s'expliquent assez facilement, car les niveaux de mortalité maternelle sont directement liés aux indicateurs de suivi des grossesses et des accouchements : les pays où la mortalité maternelle est la plus basse sont ceux où le suivi de la grossesse en consultations prénatales est assuré et où la majorité des accouchements bénéficient d'une assistance médicale. Ainsi, au Zimbabwe et en Namibie, où la mortalité maternelle est inférieure à 300 décès pour 100 000 naissances vivantes, plus de deux tiers des accouchements sont assistés par du personnel de santé et plus de la moitié des grossesses ayant abouti à des naissances vivantes ont bénéficié d'au moins quatre visites prénatales. Inversement, au Nigeria et en Erythrée, où la mortalité maternelle se situe autour de 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes, moins d'un accouchement sur trois est « médicalement assisté », et plus du tiers des grossesses se sont déroulées sans aucune visite prénatale (tableau 4).

Les différences en matière de mortalité des enfants sont également considérables entre les différents pays : par rapport au Zimbabwe, le plus favorisé, le Mali, le moins avancé en la matière, a une mortalité des enfants plus de trois fois supérieure (respectivement 77 et 238 décès avant 5 ans pour 1 000 naissances), la mortalité avant 1 an y étant plus de deux fois et celle de 1 à 5 ans plus de cinq fois supérieures (tableau 5). Entre ces deux situations extrêmes, la plupart des autres pays ont une mortalité dans l'enfance comprise entre 80 et 200 pour 1 000.

La surmortalité durant la période dite juvénile (du premier au cinquième anniversaire) a été longtemps une spécificité de la mortalité en Afrique subsaharienne. Cette surmortalité, liée essentiellement au poids des maladies infectieuses infantiles et aux conditions délicates de sevrage d'enfants ayant reçu un allaitement maternel prolongé, perdue dans certains pays, le Mali et le Nigeria par exemple. Elle s'est en revanche estompée dans d'autres pays où la mortalité juvénile a baissé plus vite que la mortalité infantile durant les vingt dernières années comme au Ghana, en Namibie, en Tanzanie et au Zimbabwe.

(6) Dans le même temps, nous pouvons trouver de profondes inégalités à l'intérieur d'un même pays, selon le milieu de résidence, la catégorie socio-professionnelle.

(7) Le fait de choisir seulement des pays qui ont réalisé une enquête démographique et de santé biaise sensiblement notre échantillon, puisque de tels pays se caractérisent tout d'abord par la possibilité de réaliser une telle enquête à l'échelle nationale, et ensuite par une certaine sensibilité de leurs autorités à ces questions de santé des populations. Pour pallier ce biais potentiel, nous avons inclus dans notre échantillon des pays qui ont connu, récemment ou de manière plus ancienne, des périodes de conflit interne ou extérieur, comme l'Afrique du Sud, l'Erythrée, le Mali et l'Ouganda.

4. - Indicateurs de santé maternelle dans 12 pays d'Afrique subsaharienne durant les années 1990

Pays (année d'enquête)	Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)*	Visite prénatale** (%)		Vaccination contre le tétanos 2 doses ou plus	Accouchement assisté par du personnel de santé (%)
		Aucune	4 ou +		
Cameroun (1998)	430	20,0	52,4	47,5	58,2
Côte d'Ivoire (1998-1999)	597	15,5	28,7	47,3	45,4
Erythrée (1995)	998	50,7	26,6	23,0	20,6
Ghana (1993)	740	12,6	58,9	51,3	43,8
Mali (1995-1996)	577	51,1	25,8	31,7	23,7
Kenya (1998)	590	5,5	60,8	50,8	44,3
Namibie (1992)	225	11,9	55,8	32,7	68,2
Nigeria (1990)	1 000	35,0	52,0	40,9	30,8
Ouganda (1995)	506	7,5	47,2	53,7	37,8
Sénégal (1997)	555	14,9	16,6	65,7	46,6
Tanzanie (1996)	529	2,1	69,5	74,3	38,2
Zimbabwe (1994)	283	5,6	74,0	45,8	69,2

* Estimation lors de l'enquête démographique et de santé la plus récente pour une période de 10 ans avant l'enquête, sauf pour le Sénégal estimations mesurées à l'EDS de 1992-1993 pour la période 1986-1992, et pour le Ghana et le Nigeria pour lesquels il s'agit de l'estimation de l'UNICEF de 1996.

** Pourcentage des naissances vivantes, durant les trois ans précédant l'enquête, selon le nombre de visites prénatales

Source : *Rapport des enquêtes démographiques et de santé.*

En matière de MST (maladie sexuellement transmissible), d'un pays à l'autre les situations varient fortement, et les chiffres ne sont pas partout disponibles. Pour donner un ordre de grandeur de ces affections, voici quelques exemples : au Cameroun, les MST constituent une des cinq premières causes de consultation et environ 15 % des femmes enceintes présentent une gonorrhée ; au Zimbabwe, plus de 10 % de la population souffre d'une infection des filières génitales ; la proportion de femmes enceintes présentant un résultat positif au test de syphilis (8) est de 2 % au Nigeria, de 16 % en Tanzanie, 21 % en Afrique du Sud et 40 % en Ouganda. Cette diversité de situations s'explique par un faisceau de mécanismes : les différences de prévalence des MST tiennent à des différences physiologiques, comportementales, socioculturelles, et sont encore mal comprises (Tsui *et al.*, 1997) (9).

En matière de contraception, l'écart est important entre le Kenya et le Zimbabwe, qui se situent au niveau des pays arabes ou d'Asie du Sud, avec une prévalence proche ou supérieure à 40 %, et les autres pays où moins de 20 % des femmes utilisent une contraception (tableau 6). Pour trois pays cette prévalence ne dépasse pas 6 % : Mali, Nigeria et Erythrée. Même si la diffusion de la contraception n'est pas le seul facteur de la baisse de la fécondité, les pays dotés d'une prévalence contraceptive ont une fécondité plus faible que les autres, leur indice synthétique de fécondité est proche de 4,5 enfants par femme alors qu'il dépasse 5 voire 6 enfants par femme dans les autres pays. Les pays de l'échantillon se distinguent également par l'implication de la puissance publique dans la planification familiale. Dans huit pays, le secteur médical public constitue la principale source d'approvisionnement en moyens modernes de contraception : Erythrée, Mali, Kenya, Namibie,

(8) Une sérologie positive pour la syphilis révèle soit une infection en cours soit une infection passée

(9) L'excision, elle aussi variable selon les pays, n'est pas abordée dans cet article.

5. - Indicateurs de mortalité et de santé dans 12 pays d'Afrique subsaharienne durant les années 1990

Pays (année d'enquête)	Mortalité infantile (‰) (a)	Mortalité juvénile (‰) (a)	Mortalité des moins de 5 ans (‰) (a)	Insuffisance pondérale des enfants (%) (b)	Enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la :				Prévalence du sida chez les 15-49 ans
					Tuberculose (%)	Rougeole (%)	Toutes (c)	Aucune	
Cameroun (1998)	77	80	151	22	75	54	36	12	5
Côte d'Ivoire (1998-1999)	112	77	181	24	84	66	51	9	10
Erythrée (1995)	66	76	136	44	61	51	41	38	3
Ghana (1993)	66	57	119	27	83	64	55	15	2
Mali (1995-1996)	123	131	238	43	76	51	32	23	2
Kenya (1998)	74	41	112	22	96	79	65	3	12
Namibie (1992)	57	28	83	26	91	76	58	5	20
Nigeria (1990)	87	115	192	36	61	46	30	37	4
Ouganda (1995)	81	72	147	26	84	60	47	14	10
Sénégal (1997)	68	77	139	20 (d)	84 (d)	57 (d)	49 (d)	15 (d)	2
Tanzanie (1996)	88	54	137	31	96	68	60	4	9
Zimbabwe (1994)	53	26	77	16	95	74	67	5	26

(a) Quotients pour les périodes de cinq ans précédant l'enquête démographique et de santé.

(b) L'insuffisance pondérale correspond à un rapport poids sur âge inférieur de deux écarts types ou plus à la médiane de la population de référence. Elle est calculée pour des périodes variables selon les pays : 3-35 mois au Mali ; 0-35 mois au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en Erythrée et au Zimbabwe ; 1-35 mois au Ghana et au Nigeria ; 0-48 mois en Ouganda ; 0-59 mois au Kenya, au Sénégal et en Tanzanie.

(c) Enfant ayant reçu les vaccinations contre la tuberculose, la rougeole, les trois doses des vaccins polio et les trois doses du vaccin DTCocq (diphtérie, tétanos et coqueluche)

(d) En 1992-1993.

Source : *Rapports des enquêtes démographiques et de santé, sauf prévalence du sida*, UNAIDS/WHO, 1998.

Ouganda, Sénégal, Tanzanie et Zimbabwe. En revanche pour quatre pays, le secteur médical privé représente cette principale source : Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana et Nigeria. A coté de ces deux modes d'approvisionnement, on note l'existence des formes privées non médicales, souvent informelles (10), de diffusion des contraceptifs. Celle-ci exprime le décalage dans la plupart des pays entre la demande bien réelle des populations en moyens de planification des naissances et une offre peu accessible, car souvent inexistante lorsqu'elle est publique et chère lorsqu'elle est privée.

6. - Utilisation de la contraception et niveau de la fécondité dans 12 pays d'Afrique subsaharienne durant les années 1990

Pays (année d'enquête)	Prévalence contraceptive* (en %)			Indice synthétique de fécondité**
	moderne	naturelle	totale	
Cameroun (1998)	7,1	11,2	18,3	5,2
Côte d'Ivoire (1998-1999)	9,8	9,7	19,5	5,2
Erythée (1995)	4,0	1,0	5,0	6,1
Ghana (1993)	10,1	9,6	19,7	5,5
Mali (1995-1996)	4,5	1,7	6,2	6,7
Kenya (1998)	31,5	6,7	38,2	4,7
Nambie (1992)	26,0	1,0	27,0	5,4
Nigeria (1990)	3,5	1,9	5,4	6,2
Ouganda (1995)	7,8	4,3	12,1	6,9
Sénégal (1997)	8,1	1,3	9,4	5,7
Tanzanie (1996)	13,3	4,6	17,9	5,8
Zimbabwe (1994)	42,2	4,3	46,5	4,3

* Indices mesurés chez les femmes en union de 15 à 49 ans lors de l'observation nationale la plus récente. La contraception naturelle comprend le retrait et la continence périodique, quelle que soit la méthode utilisée par les individus pour déterminer la période féminine féconde.

** Indice pour les femmes de 15 à 49 ans

Source : *Rapports des enquêtes démographiques et de santé.*

● Nouveaux défis sanitaires et nouvelles aspirations

L'évolution récente de certains indicateurs nous montre que les populations africaines sont confrontées à de nouveaux risques en matière de santé de la reproduction dans le même temps où elles aspirent à mieux les dominer et à bénéficier davantage des progrès généraux en la matière.

(10) Il s'agit ici d'achat de contraceptifs dans les boutiques ou les kiosques, sur les marchés, dans les bars et boîtes de nuit, d'obtention auprès de parents ou connaissances .

Les résistances à l'amélioration de la mortalité des enfants : les progrès remis en cause ?

Malgré des progrès moins rapides que dans les autres régions en développement, la baisse de la mortalité des enfants a été quasi universelle et continue à l'échelle de l'Afrique subsaharienne de la fin des années quarante jusqu'aux années quatre-vingt. Certains pays font exception à cette règle (Angola, Ethiopie, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Soudan) en ayant connu de longues périodes de mortalité stables ou en augmentation liées à des contextes de guerre civile interrompant le cours de leur développement socio-économique (Hill, 1996). Cependant, pour trois d'entre eux, Ouganda, Rwanda (11) et Soudan, des enquêtes récentes permettent d'affirmer l'existence d'une baisse globale depuis la fin de la seconde guerre mondiale ; par contre pour les quatre autres pays l'absence de source fiable depuis 1980 ne nous permet pas de préjuger de leur évolution sur la longue période. Cependant, durant l'actuelle décennie, la hausse de la mortalité des enfants en Côte d'Ivoire et au Kenya (vérifiée à toutes les phases de l'enfance : néonatale, post-néonatale et juvénile) et sa stagnation au Sénégal montrent que les progrès, aussi imparfaits et incomplets soient-ils, ne sont pas définitivement acquis et peuvent être remis en cause, même dans des pays qui ne sont pas les plus démunis du continent (tableau 7).

7. - Evolution de la mortalité des enfants en Côte d'Ivoire, au Kenya et au Sénégal (nombre de décès avant 5 ans pour 1 000 naissances vivantes)

Pays, date de l'enquête et nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité infanto-juvénile
Côte d'Ivoire, 1998-1999					
0-4 ans	62,0	50,3	112,3	76,9	180,6
5-9 ans	48,8	61,8	110,6	63,8	167,4
10-14 ans	44,0	41,1	85,1	52,7	133,3
Kenya, 1998					
0-4 ans	28,4	45,3	73,7	40,8	111,5
5-9 ans	25,5	42,1	67,7	33,5	98,9
10-14 ans	28,8	33,2	61,9	29,5	89,6
Sénégal, 1997					
0-4 ans	37,4	30,3	67,7	76,5	139,0
5-9 ans	38,5	32,7	71,2	73,2	139,1
10-14 ans	39,5	36,8	76,3	104,2	172,6

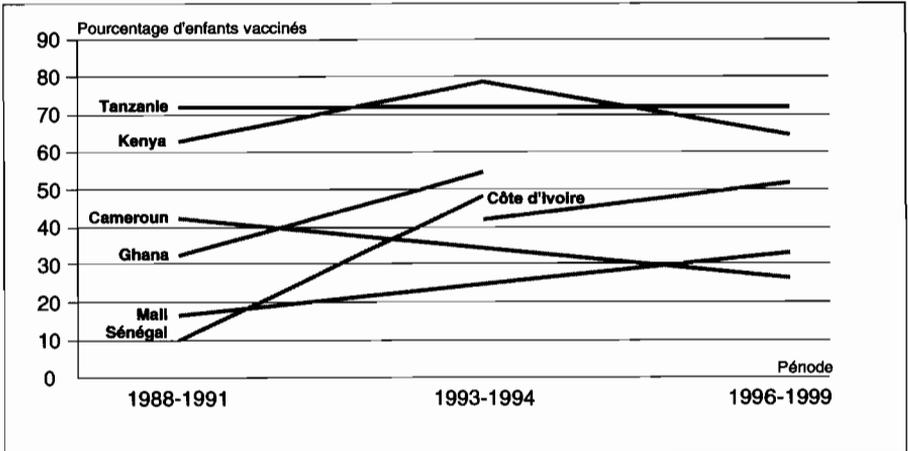
Source : *Rapports des enquêtes démographiques et de santé*

La baisse tendancielle de la mortalité repose sur une amélioration générale du niveau de vie des populations et sur l'importation de techniques médicales qui constituent les facteurs les plus décisifs des progrès en matière de lutte contre la mortalité dans les pays pauvres (Vallin, 1989). A ce titre, le développement des vaccinations a été important pour réduire la mortalité des enfants (Amin, 1996), tout particulièrement celle contre la rougeole dont l'efficacité a été démontrée (Desgrées du Loû, 1996). Cependant en ce domaine, l'Afrique subsaharienne n'a fait qu'une partie du chemin qui mène à la couverture vaccinale de l'ensemble des enfants contre les six maladies (diphthérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole et tuberculose) couvertes par le programme élargi de vaccination (PEV) développé

(11) Au moins pour la période allant jusqu'à la dernière guerre civile depuis laquelle aucune donnée fiable n'est disponible.

sous l'égide de l'OMS. Dans la moitié des pays de notre échantillon, moins de 50 % des enfants n'ont pas reçu toutes les vaccinations du programme et plus de 10 % n'en ont reçu aucune (tableau 5). L'évolution de la couverture vaccinale dans les pays où elle a pu être mesurée durant les années quatre-vingt-dix montre que des progrès sont incontestables dans les pays qui se situaient les plus en retard : Ghana, Mali et Sénégal (figure 8). Par contre, les pays qui bénéficiaient au début de la décennie des progrès les plus manifestes ont vu leur couverture vaccinale stagner (Tanzanie et Kenya) ou même reculer (Cameroun), ce qui montre que là encore les progrès peuvent être remis en cause.

8. - Evolution de la couverture vaccinale des enfants dans 6 pays d'Afrique subsaharienne selon la période
(% des enfants de 12 à 25 mois ayant reçu toutes les vaccinations du PEV)



Source : Rapports nationaux des enquêtes démographiques et de santé.

Parallèlement, l'épidémie de sida grève lourdement la santé des enfants dans les pays les plus touchés et risque d'annuler, en termes de réduction de la mortalité, les bénéfices des dernières décennies dus aux programmes de protection infantile. Sachant qu'environ 25 % des enfants nés de mère séropositive pour le VIH sont eux-mêmes infectés en l'absence de traitement, et que, sur ces enfants, 85 à 95 % mourront avant 5 ans, on voit que cette épidémie peut augmenter de façon non négligeable la mortalité des moins de 5 ans dans les pays à forte prévalence, c'est-à-dire essentiellement en Afrique de l'Est et en Afrique Australe (Stover, 1993).

Enfin, il est à craindre que le développement de souches de *plasmodium* résistant à la chloroquine conduise à une augmentation de la mortalité des enfants due au paludisme, bien que les travaux qui permettent actuellement d'étayer cette thèse soient encore rares (Trape *et al*, 1998).

Une priorité : faire enfin reculer la mortalité maternelle

La persistance dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne de taux anormalement élevés de mortalité maternelle, tandis que certains pays ont par ailleurs démontré que, moyennant quelques investissements, cette mortalité pouvait baisser, appelle à des mesures urgentes dans ce domaine. En plus de l'amélioration du suivi prénatal, un effort considérable doit être fait pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence,

puisque la majeure partie de la mortalité maternelle vient de complications de l'accouchement, généralement non prévisibles et d'issue fatale lorsqu'elles ne sont pas prises en charge immédiatement. Cela implique des investissements tant dans les installations et le matériel (existence de blocs opératoires, de médicaments et matériels nécessaires pour les gestes obstétricaux d'urgence), que dans la formation du personnel et la sensibilisation de la population, afin que toute la communauté apprenne à identifier les situations qui peuvent être dangereuses pendant la grossesse et l'accouchement, et les attitudes à adopter (Rosen et Conly, 1998). Un point important dans la prise en charge de ces complications non prévisibles de l'accouchement est la mise en place d'un système efficace de transfert d'urgence entre petites unités et grosses unités (du type ambulances obstétricales) ainsi qu'un suivi des femmes d'une structure à l'autre (Portal *et al.*, 1999).

Cesser d'ignorer le recours à l'avortement provoqué

A cause du caractère illégal de cet acte, les seules informations généralement disponibles à ce sujet proviennent des données hospitalières concernant les complications d'avortement : on a donc une estimation des conséquences graves du recours à l'avortement provoqué en Afrique subsaharienne mais aucune vision d'ensemble du niveau de cette pratique dans l'ensemble de la population (Bledsoe et Cohen, 1993). Les rares données existantes suggèrent cependant qu'il existe un recours fréquent à l'avortement provoqué, en particulier aux jeunes âges, avant le mariage et chez les jeunes filles encore scolarisées ou étudiantes : selon les enquêtes disponibles dans quelques villes d'Afrique de l'Ouest (Accra, Abidjan), on obtient des chiffres de un quart à un tiers des jeunes femmes ayant déjà eu recours à l'avortement provoqué avant 20 ans (Bledsoe et Cohen, 1993). Il ne s'agit donc pas d'un phénomène marginal, même s'il n'est pas reconnu par la loi et si l'ampleur réelle du phénomène reste mal connue. Cette généralisation du recours à l'avortement est assez récente, et elle touche toutes les classes d'âge (Desgrées du Loû *et al.*, 1999). On l'observe essentiellement en ville. Il semble qu'aujourd'hui, la majorité des avortements soient réalisés en structure sanitaire (clandestinement), cette pratique étant assez lucrative pour le personnel de santé, tant public que privé. Cependant une part importante des avortements est encore faite à domicile, avec des méthodes traditionnelles extrêmement dangereuses pour la santé de la femme, et même ceux qui sont effectués en milieu sanitaire le sont généralement sans suivi post-abortum (puisqu'ils sont clandestins), et donc non dépourvus de risques. La réduction de la mortalité maternelle passera nécessairement par la prise en compte de ce recours croissant à l'avortement. Cela signifie, d'une part, prendre acte du besoin de planification familiale que ce phénomène révèle, afin de prévenir des grossesses non désirées et donc de diminuer ce type de recours, et, d'autre part, permettre que ces avortements soient effectués dans des conditions sanitaires correctes.

Améliorer l'accès à la planification familiale

On l'a vu, les niveaux de pratique contraceptive sont encore extrêmement faibles dans toute une partie de l'Afrique subsaharienne. L'amélioration de la pratique contraceptive passera autant par une augmentation de l'offre de services de planification familiale que par la familiarisation de la population à ces modes modernes de régulation des naissances. En effet, dans certains pays, on assiste à la situation paradoxale suivante : avec l'érosion des modes traditionnels d'espacement des naissances

(allaitement, abstinence post-partum), et parallèlement la modification des idéaux de fécondité, les grossesses non désirées deviennent de plus en plus fréquentes, et il semble que les femmes considèrent parfois qu'il est plus facile d'avorter que de prévenir de telles grossesses par la contraception (Guillaume et Desgrées du Loué, 1999). Un point en particulier nous paraît important pour améliorer cet accès aux méthodes contraceptives : la gestion de la période post-partum. En effet, actuellement, le conseil en planification familiale dans la période post-partum est quasi inexistant dans de nombreux pays. D'une part, les femmes se rendent peu en consultation post-natale et, d'autre part, lorsqu'elles s'y rendent, l'usage est de leur conseiller d'attendre leur retour de couches avant de consulter auprès d'un service de planification familiale. Or l'ovulation précède parfois le retour de couches, et l'abstinence sexuelle post-partum étant de plus en plus réduite, il est fréquent que la femme soit de nouveau soumise au risque d'être enceinte avant même son retour de couches : nombre de grossesses démarrent ainsi quelques mois après la grossesse précédente, et ce type de grossesses donnent fréquemment lieu à un avortement, qui aurait facilement été évité par un conseil approprié en planification familiale juste après l'accouchement.

Afrique**contemporaine**Numéro spécial
3^e trimestre 2000La santé
de la reproduction

130

D'une manière générale, on assiste aujourd'hui à une aspiration croissante des Africaines à maîtriser leur reproduction, qu'il s'agisse de l'espacement entre leurs différentes naissances ou de la taille finale de leur descendance. Mais les expériences des pays africains en la matière montrent que le chemin est long qui mène de la formalisation d'une demande réelle des populations et de la constitution d'une offre de moyens de contrôle des naissances à l'adéquation de l'offre de produits contraceptifs à cette demande. Aussi, plus que partout ailleurs, les besoins de planification familiale non satisfaits sont importants en Afrique : 29 % contre 18 % par exemple en Amérique latine (FNUAP, 1999). Cependant les réflexions actuelles conduisent aujourd'hui à une inflexion progressive qui tend peu à peu à intégrer les programmes de planification familiale dans des projets de développement plus large, dans le domaine sanitaire et social notamment. Plus encore, s'impose l'idée de l'importance de mesures à prendre ne touchant pas directement à l'acte reproducteur lui-même mais concernant plus largement des facteurs favorisant la réduction de la fécondité : la baisse de la mortalité, la scolarisation des filles, l'autonomie des décisions féminines dans tous les domaines de la vie... (Vimard, 2000).

Intégrer la prévention sida/MST dans les autres programmes de santé de la reproduction

Vu l'ampleur de l'épidémie de VIH/sida, qui touche le continent africain plus durement que tous les autres continents (tableau 5), la lutte contre le sida est une des priorités aujourd'hui en matière de santé de la reproduction. Prévenir la propagation de l'épidémie passe par la prévention de la transmission sexuelle, et donc la promotion de la sexualité sans risque, et par la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, prévention qui doit prendre en compte le triple risque de transmission pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après la naissance par l'allaitement maternel. On le voit, la prévention de la transmission du VIH concerne tous les aspects de la santé de la reproduction. Pourtant les programmes de lutte contre le sida et les divers programmes de santé de la reproduction sont généralement totalement disjoints. Dans les pays en développement, dont les moyens financiers sont restreints, le principe de programmes intégrés, où tous les aspects de la santé de la reproduction sont également pris en charge, suscite des inquiétudes en termes d'allocations des ressources, et ceci particulièrement dans le cas du sida du fait de l'ampleur de l'épidémie et du coût que représente la lutte contre cette maladie.

On observe ainsi en Afrique une situation dichotomique en matière de programmes concernant la santé sexuelle : d'un côté, les programmes de planification familiale, orientés vers la maîtrise de la fécondité, et qui, même s'ils s'appuient sur le concept de santé de la reproduction, ne prennent souvent pas en compte les problèmes strictement liés à la sexualité et en particulier la santé sexuelle de leurs clients (MST, VIH). D'un autre côté, les programmes de prévention du sida et des MST qui sont orientés vers la prévention et le traitement des MST, la promotion du préservatif et de la sexualité sans risque, le dépistage et la prise en charge (lorsqu'elle est accessible) du VIH. Une telle séparation nuit à l'efficacité de chacun des deux programmes : tout d'abord, les centres de planification familiale paraissent tout indiqués pour la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle. En effet, ce sont les lieux les plus appropriés pour toucher les personnes actives sexuellement, on y trouve de plus un personnel qualifié et le matériel nécessaire au développement de relations sexuelles sans risque. Ces centres, d'autre part, fonctionnent dans certains pays depuis une trentaine d'années et sont parmi les programmes de santé les mieux évalués et les mieux connus, et enfin de nombreuses leçons tirées de l'expérience de la planification familiale peuvent être utilisées dans la lutte contre le sida (Pachauri, 1994). Inversement, le défaut de nombreux programmes de planification familiale est qu'ils ne s'adressent bien souvent qu'aux femmes mariées, et accordent peu de place aux adolescents, aux célibataires et aux hommes, qui ont aussi des besoins de planification familiale. Ainsi, il apparaît que chaque programme prend en compte des populations spécifiques : la planification familiale s'adresse aux femmes mariées, sans tenir compte des problèmes sexuels autres que la régulation des naissances chez ces femmes ; la lutte contre le sida cible les groupes dits « à risque » : célibataires, migrants, prostituées... mais bien souvent ne touche pas la population des couples stables, qui sont pourtant vulnérables à l'infection par le VIH étant donné les prévalences du VIH dans certains pays. Une intégration des deux types de programmes dans un programme global d'amélioration de la santé sexuelle permettrait, d'une part, de mettre en commun les différentes expertises et donc d'augmenter l'efficacité de chaque action et, d'autre part, de prendre en compte le maximum de groupes dans la population.

Le problème est un peu différent en ce qui concerne la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ce dernier point devient un enjeu majeur des programmes de santé maternelle et infantile dans les pays les plus touchés : avec un taux de transmission d'environ 30 % en l'absence de prévention, le sida pédiatrique, dans les pays fortement touchés, risque d'annuler les améliorations de la survie des enfants obtenues au cours des dernières décennies. La prévention de l'infection du nourrisson passe par plusieurs points : proposer aux femmes enceintes d'être testées pour le VIH en consultation prénatale, fournir à celles qui sont séropositives pour le VIH un traitement qui diminue le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement (12), et enfin proposer à la mère des alternatives à l'allaitement maternel pour éviter la transmission postnatale du virus par le lait maternel, tout en garantissant à l'enfant une alimentation adéquate et saine. Aujourd'hui, de telles mesures visant à la prévention de la transmission mère-enfant n'existent dans les structures de santé maternelle et infantile des pays africains qu'à très petite échelle, dans le cadre d'essais thérapeutiques ou de projets pilotes. Des recherches doivent encore être menées pour préciser les modalités d'une telle prévention, en particulier dans le domaine de l'alimentation du nourrisson lorsque la

(12) Plusieurs essais cliniques récents ont montré l'efficacité de régimes simplifiés d'antirétroviraux administrés à la fin de la grossesse et pendant l'accouchement, pour réduire la transmission périnatale du VIH (Dabis et Msellati, 1998).

mère est infectée et les résultats de ces différentes recherches restent à intégrer dans les programmes de santé maternelle et infantile à large échelle.

Des efforts particuliers à faire auprès des adolescents

Les adolescents, et en particulier les adolescentes, apparaissent de plus en plus comme une population vulnérable en termes de santé sexuelle et reproductive. On sait depuis longtemps que les grossesses précoces sont dangereuses, parce que l'organisme des très jeunes filles n'est pas prêt pour une grossesse ou un accouchement. Les grossesses chez les adolescentes doivent donc être prises en compte avec une attention particulière dans les programmes de santé reproductive. Mais à ces risques biologiques s'ajoutent aujourd'hui des risques sociaux : alors que la plupart des grossesses chez les adolescentes provenaient auparavant de mariages précoces, on assiste aujourd'hui, avec le recul de l'âge au mariage dans les pays africains, à une augmentation des grossesses illégitimes chez les jeunes filles, qui sont de ce fait doublement à risque. En effet l'analyse du recours à l'avortement montre que la majorité des avortements sont pratiqués par des jeunes filles, qui avortent soit pour continuer leurs études, soit pour échapper au courroux des parents, des tuteurs... Ces avortements sont généralement clandestins et peuvent avoir des conséquences graves sur la santé des jeunes filles et leur fécondité ultérieure (Bledsoe et Cohen, 1993). Aujourd'hui, en Afrique, l'adolescence est le moment de l'entrée dans la vie sexuelle, mais c'est aussi un moment de vulnérabilité sociale, où les individus ont souvent peu d'informations sur les risques inhérents aux relations sexuelles non protégées, peu d'accès aux moyens de protection, et peu d'autonomie tant financière que décisionnelle. Dans de nombreux centres de planification familiale, les agents de santé refusent de donner des contraceptifs ou des préservatifs à des femmes non mariées et en particulier aux jeunes filles (Rosen et Conly, 1998). Au risque de grossesse précoce et illégitime s'ajoute aujourd'hui le risque d'infection par le sida, très élevé dans des pays où l'épidémie est généralisée, où les rapports sexuels avec des hommes plus âgés et pourvoyeurs de « cadeaux » sont fréquents (Ntozi *et al.*, 1997), et ce risque est augmenté par le fait que le pouvoir de négociation de ces jeunes filles est souvent très faible, et qu'elles n'osent ni proposer ni imposer le préservatif à leurs partenaires. La prise en compte effective et spécifique des adolescents (et en particulier des adolescentes) dans les programmes de santé de la reproduction, précisément ceux concernant la santé sexuelle et la planification familiale, est donc urgente aujourd'hui.

● **Santé de la reproduction et développement**

A la suite des conférences mondiales sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et les femmes (Beijing, 1995), la communauté internationale a pris conscience de l'importance de la santé de la reproduction dans la santé et pour le développement. En ce domaine l'Afrique accuse des retards importants, malgré des progrès rapides sur certains points tels que la mortalité des enfants et la diminution de la stérilité. Aujourd'hui la conjonction de nouvelles aspirations des populations, notamment à une maîtrise plus grande de leur reproduction, les nouveaux comportements sexuels et matrimoniaux, et les maladies émergentes ou réémergentes (VIH/sida, tuberculose, paludisme) conduisent à de nouveaux défis pour les programmes en santé de la reproduction. Face à ceux-ci, il importe d'accorder une

importance toute particulière à la lutte contre la mortalité des enfants, dont la baisse est aujourd'hui remise en cause, à la lutte contre la mortalité maternelle, aux besoins de planification familiale exprimés et leur corollaire, le recours croissant à l'avortement, et à la prise en compte de l'épidémie de VIH/sida dans des programmes de prévention de la transmission sexuelle et de la transmission mère-enfant. Une attention spécifique doit être apportée aux adolescentes, particulièrement vulnérables face à l'ensemble des risques en la matière.

Rappelons enfin que l'évolution des composantes de la santé de la reproduction a des retentissements importants sur l'ensemble de la dynamique démographique du continent. Du fait notamment du moindre développement de la pratique contraceptive, l'Afrique subsaharienne se caractérise par une fécondité et une croissance démographique supérieures à celles des autres régions, et cela malgré une mortalité plus élevée. Ainsi, la part de la population africaine dans l'ensemble de la population mondiale s'accroît considérablement, et devrait représenter 20 % en 2050, contre seulement 9 % en 1960 (FNUAP, 1999). Cependant, le taux d'accroissement de la population pourrait être plus faible qu'envisagé il y a quelques années dans les quelques pays africains les plus touchés par l'épidémie de sida (sans pour autant que leur croissance démographique devienne négative). Dans ces pays, le sida a annulé les progrès en matière de lutte contre la mortalité des enfants et de prolongement de l'espérance de vie. Ainsi, d'après une étude des Nations unies, l'espérance de vie moyenne dans les neuf pays (13) où la prévalence du sida dans la population adulte atteint ou dépasse 10 % est évaluée à 48 ans, soit dix années de moins de ce qu'elle serait en l'absence de la pandémie, et dans l'ensemble des vingt-neuf pays africains l'espérance de vie est de sept ans inférieure à ce qu'elle aurait été en l'absence de l'épidémie (United Nations, 1999).

Références bibliographiques

Akoi Ahizi et al., 1999, « Evacuation des parturientes à Abidjan », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Santé en capitales. La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, Abidjan, Ceda, pp. 65-79.

Amin (R.), 1996, « Immunization Coverage and Child Mortality in Two Rural Districts of Sierra Leone », *Social Science and Medicine*, vol. 42, n° 11, pp. 599-604.

Bangha (M.W.), 2000, « La planification familiale dans les pays en développement, avec une attention particulière à l'Afrique », in P. Vimard et B. Zanou (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Paris, L'Harmattan, coll. « Populations », pp. 47-71.

Bledsoe (C.), Cohen (B.) (eds), 1993, *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*, Washington, National Academy Press, 208 p.

Bonnet (D.), Guillaume (A.), 1999, *La santé de la reproduction : concept et acteurs*, Paris, Documents de recherche n° 8, ETS, IRD, 20 p.

Dabis (F.), Msellati (P.), 1998, « Transmission mère-enfant dans les pays en développement », *Genève. Numéro spécial ANRS-Le journal du sida-transcriptase*, automne, pp. 57-58.

(13) Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Rwanda, Zambie et Zimbabwe.

Desgrées du Loû (A.), 1996, *Sauver les enfants : le rôle des vaccinations, Les études du CEPED*, n° 12, Paris, CEPED et Muséum national d'histoire naturelle, 256 p.

Desgrées du Loû (A.), 1998, « Santé de la reproduction et sida en Afrique subsaharienne : enjeux et défis », *Population*, 4, pp. 701-730.

Desgrées du Loû (A.) et al., 1999, « Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité ? », *Population*, 54 (3), pp. 427-446.

FNUAP, 1999, *6 milliards. L'heure des choix*, Etat de la population mondiale 1999, New York, FNUAP, 76 p.

Frank (O.), 1983, « L'infécondité en Afrique au sud du Sahara : évaluations et conséquences », *Perspectives internationales du planning familial*, numéro spécial, pp. 8-11.

Guillaume (A.) Desgrées du Loû (A.), 1999, « Contraception et/ou avortement ? », étude auprès de formations sanitaires d'Abidjan, communication au séminaire international ENSEA-IRD : *La santé de la reproduction en Afrique*, Abidjan, 9-12 novembre 1999, 19 p.

Hill (A.), 1996, « La mortalité des jeunes enfants : ses tendances », in K. A. Foote, K. H. Hill L. G. Martin (dir.), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, Travaux et documents, cahier n° 135, INED-PUF, Paris, pp. 55-215.

Khanna (J.), Van Look (P.F.A.), Griffin (P.D.) (eds), 1992, *Reproductive Health : A Key to a Brighter Future. Biennial Report 1990-1991, Special 20th Anniversary Issue*, Geneva, World Health Organisation, pp. 3-31.

Locoh (T.), 1998, « Pratiques, opinions et attitudes en matière d'excision en Afrique », *Population*, 6, pp. 1227-1240.

Ntozi et al. (dir.), 1997, « Vulnerability to HIV Infection and Effects of Aids in Africa and Asia/India », *Health Transition Review*, suppl. to vol. 7, 486 p.

Pachauri (S.), 1994, « Relationship Between AIDS and Family Planning Programmes : A Rationale for Developing Integrated Reproductive Health Services », *Health Transition Review*, suppl. to vol. 4, pp. 321-347.

Pison (G.) et al., 1989, « Introduction », in G. Pison et al. (dir.), *Mortalité et société en Afrique*, Paris, INED, PUF, pp. 1-10.

PNUD, 1998, *Rapport mondial sur le développement humain 1998*, Ed. Economica, 254 p.

Portal (J.-L.) et al., 1999, « La qualité de la prise en charge obstétricale dans le secteur sanitaire public d'Abidjan », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Santé en capitales. La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, Abidjan, Ceda, pp. 81-102.

Rosen (J.), Conly (S.), 1998, *Le défi de la population en Afrique : accélérer les progrès de la santé reproductive*, Population action internationale, Série d'études nationales, 4, Washington DC, 86 p.

Stover (J.), 1993, « The Impact of HIV/AIDS on Adult and Child Mortality in the Developing World », communication au séminaire de l'UIESP : *L'impact du sida et sa prévention dans les pays en développement : la contribution de la démographie et des sciences sociales*, Annecy, 5-9 décembre 1993.

Thonneau (P.), Djanhan (Y.), Tran (M.) et al., 1996, « The Persistence of a High Maternal Mortality Rate in the Ivory Coast », *American Journal of Public Health*, 86, 10, p. 1478.

Thomas (D.), Muvandi (I.), 1994, *Quel est le rythme de la baisse de la fécondité au Botswana et au Zimbabwe ?*, Documents de synthèse de la Banque mondiale 258 F, Banque mondiale, Washington DC, 32 p.

Trape (J.-F.) et al., 1998, « Impact of Chloroquine Resistance on Malaria Mortality », *C. R. Acad. Sci. Paris, Sciences de la vie*, 321, pp. 689-697.

Tsui (A.) et al., 1997, *Reproductive Health in Developing Countries. Expanding Dimensions, Building Solutions*, Washington, National Academy Press, 314 p.

Turmen (T.), 1996, « Reproductive Health. More than Biomedical Interventions », *Integration*, printemps, pp. 32-36.

UNAIDS/WHO, 1998, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*, 75 p.

United Nations, 1994, *World Contraceptive Use : Wallchart*, New York.

United Nations, 1998, *World Population Prospects . The 1996 Revision*, New York.

United Nations, 1999, *World Population Prospects . The 1998 Revision*, New York.

Vallin (J.), 1989, « Théorie(s) de la baisse de la mortalité et situation africaine », in G. Pison, E. Van de Walle, M. Sala-Diakanda (dir.), *Mortalité et société en Afrique*, Travaux et documents, cahier n° 124, INED-UIESP-IFORD-MNHN, Paris, PUF, pp. 399-431.

Vimard (P.), 2000, « Vers une nouvelle conception des relations population/développement sur le continent africain », in P. Vimard, B. Zanou (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Paris, L'Harmattan, coll. « Populations », pp. 297-302.

Vimard (P.), Fassassi (R.), 1999, « Pratique contraceptive et contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire », communication au séminaire international ENSEA-IRD : *La santé de la reproduction en Afrique*, Abidjan, 9-12 novembre 1999, 15 p.

Waltisperger (D.), 1988, « Les tendances et les causes de la mortalité », in D. Tabutin (dir.), *Populations et sociétés en Afrique au sud du Sahara*, Paris, L'Harmattan, pp. 279-308.

Desgrées du Loû Annabel, Vimard Patrice (2000)

La santé de la reproduction : nouvelle approche globale
en Afrique subsaharienne

In : Gruénais Marc-Eric (ed.), Pourtier R. (ed.). La santé
en Afrique : anciens et nouveaux défis

Afrique Contemporaine, 195 (No. spécial), p. 116-135

ISSN 0002-0478