



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC53/11 Rév.1
25 juin 2003

Cinquante-troisième session
Johannesbourg, Afrique du Sud, 1^{er}-5 septembre 2003

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 8.4 de l'ordre du jour provisoire

SANTE DE LA FEMME : STRATEGIE DE LA REGION AFRICAINE

Rapport du Directeur régional

RESUME

1. La santé de la femme est un état de complet bien-être physique, mental et social de la femme tout au long de sa vie et ne se limite pas simplement à sa santé génésique. La santé de la femme est le résultat de l'interaction de divers facteurs : influences biologiques, psychologiques et socioculturelles; conditions liées à l'environnement et à l'emploi; et développement économique. Les différentes étapes de la vie d'une femme vont de la prime enfance aux années post-reproductives en passant par l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. Chacune de ces étapes a des problèmes de santé spécifiques qui ont des répercussions sur le reste de la vie.
2. La vulnérabilité biologique des femmes, leur position sociale peu élevée, leur accès limité aux services de santé, leur faible niveau d'instruction et leur absence d'autonomie en matière de prise de décisions sont les principaux déterminants de leur mauvaise santé. Les difficultés d'accès sur les plans géographique et financier, la mauvaise qualité des soins, l'attitude des agents de santé et les longues heures d'attente dans les établissements sanitaires limitent l'utilisation des services par les femmes. Tous ces facteurs exigent des études détaillées afin d'orienter les politiques et de promouvoir une planification et des interventions efficaces.
3. La création d'un environnement favorable aux femmes à tous les niveaux est indispensable pour leur permettre d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible tel qu'il est envisagé dans la *Politique de la Santé pour tous dans la Région africaine pour le 21^{ème} siècle : Agenda 2020*. Un tel environnement suppose des systèmes de santé adaptés aux besoins des femmes, l'éducation des fillettes, la prestation de soins de santé de qualité, l'élimination des discriminations fondées sur le sexe et des pratiques traditionnelles néfastes ainsi que la reconnaissance du rôle de la femme dans l'entretien de la vie humaine.
4. La stratégie relative à la santé de la femme a pour but de contribuer à la réalisation du niveau de santé le plus élevé possible pour les femmes tout au long de leur vie conformément aux Objectifs de Développement pour le Millénaire. Elle examine les affections qui sont spécifiques aux femmes ou plus répandues chez elles, ou qui ont des conséquences graves et impliquent certains facteurs de risque.

5. Les interventions proposées portent essentiellement sur l'amélioration de la réactivité des systèmes de santé grâce à des informations solides provenant de la recherche sur les besoins spécifiques des femmes; l'élaboration de politiques appropriées reposant sur des bases factuelles ainsi que de stratégies de plaidoyer et de communication; et le renforcement des capacités de divers cadres prestataires de soins de santé à tous les niveaux.

6. Le Comité régional est invité à adopter la stratégie proposée et à donner des orientations pour sa mise en œuvre dans les Etats Membres.

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1 – 6
ANALYSE DE LA SITUATION	7 – 17
STRATEGIE REGIONALE	18 – 27
ROLES ET RESPONSABILITES	28 – 33
SUIVI ET EVALUATION	34
CONCLUSION	35 – 37

INTRODUCTION

1. La santé de la femme est un état de complet bien-être physique, mental et social de la femme tout au long de sa vie et ne se limite pas simplement à sa santé génésique.¹ La santé de la femme est le résultat de l'interaction de différents facteurs : influences biologiques, psychologiques et socioculturelles; conditions liées à l'environnement et à l'emploi; et développement économique.² Les diverses étapes de la vie d'une femme³ vont de la prime enfance aux années post-reproductives en passant par l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. Chacune de ces étapes a des problèmes de santé spécifiques et les antécédents médicaux des premières étapes influent sur les résultats de santé des étapes ultérieures.
2. La vulnérabilité biologique des femmes à certaines affections (comme le VIH/SIDA), leur position sociale peu élevée, leur accès limité aux services de santé, leur faible niveau d'instruction et leur absence d'autonomie en ce qui concerne la prise de décisions sont les principaux déterminants de leur mauvaise santé. Dans la Région africaine, de nombreuses femmes sont soumises à des discriminations socioculturelles et à des pratiques traditionnelles nuisibles, telles que les mutilations sexuelles féminines⁴ (MSF), les tabous alimentaires, les mariages forcés et les grossesses précoces. Divers facteurs comme les difficultés d'accès sur les plans géographique et financier, la mauvaise qualité des soins, l'attitude négative des agents de santé et les longues heures d'attente dans les établissements sanitaires limitent l'utilisation des services par les femmes. Ces facteurs sont aggravés au sein de la population rurale.
3. L'effet combiné de ces facteurs détermine la façon dont la santé de la femme est perçue par elle-même et par les autres de même que la valeur qui est accordée à son bien-être. La décision relative au moment où il faut solliciter des soins de santé n'appartient pas toujours à la femme, mais plutôt à ceux qui exercent l'autorité sur elle.
4. De nombreuses conférences ou réunions, et de multiples colloques se sont penchés sur certains aspects de la santé de la femme et diverses résolutions⁵ et lignes directrices sur les mesures à prendre ont permis de ventiler les données et de mettre en place des programmes pour améliorer la santé de la femme dans le monde entier. Malgré les appels à l'action lancés aux niveaux mondial et régional, on ne dispose pas encore de toutes les informations nécessaires pour améliorer la santé de la femme et pour faire face aux besoins des femmes démunies et aux risques qu'elles courent sur le plan de la santé.

¹ Résolution WHA45.25, Femmes, santé et développement, 1992.

² Santé de la femme : A travers l'âge et les frontières, OMS, Genève, 1992.

³ Dans le présent document, le terme *femme* englobe les nourrissons de sexe féminin, les fillettes, les adolescentes, les femmes adultes, les femmes dans les années post-reproductives et les femmes dans des situations difficiles.

⁴ Les MSF recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux féminins pour des raisons culturelles ou toute autre raison non thérapeutique. OMS, Plan d'action régional pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en Afrique, Brazzaville, 1997.

⁵ Résolutions AFR/RC39/R8, AFR/RC39/R9, AFR/RC40/R2, AFR/RC43/R6 et AFR/RC44/R11; résolutions WHA40.27, WHA42.42, WHA43.10 et WHA45.25; Conférence internationale sur les droits de l'homme, 1993; Sommet social et économique mondial, 1994; Conférence internationale sur la population et le développement, 1994; Conférence mondiale sur les femmes, 1995.

5. Quelques pays de la Région ont amélioré l'accès de tous à des services de santé de qualité, tant sur le plan de leur répartition géographique que de leur accessibilité économique. Ces pays ont ainsi réduit les taux de mortalité maternelle. Il ressort d'une évaluation des profils de santé de la femme dans un certain nombre de pays⁶ que les taux de fécondité globaux ont, dans l'ensemble, baissé dans la plupart des pays au cours de ces dix dernières années.

6. La stratégie relative à la santé de la femme aborde la santé de la femme de manière globale et propose des interventions destinées à aider les Etats Membres à identifier les priorités et à planifier leurs programmes en conséquence.

ANALYSE DE LA SITUATION

7. Des carences intervenues au cours de l'enfance ont des répercussions sur la santé des femmes et sur leur performance dans le domaine de la reproduction, ainsi que sur celles de leurs filles, entraînant ainsi des effets sanitaires qui se perpétuent au-delà d'une génération. La survie du nouveau-né est étroitement liée à la nutrition, à la santé et aux soins dont bénéficie la mère.⁷ Les maladies courantes de l'enfance – diarrhée, infections respiratoires aiguës, rougeole et malnutrition – frappent les nourrissons des deux sexes. Mais la fillette africaine souffre d'une série de problèmes qui se perpétuent à travers les générations et accroissent le risque de morbidité et de mortalité : sous-nutrition, travail des enfants, maltraitance, absence de soins et discrimination sociale, y compris les mutilations sexuelles féminines.

8. Les mariages précoces, les grossesses non désirées et les complications de la grossesse ainsi que la violence sexuelle et la toxicomanie, caractérisent la période de l'adolescence. Dans certains pays, 25 à 27 % des premières naissances interviennent chez les adolescentes, groupe qui représente parfois jusqu'à 40 % de tous les décès maternels dont bon nombre résultent d'avortements non médicalisés.

9. L'OMS estime que les problèmes de santé liés à la reproduction représentent 33 % de la charge de morbidité totale chez les femmes, contre 12,3 % chez les hommes du même âge. Malgré l'existence de technologies sûres et d'un coût abordable, une femme sur 14 meurt de complications liées à la grossesse et à l'accouchement dans les pays en développement, contre une femme sur 4000, voire 10 000, dans les pays développés. Cela démontre un haut niveau d'inégalité. Le rapport de mortalité maternelle dans la Région africaine reste le plus élevé du monde, puisqu'il atteint le niveau extrêmement élevé de 1000 décès pour 100 000⁸ naissances vivantes. Les principales causes de mortalité maternelle comprennent les hémorragies avant et après l'accouchement, la septicémie, le paludisme et les complications de l'avortement et l'absence de soins prénataux. S'il est vrai que le paludisme peut survenir toute la vie, tant chez les hommes que chez les femmes, il représente néanmoins un défi supplémentaire pendant la grossesse aussi bien pour la femme que pour l'enfant. Il provoque

⁶ Rapports relatifs aux profils nationaux de santé de la femme dans 18 pays de la Région africaine : Afrique du Sud, Algérie, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Ghana, Lesotho, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Seychelles, Tanzanie, Zimbabwe.

⁷ Les nouveau-nés de l'Afrique : enfants oubliés, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2002.

⁸ PNUD, Rapport 2001 sur le développement humain, New York, 2002.

en effet l'anémie et l'hémorragie avant l'accouchement chez la maman, l'anémie et une insuffisance pondérale à la naissance ou la mort chez le fœtus.

10. Par ailleurs, pour chaque femme qui meurt des suites de la maternité, environ 20 autres souffriront d'invalidités à court ou à long terme : fistule obstétricale, dépression chronique, incontinence urinaire, stérilité, épuisement maternel, anémie chronique, etc.⁹ Des études de cas menées dans un certain nombre de pays sur les incapacités liées à la maternité révèlent que celles-ci constituent un énorme problème non abordé, car dissimulé par une «culture du silence et d'endurance» fondée sur des valeurs qui incitent les femmes à accorder une moindre priorité à leur propre santé par rapport à celle des autres membres de la famille.¹⁰

11. Les femmes représentent la majorité des personnes âgées et cette tendance continue à s'accroître. En Afrique, l'espérance de vie moyenne est de 51 ans pour les femmes et de 48 ans pour les hommes.¹¹ Mais ce fait masque un profil de morbidité et de qualité de vie très différent chez les femmes en raison d'incapacités liées à la reproduction. Les principaux problèmes de santé chez les femmes âgées comprennent les cancers du sein et du col de l'utérus, l'ostéoporose, le syndrome postménopausique et la dépression mentale. En règle générale, bon nombre de ces problèmes passent inaperçus et ne sont pas reconnus à un stade précoce, d'où les taux de létalité qu'ils entraînent au cours de la période postménopausique.

12. Le VIH/SIDA peut intervenir tout au long de la vie. Même s'il affecte aussi bien les hommes que les femmes, celles-ci sont plus vulnérables à cause de facteurs biologiques et épidémiologiques, de la violence sexuelle, d'un statut socio-économique peu élevé et de l'absence de pouvoir de négociation avec les partenaires masculins. En Afrique subsaharienne, 55 % des 28,1 millions d'adultes infectés par le VIH sont des femmes; chez les jeunes, le nombre de femmes infectées est quatre fois plus élevé que celui des hommes.¹² Le nombre de femmes diagnostiquées séropositives à l'occasion de consultations prénatales est en augmentation. Les taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant varient de 25 à 40 % dans certains pays.¹³ En Afrique sub-saharienne, il y a 11 millions d'enfants orphelins à cause du VIH/SIDA. Cette importante population d'enfants orphelins a alourdi le fardeau des soins donnés aux femmes pauvres et âgées.

13. La recrudescence de la tuberculose en a fait la maladie infectieuse la plus mortelle chez les femmes à travers le monde. Chaque année, elle tue plus d'un million de femmes âgées de 15 à 44 ans et cause 600 000 décès dans la Région africaine, surtout parmi les femmes.¹⁴ Le VIH, la tuberculose et le paludisme constituent une triade mortelle chez la femme africaine.

⁹ OMS, Vers la maternité sans risque, Harare, 2001.

¹⁰ H.A.S. Khattab, *The silent endurance*, Le Caire, UNICEF et Conseil de la Population, 1992; J.A. Fortney et J.B. Smith, *The base of the iceberg: Prevalence and perceptions of maternal morbidity in four developing countries*, Research Triangle Park, NC, FHI, 1996.

¹¹ ONU, *Base de statistiques et d'indicateurs concernant les femmes (WISTAT)*, New York, Division de la Population des Nations Unies, 2000.

¹² ONUSIDA/OMS, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*, Genève, 2002.

¹³ ONUSIDA/OMS, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*, Genève, 2000.

¹⁴ OMS/AFRO, *TB surveillance Report*, Brazzaville, 2001.

14. La violence à l'égard des femmes¹⁵ est reconnue dans le monde entier comme une violation des droits humains de la femme, même si les données relatives à ce sujet sont rares dans la Région. A l'échelle mondiale, 16 à 50 % des femmes ont été victimes de la violence physique à un moment ou un autre de leur vie. Des niveaux élevés de violences psychologiques ont été rapportés dans certains pays africains. Les adolescentes sont devenues les principales victimes¹⁶ des agressions sexuelles et de la traite des êtres humains. Les conséquences que la violence fondée sur le sexe entraîne sur la santé comprennent les troubles post-traumatiques liés au stress, la toxicomanie, les infections sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA, le femmicide, les tentatives de suicide et le suicide.

15. Les mutilations sexuelles féminines et les tabous nutritionnels sont répandus dans bon nombre de sociétés. Dans de nombreux milieux culturels, la mutilation sexuelle féminine est perçue comme un rite de passage de l'enfance à l'âge adulte. Les conséquences immédiates et à long terme de cette pratique sont nombreuses.¹⁷ Dans la Région africaine, certaines formes de mutilations sexuelles féminines sont pratiquées dans 27 des 46 Etats Membres, avec les conséquences immédiates et à long terme qu'elles entraînent. La prévalence varie de 5 à 98 % dans certains pays.¹⁸ S'il existe de bonnes raisons pour accepter et respecter l'initiation des fillettes en vue de leur passage à l'âge adulte, l'élimination des mutilations pratiquées à cette occasion présente cependant de nombreux avantages. Certains Etats Membres qui ont adopté le plan d'action régional de 20 ans pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines font état d'une baisse de la prévalence de cette pratique.

16. Dans les conflits armés, 80 % des réfugiés ou des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays sont des femmes et des enfants¹⁹ qui ont des besoins de santé particuliers. Les femmes handicapées et relevant d'institutions spécialisées²⁰ vivent dans des situations difficiles qui requièrent des interventions spécifiques. Celles-ci comprennent l'accès à des services de santé génésique, le soutien psychosocial, les services de soins et de réadaptation. Un ensemble minimum de services de santé publique dispensés dans les situations d'urgence a été mis au point par l'OMS pour faire face à certains de ces problèmes.²¹

17. Au fil des années, des approches fragmentées ont été utilisées pour aborder la santé de la femme. La présente stratégie relative à la santé de la femme examine les affections qui sont spécifiques aux femmes, ont des conséquences graves et impliquent divers facteurs de risque

¹⁵ Par *violence à l'égard des femmes* on entend tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. (Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, 1993). Elle comprend le viol, les sévices, l'homicide, l'inceste, la violence psychologique, la prostitution forcée, la traite des femmes, le mariage forcé, l'enlèvement de femmes et l'esclavage sexuel.

¹⁶ Banque mondiale, *Engendering Development*, Washington, D. C., 2001.

¹⁷ Complications immédiates sur le plan de la santé : douleurs, choc, rétention urinaire aiguë, lésion des tissus adjacents, risque de transmission par voie sanguine d'infections entraînant la mort. Les complications à long terme sont la dysménorrhée, la dyspareunie, les dysfonctionnements sexuels, l'infection pelvienne chronique, la fistule vésico-vaginale, le travail prolongé et la dystocie, les conséquences psychologiques et sociales. OMS, 2000.

¹⁸ OMS, *Mutilation génitale féminine : manuel à l'intention des agents de santé de la ligne de front*, Genève, 2000.

¹⁹ HCR, *Rapport sur les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays*, Genève, 2000.

²⁰ Femmes en prison, femmes âgées en maison de santé, en hôpital psychiatrique, etc.

²¹ OMS, *Santé génésique durant les conflits et lors de déplacements*, Genève, 2000.

pour elles. Elle propose également des interventions destinées à aider les pays à contribuer à la réalisation des Objectifs de Développement pour le Millénaire (ODM) en ce qui concerne la santé de la femme.

STRATEGIE REGIONALE

But et objectifs

18. La stratégie a pour but de contribuer à la réalisation du niveau de santé le plus élevé possible pour les femmes à travers tout le cycle de leur vie.

19. Elle a pour objectifs spécifiques d'aider les Etats Membres à :

- a) faire campagne pour l'adoption de politiques et de programmes de santé prenant en compte les problèmes spécifiques aux femmes, adaptés à leurs besoins et conformes aux conventions et instruments adoptés au niveau international;
- b) accélérer la mise en œuvre des interventions destinées à améliorer la santé de la femme, en mettant l'accent sur les principales causes de morbidité et de mortalité, en particulier la mortalité maternelle;
- c) améliorer l'accès de toutes les femmes à des services de santé de qualité, adaptés à leurs besoins spécifiques, et veiller en particulier à assurer la maternité à moindre risque;
- d) accélérer l'élimination de toutes les formes de violence et de pratiques traditionnelles néfastes.

Principes directeurs

20. Les principes ci-après seront suivis pour garantir la réussite et la pérennité de la mise en œuvre de cette stratégie :

- a) adoption d'une approche globale de la santé de la femme, y compris son bien-être physique, mental, social et économique tout au long de sa vie;
- b) promotion de l'équité en matière de santé en assurant l'accès des femmes à des services de santé de qualité, en particulier des soins obstétricaux d'urgence;
- c) responsabilisation des femmes pour leur permettre de participer à la santé, d'en bénéficier et d'y jouer un rôle de premier plan, en particulier grâce à l'éducation de la petite fille;
- d) plaider en faveur de la mise en œuvre dans les pays des conventions et déclarations adoptées au niveau international;
- e) intégration d'une approche sexospécifique dans les politiques et les programmes de santé.

Interventions prioritaires

21. Des interventions portant sur les divers aspects de la santé de la femme – promotion, prévention, soins et réadaptation – seront mises en œuvre.

22. Les Etats Membres recevront un appui pour formuler des politiques et des programmes nationaux portant sur la santé des femmes et reposant sur les profils nationaux de santé de la femme. Ces profils permettront aux pays d'identifier les interventions nécessaires pour améliorer la santé et la survie des femmes et réduire la charge de morbidité, dans le cadre des systèmes de prestations des soins de santé existants. Les politiques nationales relatives à la santé de la femme devraient comprendre des mécanismes appropriés de financement des soins de santé pour permettre à la plus démunie des femmes pauvres d'accéder aux services. Les pays auront parfois besoin de formuler des lois ou de revoir leur législation afin de protéger la santé et les droits de la femme.

23. Un appui supplémentaire sera accordé à la réorientation des services de santé pour qu'ils assurent des soins de qualité à la fois accessibles, commodes, dispensés en temps opportun, d'un coût abordable et répondant aux besoins spécifiques des femmes en matière de santé. On peut citer à cet égard les services de prévention dans le domaine de la santé sexuelle et génésique; la prise en charge appropriée et à temps des cancers du sein et du col de l'utérus, de la tuberculose et du VIH/SIDA, y compris la transmission du VIH de la mère à l'enfant; le diagnostic et le traitement précoces d'affections particulières comme l'hypertension artérielle, le diabète et la cécité, qui touchent la santé de la femme. La prise en charge et la réadaptation des femmes présentant une fistule obstétricale seront assurées dans les cas où celle-ci constitue un problème. Des approches particulières seront élaborées pour fournir des services de soins de santé adaptés aux femmes qui se trouvent dans des situations difficiles.

24. Un appui sera accordé au renforcement des capacités du personnel de santé pour lui permettre de dispenser des soins obstétricaux d'urgence (EOC) essentiels et complets, d'apporter un appui psychosocial et de dispenser des conseils, ainsi que d'adopter des attitudes positives à l'égard de la clientèle féminine. On renforcera également les capacités des femmes et des hommes, des familles et des communautés pour promouvoir la cause de la santé des femmes, en leur fournissant des informations sur les soins appropriés afin de réduire la mortalité maternelle, et en éliminant toutes les formes de violence sociale et de risques pour la santé auxquels elles sont exposées. Un appui sera accordé pour le renforcement des capacités d'un groupe collaborateur multidisciplinaire national, afin de lui permettre de mener des recherches opérationnelles sur les pratiques traditionnelles néfastes, la violence fondée sur le sexe et la formation initiale du personnel de santé à l'aide des manuels de formation mis au point par l'OMS sur les mutilations sexuelles féminines.

25. Les Etats Membres bénéficieront d'un appui pour renforcer les mécanismes visant à éliminer les pratiques traditionnelles néfastes et toutes les formes de violence, en mettant en œuvre des interventions éprouvées (participation communautaire, application de nouveaux rites de passage à l'âge adulte et engagement de l'Etat,²² etc.) pour la prévention et la prise en charge à temps des cas.

²² Rapport d'une réunion inter-pays sur les interventions efficaces en vue de l'élimination des MSF dans la Région africaine, Bamako (Mali), 2002. Document non publié.

26. L'appui fourni aux pays leur permettra également d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies de mobilisation et de communication pour promouvoir une approche de la santé des femmes fondée sur les droits de l'homme aux niveaux individuel, familial et communautaire, dans le cadre plus général du développement social et économique. Les enseignements tirés des profils nationaux de santé de la femme et les résultats de la recherche fourniront les informations nécessaires pour l'élaboration de stratégies appropriées de mobilisation et de communication.

27. Les Etats Membres recevront un appui pour identifier les questions prioritaires touchant à la santé de la femme et mener des recherches à ce sujet, afin d'améliorer la planification et la mise en œuvre des politiques et des programmes. La recherche opérationnelle visera notamment à mieux comprendre le comportement des femmes lors de la recherche des soins de santé, les croyances socioculturelles, le soutien psychosocial et les attitudes des prestataires de services en ce qui concerne la santé de la femme. Une recherche participative sera également menée pour répondre aux problèmes particuliers survenant au cours de la mise en œuvre.

ROLES ET RESPONSABILITES

Rôle des pays

28. La présente stratégie sera mise en œuvre dans le cadre de la politique nationale de la santé ou de la réforme du secteur de la santé, en utilisant les districts et les communautés comme points d'entrée et en mettant l'accent sur l'intégration avec les programmes de santé pertinents. Cette intégration se fera en tenant compte du fait que la santé de la femme est le fondement de tout développement humain durable.

29. Les Etats Membres élaboreront ou renforceront les cadres nationaux pour une mise en œuvre intégrée de la stratégie, en partenariat avec les femmes, les hommes, les groupes influents, les organisations à assise communautaire, les ONG, les ministères compétents du gouvernement et les institutions publiques et privées. Les pays mettront en œuvre la Déclaration d'Abuja pour mobiliser et allouer des ressources suffisantes à la santé de la femme.

30. L'élaboration ou la révision des cadres juridiques dans chaque pays en vue de prévenir la violence fondée sur le sexe et les pratiques traditionnelles néfastes contribuera dans une large mesure à la santé de la femme.

31. Le ministère de la santé jouera un rôle d'administration générale en assurant la collecte et le collationnement de données ventilées sur le genre et en renforçant les systèmes de santé pour répondre aux besoins sanitaires des femmes sur le plan de la promotion, de la prévention, des soins et de la réadaptation. Le ministère de la santé veillera à intégrer une approche sexospécifique aux réformes du secteur de la santé, aux documents de stratégie de réduction de la pauvreté, à la qualité des soins et à la réactivité des systèmes de santé. Il renforcera en outre les mécanismes devant permettre à une structure de coordination multidisciplinaire et multisectorielle nationale de suivre les tendances en ce qui concerne la santé des femmes.

Rôle de l'OMS et des partenaires

32. L'OMS fournira une assistance technique aux pays pour la mise en œuvre de la présente stratégie, en tenant compte des principales causes de morbidité et de mortalité enregistrées dans les pays et en veillant à l'équité et aux droits des femmes en ce qui concerne l'accès à des services de santé de qualité. Des outils et des lignes directrices génériques pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation seront fournis aux pays en vue de leur adaptation.

33. Des partenariats seront favorisés pour promouvoir l'éducation et le renforcement des capacités des femmes, et pour leur permettre de jouer un rôle d'animation, en vue de participer activement au développement sanitaire. Seront concernés par ces partenariats : les institutions des Nations Unies et les organismes bilatéraux intéressés et compétents, ainsi que les ONG internationales et nationales, les organisations privées, les groupes de femmes et les communautés.

SUIVI ET EVALUATION

34. L'OMS aidera les pays à sélectionner et appliquer des indicateurs de suivi et d'évaluation appropriés. Ceux-ci comprendront les statistiques sanitaires indispensables ventilées, le taux d'accès aux soins obstétricaux d'urgence (EOC), le taux d'accès aux services de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, le taux de prévalence des contraceptifs, le taux d'alphabétisation des femmes et le pourcentage de femmes occupant des postes de responsabilité. Des informations seront collectées en ce qui concerne la mise en œuvre de la stratégie, et des rapports seront soumis périodiquement au Bureau régional. Les résultats de ces évaluations seront utilisés pour renforcer les programmes et les plans d'action nationaux.

CONCLUSION

35. Les femmes méritent une attention particulière en raison de la charge de morbidité importante qu'elles endurent et des affections liées à leur vie génésique. Cela exige un ferme engagement de la part des familles, des communautés, des gouvernements et des partenaires internationaux. Les efforts déployés pour intensifier les interventions visant à améliorer la santé de la femme doivent être coordonnés et associer tous les intéressés. Une budgétisation stratégique et des mécanismes efficaces de suivi et d'évaluation permettront de mettre en œuvre des interventions éprouvées et d'obtenir un changement.

36. La création d'un environnement favorable aux femmes à tous les niveaux est indispensable pour atteindre le niveau de santé le plus élevé possible, tel qu'il est envisagé dans la *Politique de la Santé pour Tous dans la Région africaine pour le 21^{ème} siècle : Agenda 2020*. Un tel environnement doit s'inscrire dans le cadre des réformes du secteur de la santé menées dans les pays. Il doit avoir pour principales composantes la réactivité du système de santé aux besoins des femmes, l'éducation des fillettes, la prestation de soins de santé de qualité, l'élimination des discriminations sexistes et des pratiques traditionnelles néfastes, et l'appréciation du rôle des femmes dans l'entretien de la vie humaine.

37. Les Etats Membres sont invités à approuver et à mettre en œuvre le document intitulé «Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine».