

**Santé sexuelle et reproductive en Afrique :
au carrefour du quantitatif et du qualitatif
Séance : 1803 posters 3 et Séance 1655 : PANEL DE GENRE**

Casilda VELASCO JUEZ, Viviane BURGUNDER et Montserrat SOLSONA I PAIRÓ

RESUME

La santé en Afrique en général s'est beaucoup améliorée. Le défi d'amélioration de la santé en Afrique Subsaharienne reste difficile à relever si l'on considère d'autres statistiques concernant la santé sexuelle et reproductive. Nous allons aborder le même sujet sous deux angles complémentaires (aspects quantitatif et qualitatif) depuis deux perspectives disciplinaires différentes (démographique et sanitaire). L'analyse quantitative sera axée sur les données de santé sexuelle et reproductive disponibles pour certains pays. Nous traiterons le thème en commençant par une analyse descriptive puis par une approche comparative entre certains pays de l'Afrique Subsaharienne et l'Afrique du Nord. La formation SSR des professionnels sanitaires en Afrique est une stratégie à suivre, pour garantir la santé universelle et les droits sexuels et reproductifs.

INTRODUCTION

Parmi les Objectifs du Millénaire pour le Développement, il existe une série d'indicateurs qui permettent de mesurer les progrès atteints et qui sont à la base de politiques de coopération pour le développement, avec un agenda mesurable, des objectifs bien précis et des buts permettant leur suivi. Il s'agit d'atteindre des niveaux minimums pour marquer les tendances de politiques (Echart et Puerto, 2006). Vu qu'il est question de classifier les différentes composantes du développement en fonction des axes opérationnels en termes qualitatifs à partir d'indicateurs quantitatifs, il convient agir avec prudence pour orienter les interventions politiques nécessaires aux progrès.

D'une part, il nous semble qu'un même résultat en termes quantitatifs peut cacher des réalités bien différentes, selon le contexte où ils sont analysés. Il faudrait donc analyser les causes du sous-développement et de ses conséquences, selon des contextes de nature historique, socioculturelle, économique, politique et régionale différents. N'oublions pas qu'il existe une grande variété de modèles et de conceptions différentes du développement.

D'autre part, derrière les indicateurs des OMD plus ou moins faciles à mesurer, se cachent des variables plus complexes. Par exemple, en ce qui concerne l'aspect éducatif, on tient compte du nombre d'élèves qui ont terminé la scolarisation primaire, mais on ne tient pas compte de la qualité de l'enseignement. De même, en ce qui concerne la santé materno-infantile, on ne tient pas compte de la santé sexuelle et reproductive (SSR) dans son intégralité. Pourtant, la santé sexuelle et reproductive est

un droit humain, essentiel au développement. La mauvaise santé est une cause et une conséquence du sous-développement.

En outre, nous devrions aborder la mortalité maternelle comme un problème plus global, nous pouvons penser qu'elle est due non seulement au manque de services de santé de qualité mais aussi à une expression claire de la violence de genre. La présence d'une inégalité envers les femmes dans la plupart des situations dans ces pays comme l'accès à l'éducation, l'accès à l'alimentation, la surcharge de travail, les mariages forcés, la fécondité de l'enfance et l'adolescence, etc. sont toutes des formes d'expressions d'une violence structurelle présente dans la vie de tous les jours (Velasco et al, à paraître en déc. 2011).

Notre objectif avec cette présentation est double :

- Vous présenter graphiquement la situation de la SSR à partir de quelques indicateurs pour certains pays africains
- Partager avec vous notre expérience dans notre mission d'information et de formation en matière de SSR en Afrique

Afin d'arriver à notre objectif principal qui est celui de contribuer à la information et à la formation de la recherche en SSR dans son intégralité et d'un point de vue multidisciplinaire.

MÉTHODOLOGIE

Nous allons aborder le même sujet sous deux angles complémentaires (aspects quantitatif et qualitatif) depuis deux perspectives disciplinaires différentes (démographique et sanitaire).

Du point de vue sanitaire, nous voulons partager avec vous, notre pratique sur le terrain en tant que sage-femme au Burkina Faso et notre expérience en tant qu'organisatrice et enseignante de cours de formation d'Expert Universitaire en Santé Sexuelle et Reproductive que nous réalisons dans certains pays d'Afrique depuis 2005. Nous prétendons, avec ce programme, contribuer à la mise à jour des connaissances et habiletés nécessaires permettant aux professionnels de la santé (infirmiers, sagefemmes et médecins) de donner une réponse intégrale aux besoins et aux demandes de santé des femmes. Nous voulons aussi leur permettre une attention de qualité dans les différents champs d'action professionnels. Les programmes de formation se sont déroulés au Maroc, au Sénégal et en Tunisie, où les participants venaient en plus de ces pays, de Mauritanie, Burkina Faso, Guinée Bissau, Guinée Conakry, Mali et Niger. Nous en reparlons plus loin.

L'analyse quantitative sera axée sur les données de santé sexuelle et reproductive disponibles pour certains pays africains. Le choix des pays concernés n'est autre que les pays où des professionnels sanitaires ont reçu un cours de formation de notre part. Les données utilisées dans les graphiques ont été extraites du Système d'information statistique de l'OMS et du rapport 2008 des Objectifs du Millénaire pour le développement pour les pays dont les participants aux différents cours de formation

mentionnés proviennent. Nous traiterons le thème en commençant par une analyse descriptive puis par une approche comparative entre les pays de l'Afrique Subsaharienne et l'Afrique du Nord.

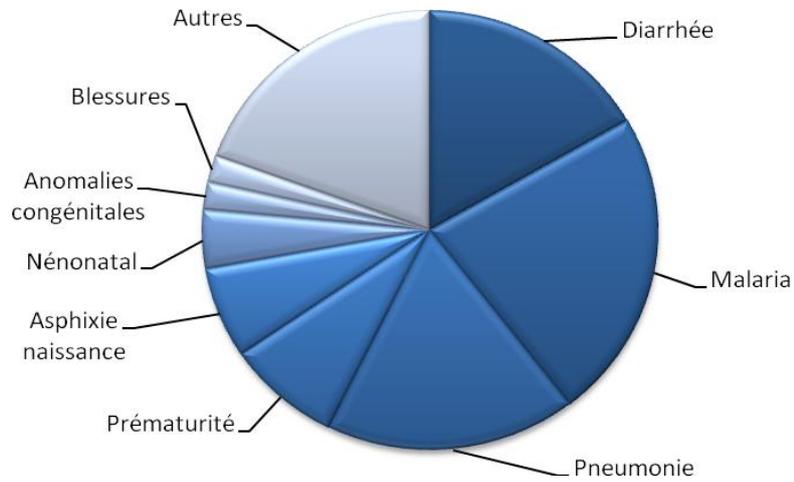
Afin de réduire les erreurs méthodologiques, liées à la multi-colinéarité et à l'interaction des variables et afin d'éviter les inférences fallacieuses, nous avons décidé de ne pas faire une analyse statistique de dépendance. En effet, nous pensons que pour notre analyse des variables qui peuvent rendre compte des différences territoriales de la SSR, ce serait plus judicieux de faire une analyse exploratoire (en composantes principales ou canonique). Nous savons que ces méthodes d'analyse ne sont pas non plus la panacée, mais ce serait un outil statistique qui faciliterait l'analyse menée dans un but exploratoire dans le cas où les données seraient fiables et en nombre suffisant. Cependant, la diversité des situations en matière de santé en Afrique est très forte et elle peut être clairement mise en évidence malgré les obstacles (qualité des données, manque de données, etc.) avec une présentation graphique des données existantes pertinentes.

QUE NOUS APPORTENT LES CHIFFRES ?

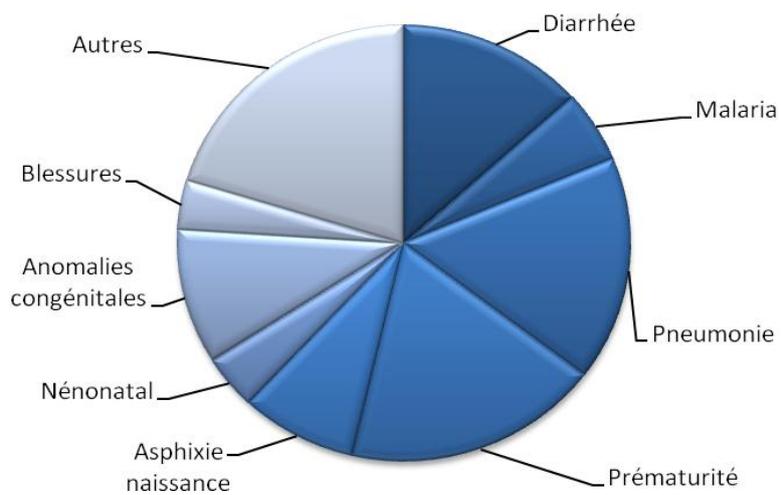
Les statistiques ne fournissent pas seulement une série de données plus ou moins rigoureuses, elles nous permettent de savoir l'état de la question dans le but d'identifier les besoins et les priorités, de planifier, de prendre des décisions et de mettre en place les ressources nécessaires selon les cas.

Graphique 1
Distribution des causes de décès d'enfants de moins de 5 ans (2008)

Burkina F., Guinée, G. Bissau, Mali, Niger, Sénégal



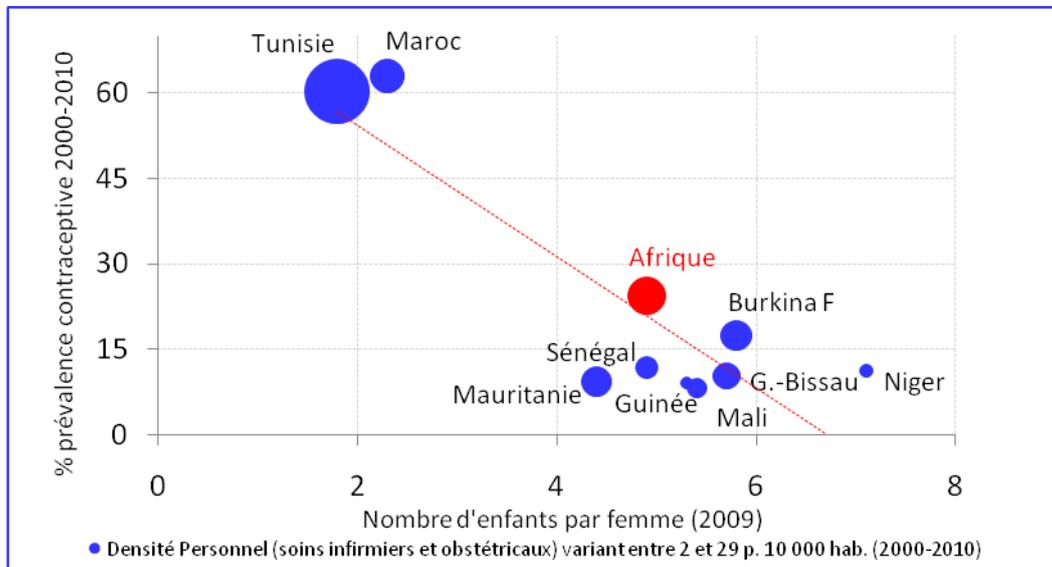
Maroc, Mauritanie, Tunisie



Les diarrhées durant la période néonatale sont incluses dans « Causes néonatales »
 Source : Rapport annuel des Statistiques sanitaires mondiales de l'OMS (Rapport complet 2011)

Graphique 2

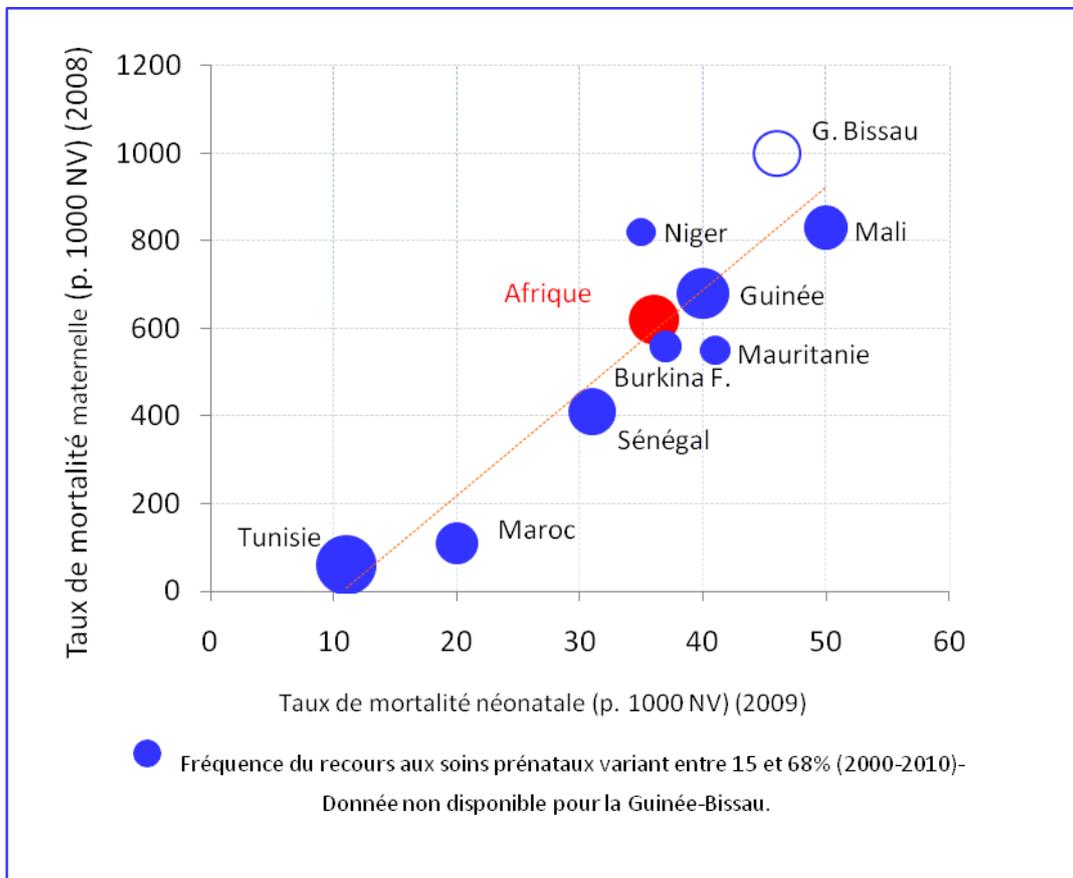
Indicateur synthétique de fécondité en fonction de la prévalence contraceptive et de la densité du personnel (infirmières et de sages-femmes pour 10 000 habitants)



Source : Rapport annuel des Statistiques sanitaires mondiales de l'OMS (Rapport complet 2011)

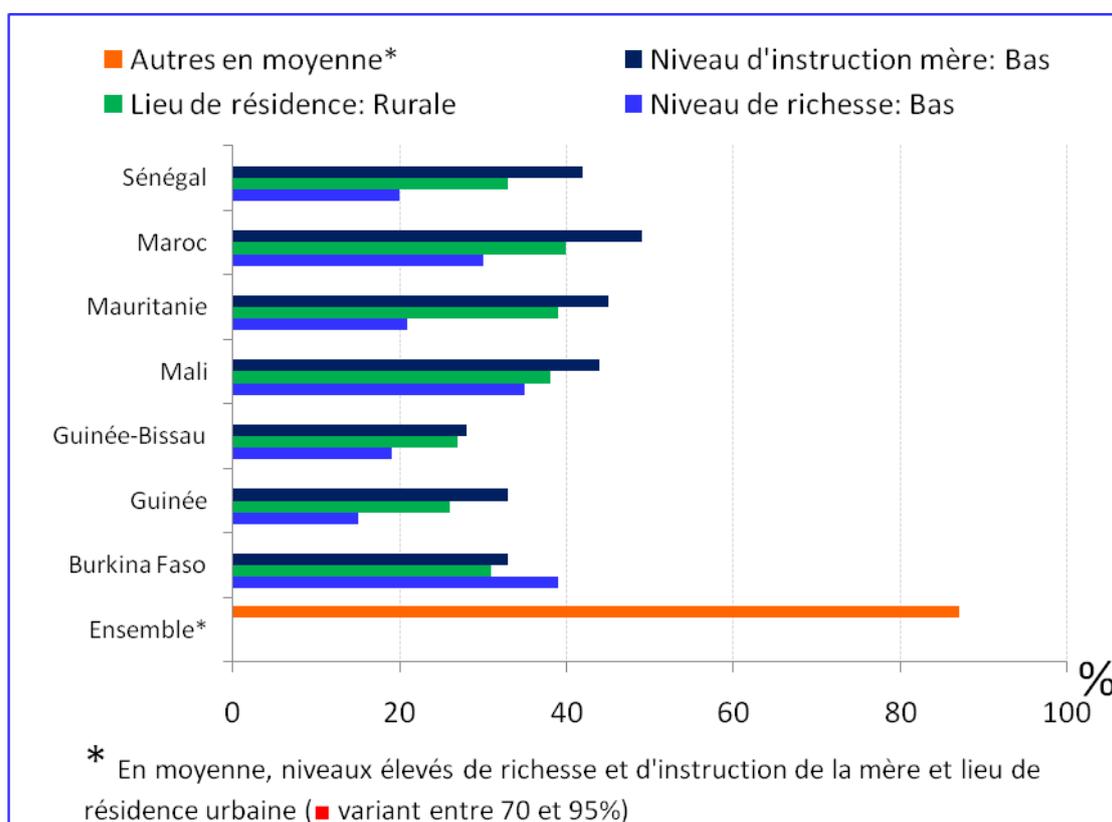
Graphique 3

Mortalité néonatale et mortalité maternelle en fonction de la fréquence du recours aux soins prénatals (au moins 4 consultations pendant la grossesse)



Source : Rapport annuel des Statistiques sanitaires mondiales de l'OMS (Rapport complet 2011)

Graphique 4
Naissances assistées par des professionnels sanitaires en %
Diverses années entre 2003 et 2007



Source : Rapport annuel des Statistiques sanitaires mondiales de l'OMS (Rapport complet 2011)

D'après ces graphiques, il est évident que les taux de mortalité maternelle et infantile diminuent simultanément et que le taux de prévalence contraceptive implique la diminution de l'indice synthétique de fécondité. Par contre, le fait que des femmes aient des recours aux soins prénatals ne garantit pas la diminution de la mortalité. Un nombre élevé de la densité de soignants spécialisés n'est pas une condition requise pour garantir la diminution de la natalité. Il serait nécessaire une plus grande communication et une meilleure information de ces professionnels à la population féminine et bien sûr, une bonne répartition dans tout le territoire.

Les causes de mortalité infantile et maternelle sont bien connues et les moyens pour les combattre sont très clairs. Des maladies comme la pneumonie, la diarrhée, la malaria, le paludisme et le sida expliquent presque la moitié des décès des enfants de moins de 5 ans en 2009. Or la majorité de ces décès auraient pu être évités avec des mesures de prévention, de vaccination et de traitement peu onéreux. C'est évident que les conditions sociales, politiques et économiques des femmes dans certaines sociétés sont désavantageuses.

Les disparités continuent à creuser de grands écarts concernant les ressources et l'accès sanitaires. Moins de 50% des naissances sont assistées par du personnel sanitaire qualifié dans les zones rurales, parmi les femmes ayant des ressources

économiques basses et peu ou pas d’instruction. Par contre, pour le reste des femmes, le nombre va au-delà de 70%. Plus le niveau socio-économique est élevé, plus les femmes ont recours à l’assistance professionnelle sanitaire pour les accouchements.

TABLEAU 1
EVOLUTION DE QUELQUES INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES

| Indicateurs démographiques et sanitaires | Afrique sub-saharienne | | | Afrique du Nord | | |
|--|------------------------|------|------------|-----------------|------|------------|
| | 1990 | 2005 | % | 1990 | 2005 | % |
| Tx. mortalité enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes | 184 | 157 | -15 | 82 | 35 | -57 |
| % enfants 12 à 23 mois ayant reçu au moins 1 dose vaccin rougeole | 56 | 72 | +29 | 84 | 96 | +14 |
| Nombre de naissances pour 1000 femmes âgés entre 15 et 19 ans | 131 | 119 | -9 | 43 | 31 | -28 |
| % femmes (15-49 ans) examinées suivi médical au moins 1 fois pendant grossesse | 68 | 75 | +10 | 47 | 70 | +49 |
| % adultes âgés +15 ans avec VIH/SIDA, femmes (2007) | 54 | 59 | +9 | 20 | 29 | +45 |
| % femmes mariées (15-49 ans) dont besoins planif. familiale insatisfaits | 26 | 24 | -8 | 16 | 10 | -38 |

Source: OMD Rapport 2008

Dans ce tableau, le pourcentage indique la variation des indicateurs en 2005 par rapport à 1990.

Nous pouvons voir qu’en Afrique du Nord, le taux de mortalité des enfants a diminué de 57% entre 1990 et 2005 alors qu’en Afrique Subsaharienne la diminution n’a été que de 15%.

En ce qui concerne la vaccination de la rougeole, l’augmentation en Afrique subsaharienne a été beaucoup plus importante, car dans les pays de l’Afrique du Nord c’est presque tout proche du 100%.

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale –« l’écart entre le désir affirmé d’une femme de repousser une grossesse à plus tard ou de ne pas avoir d’enfant, et l’utilisation effective de la contraception » (Rapport OMD, 2008)- ont reculé en Afrique du Nord. « Cependant, en Afrique subsaharienne, pour près d’une femme mariée sur quatre, les besoins en matière de planification familiale ne sont pas satisfaits », selon le rapport des OMD (2008).

Les taux de fécondité des adolescentes est particulièrement élevé en Afrique subsaharienne, ce qui expose les jeunes mères et aux nouveau-nés au risque de mortalité.

Quant aux soins prénatals la proportion de femmes enceintes qui ont été examinées au moins une fois pendant leur grossesse a partout progressé. Mais ce n'est pas suffisant, il faudrait faire le suivi d'au moins quatre consultations pour assurer une maternité et un accouchement dans de meilleures conditions d'hygiène.

En Afrique subsaharienne, près de 60% des adultes qui vivaient avec le VIH en 2007 étaient des femmes... il s'agit d'un grand nombre sans doute difficile à faire diminuer.

Chaque pays peut faire quelque chose pour se rapprocher de la couverture universelle ou pour maintenir ses avancées. L'une des leçons à tirer à partir de l'expérience de certains pays, « concerne l'importance de la solidarité sociale exprimée à travers l'engagement politique » (Rapport 2010, OMS). Tenant compte qu'en 2008, pour l'ensemble de l'Afrique, environ 50% des dépenses totales en santé sont des dépenses privées et que les dépenses totales en santé représentent 5,8% du PIB, «il appartient aux gouvernements de veiller à ce que tous les prestataires, publics et privés, opèrent correctement et se chargent des besoins des patients de manière coût-efficace et efficiente.» (Rapport OMS 2010).

Les moyens qui permettent de réduire la mortalité infantile et maternelle sont connus et n'exigent pas de technologies avancées, mais il est nécessaire qu'il y ait davantage d'engagement politique pour améliorer les ressources, mobiliser la communauté, améliorer l'accès et la qualité des soins de santé, renforcer les services communautaires de base, mettre en route des services obstétriques d'urgence à un coût plus réduit et renforcer les centres de planification familiale.

Nous proposons un programme d'action basé sur la coopération internationale. Pour ce faire, nous voulons augmenter le rendement professionnel du personnel sanitaire avec la formation d'Experts en Santé Sexuelle et Reproductive afin qu'ils soient, à leur tour, responsables de former d'autres professionnels capables de créer des réseaux et de promouvoir la santé sexuelle et reproductive dans leur pays.

QUELLES FORMATIONS POUR QUELLES RESSOURCES HUMAINES ?

Feuille de route : en partant des indicateurs des OMD, nous pouvons mesurer les progrès atteints sous les termes des niveaux minimums et selon un agenda précis.

1. Les données

Il y a peu de données fiables, par exemple il existe clairement des sous-registres de décès maternels. Compte tenu de la faible périodicité des enquêtes et des différences méthodologiques, nous devons être prudents lors d'une analyse comparative dans le temps et dans l'espace.

2. Les résultats

Les résultats montrent une remarquable lenteur des progrès et une prédominance de facteurs évitables. Les niveaux des taux de mortalité et de morbidité maternelle et infantile restent encore très élevés et nous remarquons aussi qu'il existe un grand écart en ce qui concerne le recours aux soins professionnels.

3. Les constats

D'une part, il existe une forte influence des facteurs socio-économiques, culturels et démographiques sur les comportements et les attitudes sanitaires de la part de la population. D'autre part, les moyens de prévention sont généralement très faibles. Puis il y a aussi un nombre insuffisant de professionnels qualifiés formés dans la recherche et dans la pratique en matière de Santé Sexuelle et Reproductive.

4. Le défi

Il est nécessaire d'avoir un profond changement dans la prise de conscience de tous et de chacun : davantage d'engagement politique pour mobiliser, sensibiliser et faire participer les communautés locales et la société civile. Face aux situations de risques, il faut savoir comment recourir à des gestes salvateurs.

5. Les voies à suivre

Augmenter la prise en charge des soins avant et pendant la grossesse, pendant l'accouchement et la suite des couches, et ne pas oublier la population cible (le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent et la femme).

Se focaliser surtout au milieu rural et aux segments de populations vulnérables.

Améliorer l'infrastructure et l'accessibilité aux services d'urgence (à coût plus réduit).

6. Nos moyens

Plusieurs conseils de partenariat pour augmenter le rendement des professionnels sanitaires ont déjà été créés mais il faut encore créer d'autres réseaux pour la diffusion de leur savoir-faire en lien avec la recherche et l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive pour arriver à avoir une formation adéquate et des promotions des compétences locales.

7. La formation

Nous avons déjà développé plusieurs cours d'expert Universitaire en SSR en partenariat depuis 2005, cours de formation que nous décrirons par la suite.

8. L'impact

Nous constatons à chaque fois qu'il y a une forte volonté, une implication active et une forte demande. Aussi, il y a un grand intérêt et une richesse d'échanges d'expériences. Nous constatons une acquisition et un approfondissement des savoirs et des méthodes.

9. Le suivi du savoir-faire

Il faut suivre une stratégie afin d'assurer le succès de la formation et la mise en pratique du savoir acquis. Aussi, faut-il diriger d'autres programmes (expertises spécialisées de courte et de moyenne durée).

10. Les statistiques

Parallèlement, il résulte indispensable de relever l'importance et l'intérêt des données chiffrées (registre des naissances, des causes de décès, etc) afin de pouvoir réaliser des analyses statistiques dimensionnelles fiables et de mieux comprendre la (ou les) situations. Il faut donc améliorer la quantité et la qualité des données, d'où l'importance de former des experts professionnels.

11. L'évaluation

Il est indispensable d'évaluer la qualité des services socio-sanitaires et de mesurer les écarts entre les niveaux atteints des indicateurs de santé et les cibles fixés par les OMD pour 2015 mais en considérant que l'impact des programmes d'éducation sanitaire ne produit pas nécessairement des résultats visibles immédiats.

FORMATION D'EXPERTS EN SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Dans la formation d'Experts en Santé Sexuelle et Reproductive (ou formation en santé publique), les éléments à mettre en évidence sont :

- Adaptation à la réalité des pays des participants
- Engagement des participants
- Professeurs espagnols et locaux
- Directeurs/trices espagnols
- Coordinateurs/trices du pays
- Approche de genre
- Considération de la santé comme un droit
- Etude de la violence de genre en Santé Sexuelle et Reproductive
- Formation en recherche
- Réalisation d'un travail sur le terrain

Les principaux objectifs de la formation sont contribuer à la mise à jour des connaissances et des compétences nécessaires, pour permettre aux professionnels impliqués d'améliorer la santé des femmes ; et pour cela il est indispensable :

- a) apporter une réponse intégrale à leurs besoins et attentes en matière de santé, et
- b) fournir une prise en charge de qualité en matière de prévention et de soins dispensés aux femmes.

Les contenus se structurent en huit modules :

- I)** Cadre conceptuel de la santé sexuelle et reproductive en Afrique
- II)** Recherche en santé sexuelle et reproductive
- III)** Situation de la santé sexuelle et reproductive en Afrique
- IV)** Pratiques contraceptives et maladies sexuellement transmissibles
- V)** Promotion et éducation pour la santé. Communication et entretien
- VI)** Prise en charge pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum et les soins du nouveau-né
- VII)** Élaboration des travaux de terrain
- VIII)** Présentation et évaluation des travaux de terrain

Tous les cours se sont développés avec le soutien de l'AECI (Agence espagnole pour la coopération internationale et le développement). En plus, pour les cours de la Tunisie et de la Mauritanie, l'ONG « Medicus Mundi Andalucía » y a participé. Et l'entité financière d'Andalousie « Unicaja » a financé une partie du cours de la Mauritanie.

Les programmes de formation se sont déroulés au Maroc, au Sénégal et en Tunisie, où les participants venaient en plus de ces pays, de Mauritanie, Burkina Faso, Guinée Bissau, Guinée Conakry, Mali et Niger. Pour la plupart des cours, les enseignants sont issus de divers pays (Espagne, Mauritanie, Maroc, Sénégal et Niger) et/ou provenant de plusieurs Organisations Internationales (FNUAP, OMS, UNICEF, PNUD).

L'Université Internationale de l'Andalousie « UNIA » a œuvré dans ces projets en y apportant l'organisation et l'assistance technique.

Le personnel médical féminin et le personnel médical affecté dans les régions rurales sont encouragés à participer.

L'évaluation de l'impact des programmes de formation en santé et droits sexuels et reproductifs est certainement problématique et ne produit pas de résultats nécessairement immédiats. Cependant une analyse approfondie des conclusions des mémoires de recherche des participants et la postérieure implémentation de ces recommandations dans des endroits bien déterminés montrent qu'il est possible d'atteindre le progrès, en améliorant la santé maternelle et en changeant la relation de genre.

TABLEAU 2
COURS DE FORMATION

| Cours de formation | Expert universitaire en santé de la reproduction | Expert universitaire en santé sexuelle et reproductive | Master en santé publique 3^{ème} cycle | Expert universitaire en santé reproductive et prévention de la violence de genre |
|-------------------------------|---|---|--|--|
| Date et lieu | Maroc Mars-septembre 2005 | Sénégal Avril-octobre 2007 | Mauritanie Novembre 2008 – mai 2009 | Tunisie Mars- octobre 2009 |
| Acteurs publics cibles | Professionnels, formateurs et responsables sanitaires (fonction publique du Maroc) | Professionnel sanitaire (Sénégal, Mali, Burkina F., Niger, Guinée et G.Bissau). | Personnel médical fonctionnaire, surtout Médecins- Chef de Moughatha. | Professionnels, formateurs et gestionnaires de la santé. |
| Participants | 30 (20 sages-femmes et 10 médecins) | 30 (15 sages-femmes et 15 médecins) | 30 médecins | 23 femmes et 10 hommes (sage-femme, journaliste, psychologue, médecin, pharmacien, économiste...) |
| Déroulement du cours | 360 heures (240 théoriques, 70 pratiques et 50 de recherche encadrée) | 360 heures (y compris l'encadrement d'un travail de terrain) | 392 heures (60 crédits) + un mémoire | 360 heures + conception / élaboration d'un projet de développement |
| Partenariat | Ministère de la santé du Maroc. Délégation santé | Institut de la santé et du développement. Faculté de Médecine | Faculté de Médecine de l'Université de Nouakchott | Office national de la famille et de la population (ONFP) |
| Objectifs | Approfondir les connaissances des nouveaux progrès techniques et politiques de la santé reproductive au niveau national et international et des nouveaux besoins sanitaires des femmes. | Mettre à jour les connaissances et habiletés nécessaires pour répondre aux besoins et demandes de SSR et offrir soins de qualité dans les différents champs d'action professionnelle. | Renforcer le système national de santé par connaissances, bonnes pratiques, recherche scientifique et développement du leadership dans chaque domaine de la santé publique. | Mettre à jour les connaissances et améliorer la prise en charge en matière de santé de la reproduction et de prévention de la violence basée sur le genre. |
| Programme | <ul style="list-style-type: none"> . Cadre conceptuel et recherche en matière de SSR . Promotion et éducation pour la santé, communication et entretien . Prise en charge en matière de santé (de la femme et de l'enfant) | <ul style="list-style-type: none"> . Aspects conceptuels (droits sexuels et reproductifs, anthropologie, perspective de genre) . Aspects méthodologiques (démographie, recherche, éducation, prévention, ...) | <ul style="list-style-type: none"> . Prévention et promotion de la santé publique et de SSR . Méthodologie pour la recherche scientifique . Gestion de la qualité des services sanitaires . Santé et environnement | <ul style="list-style-type: none"> . Cadre conceptuel sous la perspective de genre . Recherche en violence de genre . Intervention multidisciplinaire face à la violence de genre |

CONCLUSION

La santé en Afrique en général s'est beaucoup améliorée. Tel que le dit le Dr. Zulu du Centre Africain de Recherche sur la Santé et la Population, « les pays d'Afrique subsaharienne continuent de présenter des taux de mortalité et de morbidité élevés en raison d'une éducation insuffisante en matière de Santé sexuelle et reproductive. La situation perdure malgré deux décennies d'efforts soutenus pour résoudre ces problèmes» (Zulu, 2005). En effet, le défi d'amélioration de la santé en Afrique Subsaharienne reste difficile à relever si l'on considère d'autres aspects concernant la santé sexuelle et reproductive comme par exemple des pratiques traditionnelles néfastes ou la violence de genre.

Partiellement, cette évolution répond à une formation insuffisante en matière de Santé Sexuelle et Reproductive des professionnels sanitaires, et à d'autres aspects liés à la culture de genre dominant dans la société, ainsi qu'au développement du système où l'on devra chercher les racines profondes du phénomène, par exemple, la volonté politique, la démocratie et la participation de la société civile.

En conclusion, la formation en Santé Sexuelle et Reproductive des professionnels sanitaires en Afrique est une stratégie à suivre, si on veut avancer dans le cadre de garantir la santé universelle et les droits sexuels et reproductifs.

Atteindre les objectifs quantitatifs de manière conjoncturelle n'est pas une garantie de la diminution de la pauvreté tant qu'on n'aura pas modifié des aspects qualitatifs liés au système et à l'éducation. La santé sexuelle et reproductive est un droit humain, essentiel au développement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agence Espagnole de Coopération Internationale et Groupe de Santé du Réseau de Femmes Africaines et Espagnoles pour un Monde Meilleur (2007) : Programas y estrategias para luchar contra la mortalidad materno-infantil y mejorar la Salud Sexual y Reproductiva en África. Maputo.

Echart M. et Puerto S. (2006), Los objetivos de desarrollo del milenio: ¿una nueva agenda de desarrollo? *Revista española de desarrollo y cooperación*, nº 17, p.9-27

FNUAP (2010), *Looking back, Moving Forward. Results and recommendations from the ICPD at 15 process.*

Nations Unies (2010), *Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD): Rapport 2010.* New York <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>

Organisation Mondiale de la Santé : <http://www.who.int/whosis/data/>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Rapport sur la santé dans le monde 2010, *Le financement des systèmes de santé : Le chemin vers une couverture universelle ;*

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Objectifs du Millénaire pour le Développement* (OMD): *Rapports 2008 et 2011*;

Organisation Mondiale de la Santé : Bureaux des Pays de l'OMS dans la Région Africaine de l'OMS : <http://www.afro.who.int/en/countries.html>

Population Action International (2009), *African Reproductive Risk Index*;

Population Reference Bureau (PRB) (Sept. 2008), *La santé reproductive en Afrique subsaharienn* ;

Population Reference Bureau (PRB) (2008), *Mutilation génitale féminine / Excision: données et tendances*;

Population Reference Bureau (PRB) (Mars 2011), *Fiches de données sur la population mondiale*;

Population Reference Bureau (PRB): <http://www.prb.org/FrenchContent.aspx>

Velasco M.C, Solsona M. et Burgunder, V. (2011), *La violence structurelle et la mortalité maternelle*, Union pour l'Etude de la Population Africaine et Princeton University, in 6^{ème} Conférence africaine sur la population, Ougadougou, à paraître (déc. 2011).

Waage Jeff (2010), *The Millennium Development Goals: a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015*, The Lancet. Volume 376, Issue 9745, Pages 991 - 1023, 18 September 2010

Zulu (2005), *La santé reproductive : une priorité en Afrique*, PanaPress, 17-11-05, Kenya