



## Conseil économique et social

Distr. générale  
17 mai 2010  
Français  
Original : anglais

---

### Session de fond de 2010

New York, 28 juin-2 juillet 2010

Point 2 c) de l'ordre du jour provisoire\*

**Débat de haut niveau : examen ministériel annuel**

### **Lettre datée du 14 mai 2010, adressée au Président du Conseil économique et social par le Représentant permanent du Sénégal auprès de l'Organisation des Nations Unies**

J'ai le plaisir de vous faire tenir le rapport sur les travaux de la Réunion préparatoire régionale africaine sur les femmes et la santé, tenue à Dakar les 12 et 13 janvier 2010 en vue de l'examen ministériel annuel de 2010 du Conseil économique et social, et de vous prier de bien vouloir faire distribuer ledit rapport en tant que document du Conseil, pour examen au titre du point 2 c) de l'ordre du jour provisoire de sa session de fond de 2010 (voir annexe).

À la Réunion préparatoire régionale, la question des femmes et de la santé a été examinée du point de vue des pays d'Afrique en tant que contribution au thème de l'examen ministériel annuel de 2010, « Mise en œuvre des objectifs convenus et des engagements pris sur le plan international pour ce qui est de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes ».

Le Gouvernement sénégalais estime que le rapport contribuera de manière importante aux débats consacrés au thème de l'examen ministériel de 2010.

L'Ambassadeur,  
Représentant permanent  
(Signé) Paul **Badji**

---

\* E/2010/100.



**Annexe à la lettre datée du 14 mai 2010 adressée au Président  
du Conseil économique et social par le Représentant permanent  
du Sénégal auprès de l'Organisation des Nations Unies**

**Rapport sur les travaux de la Réunion préparatoire régionale  
africaine sur les femmes et la santé tenue en vue de l'examen  
ministériel de 2010 du Conseil économique et social**

*Résumé*

Dans le cadre du processus d'examen ministériel annuel du Conseil économique et social, une réunion préparatoire régionale africaine sur le thème « Les femmes et la santé » a eu lieu à Dakar les 12 et 13 janvier 2010. Elle a été organisée par le Gouvernement sénégalais, en collaboration avec le Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'ONU. Les consultations multipartites, auxquelles ont pris part des représentants de haut niveau, ont consisté en réunions plénières et en réunions-débats. Plus de 100 délégués y ont participé.

Les participants, y compris plusieurs ministres, ont examiné les problèmes anormalement importants des femmes s'agissant de santé maternelle et de VIH/sida et la façon dont l'autonomisation des femmes est essentielle pour venir à bout des inégalités en matière de santé et réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement. Les participants ont également procédé à une mise en commun des meilleures pratiques.

**Grandes orientations**

Les grandes orientations ci-après sont ressorties des débats :

**Santé maternelle**

- Fournir un continuum intégré de soins maternels : amélioration des soins prénatals, soins obstétricaux d'urgence vitaux et soins postnatals adéquats
- Compléter les soins maternels par des investissements dans l'amélioration des services de planification familiale, la promotion de l'utilisation des contraceptifs et la réduction des taux de natalité chez les adolescentes
- Renforcer le rôle des sages-femmes et pleinement mettre à profit leur potentiel en tant que prestataires de services de santé maternelle et de planification familiale de confiance au sein des communautés

**VIH/sida**

- Intégrer les services ayant trait au VIH dans les services de santé afin de renforcer les synergies entre la lutte contre le sida et la réalisation des autres objectifs du Millénaire pour le développement
- Investir dans les campagnes d'éducation sanitaire, notamment par le biais des technologies de l'information et des communications afin de faire en sorte que les jeunes adoptent des comportements prudents en matière de santé et se forgent une identité sociale forte

- Inciter les garçons et les hommes à contribuer à modifier les stéréotypes sexistes, à lutter contre la violence à l'égard des femmes et à faire de l'égalité des sexes une réalité

#### **Autonomisation et santé des femmes**

- Compléter les programmes de santé publique par des initiatives visant à autonomiser les femmes sur tous les plans – juridique, économique, social et politique – afin de leur permettre de vivre mieux
- Aller de l'avant en matière de droits de propriété, de protection juridique soucieuse d'égalité des sexes, d'accès aux modes de financement classique, de participation à la vie politique et de comportements sociaux, tous facteurs nécessaires à l'amélioration de la santé des femmes
- Promouvoir un financement durable des services de santé, notamment en passant d'un système de droits d'utilisation à un système de financement commun, afin d'assurer un accès équitable, tant des hommes que des femmes, à des services de santé abordables, adéquats et de qualité tout au long de leur vie

## **I. Introduction**

1. En juin 2010, le Conseil économique et social tiendra son quatrième examen ministériel annuel à New York. Cet examen portera sur la mise en œuvre des objectifs convenus et des engagements pris sur le plan international pour ce qui est de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes.
2. Les 12 et 13 janvier 2010, le Gouvernement de la République du Sénégal, avec l'appui du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, de la Commission économique pour l'Afrique et de l'Organisation mondiale de la Santé, a organisé une réunion préparatoire régionale africaine sur les femmes et la santé.
3. Ont participé à la Réunion plus de 100 délégués, dont plusieurs ministres, des personnalités de gouvernements africains, des experts du système des Nations Unies et d'autres organisations internationales et des représentants d'organisations non gouvernementales, de milieux intellectuels et universitaires et du secteur privé.
4. La Réunion a permis aux pays africains de contribuer à l'examen ministériel annuel, notamment grâce à une mise en commun des meilleures pratiques et des enseignements tirés.

## **II. Travaux de la Réunion préparatoire régionale**

### **A. Session d'ouverture et observations liminaires**

5. La réunion a été ouverte par M<sup>me</sup> Ndèye Khady Diop, Ministre d'État chargée de la famille, de la sécurité alimentaire, de l'égalité des sexes, du microfinancement et de la protection de l'enfance du Sénégal. Dans ses observations liminaires, elle a remercié le Conseil économique et social d'avoir choisi le Sénégal pour l'organisation de sa réunion préparatoire régionale africaine sur les femmes et la santé. Elle a rappelé l'engagement personnel du Président du Sénégal M. Abdoulaye Wade, et la grande importance qu'il a toujours attachée à l'éducation des filles et à l'intégration à tous les égards des femmes dans la société. Elle a indiqué qu'il était par conséquent opportun que le Sénégal accueille cette réunion régionale.
6. La Présidente du Conseil économique et social, M<sup>me</sup> Sylvie Lucas, a indiqué que cinq ans seulement avant la date limite fixée pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, il était plus important que jamais d'assurer une plus grande égalité des sexes et de davantage autonomiser les femmes. Elle a rappelé ce qui était ressorti de la réunion ministérielle de haut niveau de 2009 sur la santé publique mondiale et présentait un intérêt tout particulier pour la Réunion préparatoire sur les femmes et la santé. En premier lieu, les objectifs du Millénaire pour le développement ne pouvant être réalisés que par le biais de politiques de développement intégré, ceux qui étaient liés à la santé devaient être inclus dans l'ensemble des politiques. En deuxième lieu, au moment où sévissaient de multiples crises, les décideurs se devaient de maintenir le niveau des dépenses sociales ou même d'accroître ces dernières, en particulier pour les plus vulnérables, afin de ne pas compromettre les acquis. En troisième lieu, il convenait d'élargir et de renforcer les partenariats. En quatrième lieu, l'Afrique était le continent qui courait le plus de risques de ne pas réaliser certains des objectifs du Millénaire pour le

développement. Enfin, toute amélioration de la situation sanitaire passait par un personnel de santé formé et compétent.

7. S'agissant du thème spécifique de la Réunion régionale, l'intervenante a noté que la vulnérabilité particulière des femmes provenait du fait qu'elles étaient défavorisées sur les plans social, politique et économique et n'étaient souvent pas en mesure de faire des choix personnels. Elle a indiqué qu'en tant qu'instance mondiale de haut niveau, le Conseil économique et social pouvait mettre au point un plan intégré susceptible d'aider les femmes à briser le cercle vicieux du manque d'autonomisation.

8. Dans son discours liminaire, le Premier Ministre sénégalais, M. Souleymane Ndéné Ndiaye, a rappelé les travaux des réunions ministérielles annuelles sur la pauvreté et la faim, le développement durable et la santé publique mondiale. S'agissant du thème des femmes et de la santé, il a souligné que le Président Wade était le premier défenseur et protecteur des femmes en Afrique. En sa qualité de Président, il avait adopté une stratégie double : premièrement, rendre les femmes moins vulnérables; deuxièmement, permettre aux femmes de déterminer leur propre avenir. L'intervenant a noté que dans le monde d'aujourd'hui, les femmes continuaient d'être plus exposées à la pauvreté, à la violence et à l'exclusion sociale que les hommes, du fait souvent des perceptions publiques. Les attitudes qui pénalisaient les femmes pouvaient et devaient être changées.

9. La Conseillère spéciale pour la problématique hommes-femmes et la promotion de la femme du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies à New York, M<sup>me</sup> Rachel Mayanja, a indiqué que l'égalité et l'autonomisation des femmes avaient été pendant trop longtemps reléguées au second plan. En 2010, l'examen des progrès réalisés 15 ans après la Conférence de Beijing et l'examen ministériel fournissaient l'occasion de remédier à ce problème. S'agissant de santé maternelle, elle a souligné qu'il s'agissait là de l'objectif du Millénaire pour le développement dont la réalisation avait pris le plus de retard partout dans le monde. Ce qui rendait ce fait tellement inacceptable était que les solutions médicales permettant de prévenir les décès maternels étaient bien comprises et que les facteurs sous-jacents – pauvreté, inégalités, infériorité du statut de la femme et attitudes sociales – étaient les principaux responsables de la mortalité maternelle. S'agissant du VIH/sida, l'intervenante a noté que les femmes n'étaient pas seulement plus exposées au VIH, mais qu'elles étaient également plus touchées par la propagation du VIH/sida car elles avaient souvent des emplois moins sûrs dans le secteur non structuré. Même lorsqu'elles n'étaient pas infectées elles-mêmes, le fardeau que représentaient les soins à octroyer était souvent lourd pour elles.

10. M<sup>me</sup> Mayanja a indiqué que les données relatives à la santé maternelle et au VIH/sida montraient qu'aucun progrès important en matière de santé féminine ne pourrait être réalisé tant que l'autonomisation économique et politique des femmes resterait un vain mot et que des comportements stéréotypés perpétuant leur statut marginal au sein de la société existeraient. Elle a par conséquent préconisé l'adoption d'une approche ne portant pas uniquement sur des solutions médicales et techniques, mais également sur les causes économiques, sociales et culturelles sous-jacentes des problèmes de santé des femmes.

11. M<sup>me</sup> Isabelle de Zoysa, Conseillère de haut niveau du Sous-Directeur général à la santé familiale et communautaire à l'Organisation mondiale de la Santé à Genève,

a indiqué que le rapport de l'OMS sur les femmes et la santé, publié en novembre 2009, montrait que toutes les femmes n'avaient pas bénéficié équitablement des progrès considérables réalisés dans le domaine de la santé publique mondiale. D'importantes inégalités demeuraient sur le plan social et entre les hommes et les femmes ainsi qu'au niveau des systèmes de santé, tant au sein des pays qu'entre les pays. De fait, alors que les femmes de toutes les autres régions avaient vu leur espérance de vie s'accroître, les femmes africaines voyaient la leur diminuer, notamment à cause du VIH/sida.

12. Il ressortait des travaux de recherche que la santé maternelle était un indicateur fiable de la santé générale des femmes et de leur statut au sein de la société. Le taux élevé de mortalité maternelle suggérait par conséquent que nombre de femmes n'avaient pas accès à des soins intégrés et ne pouvaient guère prendre en main leur propre avenir. L'intervenante a souligné que bien que l'Afrique subsaharienne dans son ensemble soit à la traîne, certains pays prouvaient que des initiatives novatrices et une véritable volonté politique pouvaient se traduire par de remarquables améliorations en matière de santé.

13. Dans la déclaration de M. Abdoulie Janneh, Secrétaire exécutif de la Commission économique pour l'Afrique, dont la lecture a été donnée par M<sup>me</sup> Monique Rakotomalala, Directrice du Centre africain pour l'égalité des sexes et le développement social de la Commission, les domaines d'action prioritaire ci-après ont été identifiés pour les cinq années demeurant avant l'échéance fixée pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement : fournir un accès équitable à la planification familiale et aux soins obstétricaux grâce à l'utilisation de mécanismes novateurs; mettre un terme à la féminisation du VIH en facilitant l'accès à la prévention et en remédiant à la vulnérabilité des femmes sous tous ses aspects; mettre fin à la violence contre les femmes, notamment en soutenant la campagne « Tous unis pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes » lancée par le Secrétaire général de l'ONU et la campagne qui devait être lancée par l'Union africaine; autonomiser les femmes sur les plans économique, social et politique afin de leur permettre de prendre en main leur propre santé; s'assurer que les multiples crises ne remettent pas en question les acquis sociaux; sensibiliser les populations et s'assurer que les données sont ventilées par sexe; et mobiliser les ressources nationales, régionales et internationales.

## **B. Session 1 : santé maternelle – vers une approche intégrée de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique**

14. Au cours de la session, les participants ont examiné les tendances en matière de santé maternelle en Afrique et échangé des exemples des meilleures pratiques utilisées pour réduire cette mortalité. Ils sont convenus qu'un continuum de soins prénatals améliorés, de soins obstétricaux d'urgence vitaux et de soins postnatals adéquats, complété par un accès à de meilleurs services de planification familiale, était crucial. Les compétences des sages-femmes devaient être mieux utilisées et renforcées. Les participants ont également demandé l'élimination des obstacles d'ordre économique, social et culturel qui empêchaient les femmes de prendre leurs propres décisions.

15. Dans le discours liminaire de M. Modou Diagne Fada, Ministre sénégalais de la santé et de la prévention, dont a donné lecture M. Mamadou Daff, les réalisations

du Sénégal dans le domaine de la santé maternelle et infantile ont été mises en relief. Le taux de mortalité maternelle était passé de 510 pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 401 en 2005. Le taux de mortalité infantile était passé de 70,1 pour 1 000 naissances vivantes en 1997 à 61 en 2005. Le recours à la planification familiale était passé de 5 % en 1993 à 10,3 % en 2005. Ces améliorations ont notamment été rendues possibles par la stratégie nationale « Badienou Gokh ». Cette stratégie, qui a été mise en œuvre dans chaque quartier ou village, se fondait sur la sélection de femmes chargées de sensibiliser la population féminine aux problèmes liés à la santé maternelle. Le Ministre a également souligné les nombreux défis qu'il convenait encore de relever, en particulier pour combler les écarts existant entre les zones rurales et les zones urbaines en matière de santé maternelle. En outre, le recours à la contraception demeurait peu important, faute d'acceptation sociale. Le Ministre a par conséquent souligné la nécessité d'inclure davantage d'hommes dans l'éducation et les services relatifs à la santé de la procréation de manière à modifier les normes sociales existantes. Un autre problème important était la persistance du manque d'éducation sanitaire chez de nombreuses femmes. La prévalence de la pauvreté figurait également au nombre des obstacles les plus importants à l'accès des femmes aux services de santé. Le Ministre a souligné que la santé maternelle et infantile constituait une priorité pour le Gouvernement sénégalais qui souhaitait la participation de toutes les parties prenantes concernées, y compris les communautés, la société civile et le secteur privé, afin d'aller de l'avant.

16. Dans sa présentation, M<sup>me</sup> Isabelle de Zoya a indiqué que les importantes inégalités qui existaient en matière de santé féminine, non seulement entre les pays mais également au sein des pays, suggéraient que les efforts déployés pour réduire la mortalité maternelle devraient se poursuivre dans le cadre plus vaste de l'amélioration de la santé et de l'autonomisation des femmes. Elle a noté que les mesures qui devaient être prises étaient bien connues et comprises : a) accès, en quelque lieu que ce soit, à des accoucheuses qualifiées et orientation rapide vers les hôpitaux en cas de complications; b) soins obstétricaux d'urgence; et c) planification familiale et autres mesures permettant de réduire les grossesses chez les adolescentes. Ces interventions médicales devaient aller de pair avec des initiatives visant à permettre aux femmes, aux familles et aux communautés de prendre décisions et mesures connexes en temps voulu. Cela nécessitait la mise en place de systèmes de santé répondant aux besoins spécifiques des femmes; une protection financière des femmes pauvres reposant non plus sur des droits d'utilisation mais sur un système de financement commun; des investissements dans la mise en commun des connaissances et l'existence de données mieux ventilées.

17. M. Faustin Yao, Directeur du Bureau sous-régional pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), a donné des exemples pratiques de la façon dont le FNUAP avait aidé certains pays à réduire la mortalité maternelle. Il a rendu compte de l'expérience d'une communauté rurale pauvre du Cameroun qui avait mis en place un projet de financement permettant à chaque femme enceinte se rendant au centre de santé de payer 100 francs CFA quels que soient les services fournis. Ce montant permettait à la communauté de financer les césariennes de celles qui en avaient besoin et qui étaient jusqu'alors hors de portée de la plupart des femmes de la communauté.

18. M. Yao a également fait rapport sur un projet du FNUAP visant à réduire les cas de dystocie grâce à une identification rapide des femmes enceintes à risque et à un transfert à l'hôpital bien avant la naissance. Aujourd'hui, pour chaque femme qui

mourait en cours de grossesse, 30 autres souffraient tout au long de leur vie des complications dues en général à des dystocies. Le projet du FNUAP visait à modifier ces statistiques. M. Yao a également souligné que des pays tels que l'Éthiopie et le Rwanda, qui permettaient aux naissances d'être supervisées par des accoucheuses spécifiquement formées plutôt que par des médecins dûment qualifiés, avaient réduit de façon remarquable leur taux de mortalité maternelle.

19. M<sup>me</sup> Jemina Dennis-Antwi, Conseillère régionale pour l'Afrique anglophone de la Confédération internationale des sages-femmes, à Accra, a appelé à un repositionnement des sages-femmes africaines pour atteindre les objectifs 3, 4, 5 et 6 du Millénaire pour le développement. Elle a indiqué que les sages-femmes, en tant que membres respectant les particularités culturelles de leur communauté et bénéficiant de la confiance de celle-ci, pouvaient jouer un rôle déterminant en matière de santé. Elle a informé les délégations qu'en mars 2009, le FNUAP et la Confédération internationale des sages-femmes avaient, avec le soutien des Gouvernements suédois et hollandais, lancé une campagne en vue du renforcement du rôle des sages-femmes. Cette campagne, qui devait être élargie à l'Asie et à l'Amérique latine en 2010, visait à renforcer les capacités des sages-femmes dans trois domaines d'intervention clefs : a) les services de santé en matière de procréation destinés aux adolescents et la planification familiale; b) les soins prénatals administrés par un personnel compétent; et c) les soins obstétricaux d'urgence et les soins destinés aux nouveau-nés.

20. Des programmes d'étude trop limités, des laboratoires trop petits, un nombre trop faible d'enseignants pour des étudiants toujours plus nombreux et le manque de perspectives en matière de perfectionnement et d'avancement étaient autant d'obstacles immédiats que la campagne visait à surmonter. La répartition inégale des sages-femmes tant entre les pays qu'au sein des pays constituait un autre problème d'importance.

21. Pour que des progrès soient faits à court terme, il importait que les sages-femmes participent davantage au processus de prise de décisions et que l'on procède à un repositionnement et à un renforcement de leur rôle par le biais de mécanismes financiers. À long terme, M<sup>me</sup> Jemina Dennis-Antwi a indiqué qu'elle souhaiterait que chaque mère et chaque enfant bénéficient d'une couverture médicale, que des communautés dynamiques obligent les responsables à rendre compte, que l'éducation des filles s'améliore et qu'il existe un corps unifié de sages-femmes dûment qualifiées et des mécanismes permettant leur déploiement, leur redistribution et leur rétention.

22. Au cours du débat interactif qui a eu lieu, les participants sont généralement convenus qu'il fallait mettre au point des programmes de santé maternelle complets, se fondant sur des approches multisectorielles et offrant un continuum de soins maternels appropriés. Ces programmes devraient permettre d'améliorer l'accès aux services de planification familiale, notamment des adolescentes pour lesquelles les grossesses précoces et les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité continuaient de figurer parmi les causes principales de décès prématuré en Afrique subsaharienne. Les participants sont également convenus que les obstacles économiques, sociaux et culturels qui continuaient d'empêcher les femmes d'avoir accès à des services de santé maternelle devaient être éliminés.

23. Compte tenu du fait que les accouchements tardifs continuaient d'être la principale cause de mortalité maternelle, les participants ont également examiné

comment il serait possible de permettre aux parturientes de se rendre plus rapidement dans des centres de santé. Les nouvelles possibilités qu'offraient les technologies de l'information et des communications ont, dans ce cadre, fait l'objet de débats que sont venus étoffer des exemples nationaux spécifiques, notamment ceux de la Mauritanie, du Niger et du Sénégal.

## C. Session 2 : les femmes, les filles et le VIH/sida

### Renforcement de la lutte contre le VIH/sida en Afrique

24. Les participants ont abordé les principales tendances en matière d'accès universel à la prévention, et au traitement du VIH et aux soins et à l'accompagnement à fournir en la matière en Afrique. Ils ont examiné dans quelle mesure les sexospécificités avaient été intégrées dans les politiques ayant trait au sida et si le financement de ces dernières avait été suffisant. Les gouvernements et la société civile ont fait des recommandations pour venir à bout de la violence contre les femmes, de leur vulnérabilité économique et des autres principales causes d'infection par le VIH.

25. M<sup>me</sup> Meskerem Grunitzky-Bekele, Directrice de l'équipe d'appui régionale du Programme commun des Nations Unies sur le syndrome d'immunodéficience acquise et le virus d'immunodéficience humaine (ONUSIDA) pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, a dirigé les débats de la première session et expliqué que le continent africain était celui qui était le plus gravement touché par l'épidémie et où le taux d'infection par le VIH chez les jeunes femmes était le plus élevé (60 %). Elle a noté que la volonté politique des gouvernements avait permis de progresser dans la lutte contre l'épidémie.

26. M. Ibra Ndoeye, Secrétaire exécutif du Conseil national de lutte contre le sida du Sénégal, a présenté certains enseignements tirés de l'expérience acquise par son pays pour ce qui était de la lutte contre le VIH/sida, qui contribuait, depuis plus de 25 ans, au maintien d'un taux de prévalence élevé (0,7 %). Il a noté combien il importait d'adopter une approche unifiée faisant appel à de multiples parties prenantes : au Sénégal, les initiatives contre le sida avaient bénéficié de la participation du Président, de la Première Dame, du secteur public, de la société civile et du secteur privé. Il a également souligné l'importance, face au VIH, de mesures multisectorielles allant au-delà de la santé. Il était, selon lui, essentiel d'agir ainsi si l'on voulait remédier aux causes socioéconomiques de l'épidémie qui étaient à la base de la vulnérabilité accrue des femmes et des filles au VIH. Au Sénégal, le Ministère de la santé collaborait étroitement avec le Ministère de la famille, de la sécurité alimentaire, de l'égalité des sexes, du microfinancement et de la protection de l'enfance, le Ministère de la jeunesse et celui de l'éducation, ce qui avait permis de mieux faire face au VIH et s'était traduit par des améliorations en matière de santé maternelle et infantile. M. Ndoeye a également mentionné le taux de prévalence beaucoup trop élevé du VIH chez les jeunes femmes et demandé que les jeunes réagissent davantage face au sida.

27. M. James Kamau, Directeur exécutif du Kenya Treatment Access Movement (Mouvement kényan d'accès aux traitements) et père séropositif ayant réussi à élever deux enfants, a demandé qu'il soit trouvé un moyen de mettre un terme au sida pédiatrique, tâche nécessitant des efforts concertés dans les domaines du traitement du VIH, de la santé maternelle et de la santé infantile. Il a noté que les

taux actuels de prévention de la transmission de la mère à l'enfant et de traitement pédiatrique (30 à 40 %) étaient bien inférieurs à l'objectif convenu sur le plan mondial de 80 %.

28. L'intervenant a examiné certains des principaux problèmes entravant les progrès : le recours aux donateurs pour le financement et la menace que constituait par conséquent la crise financière et économique, en particulier pour ce qui était de la viabilité des traitements; l'insécurité alimentaire et les changements climatiques; les conflits bureaucratiques et la corruption. Il a également décrit à grands traits plusieurs mesures qui devraient permettre d'aller de l'avant : intégration des services; lutte contre la stigmatisation et la discrimination dues au VIH qui empêchaient le recours aux services; et renforcement des ressources humaines. En conclusion, il a indiqué que les gouvernements africains devaient respecter l'engagement qu'ils avaient pris à Abuja d'allouer 15 % de leurs budgets nationaux à la santé et souligné la nécessité de consacrer une partie de ces ressources à la santé maternelle et infantile afin qu'aucun enfant ne naisse plus infecté par le VIH.

29. M<sup>me</sup> Juliet Tembe, Présidente de l'Aids Support Organization (TASO) (Organisation ougandaise d'aide aux malades du sida), à Kampala, a examiné comment l'existence d'attentes, d'interactions et de normes différentes selon le sexe contribuaient à la contraction et à l'impact du VIH. Elle a décrit comment le sexe jouait un rôle non seulement dans la susceptibilité au VIH/sida mais également dans l'impact de la maladie sur la vie quotidienne. En Ouganda, les femmes représentaient plus de 60 % des cas d'infection par le VIH et les jeunes femmes 80 % de l'ensemble des jeunes infectés par le virus. L'Organisation reconnaissait que les hommes et les femmes, les filles et les garçons avaient des besoins différents en matière de traitement et de prévention du VIH/sida et prenait en compte les sexospécificités dans tous les services de prévention du VIH, les soins et l'accompagnement fournis.

30. L'intervenante a fait un certain nombre de recommandations se fondant sur l'expérience de l'organisation concernant le caractère sexospécifique des mesures à prendre face au VIH. Une plus grande participation des hommes avait permis une utilisation accrue du préservatif et un recours plus important à la planification familiale et facilité la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. La prestation de services de conseil de couple, l'information des couples sérodiscordants et l'éducation entre pairs avaient été d'une grande utilité. La sensibilisation des autorités culturelles et religieuses et des communautés aux questions sexospécifiques concernant la transmission du VIH était plus productive que la sensibilisation des individus. De manière générale, il convenait de mettre davantage l'accent sur une programmation sexospécifique si l'on voulait remédier aux lacunes existant en matière de planification du développement.

31. M<sup>me</sup> Mary Crewe, Directrice du Centre pour l'étude du sida à l'Université de Pretoria, a évoqué les problèmes qu'il convenait de résoudre pour faire face à la crise du VIH/sida en Afrique. En premier lieu, l'accès aux soins de santé ne pouvait être garanti que si l'on disposait des médicaments nécessaires. Ces médicaments devaient être financés tant par les ministères de la santé que par les donateurs.

32. L'intervenante a également soulevé la question de la participation des hommes. Elle a indiqué que les programmes d'autonomisation des femmes ne porteraient leurs fruits que si le patriarcat, le paternalisme, la construction de l'identité masculine et les pressions sociales que les hommes subissaient étaient abordés. Du

nombre de partenaires à la circoncision et au dépistage, les hommes devaient participer et être inclus dans les campagnes et programmes.

33. Selon l'intervenante, il était peu probable que les jeunes aient d'eux-mêmes des comportements responsables en matière de santé. Ils se sentaient marginalisés par des campagnes contre le sida placées sous le signe de l'interdiction et du déni qui ne les intéressaient guère. Il convenait plutôt d'établir la communication avec eux grâce aux nouvelles technologies et de leur permettre de mieux comprendre leurs comportements et savoir comment canaliser leur désir et assouvir leurs besoins.

34. M. Wasai Jacob Nanjakululu, Directeur du Programme mondial VIH/sida d'Oxfam à Pretoria, a commencé par reconnaître les efforts déployés par les gouvernements face à l'épidémie de VIH et noté certains des résultats positifs qui avaient été obtenus, s'agissant notamment de l'élargissement de la portée des traitements antirétroviraux, y compris pour les enfants, et de la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant. Il a souligné toutefois qu'il restait de nombreux défis à relever et qu'il fallait pour ce faire mener des débats ouverts et honnêtes.

35. M. Nanjakululu s'est notamment demandé si, en dépit de ses proportions catastrophiques, l'épidémie de sida avait été traitée comme il convenait, en particulier au niveau international. Il a suggéré que le débat sur l'allocation des ressources destinées à la santé devait porter sur la façon d'accroître les moyens disponibles afin de répondre à l'ensemble des besoins et sur la manière d'utiliser les ressources existantes de façon plus efficace. L'approche visant à promouvoir les synergies entre les interventions de lutte contre le VIH et d'autres services sociaux constituait un bon exemple en la matière. Il pouvait s'agir notamment d'intégrer les services ayant trait à l'hygiène sexuelle et à la santé procréative et les services liés au VIH (fourniture de soins prénatals, dépistage du VIH, prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant, etc.), en particulier lorsque les ressources manquaient ou d'inciter des volontaires au niveau des communautés à contribuer à la relance des programmes d'agents de santé locaux.

36. D'après l'intervenant, la prise en compte des sexospécificités dans les politiques constituait une autre question importante mais délicate. Il a noté qu'il était essentiel de s'assurer la participation des hommes et des garçons pour mettre un terme à l'inégalité des sexes. Il ne s'agissait toutefois pas seulement dans ce cadre d'aborder les stéréotypes traditionnels, mais également de fournir une éducation sexuelle complète aux jeunes.

37. Au cours du débat, les participants ont soulevé un certain nombre de questions sur le manque de services d'hygiène sexuelle et de santé procréative, notamment de planification familiale pour les femmes séropositives; la relation entre le VIH et les droits de propriété des femmes (les veuves du sida voyaient leurs biens saisis après le décès de leur mari et l'absence de droits de propriété des femmes accroissait leur vulnérabilité à l'infection par le VIH) et la nécessité d'assurer l'égalité et la non-discrimination juridiques entre les hommes et les femmes; la nécessité d'aborder la stigmatisation et la discrimination dues au VIH qui avaient des incidences beaucoup plus graves pour les femmes du fait de l'inégalité des sexes (nombre de femmes étaient par exemple confrontées à la violence familiale une fois qu'elles avaient révélé leur séropositivité) et entravaient l'accès à des services vitaux, tels que les services de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant; la nécessité

d'assurer un accès durable aux traitements, compte tenu des ruptures de stocks de médicaments antirétroviraux dans la plupart des pays africains du fait de la crise financière et économique.

#### **D. Section 3 : autonomisation des femmes aux fins d'amélioration de leur santé**

38. La session a permis d'examiner comment l'autonomisation des femmes dans les domaines économique, politique, social et juridique pouvait être un moyen d'améliorer leur santé. Les participants ont examiné comment les inégalités au niveau de l'allocation des ressources matérielles, de la participation politique, de la protection juridique et des services sociaux étaient étroitement associées aux problèmes de santé et à la dégradation des conditions de vie.

39. M<sup>me</sup> Souad Abdennebi-Abderrahim, conseillère régionale pour la promotion des droits fondamentaux et des droits juridiques des femmes du Centre africain pour les femmes et le développement social, a dirigé les débats.

40. M<sup>me</sup> Mamatou Meba Bio Djossou, Ministre de la famille et de la solidarité nationale du Bénin, a souligné dans son discours liminaire que l'autonomisation des femmes était essentielle à l'amélioration de leur santé. Elle a indiqué qu'au Bénin, la pandémie de VIH/sida se caractérisait par sa féminisation, la persistance de mutilations génitales féminines, les restrictions en matière de planification familiale, l'inadaptation des centres de santé et un accroissement de la mortalité maternelle. Ces problèmes faisaient l'objet d'une politique nationale qui promouvait la prise en compte de la problématique hommes-femmes dans tous les domaines. Au niveau institutionnel, les femmes étaient promues dans le domaine de l'agriculture, et la création de comités de villages aidait celles qui étaient victimes de violences. Au niveau économique, les femmes se voyaient accorder des microcrédits leur permettant de mener des activités rémunératrices. Au niveau juridique, des codes avaient été mis en place pour assurer l'accès des femmes à la terre et lutter contre les mutilations génitales. Au niveau politique, les femmes étaient encouragées à devenir membres de partis politiques. Il convenait toutefois d'établir des quotas et d'offrir une formation si l'on voulait faire davantage participer les femmes au processus de prise de décisions, aux niveaux tant national que local.

41. M<sup>me</sup> Khady Diop a réaffirmé l'importance que le Sénégal attachait à la santé des femmes. En dépit d'importants progrès, il convenait de relever encore de nombreux défis pour améliorer la santé des Sénégalaises. Il fallait adopter une approche sexospécifique et mettre en place les infrastructures nécessaires pour autonomiser les femmes. L'intervenante a souligné cinq stratégies permettant aux femmes de mieux gérer leur santé. Il fallait d'abord mettre en place des infrastructures susceptibles de réduire la charge de travail des femmes. Il importait que les femmes aient facilement accès à de l'eau potable ainsi qu'à un approvisionnement fiable en énergie pour pouvoir mener des activités en dehors de chez elles. En deuxième lieu, il était essentiel de fournir un accès à l'éducation à toutes les filles, éduquer ces dernières revenant à éduquer l'ensemble de la nation. En troisième lieu, il fallait mettre à profit le Ministère de l'entrepreneuriat féminin et de la microfinance qui mettait à la disposition des femmes membres d'organisations communautaires de base des systèmes d'épargne et de crédit. En quatrième lieu, il convenait, pour lutter contre la paupérisation des femmes, de confier aux femmes

des fonctions de direction et, pour ce faire, de mettre en place des programmes de formation professionnelle et d'alphabétisation leur permettant de mener des activités communautaires et des activités de développement. En cinquième lieu, il importait de fournir des informations sur les problèmes de santé auxquels les femmes devaient faire face ainsi que sur la violence sexiste.

42. M<sup>me</sup> Mayanja, Sous-Secrétaire générale et Conseillère spéciale pour la problématique hommes-femmes et la promotion de la femme, Département des affaires économiques et sociales, a indiqué que l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le domaine de la santé était de plus en plus courante aujourd'hui. La santé des femmes pouvait, en premier lieu, être améliorée grâce à des programmes d'éducation sanitaire permettant à ces dernières de prendre des décisions concernant leur santé en toute connaissance de cause. Il fallait, en deuxième lieu, que l'information soit diffusée aussi largement que possible, quels que soient le lieu ou le niveau d'éducation. Nombre d'États Membres diffusaient de plus en plus de données sur la santé procréative des femmes et les maladies non transmissibles de façon à mieux informer les femmes, et certains créaient des sites Web à l'intention des femmes vivant en milieu rural. En troisième lieu, il convenait d'investir davantage dans les programmes de sensibilisation, en particulier la santé procréative, l'hygiène sexuelle et le VIH/sida.

43. Les gouvernements devaient être conscients du fait que si les engagements pris envers les femmes n'étaient pas tenus, tous les autres engagements s'en trouveraient affectés. La formation était l'une des façons pour les pays de traiter le problème de la mortalité maternelle. Les cours de formation destinés tant aux hommes qu'aux femmes leur montraient comment ils pouvaient jouer un rôle dans la réduction des maladies, en particulier des infections sexuellement transmissibles. Pour que les femmes aient leur mot à dire dans les décisions qui touchaient leur santé, elles devaient prendre part au processus de prise de décisions et participer aux niveaux local, régional, national et mondial. Le fait que les femmes aient désormais leur place sur le marché du travail leur permettait de mieux prendre soin d'elles-mêmes et de leur famille.

44. M<sup>me</sup> Catherine Mumma, Conseillère de haut niveau pour les programmes du Kenya Legal and Ethical Network on HIC (Réseau juridique et éthique du Kenya sur le VIH), a abordé le lien entre l'accès à la justice et la santé des femmes. Elle a noté que l'objectif n° 5 du Millénaire pour le développement concernait l'amélioration de la santé des femmes, mais que cet objectif ne pourrait être atteint si l'on ne s'attachait pas simultanément à réaliser les autres objectifs. Pour un véritable exercice des droits de l'homme et la mise en œuvre des principes d'égalité et de non-discrimination, il fallait que les États adoptent des lois, des politiques et des systèmes efficaces en facilitant l'application.

45. D'après M<sup>me</sup> Mumma, la féminisation du VIH en Afrique avait un lien direct avec le niveau de vulnérabilité des femmes, lui-même directement lié aux injustices politiques, sociales, économiques et culturelles qu'elles subissaient. Les affaires de violences sexuelles et sexistes démontraient parfaitement la relation qui existait entre le manque d'accès à la justice et les problèmes de santé des femmes. Les violences physiques, psychologiques et sexuelles qu'enduraient les femmes les empêchaient de pleinement tirer parti du droit à l'information et du droit au choix, ce qui les rendait plus sujettes à l'infection au VIH, au sida et à d'autres maladies. L'absence de droits de propriété incitait les femmes à adopter des comportements à

risque. Lorsque les pays offraient aux femmes le droit de bénéficier d'une protection et un véritable accès à la justice, ils éliminaient la vulnérabilité qui était associée à leur absence et la nécessité de certaines mesures de santé publique.

46. M<sup>me</sup> Fatime N'Diaye, Spécialiste de haut niveau des sexes, Bureau de l'Organisation internationale du Travail pour l'égalité des sexes à Dakar, a présenté le programme de l'OIT pour un travail décent au service d'une mondialisation équitable qui visait à assurer l'égalité des chances des hommes et des femmes face à la recherche d'un emploi et à leur garantir liberté, équité, sécurité et dignité. Le programme sur un travail décent pourrait se résumer par quatre objectifs stratégiques qui se renforçaient mutuellement : a) amélioration des débouchés et des salaires tant pour les hommes que pour les femmes; b) renforcement de la protection sociale; c) promotion du dialogue social; et d) mise en œuvre des principes et droits fondamentaux au travail. Compte tenu du fait que le développement durable ne pouvait devenir réalité sans la contribution des deux sexes, l'OIT a placé l'objectif du progrès de l'égalité des sexes au cœur de son programme pour un travail décent.

47. M<sup>me</sup> Nestorine Sangare, Directrice exécutive du Centre burkinais de recherche et d'intervention en matière de sexes et de développement, a évoqué les incidences tant positives que négatives des technologies de l'information et des communications sur la propagation du VIH/sida. Elle a expliqué comment ces technologies pouvaient contribuer à diminuer la vulnérabilité des femmes au VIH/sida en améliorant leur accès à l'information et à l'éducation sanitaire. Elle a cité un certain nombre d'initiatives mondiales, régionales et locales qui auraient permis d'obtenir de bons résultats dans la lutte contre le VIH/sida. Elle a toutefois également souligné que la vaste majorité des foyers africains n'avait toujours pas accès à ces technologies. M<sup>me</sup> Sangare a toutefois appelé l'attention sur le fait que les technologies de l'information et des communications pouvaient largement contribuer à accroître la vulnérabilité des femmes au VIH/sida. Elles risquaient de favoriser la vulgarisation et la trivialisation du sexe, en particulier par le biais de la pornographie qui prenait de plus en plus d'importance, et de la cybercriminalité sur l'Internet. L'intervenante a indiqué qu'elle était en faveur de la pénalisation de l'utilisation des technologies de l'information et des communications aux fins de la production et de la diffusion de matériel pornographique au niveau national. Elle a également souligné qu'il était risqué de ne pas tenir compte des questions ayant trait aux sexes dans les politiques concernant les technologies de l'information et des communications et plaidé en faveur de la prise en compte des besoins spécifiques des femmes dans les politiques concernant l'accès universel.

## **E. Session 4 : initiatives et recommandations**

### **Exemples de pratiques ayant fait leurs preuves**

48. Les débats ont été présidés par M<sup>me</sup> Moulaty Mint Elmoctar, Ministre mauritanienne des affaires sociales, de l'enfance et de la famille, et dirigés par M. Yao. À l'issue des observations liminaires faites par la Présidente, M. Souleymane Diallo, représentant de l'UNICEF au Bénin, a décrit les efforts déployés par le pays pour faire bénéficier de césariennes gratuites toutes les femmes qui accouchaient dans des hôpitaux publics et n'avaient pas d'assurance. Ces césariennes et la fourniture des médicaments qu'elles rendaient nécessaires étaient considérées comme une première étape vers un programme de santé maternelle

complet et gratuit. Tant les familles qui n'avaient pas les moyens de payer une césarienne que celles qu'une césarienne avait fait retomber dans la pauvreté bénéficiaient de la nouvelle politique. L'intervenante a expliqué qu'en offrant des césariennes gratuites, le Gouvernement avait créé une demande de services de santé maternelle qui permettait d'attirer des personnels plus qualifiés.

49. M. Jean-Charles Moreau, Président du Département de gynécologie et d'obstétrique de l'Université Cheikh Anta Diop à Dakar, a fait part des enseignements tirés par le Dispensaire de gynécologie et d'obstétrique et le Centre régional pour l'éducation et la recherche en matière de santé procréatrice. Il a indiqué que la mortalité maternelle n'était que la partie visible des problèmes existant au niveau des soins de santé maternelle. Il a fait observer que le manque d'obstétriciens et de sages-femmes et leur concentration géographique dans les centres urbains constituaient un problème majeur. Le Dispensaire et le Centre s'efforçaient d'améliorer les soins obstétricaux et les soins d'urgence donnés aux nouveau-nés en adoptant une approche à trois volets consistant à : a) offrir une information initiale et continue en matière de santé procréatrice; b) mener des recherches cliniques, épidémiologiques et sociales; et c) fournir des services de santé maternelle aux mères et aux nouveau-nés. En se fondant sur des recherches cliniques générales, le Dispensaire et le Centre ont mis au point un programme modèle intégré appelé REDUCE. Au Sénégal, ce programme a été mis en œuvre conjointement par le Ministère de la santé, le Ministère de l'économie et des finances, les partenaires de développement et les ONG et a permis de réduire de façon non négligeable la mortalité maternelle. Le programme a également été mis en œuvre au Burkina Faso, au Cameroun, au Ghana, au Mali, en Mauritanie, au Niger, en Ouganda et au Togo.

50. M<sup>me</sup> Molly Melching, Directrice exécutive de Tostan international à Dakar, a fait état des efforts déployés pour promouvoir l'abandon de la pratique traditionnelle des mutilations génitales grâce à une modification des comportements des communautés. Le programme Tostan était un programme communautaire de trois ans visant à renforcer ce que les communautés faisaient le mieux. La première année était consacrée à un vaste échange sur les droits de l'homme et avait pour objectif de faire en sorte que les communautés deviennent des agents de changement. Les deuxième et troisième années étaient consacrées à l'amélioration du niveau d'éducation des communautés et de leurs compétences en matière de gestion.

51. Pour que la pratique traditionnelle des mutilations génitales soit véritablement abandonnée, il convenait de promouvoir une modification des comportements non seulement au sein des communautés mais également au sein d'un réseau social plus vaste, qui allait souvent au-delà des communautés mêmes. Le programme Tostan promouvait par conséquent les réunions intervillages, l'utilisation des téléphones portables, les conversations et les films réalisés par les communautés. Une fois que la norme sociale avait évolué, ce qui pouvait prendre plusieurs années, la communauté adoptait une déclaration dans laquelle elle s'engageait à abandonner les pratiques qui ne respectaient pas les droits de l'homme, telles que les mutilations génitales. Le programme Tostan, d'abord mis en œuvre au Sénégal, concernait désormais plusieurs autres pays d'Afrique.

52. M<sup>me</sup> Dorothy Gordon, Directrice générale du Ghana-India Kofi Annan of Gender and Social Excellence in ICT (Centre Kofi Annan Ghana-Inde pour les sexes/spécificités et l'excellence sociale en matière de technologies de l'information

et des communications), a abordé la nécessité d'avoir recours à l'innovation pour toucher la masse critique susceptible de soutenir les progrès à accomplir sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Compte tenu des très graves problèmes de ressources en matière de prestation de services de santé, il était bon d'investir dans la prévention et de faire en sorte que les femmes puissent demeurer en bonne santé. L'intervenante a souligné que la technologie mobile était un agent de changement car elle permettait d'établir le contact avec des personnes qui n'étaient auparavant pas joignables.

53. L'intervenante a abordé les questions de diffusion de l'information. Les informations pouvaient être recueillies et diffusées grâce à la téléphonie mobile dans les langues nationales. Cette façon de procéder pouvait faciliter l'éducation à distance, s'agissant en particulier des personnes de moins de 20 ans. Les visiophones pouvaient également servir à recueillir et diffuser des opinions.

54. L'intervenante a souligné qu'il convenait de renforcer les capacités internes pour ce qui était de l'évaluation des technologies donnant satisfaction. Elle a encouragé les décideurs à diffuser des messages à finalité sociale et à comprendre l'impact des politiques menées en matière de communications, s'agissant par exemple des coûts associés à la largeur de bande, des interruptions d'appels, du service à l'échelon national et des façons de réduire les coûts d'utilisation et d'accès. Elle a plaidé en faveur de la mise en commun des données et de la coopération régionale en matière d'information afin d'assurer la mise en place, aux niveaux national et régional, de cadres politiques permettant d'utiliser les nouvelles technologies de façon efficace.

55. M<sup>me</sup> Rakotomalala a noté qu'en Afrique, dans le domaine de la santé les ressources humaines avaient un caractère inadéquat, et que des agents sanitaires autres que les médecins étaient à même de renforcer les systèmes de santé. En formant ce personnel et lui permettant de fournir des soins obstétricaux d'urgence, il était possible de contribuer de manière non négligeable à la réduction de la mortalité maternelle, en particulier dans les zones rurales et dans les régions reculées.

56. L'intervenante a mis en relief les expériences du Malawi, du Mozambique et de la République-Unie de Tanzanie où environ 90 % de l'ensemble des césariennes étaient effectuées par du personnel de santé autre que des médecins. Elle a noté que le taux de rétention de ce personnel était bien supérieur à celui des médecins professionnels et que le coût de formation et de déploiement et la rémunération de ce dernier étaient inférieurs, l'accès à du personnel de santé qualifié au cours de l'accouchement s'en trouvait amélioré.

57. Bien que ce personnel ne puisse pratiquer d'acte de chirurgie obstétricale important que dans un nombre limité de pays, l'intervenante a souligné qu'il fallait inciter les pays à adopter cette pratique, à concevoir des politiques la promouvant et à allouer des ressources adéquates à la formation d'un plus grand nombre d'agents sanitaires de ce type.

### **III. Conclusions et recommandations**

58. Dans sa déclaration de clôture, la Présidente du Conseil économique et social, a récapitulé les grandes orientations qui étaient ressorties des débats. Si l'on voulait réaliser l'objectif du Millénaire pour le développement concernant la santé

maternelle et réduire la mortalité maternelle, il était essentiel de renforcer la qualité des soins de santé et d'élargir la portée de ces soins. Il fallait fournir un continuum de soins prénatals de meilleure qualité, de soins obstétricaux d'urgence vitaux et de soins postnatals adéquats et le compléter par une amélioration des services de planification familiale qui devaient être accessibles.

59. Pour mettre un terme à la féminisation du VIH/sida, les femmes devaient être autonomisées, à savoir bénéficier des mêmes droits juridiques que les hommes, être aussi éduquées et avoir les mêmes débouchés économiques qu'eux. Il convenait également de les soulager du fardeau disproportionné qu'elles portaient pour ce qui était des soins à domicile à apporter à des personnes touchées par le sida car ces responsabilités limitaient leurs progrès. Ces efforts devaient être complétés par des initiatives visant à supprimer les obstacles d'ordre économique, social et culturel. Il fallait pour ce faire mettre en place des politiques intégrées conçues pour que la question des sexes soit prise en compte dans l'ensemble des politiques, plans de développement et budgets nationaux.

60. M. Fada a indiqué que bien que l'on sache comment améliorer la santé des femmes, le taux de mortalité féminine demeurait élevé. Il a noté que cette situation était alarmante, traumatisante, intolérable et inacceptable et risquait non seulement de compromettre l'harmonie familiale mais la fondation même des sociétés. Il a indiqué que les solutions ci-après, évoquées lors de la Réunion, devraient permettre de remédier à la situation :

- a) Assurer l'égalité des droits et des chances entre les hommes et les femmes, en particulier les plus vulnérables;
- b) Assurer l'indépendance des femmes s'agissant de l'accès aux services de santé, à l'emploi et aux biens;
- c) Renforcer les synergies entre le secteur de la santé et les autres secteurs, concernant notamment ses initiatives tendant à améliorer les infrastructures et les réseaux de télécommunication, à lutter contre la pauvreté, à faire participer les femmes aux processus de prise de décisions, à réduire l'analphabétisme et à assurer l'accès à un travail décent;
- d) Coopérer avec le secteur privé et la société civile;
- e) Assurer un financement suffisant en s'acquittant de l'engagement pris à Abuja d'allouer 15 % des budgets nationaux à la santé;
- f) Améliorer la coordination des politiques de santé au niveau sous-régional, s'agissant en particulier de la santé maternelle et de la lutte contre le VIH/sida;
- g) Améliorer l'accès universel à des soins de santé de qualité en recrutant du personnel qualifié et déléguant certaines tâches à d'autres prestataires de services;
- h) Promouvoir l'adoption d'approches faisant appel à la participation des communautés; et
- i) S'occuper de maladies nouvelles telles que le cancer du col de l'utérus.

## **Recommandations**

### **61. Les mesures ci-après devraient être prises :**

a) **Améliorer les soins prénatals, accroître la présence de personnel qualifié pendant les accouchements, fournir des soins obstétricaux d'urgence vitaux et promouvoir des accouchements de qualité en milieu hospitalier ainsi que les soins postnatals et s'assurer que ces services essentiels sont disponibles d'une façon intégrée et aisément accessible;**

b) **Renforcer le rôle des sages-femmes dans les systèmes de santé et mieux tirer parti de leurs compétences, les communautés leur accordant leur confiance;**

c) **Mettre en place, s'agissant du sida, un ensemble de services de base intégrés et regroupés, notamment des services concernant l'hygiène sexuelle, la santé procréative et la planification familiale, des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, des services d'avortement dans de bonnes conditions de sécurité et des services permettant de faire face à la violence sexiste;**

d) **Mettre un terme, dans le cadre des programmes de prévention du VIH, aux violences physiques et sexuelles, à la violence familiale et aux mutilations génitales des femmes, qui avaient des incidences négatives non seulement sur la santé des individus, mais également sur leur famille et leur communauté;**

e) **Donner aux jeunes une éducation sexuelle générale afin de leur permettre de penser et de diriger en faisant preuve d'un esprit critique, d'adopter des comportements prudents et de se forger une identité sociale plus forte;**

f) **Remédier au décalage existant entre les hommes et les femmes pour ce qui était des mesures prises face au VIH/sida, notamment en faisant en sorte que les garçons et les hommes jouent un rôle dans l'élimination des stéréotypes sexistes, en luttant contre la violence à l'égard des femmes et en parvenant à l'égalité des sexes;**

g) **Éliminer les inégalités auxquelles les femmes devaient faire face dans tous les domaines, notamment sur le marché du travail, sur la scène politique, en matière de protection juridique et de stigmatisation sociale, et qui accroissaient leurs risques de tomber malade;**

h) **Mettre au point des cadres juridiques tenant compte des sexospécificités qui soient conformes à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et veiller à en assurer l'application, permettre aux femmes d'accéder à des ressources productives et de les gérer et leur fournir une protection juridique contre la violence et la discrimination chez elles, au sein de leur communauté et sur leur lieu de travail;**

i) **Faire en sorte que la problématique hommes-femmes soit intégrée dans les plans directeurs concernant la santé et les budgets relatifs à la santé et développer les services de santé spécifiquement destinés aux femmes afin de s'assurer que ces dernières bénéficient de services de santé appropriés de**

qualité et abordables tout au long de leur vie, sur un pied d'égalité avec les hommes;

j) Réduire les inégalités dues aux obstacles financiers grâce à des programmes sociaux et des filets de protection sociale tels que les virements et les systèmes d'assurance santé et autonomiser les femmes sur le plan économique en améliorant leur accès au financement et à la formation commerciale et les garanties en matière de propriété foncière;

k) Améliorer l'accès des femmes au plein emploi et à un travail décent par le biais de la législation et des politiques adoptées et remédier à la ségrégation sexiste horizontale et verticale, à la discrimination et aux disparités de rémunération, notamment grâce à des programmes de formation et de travaux publics;

l) Promouvoir la participation, sur un pied d'égalité, des hommes et des femmes à la prise de décisions à tous les niveaux, notamment la conception, la mise en œuvre et le suivi des stratégies, de manière à s'assurer que les programmes et politiques prennent en compte les sexospécificités;

m) S'assurer la participation de la société civile, du secteur privé, des autorités religieuses et des praticiens traditionnels au niveau communautaire;

n) Investir dans des campagnes d'éducation sanitaire tenant compte des sexospécificités et diffuser largement et gratuitement des informations concernant la santé des femmes, notamment par le biais des technologies de l'information et des communications afin d'aider les femmes à prendre des décisions concernant leur santé en toute connaissance de cause;

o) Redoubler d'efforts pour assurer un financement extérieur et national adéquat, notamment en respectant l'engagement pris à Abuja d'investir 15 % du budget national dans la santé, en particulier à un moment où la crise financière et économique mondiale menaçait les progrès en matière d'égalité des sexes;

p) Renforcer la capacité des professionnels de la santé de fournir des soins de santé de qualité aux femmes, notamment en revoyant les politiques de recrutement et de rétention, en mettant au point des plans concernant le personnel de santé susceptibles de remédier aux carences dans les zones rurales et en élaborant des codes de bonnes pratiques;

q) Lutter contre la recrudescence des maladies non transmissibles qui touchaient de manière disproportionnée les femmes.