



5. Santé

« Le droit des femmes à jouir du meilleur état de santé possible doit être garanti pendant tout le cycle de vie à l'égalité avec les hommes. Les femmes sont affectées par plusieurs des mêmes problèmes de santé que les hommes, mais dans la plupart des cas de manière différente. La prévalence chez les femmes de la pauvreté et de la dépendance économique, leur expérience de la violence, les attitudes négatives envers les femmes et les filles, la discrimination raciale et les autres formes de discrimination, le pouvoir limité que les femmes ont sur leur vie sexuelle et reproductive et l'absence d'influence dans la prise de décision sont des réalités sociales qui ont un impact négatif sur leur santé. ... La tendance [des adolescentes] à avoir des expériences sexuelles précoces, combiné à un manque d'informations et de services, augmente les risques de grossesses non désirées et prématurées, d'infection par le VIH et par autres maladies sexuellement transmissibles, ainsi que d'avortements à risque.»¹ [*Plate-forme d'action de Beijing*]

L'accès à des soins de qualité n'est pas seulement un droit humain. Il est également important pour permettre la participation à la vie économique, sociale et politique de la communauté en faisant de sorte que les personnes demeurent productives, en prévenant des maladies et en sauvant des vies. Le fait que les femmes et les filles portent souvent la plus grande partie de la charge du travail non rémunéré dont celui de s'occuper des membres malades de la famille, affecte directement la qualité de vie des personnes affectée par la mortalité et la morbidité, et affecte indirectement les personnes qui prennent soin d'eux lorsqu'elles sont malades.

La composante santé de l'IDISA fait partie du volet social de l'ICF et du TBPFA. Elle comprend les questions liées à la santé maternelle et infantile, à l'accès aux services de planification familiale, au VIH, et aux avortements à risque. La composante santé consiste de cinq indicateurs dans l'ICF; trois sur la santé de l'enfant – le retard de croissance, l'insuffisance pondérale et la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, et deux sur le VIH – le taux de prévalence chez les personnes âgées de 15 à 24 ans et de l'accès à la thérapie antirétrovirale. Les questions évaluées dans le TBPFA portent sur 4 domaines importants de la santé sexuelle et reproductive du Programme d'action de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (CIPD) adopté au Caire en 1994.

Le programme d'action de la CIPD a recommandé l'accès universel à une gamme complète de services de santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale avant 2015². Les principaux objectifs sont : d'offrir des services de planification familiale abordables, acceptables et accessibles afin de permettre aux couples de choisir le nombre, l'espacement et le moment de la naissance de leurs enfants, de prévenir les grossesses non désirées, de réduire les grossesses à l'adolescence et l'incidence des grossesses à haut risque et de réduire l'avortement à risque³ ; de prévenir, de traiter et de réduire l'incidence des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida⁴ ; et de parvenir à une réduction substantielle et rapide dans le taux de morbidité et de mortalité⁵. Dans l'examen et l'évaluation de la mise en œuvre du programme en 1999, les États membres ont recommandé des mesures importantes pour accélérer sa mise en œuvre. Les actions et les cibles clés pour la planification familiale, la mortalité maternelle et le VIH/sida sont présentés dans l'Encadré 1.

ENCADRE 1 : PRINCIPALES ACTIONS SELECTIONNEES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME D'ACTION DE LA CIPD

Les services de planification familiale (paragraphe 58) : « Là Où il y a un écart entre l'utilisation deS contraceptifs et la proportion de personnes exprimant le désir d'espacer les naissances dans leurs familles ou de limiter la taille de leurs familles, les pays devraient s'efforcer de combler cet écart d'au moins par 50% en 2005, 75% en 2010 et 100% en 2050. »

¹ Nations Unies (1995 : paragraphes 92-93).

² Nations Unies (1996) : point 7.6).

³ *Ibid.* aux paragraphes 7.14 et 7.44.

⁴ *Ibid.* au paragraphe 7.29.

⁵ *Ibid.*, paragraphe 8.20.

Les avortements à risque (paragraphe 63) : « Les gouvernements devraient prendre des mesures appropriées pour aider les femmes à éviter l'avortement, qui ne doit en aucun cas être promu en tant que méthode de planification familiale, et dans tous les cas offrir un traitement humain et des conseils aux femmes qui ont eu recours à l'avortement. [...] [D]ans les cas où il n'est pas interdit par la loi, les systèmes de santé devraient former et équiper les fournisseurs de services de santé et devrait prendre d'autres mesures pour s'assurer que l'avortement soit sûr et accessible. »

La mortalité et la morbidité maternelles (paragraphe 64) : « En 2005, au cas où la mortalité maternelle est très élevé, au moins 40 pour cent de tous les accouchements devraient être assistés par du personnel qualifié ; en 2010, ce chiffre devrait être au moins 50 pour cent et en 2015, au moins 60 pour cent. »

Le VIH/sida (paragraphe 70) : « Les gouvernements devraient utiliser comme référence, les taux d'infection au VIH chez les personnes âgées de 15 à 24 ans. »

L'adolescent (paragraphe 73(e)) : « S'assurer que les adolescents, à la fois scolarisés et non scolarisés, reçoivent des informations nécessaires, y compris des informations sur la prévention, l'éducation, les conseils et les services pour leur permettre de faire des choix et de prendre des décisions éclairés et responsables concernant leur santé sexuelle et génésique, notamment afin de réduire le nombre de grossesses à l'adolescence. »

Source : Organisation des Nations Unies (1999).

La Déclaration du Millénaire de 2000 comprenait 4 Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé et au genre et à atteindre à l'horizon 2015. Le but de l'OMD1 était de réduire de moitié la proportion de personnes souffrant de la faim. L'OMD4 et l'OMD5 ont appelé à des réductions par les deux tiers de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et de mortalité maternelle, respectivement. L'OMD6 visait à stopper et à commencer à inverser la propagation du VIH/sida, et d'atteindre l'accès universel au traitement pour le VIH/sida.

Tableau 1 : Les objectifs de santé ayant trait au genre dans les Objectifs de développement durable et l'Agenda 2063

Domaine prioritaire	Les cibles des ODD pour 2030	Les cibles de l'Agenda 2063 pour 2023
Malnutrition	Mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en réalisant d'ici 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans ⁶ , et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes et allaitantes, et des personnes âgées (Cible 2.2)	Réduire les retards de croissance à 10% et l'insuffisance pondérale à 5% chez les enfants (Objectifs 1, 3 et 5)
Mortalité maternelle	Faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes et s'assurer qu'aucun pays n'ait un taux de mortalité maternelle de plus de 140 pour 100 000 naissances vivantes (Cible 3.1)	Réduire les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile de 2013 par au moins 50% (Objectif 3)
Mortalité infantile et juvénile	Éliminer les décès évitables des nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus (Cible 3.2)	Réduire les taux de la mortalité maternelle, néonatale et infantile de 2013 par au moins 50% (Objectif 3)
VIH/sida	Mettre fin à l'épidémie de sida (Cible 3.3)	L'accès aux antirétroviraux est de 100 % (Objectif 3)

⁶ Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé (OMS, 65,6 2014a) : Les cibles adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en 2012 : une baisse de 40% du nombre d'enfants qui présentent un retard de croissance ; et réduire l'insuffisance pondérale de la petite enfance et la maintenir à moins de 5 pour cent.

Santé sexuelle et reproductive	Assurer l'accès universel aux services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la crise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux (Cibles 3.7 et 5.6)	Augmenter d'au moins 30% les niveaux de 2013 d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive pour les femmes (objectif 2)
Couverture sanitaire universelle	Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès aux services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces et de qualité, et d'un coût abordable (objectif 3.8)	Augmenter d'au moins 40% les niveaux de 2013 d'accès aux soins et aux services de santé de base de qualité (objectif 3)

En appuyant sur le Programme d'action de la CIPD et les OMD, les Objectifs de développement durable 2, 3 et 5 définissent un certain nombre de cibles liées à la malnutrition infantile, à la santé sexuelle et reproductive, à la santé maternelle, néonatale et infantile, et au VIH/sida à atteindre d'ici 2030. L'Agenda 2063 de l'Union africaine définit un certain nombre de cibles à atteindre avant 2023. Les cibles pour les ODD et pour les 10 premières années de l'Agenda 2063 dans des domaines prioritaires en matière de santé sont résumées dans le Tableau 1.

Santé de l'enfant

Les États parties « prennent des mesures appropriées : pour diminuer la mortalité infantile et juvénile ; pour assurer l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires à tous les enfants ... ; pour lutter contre la maladie et la malnutrition ... ; pour assurer les soins prénatals et postnatals appropriés pour les mères ; pour développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents, et l'éducation et les services de planification familiale⁷. » [Convention relative aux droits de l'enfant]

La sous-composante de la Santé de l'enfant dans l'indice de la condition de la femme se compose de trois indicateurs. Ce sont les taux de prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, et la mortalité d'enfants de moins de 5 ans.

Malnutrition infantile

La malnutrition a un impact négatif sur le bien-être des enfants et reflète les inégalités sociales. Deux des principaux indicateurs de la malnutrition infantile sont le retard de croissance et l'insuffisance pondérale (voir Encadré 2). En 2016, on estimait à 155 millions le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui souffraient de retards de croissance dans le monde dont 38 pour cent vivaient en Afrique⁸. Bien que la proportion ait chuté de 38 pour cent en 2000 à 31 pour cent en 2016, le nombre d'enfants africains de moins de 5 ans connaissant un retard de croissance a augmenté de 17 pour cent au cours de cette période pour atteindre 59 millions en 2016. On estime que 19 pour cent des enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne avaient un poids insuffisant dans la période de 2000 à 2015⁹.

ENCADRE 2 : RETARD DE CROISSANCE ET L'INSUFFISANCE PONDERALE : LES DEFINITIONS, LES CAUSES, LES CONSEQUENCES ET LES INTERVENTIONS

Définitions. Le retard de croissance de l'enfance signifie être trop court pour son âge. L'insuffisance pondérale fait référence à un enfant qui est trop maigre pour son âge. Le retard de croissance (l'insuffisance pondérale) est défini(e) comme une hauteur (un poids) qui se situe à plus de 2 écarts types au-dessous de la taille médiane par rapport à l'âge (le poids médian par rapport à l'âge) des Normes de croissance de l'enfant de l'OMS. Un enfant qui se situe au-dessous de 2 écarts types de la médiane de référence pour le poids par rapport à taille est considéré

⁷ Nations Unies (1989 : Article 24).

⁸ UNICEF, OMS et Groupe de la Banque mondiale (2017).

⁹ UNICEF (2016).

comme dépérissant. Les enfants peuvent avoir un poids insuffisant pour leur âge parce qu'ils souffrent d'un retard de croissance, ils dépérissent, ou les deux à la fois.

Causes. Les principaux facteurs contribuant à un retard de croissance et de développement sont une santé et une nutrition maternelles insuffisantes, l'insuffisance des pratiques d'alimentation de l'enfant et l'infection dans les 1 000 premiers jours de la vie de l'enfant. Plus précisément figurent parmi les facteurs de risque principaux: (a) une santé et une nutrition maternelles précaires avant, pendant et après la grossesse ; (b) de naissances rapprochées ; (c) la grossesse chez les adolescentes ; (d) l'allaitement non-exclusif ; (e) de graves maladies infectieuses ; et (f) d'infections résultant de l'exposition à des environnements contaminés et une mauvaise hygiène. Les caractéristiques des ménages et les facteurs socio-économiques, notamment la pauvreté des ménages et la qualité des soins ne font qu'exacerber ces facteurs. Les causes de l'insuffisance pondérale sont semblables à celles du retard de croissance.

Conséquences. Le retard de croissance et l'insuffisance pondérale ont à la fois des effets à long terme sur les individus et les sociétés. Il s'agit notamment de la diminution du développement cognitif et physique, des rendements scolaires réduits, de la réduction de la capacité de production, d'une mauvaise santé, et d'une augmentation du risque de maladies à l'âge adulte.

Les interventions. Les interventions suivantes sont recommandées pour réduire la sous-alimentation et ses effets.

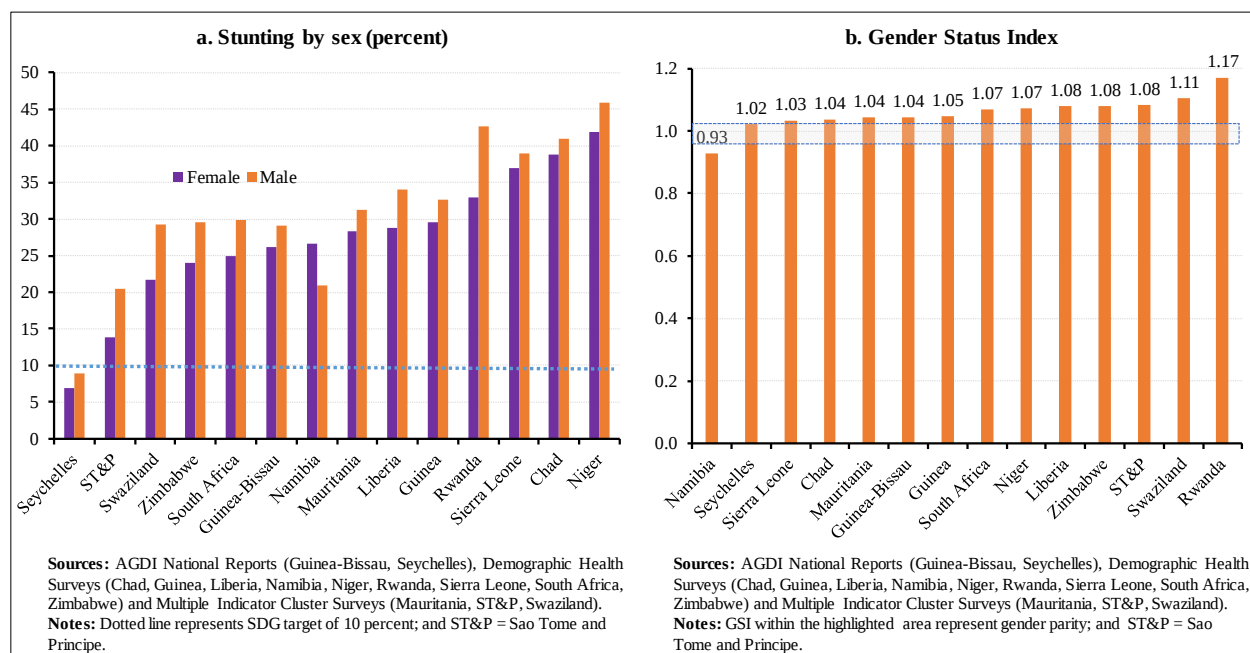
- Améliorer l'identification, la mesure et la compréhension de la sous-alimentation.
- Améliorer la nutrition maternelle, y compris la supplémentation en nutriments, et la santé, en commençant par les adolescentes.
- Promouvoir l'allaitement maternel exclusif peu après la naissance pendant 6 mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans de vie.
- Les aliments et nutritifs sains dans la petite enfance.
- Améliorer la qualité de l'eau, l'assainissement et l'hygiène pour la protection des enfants contre les infections et les maladies.
- Gérer la malnutrition aiguë.
- Mettre en œuvre des programmes de développement des jeunes enfants pour limiter les effets négatifs de la sous-alimentation sur l'éducation et la cognition.
- Mettre en œuvre des politiques visant à atténuer la pauvreté et à améliorer la sécurité alimentaire, la santé de la population et l'accès aux services de santé.

Sources : Bhutta et al (2013), l'OMS (2014b) et l'UNICEF, l'OMS et le Groupe de la Banque mondiale (2017).

Les taux de retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans vont de 7 pour cent pour les filles aux **Seychelles** à 42 pour cent pour les filles au **Niger** (Graphique 1a). Il y a parité entre les sexes pour les **Seychelles** et la **Sierra Leone**, l'ICF se situant entre 0,97 et 1,03 (Graphique 1b). Les filles sont avantagées par rapport aux garçons dans tous les autres pays pour lesquels des données sont disponibles, sauf en **Namibie**. L'avantage en faveur des filles est particulièrement important pour le **Swaziland** (ICF =1,11) et le **Rwanda** (ICF=1,17). Les **Seychelles** a atteint la cible de 10 pour cent fixée dans les ODD pour les deux sexes. Les taux pour d'autres pays ayant les données sont nettement au-dessus de la cible. L'analyse des données provenant des rapports d'enquêtes démographiques et de santé publiés après 2006 montre que les taux de retard de croissance sont plus faibles pour les enfants : des quintiles de richesse les plus élevés par rapport aux plus bas ; des enfants vivant dans les zones urbaines par rapport à ceux qui vivent dans les zones rurales à l'exception de **São Tomé et Príncipe**, où il n'y a pas de différence ; des enfants dont les mères avaient 18 ans ou plus au moment de la naissance par rapport à ceux dont les mères avaient moins de 18 ans au moment de la naissance à l'exception du **Libéria** où il n'y a pas de différence ; et les enfants dont les mères ont un niveau d'éducation plus élevé par rapport à ceux dont les mères ne sont pas instruites¹⁰.

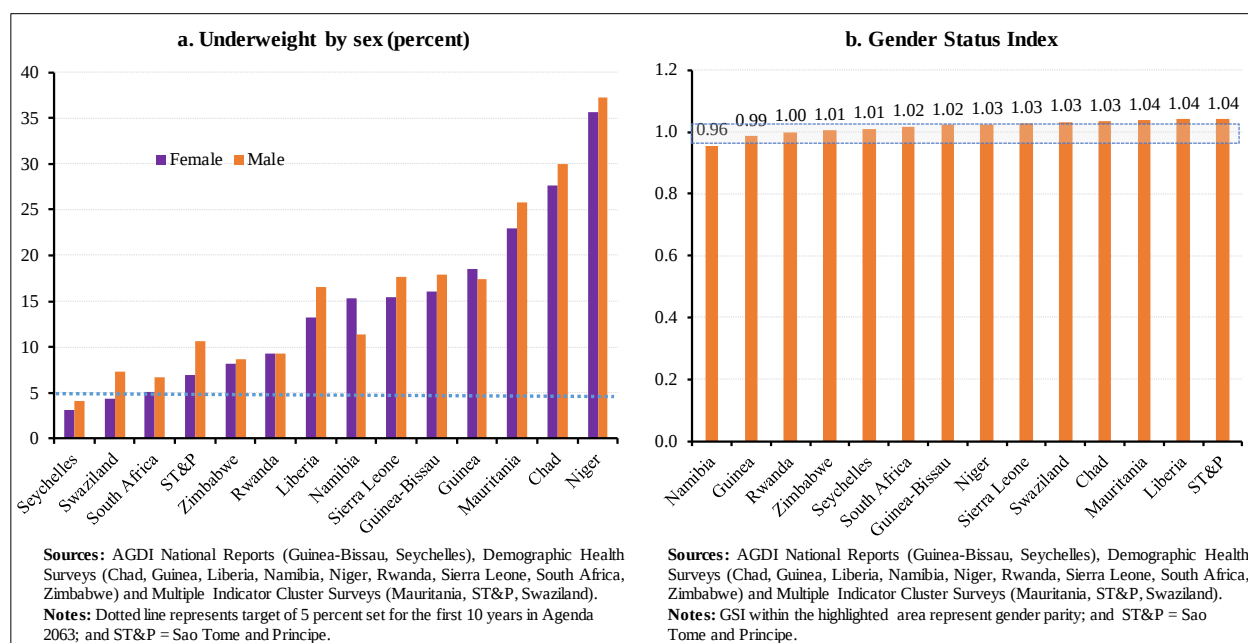
¹⁰ International Food Policy Research Institute (2016) et Ministère de la santé [Afrique du Sud] et al. (2017). Les données EDS pour les pays suivants ont été utilisées pour l'analyse : Guinée (2014/15), au Libéria (2013), Namibie (2014), Niger (2012), Rwanda (2014), Sao Tomé-et-Principe (2008-2009), en Sierra Leone (2014), Afrique du Sud (2016), le Swaziland (2008) et Zimbabwe (2015).

Graphique 1 : La prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans selon le sexe et l'indice de la condition de la femme (ICF)



Le nombre d'enfants de moins de cinq ans qui présentent une insuffisance pondérale a tendance à être inférieur à celui de ceux qui souffrent du retard de croissance pour les deux sexes (graphique 2a). Tous les pays dont les données sont disponibles ont généralement atteint l'égalité entre les sexes (graphique 2b). Les **Seychelles**, l'**Afrique du Sud** et le **Swaziland** affichent une très bonne performance quant à la cible fixée pour les 10 premières années dans l'Agenda 2063, les **Seychelles** ayant atteint la cible pour les deux sexes, et l'**Afrique du Sud** et le **Swaziland** ayant atteint la cible pour les femmes. La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants est importante au **Tchad** et au **Niger** dont les taux sont supérieurs à 25 pour cent pour les filles et les garçons, et en **Mauritanie** dont le taux est supérieur à 25 pour cent pour les garçons.

Graphique 2 : Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans selon le sexe et l'indice de la condition de la femme (ICF)



Mortalité infantile

Le monde a fait des progrès importants dans l'amélioration de la survie de l'enfant, les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans étant passé de 91 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 43 en 2015¹¹. L'Afrique du Nord a réduit le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de 73 en 1990 à 24 en 2015, et l'Afrique subsaharienne a connu une diminution de ce taux de 180 en 1990 à 83 en 2015. Cependant, en dépit des progrès l'Afrique est la région ayant le plus haut taux de mortalité des enfants moins de cinq ans et plus de 3 millions d'enfants en Afrique sont morts avant leur cinquième anniversaire en 2015. En Afrique subsaharienne, un décès sur 3 d'enfants de moins de cinq ans est dû au décès de nouveau-nés comparativement à la moitié dans les régions à faible taux de mortalité des enfants¹².

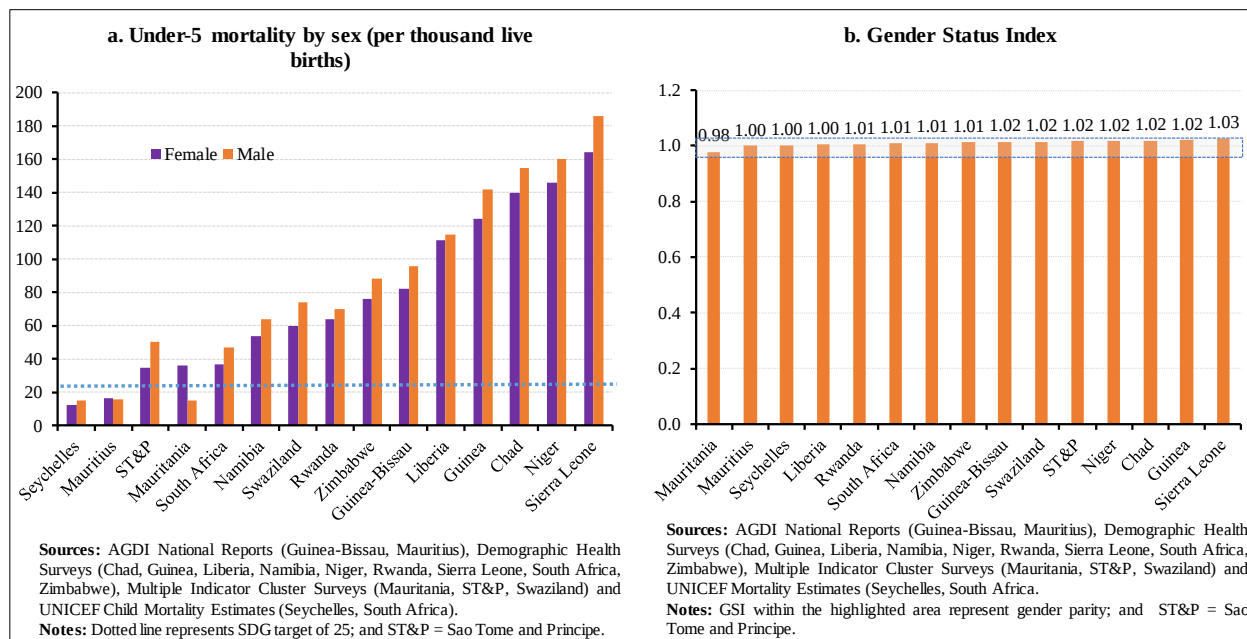
Il y a parité entre les sexes en termes de prévalence de la mortalité des enfants de moins de 5 ans pour tous les pays dont les données sont disponibles, l'ICF allant de 0,98 en **Mauritanie** à 1,03 en **Sierra Leone** (graphique 3b). L'**Ile Maurice** et les **Seychelles** ont atteint la cible de 25 pour les deux sexes, et la **Mauritanie** a atteint la cible pour les garçons. Cependant, les taux de mortalité restent élevés pour les deux sexes dans les autres pays dont les données sont disponibles (graphique 3a). Ils sont particulièrement élevés pour le **Tchad**, la **Guinée**, le **Libéria**, le **Niger** et le **Sierra Leone** où les taux dépassent 100 pour les deux sexes. Le **Libéria**, le **Niger** et le **Rwanda** figurent parmi les 11 pays africains qui ont réduit par plus de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2015 comme l'exigeait le quatrième objectif du millénaire pour le développement¹³.

¹¹ UNICEF, OMS, Banque mondiale et Nations Unies (2015).

¹² UNICEF (2016).

¹³ UNICEF, OMS, Banque mondiale et Nations Unies (2015). Les 8 autres pays africains sont l'Égypte, l'Éthiopie, l'Érythrée, le Madagascar, le Malawi, la Mozambique, l'Ouganda et la Tanzanie.

Graphique 3 : La mortalité des enfants de moins de cinq ans selon le sexe et l'indice de la condition de la femme (ICF)



La plupart des décès d'enfants de moins de cinq ans sont causés par la sous-alimentation, les maladies infectieuses et les maladies telles que la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la méningite, le tétanos, le VIH et les maladies de la rougeole et les complications avant, pendant et juste après la naissance¹⁴. Les décès causés par des maladies sont facilement évitables ou traitables grâce aux interventions prouvées et à coût abordable. Les plus importantes de ces interventions sont l'amélioration de l'accès aux services de soins d'enfants - y compris les soins prénatals, les soins par une accoucheuse qualifiée, donner naissance dans des installations de santé bien équipées, les soins obstétricaux d'urgence et les soins immédiats du nouveau-né¹⁵-, augmenter la portée des interventions afin de s'assurer que les enfants survivent à ces maladies, et une meilleure nutrition de l'enfant. L'encadré 3 met en évidence l'application de ces interventions dans le cas du **Niger**.

ENCADRE 3 : LES INTERVENTIONS VISANT A REDUIRE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AU NIGER

Le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans au Niger a rapidement diminué de 328 pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 96 en 2015 au taux annuel de baisse de 4,9 pour cent. Le Niger a atteint en 2000 le quatrième Objectif du Millénaire pour le développement qui est de réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans avant 2015. Trois grandes catégories d'interventions ont contribué à atteindre ces résultats (Tableau B1). Premièrement, l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaire pour les femmes et les enfants par : l'augmentation de la portée des interventions visant à réduire les décès causés par le paludisme, la pneumonie, la diarrhée et la rougeole ; l'accroissement de l'accès géographique en créant les postes de santé communautaire (*Case de Santé*) dans les régions rurales et éloignées depuis 2000 et les doter d'agents de santé communautaire formés, de médicaments et produits essentiels ; et l'abolition des frais d'utilisation pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans en 2006. Les Agents de Santé Communautaire sont payés, ont terminés au minimum leurs études secondaires, et sont choisis par la communauté. Les postes de santé communautaire offrent des traitements et des conseils pour la lutte contre le paludisme, la pneumonie et la diarrhée ; le dépistage et les conseils des cas de malnutrition aiguë ; la promotion de la santé, de la nutrition et des pratiques d'hygiène ; et la promotion et la

¹⁴ UNICEF, OMS, Banque mondiale et Nations Unies (2015).

¹⁵ UNICEF (2016).

distribution de produits et services de planification familiale. Deuxièmement, des campagnes de masse ont été utilisées afin d'accroître rapidement la couverture des moustiquaires imprégnées d'insecticide, la vaccination contre la rougeole et la supplémentation en vitamine A. Troisièmement, des mesures ont été prises pour répondre à la malnutrition infantile.

Tableau B1 : Les principales politiques et interventions liés à la survie de l'enfant au Niger, 1998-2009

Accès aux soins de santé de l'enfant	Campagnes de masse	Nutrition de l'enfant
- La Politique nationale de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) 1996-98 - 2000 : Déclaration présidentielle pour le développement rural et l'amélioration de l'accès aux services de base - 2000 : Introduction de la formation clinique sur la PCIME en faveur de 190 travailleurs de santé - 2000 : Construction de premiers postes de santé communauté dans les collectivités rurales et éloignées - 2005 : Révision de la politique de lutte contre le paludisme - 2006 : Politique de soins de santé gratuits pour les enfants et les femmes enceintes - 2007 : Création de 1, 700 postes de santé communautaire et formation de 431 agents de santé communautaire - 2008 : Politique de lutte contre le paludisme et la diarrhée - 2009 : Formation de 1, 444 agents de santé en PCIME - 2009 : Un total de 1 938 postes de santé qui fonctionnent, ayant 2, 308 agents de santé communautaires formés.	- 2000 : Les campagnes de supplémentation en vitamine A (deux fois par an jusqu'à 2009) - 2004 : La campagne de vaccination contre la rougeole - 2005 : La distribution de masse de 2,3 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide - 2005-2009 : La campagne de vaccination contre le tétanos - 2008 : La campagne de vaccination contre la rougeole - 2009 : La distribution de masse de 2,8 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide	- 2005 : Réseau des centres de récupération nutritionnelle établi - 2006 : La politique nutritionnelle - Gestion de la malnutrition - 2009 : Un total de 39 centres de nutrition pour patients hospitalisés et 671 centres ambulatoires

Ces interventions ont donné lieu à des augmentations significatives de l'utilisation des vaccinations contre les maladies infantiles et des suppléments alimentaires, de la possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide, des soins prénatals, et de la recherche des soins contre les maladies de l'enfance. Amouzou et al. (2012) a conclu que l'augmentation des moustiquaires imprégnées et des interventions nutritionnelles visant à réduire le retard de croissance et l'insuffisance pondérale a contribué à sauver les vies d'environ la moitié du total d'enfants de moins de 5 ans en 2009.

Cependant, il y a un certain nombre de problèmes qui pourraient mettre en péril la viabilité de la baisse des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Il s'agit notamment de la persistance d'un taux élevé de fécondité; de l'afflux de réfugiés des pays voisins qui contribue à l'accroissement de la demande de services de santé ; de l'insécurité alimentaire chronique ; de la forte dépendance du système de santé aux donateurs extérieurs ; et de l'absence de progrès dans la réduction de la mortalité des nouveau-nés.

Sources : Amouzou et al. (2012), Besada et al (2016), et l'UNICEF, OMS, Banque mondiale et Organisation des Nations Unies (2015).

Remarque : PCIME = Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance.

Cependant, plusieurs facteurs démographiques et socio-économiques jouent à l'encontre de l'utilisation de ces interventions et services visant à ce que les enfants survivent à ces maladies (tableau 2). La mortalité dans les zones urbaines est généralement plus faible que dans les zones rurales (à l'exception du **Sao Tomé-et-Principe** et du **Swaziland**), bien que le pourcentage de l'écart au **Tchad** soit relativement faible. La mortalité diminue de façon marquée lorsque le niveau d'éducation de la mère augmente et que les ressources du ménage augmentent. En général, la mortalité est relativement plus élevée chez les enfants nés de mères

de moins de 20 ans que chez les enfants nés de mères de 20 à 29 ans à l'exception de la **Namibie**. Un enfant né en moins de deux ans après une naissance précédente est presque au moins deux fois plus susceptible de mourir avant son cinquième anniversaire qu'un enfant né quatre ans ou plus après une naissance précédente. Cette probabilité est au moins 3 fois en **Guinée** et au **Libéria**.

Ces facteurs socio-économiques et démographiques interagissent avec d'autres obstacles structurels pour compromettre la survie des enfants. Parmi ces obstacles structurels figurent les retards dans le choix et la réservation à l'avance des établissements de santé pour l'accouchement, arriver aux établissements à temps, rechercher et recevoir un traitement adéquat, une fois arrivé aux établissements¹⁶. Les raisons qui sont à l'origine de ces obstacles comprennent les décisions de dernière minute sur l'accouchement, le fait que les femmes enceintes et les enfants devoient parcourir de longues distances pour recevoir des soins, les mauvaises infrastructures de transport, le manque d'information sur le moment de rechercher des soins, des considérations de coût, et un manque d'équipements de qualité et de sages-femmes formées, de médecins ou d'infirmiers pour fournir les soins. En plus de ces facteurs, une étude menée au **Niger** en 2012 a identifié le manque d'électricité et d'eau, une mauvaise hygiène, et l'exposition à la pollution de l'air de la maison comme des facteurs de risque additionnels à la survie de l'enfant¹⁷.

Tableau 2 : Les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans selon des caractéristiques contextuelles

Caractéristiques contextuelles	Tchad	Guinée	Libéria	Namibie	Niger	Rwanda	Sao Tomé-et-Principe	Sierra Leone	Swaziland	Zimbabwe
<i>Lieu de résidence</i>										
Régions rurales	149	148	120	64	163	70	69	181	105	92
Régions urbaines	141	87	106	54	83	51	74	158	107	60
<i>Niveau d'éducation de la mère</i>										
Pas d'éducation	140	139	122	76	158	89	138	180	151	106
Enseignement secondaire et supérieur	135*	66	97	55*	91	43	49	147	102*	26#
<i>Quintile de richesse</i>										
Le plus bas	161	173	130	67	144	84	90	186	118	102
Cinquième	138	68	99	31	114	40	28	144	101	52
<i>Age de la mère à la naissance</i>										
Au-dessous de 20 ans	159	143	129	56	177	83	88	199	107	96
20-29 ans	141	127	110	58	144	62	51	165	104	76
<i>Espacement des naissances</i>										
Moins de 2 ans	192	219	190	96	203	99	111	263	134	162
4 ans et plus	71	73	60	59	86	49	65	100	102	68

Source : De plus récentes enquêtes démographiques et de santé (diverses années) publiées depuis 2005.

Notes : * L'enseignement secondaire seulement ; et # plus que l'enseignement secondaire.

Afin de réduire la mortalité infantile, les gouvernements devront concentrer davantage les interventions et services aux enfants les plus défavorisés. Ce sont les enfants de ménages pauvres, ceux qui vivent dans les zones rurales, et ceux dont les mères ne sont pas instruites et sont très jeunes. Améliorer l'accès à l'information et aux services de planification familiale de qualité afin de permettre aux femmes ainsi qu'aux adolescentes de retarder les grossesses et prolonger l'espacement des naissances est important. En outre,

¹⁶ Cohen et al. (2017) et Koffi et al. (2017).

¹⁷ Koffi et al. (2016).

améliorer l'accès à l'éducation jusqu'à l'école secondaire pour les filles et promulguer et appliquer des lois qui empêchent les mariages d'enfants sont également nécessaires. En particulier dans les pays où la prévalence du VIH est élevée, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH par l'expansion de l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour les mères vivant avec le VIH, à la fois pendant et après leur grossesse dans le cadre de soins de santé maternelle, néonatale et infantile est essentiel pour améliorer la survie de l'enfant. L'encadré 4 montre comment les interventions visant à réduire la mortalité infantile en **Sierra Leone** ont fait bénéficier les plus pauvres.

ENCADRE 4 : LES INTERVENTIONS VISANT A REDUIRE LA MORTALITE DES MOINS DE CINQ ANS EN SIERRA LEONE

En 2010, la Sierra Leone a introduit un ensemble de services de base ciblant les principales causes de décès d'enfants et de femmes vulnérables. Ces services comprenaient des moustiquaires imprégnées d'insecticide, la promotion de l'allaitement exclusif peu après la naissance, l'immunisation, et l'accouchement assisté par un personnel qualifié. Pour soutenir cet effort, le gouvernement a formé 15 000 travailleurs de la santé communautaire entre 2000 et 2015, et a offert une formation en cours d'emploi aux travailleurs des soins de santé primaires à chacun des 1 200 centres de santé primaire. La Sierra Leone a également mené des campagnes de masse de prévention du paludisme tous les deux ans, tout en distribuant des moustiquaires imprégnées d'insecticide aux femmes enceintes et aux enfants. En 2010, la Sierra Leone a lancé l'Initiative de soins de santé gratuits pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les mères et les enfants. On estime que le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en Sierra Leone a diminué d'un taux annuel d'environ 14 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les pauvres, et de 9 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les groupes non-pauvres entre 2008 et 2013.

Source : UNICEF (2017).

Santé sexuelle et génésique

« Les soins de santé génésique désignent l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et le bien-être en matière de reproduction en prévenant et résolvant les problèmes de santé génésique. Il s'agit également de la santé sexuelle, ... Les hommes et les femmes ont le droit d'être informé et d'avoir accès à des méthodes sûres, efficaces, accessibles et acceptables de planification familiale de leur choix, ainsi qu'à d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne sont pas contre la loi, et le droit d'accès à des services de santé qui permettra aux femmes d'avoir de grossesses et d'accouchements sûrs et qui offrent aux couples une meilleure chance d'avoir un nourrisson en bonne santé. »¹⁸ [Programme d'action de la CIPD]

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a défini la santé sexuelle comme une composante de la santé de reproduction (voir la citation ci-dessus). Parmi les interventions de santé génésique et sexuelle important figurent la prestation de services de planification familiale ; l'amélioration de la santé maternelle et infantile ; la réduction des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH ; l'élimination de l'avortement à risque et la prestation de soins après avortement ; et la promotion de la sexualité saine, y compris la santé des adolescents et la réduction des pratiques néfastes¹⁹. L'intégration des services pour atteindre les objectifs ci-dessus a le potentiel de répondre aux besoins multiples des patients, de réduire les coûts de services, d'améliorer l'efficacité et la durabilité des programmes, et de générer des avantages de santé plus importants²⁰.

Les sections suivantes présentent les notes des pays couverts par le rapport dans quatre domaines de la santé sexuelle et génésique, à savoir le VIH/sida, la mortalité maternelle, la planification familiale et l'avortement sans risques. Le VIH est couvert par le TBPFA et l'ICF, tandis que les trois autres sont couverts uniquement par le TBPFA.

¹⁸ Nations Unies (1996) ; par. 7.2).

¹⁹ Projet du Millénaire des Nations Unies (2006) a signalé que l'Organisation mondiale de la Santé a décrit ces interventions en 2004 comme nécessaires pour une bonne santé sexuelle et reproductive.

²⁰ ONUSIDA et Lancet Commission (2015).

VIH/sida

Les États Parties veillent à ce que les femmes aient « le droit à l'autoprotection et à être protégées contre les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida ; le droit à être informé de son état de santé et de celui de son partenaire, surtout celui infecté par des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida »²¹ [*Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples relatif aux droits des femmes en Afrique*]

Le VIH affaiblit progressivement le système immunitaire et la défense des personnes contre l'infection. Le Sida est le stade le plus avancé de l'infection au VIH²². Les premiers cas du Sida ont été déclarés en 1981. Bien que de nombreuses personnes infectées par le VIH aient maintenant accès à des médicaments antirétroviraux, le VIH/sida demeure une menace majeure pour la santé publique²³.

Prévalence du VIH

On estime que 1,4 millions de nouvelles infections au VIH ont été enregistrées en Afrique centrale, orientale, australe et occidentale en 2015 ce qui porte le nombre total de personnes vivant avec le VIH dans ces régions à près de 26 millions²⁴. L'Afrique orientale et australe sont les sous-régions qui ont connu la plus forte réduction des nouvelles infections du VIH chez les adultes entre 2010 et 2015 d'environ 40 000 soit une chute de 4 pour cent²⁵. En Afrique subsaharienne, les adolescentes et les jeunes femmes représentaient 25 pour cent des nouvelles infections au VIH chez les adultes, et les femmes représentaient 56 pour cent des nouvelles infections au VIH chez les adultes²⁶.

Il y a parité entre les sexes pour tous les pays dont les données sont disponibles, l'ICF se situant entre 0,97 et 1,03 pour tous les pays sauf pour le **Swaziland** (ICF= 0,91) et l'**Afrique du Sud** (ICF = 0,96) en termes de prévalence de l'infection au VIH des personnes âgées de 15 à 24 ans (graphique 4b). La prévalence de l'infection au VIH en 2014 était de 1 pour cent au plus chez les deux sexes en **Guinée**, au **Libéria**, en **Mauritanie**, au **Niger**, dans l'île **Maurice**, au **Sao Tomé-et-Principe** et en **Sierra Leone**, et 1 pour cent au plus chez les garçons et les jeunes hommes au **Tchad**, en **Guinée** et au **Rwanda** (graphique 4a). La **Namibie**, l'**Afrique du Sud** et le **Swaziland** ont des taux de prévalence du VIH au-dessus de 2 pour cent chez les deux sexes, et les taux de 7 pour cent, 8 pour cent et 16 pour cent chez les femmes en **Afrique du Sud**, au **Swaziland** et au **Zimbabwe** respectivement. Le **Swaziland** a la prévalence d'infection au VIH chez les adultes la plus élevée dans le monde le taux étant estimé à 28,8 pour cent en 2015²⁷.

Graphique 4 : La prévalence du VIH de chez les personnes âgées de 15 à 24 ans selon le sexe et l'indice de la condition de la femme (ICF), 2014.

²¹ (2003 : Union africaine (2003: Article 14 (1)(d) et (e)).

²² 016 (qui a).

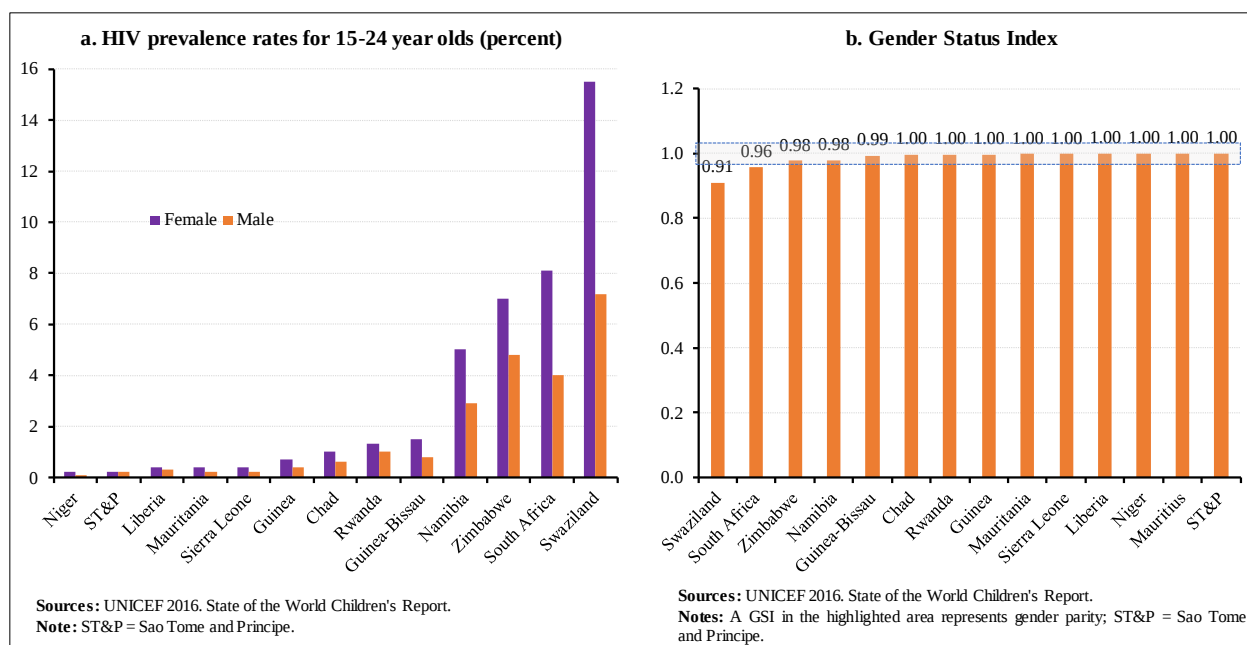
²³ *Ibid.*

²⁴ ONUSIDA (016 a).

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.*

²⁷ <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/swaziland>



La prévalence de l'infection au VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans était plus élevée que chez les hommes du même groupe d'âge pour tous les pays dont des données sont disponibles à l'exception de l'**Ile Maurice** où ils sont les mêmes (graphique 4a). La prévalence de l'infection au VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique du Sud et au **Swaziland** est d'au moins le double de celui observé chez leurs homologues masculins. L'enquête sud-africaine de 2012 sur la prévalence, l'incidence et le comportement en matière du VIH publiée en 2014 a révélé que la prévalence estimée de l'infection au VIH chez les femmes âgées de 15 à 19 ans (5,6 pour cent) a été huit fois supérieure à celle observées chez les hommes du même groupe d'âge, tandis que celle chez les femmes âgées de 20 à 24 ans était estimée à 17,7 pour cent par rapport à 5,1 chez leurs homologues masculins²⁸. Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans en **Guinée** et au **Swaziland** sont plus de 5 fois plus susceptibles d'être infectées par le VIH que les garçons²⁹.

Les principaux facteurs qui augmentent le risque et la vulnérabilité des adolescentes et des jeunes femmes à l'infection au VIH sont la prévalence des relations entre les jeunes femmes et hommes plus âgés, l'activité sexuelle précoce, la violence du partenaire intime, l'activité sexuelle non désirée et forcée, le manque d'accès à l'information et aux services de santé en matière du VIH, l'accès limité aux préservatifs et l'utilisation limitée des préservatifs, et la nature biologique des femmes qui les expose aux risques plus élevés d'infection que les hommes³⁰. Le pourcentage des adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec quelqu'un âgé d'au moins 10 ans de plus en **Sierra Leone**, au **Sao Tomé- et-Principe**, au **Tchad**, au **Niger**, et en **Guinée** était de 22 pour cent, 32 pour cent, 38 pour cent, 41 pour cent et 50 pour cent respectivement³¹. D'autres raisons mentionnées dans les rapports de pays d'IDISA sont les croyances culturelles selon lesquelles un homme, qu'il soit marié ou pas, peut avoir des rapports sexuels avec plusieurs partenaires de sexe féminin ; la dépendance économique des femmes aux hommes qui peut réduire la capacité des femmes à négocier l'utilisation de préservatifs lors de rapports sexuels ; une faible sensibilisation sur les mesures légales en place pour la protection des droits des femmes ; et des insuffisances des lois interdisant la violence sexiste.

²⁸ Shisana et al. (2014).

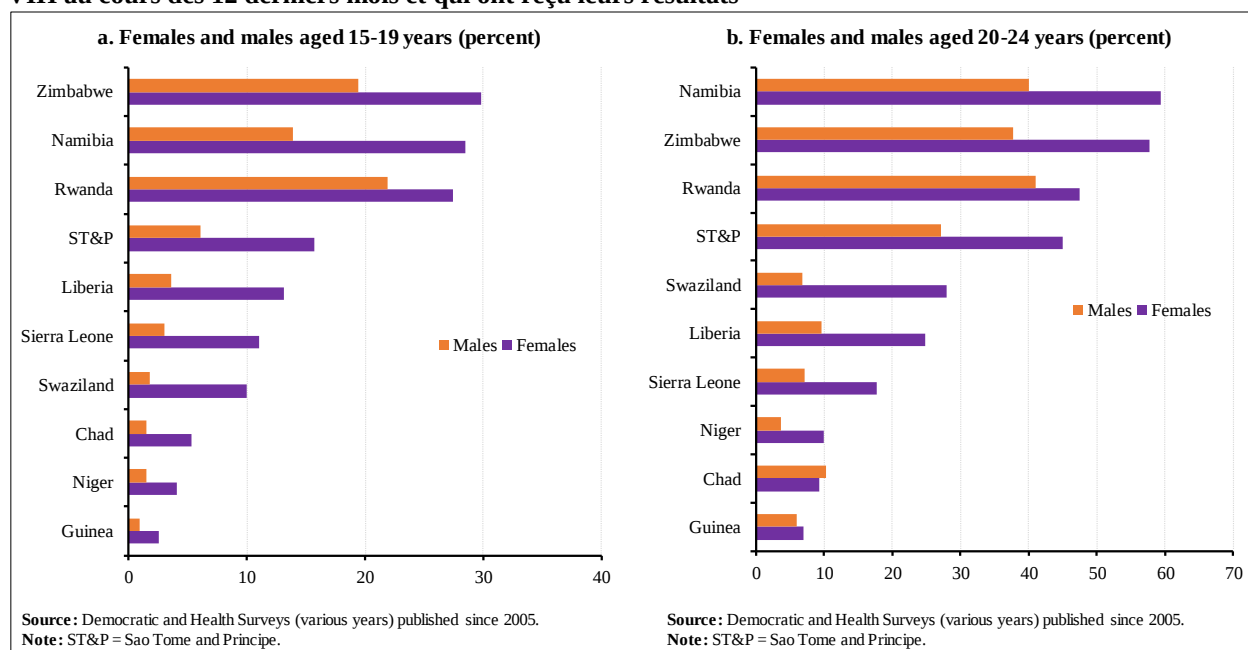
²⁹ ONUSIDA (2015).

³⁰ Shisana et al. (2014) et Dellar et al. (2015).

³¹ Enquêtes démographiques et de santé (diverses années).

Un autre facteur qui peut expliquer la prévalence signalée élevée de l'infection au VIH chez les jeunes femmes est que plus de femmes que d'hommes se présentent pour les tests de dépistage du VIH. Les données des Enquêtes démographiques et sanitaires menées depuis 2005 montrent que, sauf pour le **Tchad**, un plus grand pourcentage des adolescentes et des jeunes femmes ont subi un test de dépistage du VIH et ont reçu leurs résultats que leurs homologues de sexe masculin (graphique 5). Ceci peut s'expliquer en partie par le fait que les femmes enceintes aient davantage de possibilités pour le dépistage du VIH grâce à l'intégration des services de lutte contre le VIH aux soins prénatals dans de nombreux pays. En outre, les hommes sont plus susceptibles de travailler à l'extérieur de leur domicile et sont donc moins susceptibles d'être visés par des campagnes de sensibilisation communautaire contre le VIH. Les autres facteurs contribuant aux faibles taux de dépistage du VIH chez les femmes et les hommes sont la stigmatisation, la peur du dépistage et de connaissance de son statut sérologique, et une mauvaise compréhension du risque d'infection par le VIH³². A titre d'exemple pour ce dernier cas, la recherche entreprise au **Swaziland** en 2015 a révélé que les personnes qui déclarent avoir eu peu de partenaires sexuels ont estimé qu'ils n'étaient pas à risque d'infection par le VIH compte tenu de la perception selon laquelle le VIH est lié à la prostitution³³. Le graphique 5 montre également qu'un pourcentage inférieur d'adolescents âgés de 15 à 19 ans ont subi un test de dépistage du VIH et ont reçu leurs résultats que les jeunes de 20 à 24 ans chez les hommes et les femmes de tous les pays dont les données sont disponibles.

Graphique 5 : Pourcentage des adolescents et jeunes hommes et femmes qui ont subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu leurs résultats



En plus d'adolescentes et de jeunes femmes, d'autres populations spécifiques sont plus à risque d'être infecté par le VIH. Selon les Enquêtes démographiques et sanitaires menées après 2005 au **Tchad**, en **Guinée**, au **Libéria**, en **Namibie**, au **Rwanda** et en **Sierra Leone**, la prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans est plus élevée dans les régions urbaines que dans les zones rurales pour les deux sexes. Aux **Seychelles**, bien que la prévalence de l'infection au VIH chez la population générale soit faible (0,87 pour cent), elle est élevée chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (13,2 pour cent), les personnes qui s'injectent des drogues (5,8 pour cent) et les professionnelles du sexe (4,6 pour cent)³⁴.

³² ONUSIDA et Lancet Commission (2015).

³³ Horter et al. (2017).

³⁴ Conseil national de lutte contre le Sida [Seychelles] (2015).

En 2015, la prévalence de l'infection au VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues, les professionnelles du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les détenus dans l'**Ile Maurice** étaient de 44 pour cent, 22 pour cent, 20 pour cent et 22 pour cent respectivement³⁵.

La prévalence de l'infection au VIH parmi les professionnelles du sexe se situait au-dessus de 30 pour cent en **Guinée-Bissau**, au **Rwanda**, en **Afrique du Sud**, au **Swaziland** et au **Zimbabwe**³⁶, 9,8 pour cent au **Libéria** en 2013³⁷ et 6,7 pour cent en **Sierra Leone** en 2015³⁸. En **Afrique du Sud**, une enquête réalisée en 2013 et 2014 a estimé que la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe était de 71,8 pour cent à Johannesburg, 39,7 pour cent dans la ville du Cap, et 53,5 pour cent à Durban³⁹. Bien que les comportements à risque élevé expliquent en partie la prévalence élevée des infections au VIH chez ces groupes de population, la criminalisation du travail du sexe, la violence contre les travailleuses du sexe qui n'est pas déclarée, la stigmatisation associée au travail du sexe et la discrimination empêchent assurer les travailleuses du sexe d'avoir accès aux services de lutte contre le VIH.

Accès à la thérapie antirétrovirale

Il n'y a pas de remède pour l'infection par le VIH. Cependant, l'accès en temps opportun à un traitement antirétroviral (ART) réduit considérablement la mortalité due aux infections au VIH, prévient les maladies en réduisant le risque d'infection par la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, et permet aux adultes en âge de travailler qui vivent avec le VIH à retourner au travail plus tôt⁴⁰. Une forte adhérence au traitement ART réduit aussi considérablement le risque de transmettre le virus à d'autres par jusqu'à 96 pour cent⁴¹.

L'Afrique orientale et australe ont connu une augmentation de la couverture du traitement ART de 24 pour cent en 2010 à 54 pour cent en 2015⁴². En **Afrique du Sud** qui a le plus grand programme de traitement ART dans le monde⁴³, 3,7 millions de personnes vivant avec le VIH avaient commencé en 2017 le traitement ART⁴⁴ par rapport à 1,3 millions en 2008⁴⁵. Un nombre total de 133 574 d'adultes et adolescents au **Rwanda** bénéficiaient du traitement ART en juin 2014 soit une augmentation de 60 pour cent par rapport à 2010⁴⁶.

Dans tous les pays dont des données sont disponibles, une plus grande proportion de femmes avait accès au traitement ART par rapport aux hommes, sauf en **Mauritanie** et dans l'**Ile Maurice** ; les hommes et les femmes bénéficient du traitement ART au taux 100 pour cent aux **Seychelles** (graphique 6). Les disparités entre les sexes en faveur des femmes sont importantes au **Rwanda**, au **Niger**, en **Guinée-Bissau**, en **Guinée**, et en **Afrique du Sud**, où le pourcentage de femmes ayant accès traitement ART est au moins 1,7 fois celui de leurs homologues masculins. En **Afrique du Sud**, les décès dus au VIH sont passé de 681 434 en 2006, à environ 150 375 en 2016,⁴⁷ en partie en raison de l'expansion de l'accès aux ART. Par conséquent, l'âge médian au décès est passé de 41,7 ans pour les femmes et 43,4 ans pour les hommes en 2004 à 60 ans pour les femmes et 52,1 ans pour les hommes en 2015⁴⁸.

³⁵ Ministère des affaires étrangères, de l'intégration régionale et du Commerce international [Ile de Maurice] (2015).

³⁶ ONUSIDA et Commission Lancet (2015) et ONUSIDA (016 b).

³⁷ Commission nationale de lutte contre le Sida [Libéria] (2017).

³⁸ Secrétariat national de lutte contre le VIH/sida [Sierra Leone] (2015).

³⁹ Université de Californie à San Francisco et al. (2015).

⁴⁰ ONUSIDA (2013).

⁴¹ *Ibid.*

⁴² ONUSIDA (016 a).

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ Conseil national de lutte contre le sida en Afrique du Sud (2017).

⁴⁵ ONUSIDA et Lancet Commission (2015).

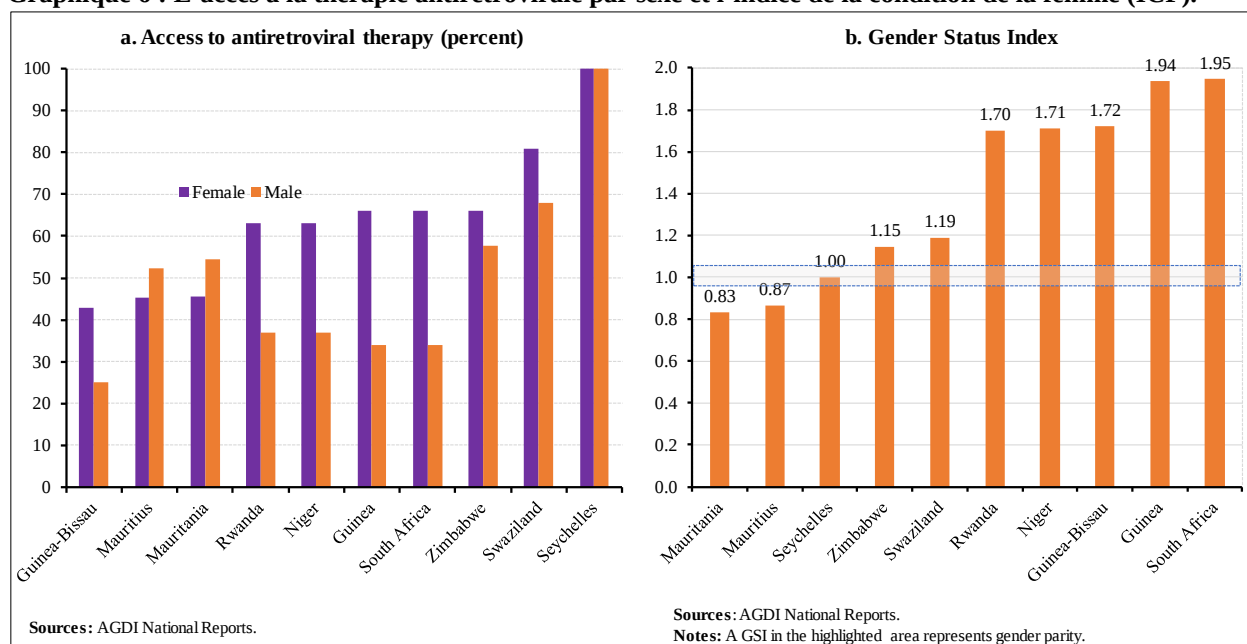
⁴⁶ Ministère de la santé [Rwanda] (2014).

⁴⁷ Conseil national de lutte contre le sida en Afrique du Sud (2017).

⁴⁸ Statistics South Africa (2017).

Comme discuté ci-dessus, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de subir le dépistage du VIH. Par conséquent, les femmes sont plus susceptibles de connaître leur statut sérologique et d'accéder au traitement ART. De plus, les hommes ont tendance à commencer leur traitement ART un peu plus tard que les femmes. Par exemple, au **Swaziland** 54 pour cent des femmes commencent leur traitement ART à l'étape 1 du VIH - le premier stade de l'infection au VIH - par rapport à 37 pour cent des hommes, et 31 pour cent des hommes commencent leur traitement ART aux étapes 3 et 4 comparativement à environ 20 pour cent des femmes⁴⁹. Cet état de fait réduit les effets d'un traitement préventif et peut conduire à plus de décès liés au Sida chez les hommes.

Graphique 6 : L'accès à la thérapie antirétrovirale par sexe et l'indice de la condition de la femme (ICF).



Interventions pour la prévention et le traitement des infections par le VIH

Un ensemble croissant d'interventions a été développé pour la prévention et le traitement des infections par le VIH. Les principales interventions comprennent les programmes de la prévention de la transmission mère-enfant; la promotion et la distribution de préservatifs ; l'expansion de l'accès au traitement ART; la circoncision masculine volontaire ; et les programmes de changement de comportement⁵⁰. Ces interventions doivent être étayées et activées par l'engagement et le plaidoyer politiques, les lois, politiques, plans et mécanismes institutionnels appropriés et efficaces appuyés par une base de preuves de qualité, et de campagnes de sensibilisation. Autant que possible, ces interventions sur le Sida doivent être intégrées aux autres services de santé. Elles devraient également cibler des communautés marginalisées, y compris les adolescentes et les jeunes femmes et les sous-populations qui sont les plus à risque d'infections au VIH comme les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les prisonniers.

Les interventions structurelles sont de plus en plus considérées comme importantes pour le succès de la prévention et du traitement du VIH⁵¹. Ces interventions comprennent des programmes d'autonomisation qui favorisent les possibilités de développement économique pour les femmes et les lois, politiques et

⁴⁹ Ministère de la santé [Swaziland] (2015).

⁵⁰ ONUSIDA et Lancet Commission (2015).

⁵¹ *Ibid.*

programmes ayant pour but réduire la violence sexiste et la discrimination et la stigmatisation liées au VIH. Les autres interventions structurelles importantes sont les programmes de protection sociale qui encouragent les filles à rester ou à revenir à l'école et la suppression des lois et politiques qui rendent obligatoire le consentement parental et/ou du conjoint dans l'accès aux services relatifs aux droits sexuels et reproductifs.

[A mettre à jour] Le tableau A1 mesure jusqu'à quel point les gouvernements ont répondu aux engagements régionaux et mondiaux pour réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière du VIH. Les pays se sont attribués de bonnes notes en ce qui concerne l'engagement politique, le fait d'avoir un plan, le fait de fixer des objectifs, la participation de la société civile, l'information et la diffusion et le suivi et l'évaluation. Parmi les points faibles figuraient la présence des lois sur le VIH/sida, de ressources humaines et de renforcement des capacités. La **Guinée**, l'Ile **Maurice** et les **Seychelles** se sont attribués de très bonnes notes sur cette question, tandis que la Sierra Leone s'est donné une note de 50 pour cent.

La plupart des plans nationaux de lutte contre le VIH/sida visent à atteindre rapidement les cibles 90-90-90 de l'ONUSIDA à l'horizon 2020. Ils envisagent dépister 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH, traiter 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées par un traitement antirétroviral durable, et faire en sorte que 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral aient une charge virale durablement supprimée. Une synthèse réalisée en 2015 par l'ONUSIDA et la Banque mondiale dans 18 pays en Afrique orientale et australe a révélé que l'**Ile Maurice**, la **Namibie**, le **Rwanda**, l'**Afrique du Sud**, le **Swaziland** et le **Zimbabwe** avaient identifié les travailleuses du sexe dans les stratégies et plans nationaux de lutte contre le Sida comme étant essentielles à atteindre et ils avaient des programmes efficaces de la mise en œuvre⁵². L'encadré 5 présente un résumé des interventions choisies prévues par l'Afrique du Sud dans le *Plan stratégique national sur le VIH, la tuberculose et les IST de 2017 - 2022* visant la prévention et le traitement du VIH.

ENCADRE 5 : LES INTERVENTIONS DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT DU VIH PREVUES EN AFRIQUE DU SUD

En 2016, environ 270 000 personnes en Afrique du Sud ont été nouvellement infectées par le VIH. Environ 40 pour cent des personnes vivant avec le VIH ignorent encore leur état sérologique et les 3,7 millions des personnes recevant le traitement antirétroviral représentent un peu plus de la moitié de ceux qui sont admissibles. On estime qu'un quart des patients sous traitement antirétroviral ne sont plus suivis au cours de la première année.

C'est dans ce contexte que le *Plan stratégique national de l'Afrique du Sud sur le VIH, la tuberculose et les IST de 2017-2022* a été adopté en 2017 pour diriger et coordonner l'effort national de lutte contre le VIH, la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles (IST). Le plan était fondé sur de vastes consultations menées avec la participation des pouvoirs publics à tous les niveaux, la société civile, les partenaires au développement, et les organisations du secteur privé.

Le plan est axé sur :

- Les programmes à impact élevé et à prévention ciblée combinant les méthodes de prévention biomédicale telles que la circoncision masculine médicale, la promotion et la distribution de préservatifs et l'utilisation préventive du traitement antirétroviral, et la communication sociale et pour le changement de comportement qui encouragent les gens à réduire leur risque d'infection au VIH.
- La réalisation des cibles 90-90-90 de l'ONUSIDA à l'horizon 2020: 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique; 90% de toutes les personnes infectées par le HIV dépistées reçoivent

⁵² ONUSIDA et Groupe de la Banque mondiale (2016). Les 12 autres pays étaient : l'Angola, le Botswana, l'Éthiopie, le Kenya, le Lesotho, le Madagascar, le Malawi, la Mozambique, le Soudan du Sud, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie.

un traitement antirétroviral durable, et 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

- La prestation des services ciblés de prévention de la transmission mère-enfant du VIH avant et après la naissance.
- Les populations spécifiques qui sont plus durement touchées par le VIH que la population générale puissent surmonter les barrières d'accès aux programmes de prévention et de traitement du VIH. Il s'agit notamment des travailleurs ; des personnes transgenres ; des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ; des personnes qui utilisent des drogues ; et des détenus des établissements correctionnels
- Les interventions pour s'attaquer aux facteurs sociaux et structurels qui augmentent le risque de la prévalence de l'infection par le VIH.
- Les adolescentes et les jeunes femmes en élargissant les campagnes nationales, comme ***She Conquers***, en retenant les filles à l'école, et en fournissant une éducation sexuelle complète dans les écoles et les services de santé sexuelle et génésique et de contraception adaptés aux jeunes dans les cliniques. Parmi les objectifs de la **campagne *She Conquers*** figurent diminuer les nouvelles infections au VIH chez les filles et les jeunes femmes ; réduire les grossesses à l'adolescence; accroître la rétention des adolescentes et des jeunes femmes à l'école ; diminuer des violences sexuelles et sexistes chez les adolescentes et les jeunes femmes ; et accroître les possibilités économiques pour les jeunes, en particulier pour les jeunes femmes.
- L'amélioration de l'accès à la justice et la réduction de la stigmatisation associée au VIH.
- La production et l'utilisation des données en temps opportun et pertinentes pour suivre les progrès accomplis sur la mise en œuvre et le suivi de l'impact des interventions.
- L'accélération de l'approche « dépister et traiter » au traitement antirétroviral pour toutes les personnes infectées par le VIH dépistées dès qu'elles soient médicalement et psychologiquement prêtes à démarrer le traitement. Le modèle « dépister et traiter » a été adopté en septembre 2016.
- La réduction de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH en menant des programmes d'éducation communautaire.
- L'établissement de structures de lutte contre le sida aux niveaux national, provincial et local, et assurer la représentation de toutes les parties prenantes, y compris les groupes vulnérables et les sous-populations à haut risque de l'infection au VIH dans les structures de prise de décisions à tous les niveaux.

Source : Le Conseil national de lutte contre le Sida en Afrique du Sud (2017) et Ministère de la santé [Afrique du Sud] (2016).

Mortalité maternelle

« Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour fournir aux femmes des services pré et postnatals et nutritionnels pendant la grossesse et la période d'allaitement et améliorer les services existants»⁵³ [Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique]

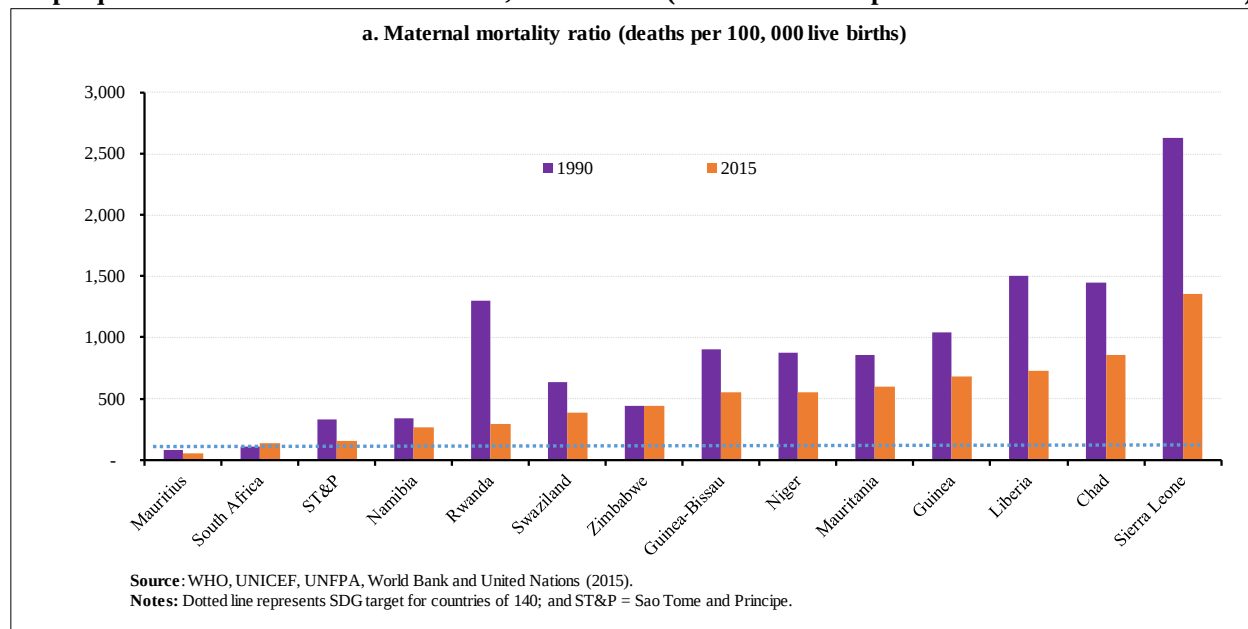
Les femmes africaines continuent de faire face à de graves risques pour la santé associés à la grossesse et l'accouchement. Ces risques pour la santé peuvent mener à l'invalidité temporaire ou permanente, et dans de trop nombreux cas, à la mort. Les estimations de 2015 montrent que les taux de mortalité maternelle pour l'Afrique du Nord et l'Afrique subsaharienne étaient de 546 et 70 pour 100 000 naissances vivantes,

⁵³ (2003 : Union africaine (2003: Article 14 (2)(b)).

respectivement, ce qui représente une baisse de 59% et 45% depuis 1990⁵⁴. Les décès maternels en Afrique représentent 62 % de tous les décès maternels en 2015.

Les **Seychelles** ont enregistré seulement 4 cas de décès maternel dans la période 2006-2015. Le graphique 7 montre les taux de mortalité maternelle pour les pays africains couverts par ce rapport en 2000 et 2015. A 53 et 138 décès pour 100 000 naissances vivantes, respectivement, l’île **Maurice** et l’**Afrique du Sud** ont atteint la cible pour la mortalité maternelle pour l’ODD3 bien que les deux pays aient connu des augmentations des taux entre 2000 et 2015. Le **Rwanda** a atteint le but des OMD de réduire la mortalité maternelle de 75% entre 1990 et 2015 par la réduction de son taux de 78% de 1, 300 en 1990 à 290 en 2015. Les taux de mortalité maternelle pour la **Sierra Leone**, le **Libéria** et le **Sao Tomé-et-Principe** ont baissé de 48, 52 et 53 pour cent respectivement au cours de la même période. En plus du **Rwanda**, tous les **petits États insulaires en développement** et les **pays d’Afrique australe** à l’étude ayant des données ont des taux qui se situent en dessous de 500 décès pour 100 000 naissances vivantes. La **Guinée Bissau**, le **Niger**, la **Mauritanie**, la **Guinée**, le **Libéria**, le **Tchad** et la **Sierra Leone** ont des taux de mortalité maternelle qui dépassent 500 en 2015. La **Sierra Leone** avait le taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde en 2015, soit 1 360⁵⁵.

Graphique 7 : Taux de mortalité maternelle, 1990 et 2015 (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes)



La plupart des décès maternels en Afrique sont à la suite d’hémorragie en particulier après l’accouchement, l’hypertension pendant la grossesse et les conditions médicales préexistantes, y compris le VIH/sida, les infections, les complications des avortements à risque, et de l’accouchement⁵⁶. En 2015, plus de 10% des décès maternels étaient dus à l’infection par le VIH dans 5 pays africains : l’**Afrique du Sud** (32%), le **Swaziland** (19%), le **Botswana** (18%), le **Lesotho** (13%) et le **Mozambique** (11%)⁵⁷.

⁵⁴ OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Nations Unies (2015). L’Afrique du Nord comprend l’Algérie, l’Égypte, le Libye, le Maroc et la Tunisie.

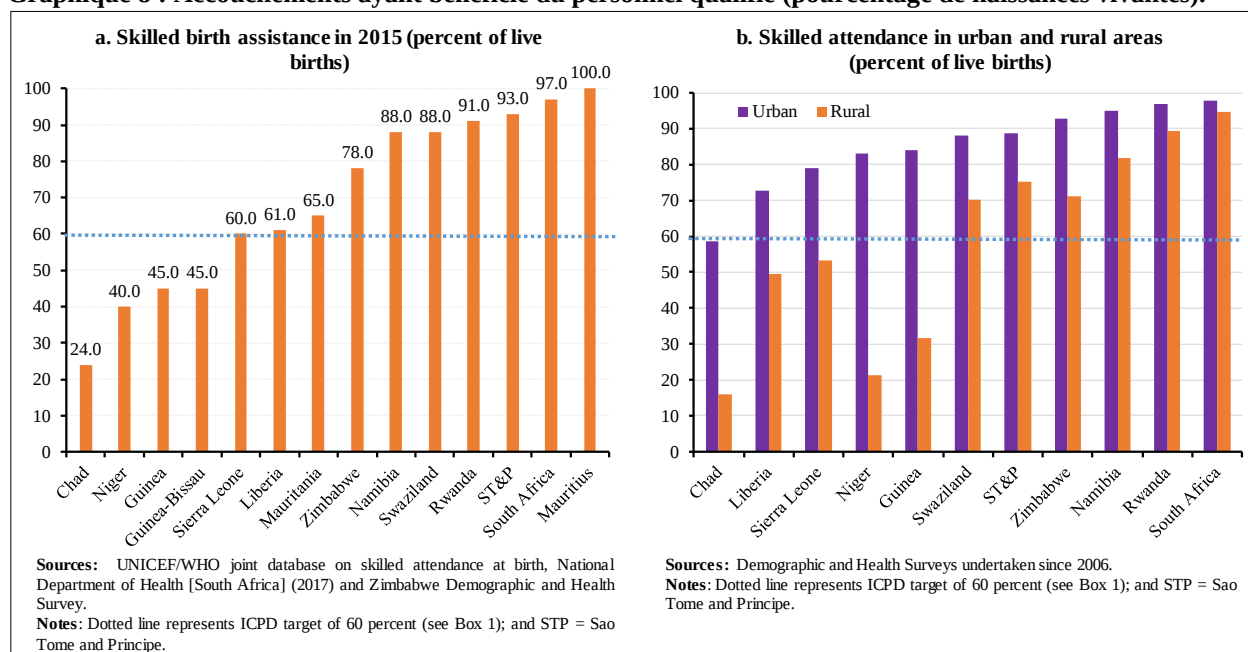
⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Graham et al. (2015).

⁵⁷ OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Nations Unies (2015).

La plupart des décès maternels sont évitables. La prévention exige l'accès aux soins prénatals, l'accouchement sans risque dans les établissements de santé assisté d'accoucheuses qualifiées⁵⁸, les soins obstétricaux d'urgence, des soins et le soutien postnatals, et des services de planification familiale de qualité. Les graphiques 7 et 8 montrent que l'aide des accoucheuses peu qualifiées était généralement associée à des taux élevés de mortalité maternelle en 2015. Plus de 85 pour cent des naissances ont été suivies par des professionnels qualifiés au **Rwanda**, aux **petits États insulaires en développement** et dans les **pays du sud de l'Afrique** (sauf au **Zimbabwe**) les chiffres dépassant 95 pour cent pour l'**Ile Maurice**, les **Seychelles** et l'**Afrique du Sud** (graphique 8a). Au **Niger**, en **Guinée-Bissau**, en **Guinée** et en **Sierra Leone** entre 40 et 60 pour cent des accouchements ont été suivis par un personnel qualifié, alors qu'au **Tchad** 24 pour cent des naissances ont été suivies par une accoucheuse qualifiée.

Graphique 8 : Accouchements ayant bénéficié du personnel qualifié (pourcentage de naissances vivantes).



Un certain nombre de facteurs socioéconomiques, démographiques et les facteurs structurels empêchent les femmes à accéder aux soins de santé maternelle dont elles ont besoin pour prévenir les décès. Comme dans la cas de la mortalité infantile, il s'agit notamment de la pauvreté, de longues distances à parcourir pour arriver aux centres de santé, de mauvaises infrastructures de transport, de manque d'information sur le moment de rechercher des soins, d'insuffisance des installations sanitaires, et de pénuries d'équipement de qualité et de sages-femmes formées, de médecins ou d'infirmiers pour dispenser les soins pendant le travail, l'accouchement et juste après la naissance. Ces facteurs sont particulièrement importants pour les femmes dans les régions rurales et éloignées. Selon les données des Enquêtes démographiques et sanitaires menées depuis 2006 pour les pays couverts par le rapport, un plus faible pourcentage des naissances sont assistées par des accoucheuses qualifiées dans les zones rurales que dans les zones urbaines (graphique 8b). Le différentiel urbain-rural est particulièrement important en **Guinée** (2,7 fois), au **Tchad** (3,7 fois) et au **Niger** (3,9 fois) où la proportion de naissances vivantes assistées par des accoucheuses qualifiées dans les zones urbaines est plus de deux fois supérieure à celle des zones rurales (graphique 8b). Le différentiel urbain-rural est de 3 pour cent en **Afrique du Sud** et 7,5 pour cent au **Rwanda**.

⁵⁸ OMS (2004) classe les accoucheuses compétentes comme de professionnels de la santé - comme une sage-femme, un médecin ou un infirmier - qui a été formé et entraîné jusqu'à devenir compétent dans les compétences nécessaires pour gérer les grossesses sans complications (normales), l'accouchement et la période postnatale immédiat, et dans l'identification, la gestion et le renvoi de complications chez les femmes et les nouveau-nés.

Les pays africains couverts par le présent rapport ont pris un certain nombre de mesures pour réduire la mortalité maternelle. Elles sont résumées⁵⁹ ci-dessous organisées par les objectifs stratégiques de l'OMS pour la réduction de la mortalité maternelle (voir Encadré 6).

ENCADRE 6 : STRATEGIES POUR REDUIRE LA MORTALITE MATERNELLE

La plupart des décès maternels surviennent pendant le travail, l'accouchement et dans les premières 24 heures suivant l'accouchement. Afin de prévenir les décès maternels, toutes les femmes doivent avoir accès à des soins prénatals durant la grossesse, à des soins d'accoucheuses qualifiées pendant l'accouchement, et à des soins et au soutien dans les semaines suivant l'accouchement. Les soins prénatals permettent le dépistage et la détection des premiers signes ou les facteurs de risque des maladies, suivis d'une intervention en temps opportun pour réduire la mortalité et morbidité maternelle et infantile. Les soins prénatals favorisent également la préparation à la naissance, et servent de moyen de distribuer les antipaludéens et la thérapie antirétrovirale. L'OMS recommande que toutes les femmes reçoivent d'au moins 4 visites pour les soins prénatals. Les soins par une accoucheuse qualifiée pendant l'accouchement sont assurés de façon optimale lorsque les femmes donnent naissance dans les établissements de santé à l'aide de sages-femmes assistées par d'autres agents de santé qualifiés. C'est important pour la sécurité, la prévention primaire, et la détection précoce et la gestion des problèmes, y compris ceux qui sont potentiellement mortels. En outre, pour réduire la mortalité maternelle, il est important d'offrir des services de planification familiale abordables et de qualité, et là où l'avortement est légal, de services d'avortement sûr, pour permettre aux femmes à retarder les grossesses, à espacer les naissances, à éviter les grossesses non désirées et à réduire les avortements à risque.

L'OMS a proposé 5 objectifs stratégiques pour la réduction de la mortalité maternelle. Ce sont :

- Remédier aux inégalités dans l'accès aux soins de santé sexuelle, génésique, de la mère et du nouveau-né, et dans la qualité de ces soins.
- Assurer la couverture médicale universelle en soins de santé sexuelle, reproductive, de la mère et du nouveau-né.
- S'attaquer à toutes les causes de la mortalité maternelle, de la morbidité maternelle et reproductive, et des invalidités connexes.
- Renforcer les systèmes de santé afin de répondre aux besoins et priorités des femmes et des filles.
- Assurer la responsabilité pour améliorer la qualité des soins et l'équité.

Sources : Campbell et al. (2006), l'OMS (2015) et l'OMS (016 b).

Assurer la couverture médicale universelle pour les soins de santé sexuelle, reproductive, de la mère et du nouveau-né et remédier aux inégalités dans l'accès et la qualité. Les soins de santé dans les établissements publics de santé sont gratuits aux points d'utilisation pour tous les citoyens de l'**Ile Maurice** et **des Seychelles**. Les soins de santé publique pour les femmes enceintes, les mères allaitantes et les enfants de moins de 5 ans ont été gratuits en **Afrique du Sud**, au **Niger** et en **Sierra Leone** depuis 1994, 2006 et 2010 respectivement. La *Stratégie et le Plan d'action nationaux en matière de santé sexuelle et génésique de 2017-2020* de l'**Ile Maurice** comptent parmi leurs composantes la planification familiale, la maternité sans risques, la santé des nourrissons et des enfants et la santé sexuelle et génésique des adolescents et des jeunes. Aux **Seychelles**, le programme de santé maternelle et infantile assure que les soins de santé anténatals et post-natals soient disponibles à toutes les femmes dans les centres régionaux à travers le pays. Au **Rwanda**, le *troisième Plan stratégique du secteur de la santé (2012-2018)* vise à garantir l'accessibilité

⁵⁹ Cette section est fondée sur les conclusions des Rapports nationaux de l'IDISA. Les autres sources consultées sont mentionnées séparément le cas échéant.

universelle des services de santé de qualité pour tous les Rwandais. Une approche globale et communautaire à l'assurance maladie assure l'accès des populations vulnérables aux soins de santé primaires en mettant l'accent sur les soins de santé génésique, maternelle, néonatale et infantile. Les agents de santé communautaire sont en charge de la santé maternelle et du nouveau né au **Niger** (encadré 3), en **Sierra Leone** (encadré 4) et au **Rwanda** (encadré 7) dans les régions éloignées et rurales, dans le cadre d'un système de santé décentralisé. Le **Swaziland** a accéléré les possibilités de l'adoption de la thérapie antirétrovirale en décentralisant les services aux installations de niveau inférieur, en intégrant la lutte contre le VIH dans d'autres programmes tels que le service de santé maternelle et infantile et le programme de lutte contre la tuberculose.

ENCADRE 7 : INTERVENTIONS POUR REDUIRE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE AU RWANDA

En réponse à des taux élevés de mortalité infantile et maternelle, le Gouvernement rwandais a mis en œuvre de grandes réformes du secteur de la santé en donnant la priorité à la santé maternelle, reproductive, néonatale et infantile. Les principales interventions ont été les suivantes.

Assurance santé à base communautaire : Le système connu sous le nom de *Mutuelle de Santé* a été mis à l'essai en 1999 et étendu à l'échelle nationale en 2006 par un réseau de 30 mutuelles de district dans le but de réduire les paiements directs excessifs. En 2012, 90 pour cent de la population avait adopté ce régime. Parmi les services couverts par le régime figurent les soins prénatals, l'accouchement, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, la planification familiale, des tests de laboratoire et les médicaments essentiels, et les services de transport en ambulance.

Développement des effectifs de la santé : Le Rwanda a établi un programme de femmes agents de santé communautaires élues qui sont en charge de la santé maternelle et des soins aux nouveau-nés. Les tâches de l'agent de santé communautaire comprennent l'identification et l'inscription des femmes en âge de reproduction, la promotion de l'utilisation des services de planification familiale, l'identification des femmes enceintes dans la communauté, et les encourager à utiliser les services de soins prénatals, en particulier toutes les quatre consultations afin d'atteindre l'état de préparation à la naissance et de l'accouchement au niveau des établissements de santé. L'agent de santé communautaire accompagne même les femmes en travail aux établissements de santé pour les aider à obtenir les soins d'accouchement par un personnel qualifié. Dans le cadre des soins prénatals qui leur sont proposés, les femmes enceintes sont dépistées pour le VIH/sida.

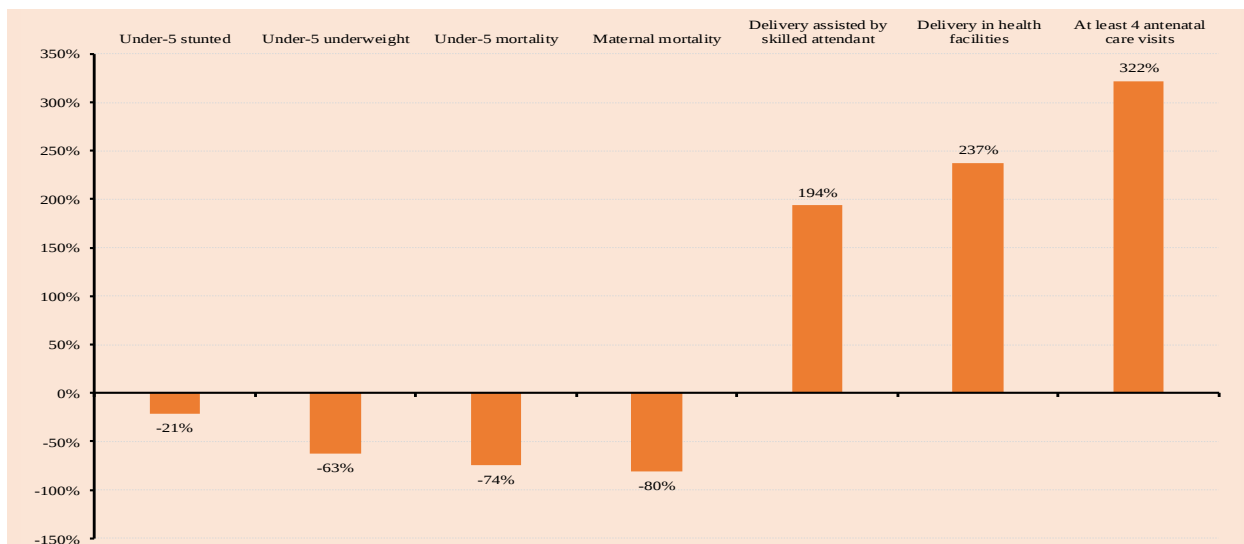
Financement fondé sur les résultats : Le personnel des établissements de santé et les agents de santé communautaire reçoivent des incitatifs financiers en plus de leur salaire mensuel. Les incitations sont fondées sur un certain nombre d'indicateurs, y compris la proportion de femmes qui accouchent dans les centres de santé, et le pourcentage d'enfants recevant un régime complet de vaccinations de base.

Résultats suivis à l'aide de preuves : Un système d'information de gestion de la santé en ligne a été élaboré en 2007 pour informer des plans stratégiques du secteur de la santé, suivre les résultats, évaluer les progrès réalisés et faciliter l'établissement des priorités, la planification et l'allocation des ressources.

Utilisation de la technologie : Tous les agents de santé communautaire ont un téléphone mobile. Ces derniers sont liés à un serveur central du Ministère de la santé par RapidSMS, un outil de suivi de l'information qui utilise le service de message court. En utilisant cet outil, les agents de santé communautaire restent connectés avec les femmes enceintes, surveillent les soins prénatals, identifient et réfèrent les femmes à risque et alertent le centre de santé le plus proche en cas d'urgence, et déclarent les naissances et les décès maternels et infantiles.

Ces réformes ont contribué à des améliorations significatives des résultats de santé (Tableau B1).

Tableau B1 : L'amélioration de certains indicateurs de santé maternelle et infantile au Rwanda, 2000-2015 (p. 100)



Sources : Rapport de pays d'IDISA, Ministère de la santé [Rwanda] et al. (2015), NISR et al. (2001) et NISR et al. (2015).

S'attaquer à toutes les causes de mortalité maternelle, de la morbidité maternelle et reproductive, et des invalidités connexes. Aux **Seychelles**, un programme prénatal suit les mères et leurs grossesses, en les proposant des soins dentaires, des services de conseil volontaire et de dépistage du VIH et d'autres maladies transmissibles par le sang comme l'hépatite C. Le traitement antirétroviral est disponible à toutes les femmes enceintes qui sont séropositives pour empêcher la progression vers le Sida et la transmission à l'enfant. Les cas de grossesses à haut risque sont renvoyés aux hôpitaux spécialisés de Victoria ou de Praslin. La réservation précoce des soins prénatals est encouragée, en visant plus de 95% de femmes ayant réservé ces services dans les 10 premières semaines de grossesse. Toutes les femmes reçoivent une visite post-natale par une sage-femme dans les 2 semaines de l'accouchement au niveau communautaire. Presque 100% des accouchements sont assistés par du personnel de santé qualifié dans l'Ile **Maurice** et aux **Seychelles** (graphique 8), et tous les décès maternels sont examinés et des recommandations sont faites pour empêcher de tels décès. En **Afrique du Sud**, le Comité national de l'enquête confidentielle sur les décès maternels a été lancé en 1998 pour enquêter sur les causes de la mortalité maternelle et proposer des recommandations pour la réduction de la mortalité maternelle. Le **Rwanda** examine les décès maternels sous trois formes : des audits effectués dans les établissements, des autopsies verbales (examens communautaires) et les enquêtes confidentielles⁶⁰. L'utilisation de drones a été mise à l'essai pour le transport rapide de sang aux établissements de santé dans les régions éloignées ; la perte de sang est la principale cause de décès chez les femmes enceintes. En **Afrique du Sud**, 2, 967 médecins et 6 776 infirmiers professionnels, ont été formés à la gestion de l'hémorragie obstétricale en particulier qui continue d'être une cause importante de mortalité maternelle.

Renforcer les systèmes de santé afin de répondre aux besoins et priorités des femmes et des filles. A l'Ile **Maurice** et aux **Seychelles**, presque 100% des accouchements sont assistés par du personnel de santé qualifié et compétent. Le **Niger** et le **Rwanda** ont recruté des agents de santé communautaire et les ont formés pour fournir des services de santé essentiels au niveau du village. Au **Rwanda**, il y a un seul système de suivi et d'évaluation pour les services de santé maternelle et infantile (voir encadré 7). L'accès Internet à l'échelle nationale et la technologie SMS rapide ont été développés pour faciliter la communication entre les différentes parties prenantes dans le système de santé communautaire.

Assurer la responsabilité pour améliorer la qualité des soins et l'équité. Au **Rwanda**, les établissements de santé et les agents de santé communautaires sont récompensés financièrement en fonction

⁶⁰ Ibid.

d'un certain nombre d'indicateurs (voir encadré 7). Chaque grossesse est enregistrée, les parents sont instruits, et le couple est encouragé de rechercher les soins prénatals, l'accouchement sans risques, et les soins postnatals et des services de planification familiale, y compris une collaboration efficace avec les agents de santé communautaires. Divers comités communautaires vérifient les rapports d'activité des établissements de santé et formulent des commentaires sur la prestation des services de santé⁶¹. En **Afrique du Sud**, le Comité national d'enquête confidentielle sur les décès maternels rédige régulièrement des rapports « *Sauver les mères* » sur les causes de décès maternels et formule des recommandations pour leur réduction.

[A mettre à jour] Le tableau A2 montre qu'en général les pays s'attribuent de bonnes notes en matières d'engagement politique, d'élaboration d'un plan, de cibles, de mécanismes institutionnels et de participation de la société civile dans la réduction de la mortalité maternelle. La loi, le budget et les ressources humaines constituent les points faibles. En général, il y a une assez forte corrélation entre les scores du TBPFA et le taux de mortalité maternelle, les **Seychelles** et l'Ile **Maurice** ayant une très forte note et la **Sierra Leone** ayant la plus basse note dans le TBPFA qui est de 50 pour cent.

Planification familiale

Les États Parties veillent à ce que les femmes aient « le droit de contrôler leur fertilité ; le droit de décider d'avoir des enfants, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances ; le droit de choisir toute méthode de contraception ; ... le droit d'accéder à l'éducation en matière de planification familiale »⁶² [Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique]

L'accès aux services de planification familiale est importante dans la planification de la fécondité, la prévention de la mortalité maternelle et infantile et de la transmission mère-enfant du VIH, la réduction des risques d'infection au VIH, de grossesses non désirées et du nombre d'avortements à risque, et l'amélioration des perspectives d'éducation et économiques des femmes. C'est particulièrement important pour les adolescentes qui font face à des risques accrus de décès dans la maternité, dont enfants qui sont plus à risque de décès dans l'enfance, et comme dans le cas des jeunes femmes, sont confrontées à un risque plus élevé d'être infectées par le VIH.

[A mettre à jour] De même que leur réalisation dans le respect des engagements pris sur la mortalité maternelle, les pays se sont attribués de bonnes notes en matière d'engagement politique, d'élaboration d'un plan, de cibles, de mécanismes institutionnels et de participation de la société civile à la prestation de services de planification familiale de bonne qualité (Tableau A3). Les points faibles étaient la loi, le budget, les ressources humaines, le renforcement des capacités et la responsabilité/transparence. L'Ile **Maurice** et les **Seychelles** se sont attribués une note de 100%, tandis que la **Sierra Leone** et l'**Afrique du Sud** se sont attribués de notes inférieures à 60%. L'encadré 8 met en évidence l'évolution des politiques de planification familiale de l'Ile **Maurice**.

ENCADRE 8 : LES POLITIQUES DE PLANIFICATION FAMILIALE À L'ILE MAURICE

L'Ile Maurice a été un des premiers pays d'Afrique à élaborer une politique démographique au début des années 1970. Au début, cependant, en partie à cause de la diversité religieuse de la population, le gouvernement a décidé de ne pas s'impliquer directement dans les activités de planification de la famille, mais plutôt a encouragé le secteur privé, les organismes bénévoles à promouvoir la planification familiale. L'Association de l'Ile Maurice pour la planification familiale et le bien-être familial (MFPWA), qui a été créée en 1957, a introduit la contraception en 1958. En outre, une organisation catholique privée, *Action Familiale*, a été créée en 1962 pour encourager uniquement l'utilisation de méthodes de planification familiale naturelle. La MFPWA a été reconnu officiellement

⁶¹ Ministère de la santé [Rwanda] et al.

⁶² (2003 : Union africaine Article 14 (1)(a), (b), (c) et (f)).

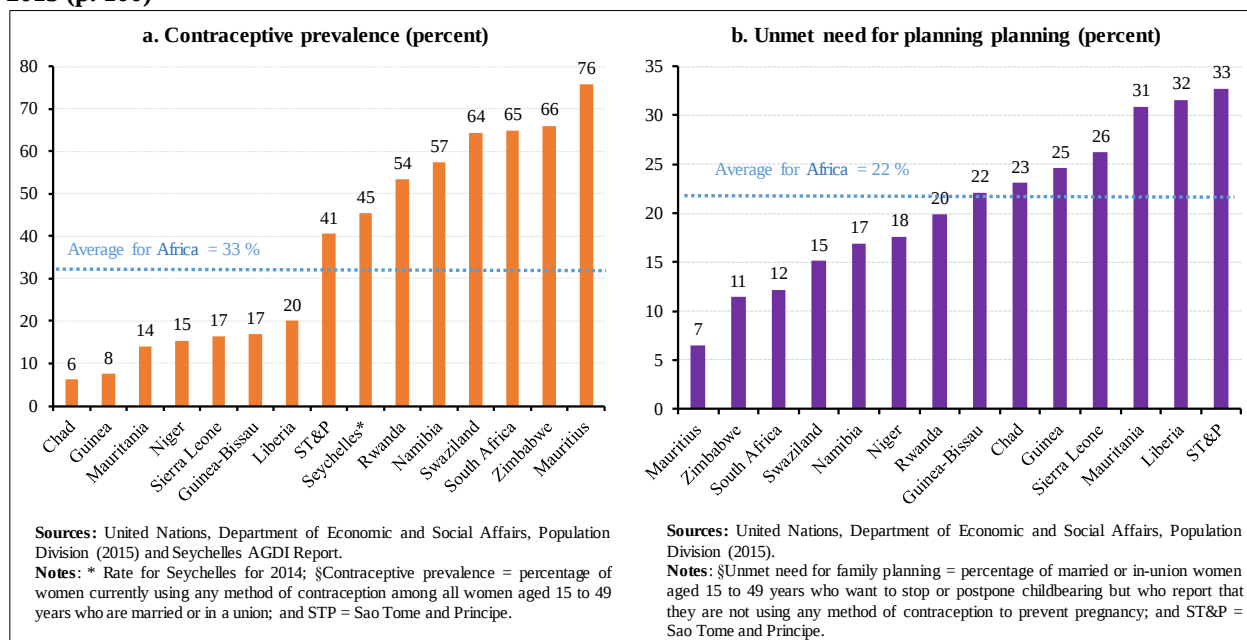
par l'état en 1967 et, en 1969, le gouvernement a mis en place des services de planification familiale à l'échelle nationale. En 1972, la MFPWA a été absorbée par le gouvernement et le programme de planification familiale a été intégré dans le programme public de santé maternelle et infantile.

Les résultats du programme ont été considérables. La fécondité a diminué d'environ deux tiers et se situe actuellement en dessous du seuil de remplacement, alors que le taux de fécondité totale au début des années 1970 était d'environ 6,0 enfants par femme. Plusieurs facteurs ont contribué à cette baisse rapide de la fécondité. La petite taille du pays a rendu la question du surpeuplement une menace pour la stabilité économique et sociale. Par ailleurs, des agences de planification familiale privées et ensuite publiques ont menées de vastes campagnes, influençant ainsi l'opinion publique par la presse et les autres médias. L'Ile Maurice en ce moment a le plus haut taux de prévalence des contraceptifs en Afrique.

Source : Rapport IDISA de l'Ile Maurice.

A 33 pour cent, le taux de prévalence des contraceptifs soit la proportion de femmes en âge de procréer qui étaient mariées ou en union et utilisant une méthode quelconque de contraception en Afrique en 2015 était le plus faible de toutes les régions⁶³. Ce taux était de 17 pour cent et 23 pour cent en Afrique de l'Ouest et Afrique centrale respectivement. Cette situation va de pair avec le niveau élevé de besoins non satisfaits de planification familiale pour la région : on estime à 22 pour cent des femmes africaines en âge de procréer qui veulent arrêter ou retarder la grossesse n'utilisent aucune méthode contraceptive⁶⁴.

Graphique 9 : La prévalence des contraceptifs et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale, 2015 (p. 100)



La prévalence de la contraception pour les pays couverts par le rapport de l'**Afrique centrale et occidentale** a un taux inférieur au taux pour l'ensemble de l'Afrique (graphique 9a). Le **Rwanda**, les **petits États insulaires en développement** et les **pays d'Afrique australe** ont tous des taux de prévalence qui sont au-dessus de la moyenne africaine, l'**Ile Maurice** ayant atteint le taux le plus élevé de 76 pour cent. L'**Ile Maurice**, les **4 pays d'Afrique australe**, et le **Niger** ont des besoins non satisfaits en termes de planification familiale qui se situent au-dessous de la moyenne de l'Afrique (graphique 9b). Les pays de l'**Afrique centrale et occidentale** - à l'exception du **Niger** - ont des besoins non satisfaits en termes de

⁶³ Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2015).

⁶⁴ *Ibid.*

planification familiale qui se situent au-dessus de la moyenne de l'Afrique, le **Sao Tomé-et-Principe** ayant le taux le plus élevé de 33 pour cent.

Même si tous les pays couverts par ce rapport avaient des politiques visant à réduire la fécondité des adolescentes en 2013⁶⁵, les filles font souvent face à de graves obstacles quant à l'accès et à l'utilisation d'information, de biens et de services santé sexuelle et reproductive. Les principaux obstacles sont les lois et politiques qui placent des restrictions d'âge sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, les normes sociales qui entravent leur capacité à rechercher de l'information sur leur santé sexuelle et reproductive, le mariage précoce et la contrainte et la violence sexuelles⁶⁶. En **Afrique du Sud**, les jeunes de moins de 12 ans ont besoin du consentement de leurs parents pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive ; l'âge correspondant pour le **Swaziland** et le **Zimbabwe** est 16 ans⁶⁷, et 18 ans pour les **Seychelles**⁶⁸. Les obstacles à l'accès à l'information, aux biens et services de la santé sexuelle et reproductive contribuent à l'augmentation du nombre de grossesses à l'adolescence. Le tableau 3 montre le pourcentage des jeunes filles entre l'âge de 15 et 19 ans qui ont commencé à procréer au **Tchad**, en **Guinée**, au **Libéria** et au **Niger** était au-dessus de 30 pour cent.

Tableau 3 : Pourcentage d'adolescentes de 15 à 19 ans qui ont commencé à procréer, 2006-2016 (%).

Moins de 10 %	Entre 10 et 20 %	Entre 20 à 30 %	Entre 30 et 40 %	Plus de 40 %
Rwanda : 7,3 %	Afrique du Sud : 15,6 % La Namibie : 18,6 %	Swaziland : 22,6 % Sao-Tome et principe : 22,8 % Sierra Leone : 27,9 %	Libéria : 31,3 % Guinée : 34,3 % Tchad : 37,7 %	Niger : 40,4 %

Source : Enquêtes démographiques et de santé (diverses années).

Comme pour l'accès aux services de lutte contre le VIH discuté ci-dessus, une importante question de l'égalité des sexes en ce qui concerne les services de planification familiale se pose. Les hommes sont moins susceptibles d'avoir accès à ces services par rapport aux femmes. Tel que discuté dans le rapport de l'IDISA sur le **Rwanda**, cela peut s'expliquer en partie par les normes de genre qui considèrent les hommes préoccupés par leur santé comme étant faibles. Une étude réalisée au **Swaziland** a indiqué que les hommes ont indiqué un manque de respect de la vie privée et de la confidentialité comme obstacles à l'accès aux services de santé sexuelle et génésique en particulier si le fournisseur était une jeune femme⁶⁹.

Avortements sûrs

« Les États Parties prennent des mesures appropriées pour protéger les droits reproductifs des femmes en autorisant l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste, et lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus. »⁷⁰ [Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs aux droits des femmes en Afrique]

Assurer l'accès universel aux soins de santé sexuelle et génésique, notamment les services de contraception pour les femmes permettrait d'éviter les grossesses non désirées et la nécessité de l'avortement. Toutefois, étant donné qu'aucune méthode de contraception ne soit efficace à 100% et que les femmes peuvent ne pas vouloir porter une grossesse à terme comme dans le cas de viol, les femmes doivent avoir accès aux services d'avortement sûr⁷¹. Sinon, la recherche de services d'avortement peut recourir à des méthodes non sûres qui les exposent à des risques de dommages physiques.

⁶⁵ Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2014).

⁶⁶ HCDR (pas de date) et Chandra-Mouli et al. (2017).

⁶⁷ UNFPA (sans date).

⁶⁸ Rapport de Seychelles de l'IDISA.

⁶⁹ Integra (2014).

⁷⁰ (2003 : Union africaine (2003: Article 14 (2)(c)).

⁷¹ OMS (2012).

Garantir un avortement sûr est en conformité avec le *Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatifs aux droits des femmes en Afrique* (Protocole de Maputo). Le **Tchad**, l'Ile **Maurice**, le **Niger**, le **Sao Tomé-et-Principe** et la **Sierra Leone** n'ont pas ratifié le Protocole de Maputo (voir tableau 1 dans la section des droits de la femme). Le tableau 4 montre le fondement juridique sur lequel l'avortement est autorisé dans les 15 pays couverts par le rapport en 2017.

Tableau 4 : Fondement juridique sur lequel l'avortement est autorisé, 2017.

	Sur demande	Raisons économiques ou sociales	Anomalie fœtale	Viol	Inceste	Déficience cognitive ou intellectuelle de la femme	Santé mentale	Santé physique	Santé	Vie
Tchad	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓
Guinée	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✓
Guinée-Bissau	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Libéria	<i>i</i>	<i>i</i>	✓	✓	✓	<i>i</i>	✓	✓	<i>i</i>	<i>i</i>
Mauritanie	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Ile Maurice	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✓
Namibie	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓
Niger	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓
Rwanda	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓
Sao Tomé-et-Principe	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✓
Seychelles	<i>i</i>	<i>i</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<i>i</i>	✓
Sierra Leone	<i>i</i>	<i>i</i>	<i>i</i>	<i>i</i>	<i>i</i>	<i>i</i>	<i>i</i>	<i>i</i>	<i>i</i>	<i>i</i>
Afrique du Sud	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<i>i</i>	✓
Swaziland	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✓
Zimbabwe	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✓

Source : La base de données mondiale des politiques d'avortement de l'UNDESA et de l'OMS (2017).

Notes : Une coche (✓) indique que l'avortement est autorisé. Une croix (✗) indique que l'avortement n'est pas autorisée sur ce motif. *i* veut dire qu'il n'y a pas de référence explicite à un problème.

La **Guinée-Bissau** et la **Mauritanie** ne permettent en aucun cas l'avortement (tableau 4). Tous les autres pays autorisent l'avortement si la poursuite de la grossesse aura de graves répercussions sur la santé de l'enfant à naître et la vie de la mère. Le **Tchad** et le **Niger** n'autorisent d'avortement en cas de viol et d'inceste. Le **Tchad**, la **Guinée**, le **Niger** et le **Rwanda** n'autorisent pas d'avortement pour préserver à la fois la santé physique et mentale de la mère. Le **Sao Tomé-et-Principe** et l'**Afrique du Sud** autorisent l'avortement sur demande. En **Afrique du Sud**, la *Loi de 1996 sur le choix de l'interruption de la grossesse* permet l'avortement sur demande jusqu'à la 12^{ème} semaine de la grossesse, sous certaines circonstances déterminées de façon générale de la 13^{ème} à la 20^{ème} semaine, et uniquement pour des raisons médicales graves après cela.

[A mettre à jour] Assurer des avortements sûrs est un domaine parmi les quatre dans cette section dans lequel les pays se sont attribués de notes plus mauvaises en général. En particulier, le **Niger**, la **Guinée** et la **Sierra Leone** ont obtenu une note inférieure à 50 pour cent le **Niger** ayant obtenu une note de 0 dans tous les domaines (Tableau A4). Les **Seychelles** et l'Ile **Maurice** se sont attribués de très bonnes notes sur l'avortement sans risques. En général, les pays se sont attribués de notes relativement élevées en matières de droit, d'engagement politique et de mécanismes institutionnels et de notes relativement faibles en matières de budget, de cibles et de recherche. L'encadré 9 met en lumière les observations finales émises

par trois organes créés en vertu des traités de 2013 à 2017 concernant les politiques sur les avortements pratiqués dans les pays couverts par ce rapport.

ENCADRE 9 : OBSERVATIONS FINALES EMISES PAR LES ORGANES CREES EN VERTU DES TRAITES RELATIFS A L'AVORTEMENT, 2013-2017

Mauritanie (CEDAW, 2014) : « [L]e Comité est préoccupé par le fait que l'avortement soit criminalisé dans l'État partie, même en cas d'inceste, de viol et de grave malformation fœtale. »

Namibie (CEDAW, 2015) : « Le Comité reste préoccupé ... par la forte prévalence du VIH/sida et d'avortements à risque, qui ont contribué à l'augmentation du taux de mortalité maternelle dans l'État partie. Le Comité est particulièrement préoccupé par le fait que, bien que l'avortement soit permis sur les motifs tels que le viol, l'inceste, la menace pour la santé et la vie de la femme enceinte et de malformations du fœtus, en vertu de la Loi sur l'avortement et la stérilisation de 1975, les femmes sont encore soumises à des procédures administratives lourdes et complexes pour obtenir l'approbation de l'avortement. »

Rwanda (DCE, 2017) : « Le comité (...) est également préoccupé du fait que : (a) la mortalité maternelle est encore exacerbée par les avortements à risque, auxquels de nombreuses femmes doivent recourir en raison de la criminalisation de l'avortement et sa légalisation sous réserve de certaines exceptions seulement, avec des exigences particulièrement lourde, à savoir l'ordonnance d'un tribunal en cas de viol, d'inceste ou de mariage forcé et de l'autorisation de deux médecins, si la santé de la femme enceinte ou du fœtus est en danger, ce qui, en pratique, rend l'avortement légal inaccessible ; (b) un nombre alarmant de femmes purgent des peines de prison pour l'avortement, dont nombreuses ont été arrêtées lorsqu'elles cherchaient à obtenir les soins de santé d'urgence à la suite de complications de l'avortement ».

Seychelles (CEDAW, 2013) : « [L]e Comité est préoccupé à propos de ... l'augmentation du nombre d'avortements à risque et la disposition, dans le Code pénal, sur de lourdes sanctions en cas d'avortement illégal ».

Sierra Leone (CEDAW, 2014) : ... « Le Comité ... note avec préoccupation : (...) (d) Le fait que la loi sur l'avortement criminalise la procédure sans fournir aucune exception, la forte incidence de la violence sexuelle et des grossesses non désirées entraînant des avortements à risque, qui représentent 13% de la mortalité maternelle, et des retards dans l'adoption de la loi sur l'avortement, qui dépénalise l'interruption de grossesse en fonction de divers motifs socio-économiques. ».

Afrique du Sud (CDH, 2016) : « Le Comité se félicite des mesures législatives et institutionnelles prises par l'État partie : [...] (f) l'adoption de la Loi sur le choix de l'interruption de la grossesse en 1996 et d'autres mesures visant à accroître l'accès à un avortement sûr résultant en une diminution significative de la mortalité et de la morbidité maternelle. »

Swaziland (CEDAW, 2014) : « Le Comité reste préoccupé par la forte prévalence du VIH/sida et des avortements clandestins, qui ont contribué à l'accroissement de la mortalité maternelle au cours des dernières années. Le Comité invite l'État partie : (...) (b) d'intensifier les efforts visant à réduire l'incidence de la mortalité maternelle, tels que les soins d'avortement et d'après l'avortement. »

Le Zimbabwe (DCE, 2016) : « [L]e Comité est ... extrêmement préoccupé par : [...] (c) La loi restrictive sur l'avortement et la longueur des procédures d'autorisation des avortements, qui donnent lieu à des avortements illégaux et à risque. »

Source : La base de données mondiale des politiques d'avortement de l'UNDESA et de l'OMS (2017).

Notes : CEDAW = Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes ; DCE = Comité des droits de l'enfant ; et CDH = Conseil des droits de l'homme.

Annexe

Tableau A1 : Notes sur le VIH/sida

	Loi	Engagement politique	Elaboration d'un plan	Cible	Mécanisme institutionnel	Budget	Ressources humaines	Recherche	Participation de la société civile	Information et diffusion	Suivi et évaluation	Amélioration de la capacité	Responsabilité et transparence	Total	Note maximum	Pourcentage (%)
Tchad															26	
Guinée	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	25	26	96
Guinée-Bissau															26	
Libéria															26	
Mauritanie															26	
Ile Maurice	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26	26	100
Namibie	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	21	26	81
Niger	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	23	26	88
Rwanda	0	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	22	26	85
Sao Tomé-et Principe															26	
Seychelles	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26	26	100
Sierra Leone	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	26	50
Afrique du Sud	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	18	26	69
Swaziland	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	20	26	77
Zimbabwe															26	

Source : Rapports nationaux de l'IDISA

Tableau A2 : Notes sur la mortalité maternelle

	Loi	Engagement politique	Elaboration d'un plan	Cible	Mécanisme institutionnel	Budget	Ressources humaines	Recherche	Participation de la société civile	Information et diffusion	Suivi et évaluation	Amélioration de la capacité	Responsabilité et transparence	Total	Note maximum	Pourcentage (%)
Tchad															26	
Guinée	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	18	26	69
Guinée-Bissau															26	
Libéria															26	
Mauritanie															26	
Ile Maurice	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	26	92
Namibie	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	22	26	85
Niger	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	18	26	69
Rwanda	0	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	22	26	85
Sao Tomé-et Principe															26	
Seychelles	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26	26	100

Sierra Leone	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	14	26	54
Afrique du Sud	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	20	26	77
Swaziland	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	21	26	81
Zimbabwe															26	

Source : Rapports nationaux de l'IDISA

Tableau A3 : Résultats pour la planification familiale

	Loi	Engagement politique	Elaboration d'un plan	Cible	Mécanisme institutionnel	Budget	Ressources humaines	Recherche	Participation de la société civile	Information et diffusion	Suivi et évaluation	Amélioration de la capacité	Responsabilité et transparence	Total	Note maximum	Pourcentage (%)
Tchad															26	
Guinée	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	18	26	69
Guinée-Bissau															26	
Libéria															26	
Mauritanie															26	
Ile Maurice	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26	26	100
Namibie	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	20	26	77
Niger	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	18	26	69
Rwanda	0	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	22	26	85
Sao Tomé-et-Principe															26	
Seychelles	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26	26	100
Sierra Leone	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	14	26	54
Afrique du Sud	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	26	58
Swaziland	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	20	26	77
Zimbabwe															26	

Source : Rapports nationaux de l'IDISA

Tableau A4 : Notes sur l'avortement sans risques

	Loi	Engagement politique	Elaboration d'un plan	Cible	Mécanisme institutionnel	Budget	Ressources humaines	Recherche	Participation de la société civile	Information et diffusion	Suivi et évaluation	Amélioration de la capacité	Responsabilité et transparence	Total	Note maximum	Pourcentage (%)
Tchad																
Guinée	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	10	26	38
Guinée-Bissau															26	
Libéria															26	

Mauritanie															26	
Ile Maurice	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	26	92
Namibie	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	19	26	73
Niger	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	0
Rwanda	2	1	2	0	2	1	1	0	0	2	2	1	2	18	26	69
Sao Tomé-et-Principe															26	
Seychelles	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26	26	100
Sierra Leone	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	0	1	1	12	26	46
Afrique du Sud	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	17	26	65
Swaziland	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	20	26	77
Zimbabwe															26	

Source : Rapports nationaux de l’IDISA

Références

- Union africaine (2003). *Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs aux droits des femmes en Afrique*. Adoptée à la 2^{ème} Session Ordinaire de l'Assemblée de l'Union des chefs d'État et de gouvernement, le 11 juillet 2003 à Maputo. Commission de l'Union africaine, Addis-Abeba.
- Ahmed SM, Rawal LB, Chowdhury SA, Murray J, Arscott-Mills S, Jack S, Hinton R, Alama PM et Kuruvillah S (2016). "Cross-country analysis of strategies for achieving progress towards global goals for women's and children's health." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, Vol. 94: pp. 351-361.
- Alkema L, Chou D, Hogan D, et al. (2015). "Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group." *Lancet*, Vol. 387: pp. 462-74.
- Amouzou A, Habi. O, Bensaid K, et Niger Countdown Case Study Group. (2012). "Reduction in child mortality in Niger: A Countdown to 2015 country case study." *Lancet*, Vol. 380: pp. 1169-1178.
- Bessada D, Kerber K, Leon N, Sanders D, Daviaud E, Rohde S, et al. (2016). "Niger's Child Survival Success, Contributing factors and challenges to sustainability: A Retrospective Analysis." *PLoS ONE*, Vol. 11 (1).
- Bhutta, Z., et al. (2013). "Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?" *Lancet*, Vol. 382: pp. 452-77.
- Campbell OMR, Graham WJ, et al. (2016). "Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works." *Lancet*, Vol. 368: pp. 1284-1299.
- Office central des statistiques (CSO) [Swaziland], et Macro International Inc. (2008). *Swaziland Demographic and Health Survey 2006-07*. Mbabane, Swaziland: CSO et Macro International Inc.
- Chandra-Mouli et al. (2017). "A never-before opportunity to strengthen investment and action on adolescent contraception, and what we must do to make use of it." *Reproductive Health*, Vol. 14 (85): pp. 1-13.
- Cohen J., Katherine Lofgren et Margaret McConnell. (2017). "Precommitment, cash transfers, and timely arrival for birth: Evidence from a Randomized Controlled Trial in Nairobi Kenya." *American Economic Review: Papers & Proceedings*, Vol. 107 (5): pp. 501-505.
- Dellar RC, Dlamini S, and Karim QA (2015). "Adolescent girls and young women: key populations for HIV epidemic control." *Journal of the International AIDS Society*, Vol. 18 (Supplement 1): pp. 64-70.
- Ministère de la santé [Afrique du Sud] (2016). *She Conquers Campaign for Empowering Adolescent Girls and Young Women: Towards further empowering the youth of South Africa*. Disponible à : <file:///D:/My%20Documents/ACG%20-%202016/AGDI%203/South%20Africa/she%20conquers%20%20info.pdf>
- Graham W., Woodd S., Byass P., Filippi V., Gon G., Virgo S., Chou D., Hounton S., Lozano R., Pattinson R., et Singh S. (2016). "Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health." *Lancet*, Vol. 388: pp. 2164-75.

Horter S., Thabede Z, Dlamini V., Bernays S., Stringer B., Mazibuko S., Dube L., Rusch B., et Jobanputra K. (2017). “Life is so easy on ART, once you accept it”: Acceptance, denial and linkage to HIV care in Shiselweni, Swaziland.” *Social Science & Medicine*, Vol.176 : pp. 52-59.

Institut National de la Statistique (INS) et ICF International (2013). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2012*. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.

Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International (2015). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2014-2015)*. Rockville, Maryland, USA: INSEED, MSP et ICF International.

Institut National de la Statistique du Rwanda (INSR) et ORC Macro. (2006). *Rwanda Demographic and Health Survey 2005*. Calverton, Maryland, U.S.A.: INSR and ORC Macro.

Instituto Nacional de Estatística (INE) [São Tomé e Príncipe], Ministério da Saúde, e ICF Macro. (2010). *Inquérito Demográfico e Sanitário, São Tomé e Príncipe, IDS STP, 2008-2009*. Calverton, Maryland, Etats-Unis: INE.

Integra (2014). *Male utilization in integrated SRH and HIV services*. Disponible à : https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015RH_StepsToIntegration8.pdf

International Food Policy Research Institute. (2016). *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*. Washington, DC. Disponible à: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/06/130565-1.pdf>

Koffi, AK, Mania A, Yaroh AG, Habi O, et Kalter HD. (2016). “Social determinants of child mortality in Niger: Results from the 2012 National Verbal and Social Autopsy Study.” *Journal of Global Health*, Vol. 6 (1): pp.1-11.

Koffi, AK, Wounang RS, Nguefack F, Moluh S, Libite P, et Kalter HD. (2017). “Sociodemographic, behavioural, and environmental factors of child mortality in Eastern Region of Cameroon: Results from a social autopsy study.” *Journal of Global Health*, Vol. 7 (1): pp.1-11.

Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services (LISGIS), Ministère de la santé et de la protection sociale [Libéria], et ICF International. (2014). *Liberia Demographic and Health Survey 2013*. Monrovia, Liberia: Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services (LISGIS) and ICF International.

Ministère des affaires étrangères, de l'intégration régionale et du Commerce international (MFARIIT) [Ile Maurice] (2015). *Rapport sur les objectifs de développement du millénaire 2015*. Port Louis, Ile Maurice : MFARIIT.

Ministère de la santé [Rwanda] (2014). *Health Sector Annual Report, July 2013-June 2014*.

Ministère de la santé [Rwanda], PMNCH, OMS, Banque mondiale, AHPSR et les participants à l'examen de la politique multipartite du Rwanda (2014). *Success Factors for Women's and Children's Health: Rwanda*. Disponible à: http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/rwanda_country_report.pdf

Ministère de la santé [Royaume du Swaziland] (2015). *Annual HIV Programs Report for 2014*. Disponible à :

<http://www.infocenter.nercha.org.sz/sites/default/files/ANNUAL%20HIV%20PROGRAMS%20REPORT%202014.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux de Namibie (MoHSS) et ICF International. (2014). *The Namibia Demographic and Health Survey 2013*. Windhoek, Namibia, et Rockville, Maryland, Etats-Unis: MoHSS et ICF International.

Commission nationale de lutte contre le Sida [Libéria] (2017). *Liberia National HIV Prevention Strategy 2017 – 2020*. Disponible à : http://www.nacliberia.org/doc/HIV%20prevention%20strategy%20Liberia-Final%20Version_%2018-04-17_.pdf

Conseil national de lutte contre le Sida [Seychelles] (2015). *HIV Biological and Behavioral Surveillance Survey Among Female Sex Workers 2015: Final Report*. Disponible à : <http://moh.seydevplus.com/wp-content/uploads/HIV-Biological-And-Behavioural-Surveillance-Survey-Among-Sex-Workers.pdf>

Ministère de la Santé nationale (NDoH) [Afrique du Sud], Statistics South Africa (Stats SA), South African Medical Research Council (SAMRC), et l'ICF (2017). *South Africa Demographic and Health Survey 2016: Key Indicator Report*. Afrique du Sud et Rockville, Maryland, Etats-Unis: NDoH, Stats SA, SAMRC and ICF.

Secrétariat national de lutte contre le VIH/sida [Sierra Leone] (2015). *National Strategic Plan on HIV/AIDS 2016-2020*. Disponible à : <http://www.nas.gov.sl/images/stories/publications/Sierra%20Leone%20National%20Strategic%20Plan%202016%20-%202020.pdf>

Institut national de la statistique du Rwanda (NISR) [Rwanda], Ministère de la Santé (MOH) [Rwanda], et ICF International. (2012). *Rwanda Demographic and Health Survey 2010*. Calverton, Maryland, USA: NISR, MOH, and ICF International.

Institut national de la Statistique du Rwanda (NISR) [Rwanda], Ministère de la Santé (MOH) [Rwanda], and ICF International. (2015). *Enquête Démographique et de santé, Rwanda 2014-15*. Rockville, Maryland, Etats-Unis: NISR, MOH, et ICF International.

Office National de la Population (ONAPO) [Rwanda] et ORC Macro. (2001). *Enquête Démographique et de Santé, Rwanda 2000*. Kigali, Rwanda et Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé, Office National de la Population et ORC Macro.

Shisana O, Rehle T, Simbayi LC, Zuma K, Jooste S, Zungu N, Labadarios D, Onoya D et al. (2014). *South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012*. Cape Town: HSRC Press.

Statistics Sierra Leone (SSL) et ICF International. (2014). *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2013*. Freetown, Sierra Leone and Rockville, Maryland, Etats-Unis: SSL et ICF International.

Statistics South Africa (2017). *Mortality and causes of death in South Africa, 2015: Findings from death notification*. Disponible à : <http://www.statssa.gov.za/publications/P03093/P030932015.pdf>.

Le Conseil national de lutte contre le Sida en Afrique du Sud (2017). *National Strategic Plan on HIV, TB and STIs 2017 – 2022: Summary*. Disponible à : http://sanac.org.za/wp-content/uploads/2017/04/SANAC_NSP_Booklet_PRINT.pdf

Université de Californie à San Francisco (UCSF), Anova Health Institute et Wits Reproductive Health and HIV Research Institute (WRHI) (2015). *South African Health Monitoring Study (SAHMS), Final Report: The Integrated Biological and Behavioural Survey among Female Sex Workers, South Africa 2013-2014*. San Francisco: UCSF.

Nations Unies (1989). Résolution 44/25 de l'Assemblée générale. *Convention relative aux droits de l'enfant*. Adopté par l'Assemblée générale le 20 novembre 1989. New York : Organisation des Nations Unies. Disponible à : <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>.

Nations Unies (1995). Déclaration et la plate-forme d'Action de Beijing. *Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes*. Numéro de vente 96.IV.13.

Nations Unies (1996). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 13 Septembre 1 1994* (publication des Nations Unies, numéro de vente F.95.XIII.18), chap. I, résolution 1, annexe.

Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population et l'Organisation mondiale de la Santé (2017). *Global Abortion Policies Database*. Disponible à : <http://srhr.org/abortion-policies/>.

Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2015). *Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015* (ST/ESA/SER.A/349).

ONUSIDA (2013). *Access to antiretroviral therapy in Africa: Status report on progress towards the 2015 targets*. Disponible à : http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20131219_AccessARTAfricaStatusReportProgressTowards2015Targets_en.pdf

ONUSIDA (2015). *All in*. Disponible à : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150217_ALL_IN_brochure.pdf

ONUSIDA (2016a). *Global AIDS Update 2016*. Disponible à : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf

ONUSIDA (2016b). *Prevention Gap Report*. Disponible à : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf

ONUSIDA et Lancet Commission (2015). "Defeating AIDS – advancing global health." *Lancet*, Vol. 386: pp. 171-218.

ONUSIDA et le Groupe de la Banque mondiale (2016). *Regional synthesis: HIV epidemic among sex workers, men who have sex with men, people who inject drugs and transgender people - Eastern and Southern Africa Region*. Disponible à : <http://www.ehpsa.org/all-documents/general/revhivprev/revitalizing-hiv-prevention/2017/2-regional-synthesis-four-populations-left-behind-for-the-esa-region/regional-synthesis-four-populations-left-behind/337-regional-synthesis/file>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) (2016). *The State of the World's Children 2016: A fair chance for every child*. Disponible à : www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) (2017). *Narrowing the gaps: The power of investing in the poorest children*.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)/Organisation mondiale de la Santé (OMS) (février 2017). *Joint database on skilled attendance at birth*. Disponible à : <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Groupe de la Banque mondiale (2017). *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group malnutrition estimates*. http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_brochure2017.pdf?ua=1

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Groupe de la Banque mondiale et Nations Unies (2015). *Levels and trends in child mortality Report 2015*

Assemblée Générale des Nations Unies (1999). *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of ICPD*. A/S-21/5/Add. 1. July 1, 1999.
<http://www.un.org/popin/unpopcom/32ndsess/gass/215a1e.pdf>

Bureau du Haut Commissaire pour les droits de l'Homme (HCDH) (sans date). *Adolescents*.
Disponible à :
http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Adolescents_WEB.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2004). *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO*. Disponible à :
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42955/1/9241591692.pdf>

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Seconde édition. Disponible à :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2014a). *WHA Global Nutrition Targets 2025: Policy Brief Series*. http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_overview.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2014b). *WHA Global Nutrition Targets 2025: Stunting Policy Brief*. http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_stunting_policybrief.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2015). *Strategies toward ending preventable maternal mortality*. Disponible à : https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2017/02/EPMM_Strategies-document_2015.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2016a). *HIV/AIDS Factsheet*. Disponible à :
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2016b). *Maternal Mortality Factsheet*. Disponible à :
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population (2015). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*.

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) (sans date). *Harmonizing the Legal Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights: A review in 23 Countries in East and Southern Africa*. Disponible à :

http://www.up.ac.za/media/shared/10/ZP_Files/harmonizationoflegaleenvironment-digital-2-2.zp104320.pdf

Zimbabwe National Statistics Agency et ICF International. 2016. *Zimbabwe Demographic and Health Survey 2015: Final Report*. Rockville, Maryland, USA: Zimbabwe National Statistics Agency (ZIMSTAT) et ICF International.