

**AFRICAN UNION**  
**الاتحاد الأفريقي**



**UNION AFRICAINE**  
**UNIÃO AFRICANA**

---

Addis-Abeba (ETHIOPIE) P. O. Box 3243 Téléphone 5517 700 Fax : 551 78 44  
Website : [www.africa-union.org](http://www.africa-union.org)

---

**CONSEIL EXECUTIF**  
**Dixième session ordinaire**  
**25-26 janvier 2007**  
**Addis-Abeba (Ethiopie)**

**EX.CL/316 (X)**

**RAPPORT DE LA SESSION EXTRAORDINAIRE DE LA CONFERENCE  
DE L'UNION AFRICAINE DES MINISTRES DE LA SANTE EN MATIERE  
DE SEXUALITE ET DE REPRODUCTION EN AFRIQUE**

### **Note introductive**

Pour résoudre les questions de santé en matière de sexualité et de reproduction, sur le continent, la Commission de l'Union africaine a élaboré un Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique. Ce Cadre d'orientation a été élaboré pour répondre à la demande des diverses parties prenantes de réduire les taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles et infantiles. Il a été élaboré en collaboration avec le Bureau régional africain de la Fédération internationale pour le planning familial (IPPF), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et d'autres partenaires du développement.

Il porte sur les questions qui ont été identifiées au cours de six consultations sous-régionales organisées par l'Union africaine et l'IPPF. Lors de ces consultations, il a été identifié plusieurs facteurs qui contribuent aux décès des femmes et des enfants sur le continent. Ces consultations ont permis de recommander la mise en œuvre de la Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et du nouveau-né comme la stratégie pour améliorer la santé en matière de reproduction.

Le Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique a été adopté par la 2<sup>e</sup> Session de la Conférence des Ministres africains de la santé tenue en octobre 2005 à Gaborone. A cette session, les Ministres ont demandé la convocation d'une session spéciale pour examiner plus en détail les questions et élaborer un plan d'action concret pour l'intégration des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction dans les soins de santé primaires, entre autres. Le Mozambique s'est proposé pour abriter cette session spéciale. La décision de convoquer une session spéciale a été approuvée par le Sommet des Chefs d'Etat et de gouvernement en janvier 2006 à Khartoum (Soudan). La session spéciale s'est tenue du 18 au 22 septembre 2006.

Le principal résultat de la session spéciale a été le Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique.

**EX.CL/316 (X)**  
**Annexe 1**

**PROJET DE RAPPORT DE LA REUNION MINISTERIELLE**

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

---

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone 251 11 5517700 Fax: 251  
11 5517844 website: :[www.africa-union.org](http://www.africa-union.org).

---

SESSION SPECIALE DE L'UNION AFRICAINE  
CONFERENCE DES MINISTRES DE LA SANTE  
18-22 SEPTEMBRE 2006  
MAPUTO (MOZAMBIQUE)

Sp/MIN/CAMH/Draft/Rpt(I)

Thème: « *Accès universel aux Services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique* »

PROJET DE RAPPORT DE LA REUNION MINISTERIELLE

(21 et 22 SEPTEMBRE 2006)

**PROJET DE RAPPORT DE LA REUNION MINISTERIELLE**  
**Maputo (Mozambique), 21 et 22 septembre 2006**

**I. INTRODUCTION**

1. La session spéciale de la Conférence de l'Union africaine des Ministres de la santé a eu lieu au Centre de conférence Joachim Chissano de Maputo (Mozambique) du 21 au 22 septembre 2006 sur le thème « **Accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique** ». Une réunion des experts, qui a duré trois jours, a précédé la session ministérielle. La Conférence a été organisée en vue de la mise en œuvre de la décision adoptée par la 2<sup>ème</sup> Session de la Conférence de l'Union africaine des Ministres de la santé à Gaborone (Botswana) en octobre 2005 et approuvée par le Sommet de l'UA à Khartoum (Soudan) en janvier 2006. Elle a été abritée par le Gouvernement de la République de Mozambique et organisée par l'Union africaine avec l'appui technique du FNUAP, de l'IPPF et d'autres partenaires, ainsi que l'appui financier de la Commission européenne. Le principal objectif de la session spéciale était d'adopter un Plan d'action chiffré pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction.

**II. PARTICIPATION**

2. Ont participé à la réunion ministérielle, les délégués des 46 Etats membres de l'Union africaine ci-après: Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap Vert, Comores, Congo, Cote d'Ivoire, Djibouti, Egypte, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Liberia, Libye, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République arabe sahraouie démocratique, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tome & Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

3. Les représentants des organisations internationales, régionales, des pays et des organisations non gouvernementales (ONG) suivantes ont également pris part à la réunion ministérielle: FNUAP, IPPF, OMS, CEA, UNESCO, OIM, Comité interafricain, WAHO, Fondation Bill et Melinda Gates, Fondation David et Lucille Packard, Fondation William et Flora Hewlett, Université John Hophins, USAID, Université de Kwazulu-Natal, DELD, AECL, Partenaires en matière de population et développement, Belgique, Santé familiale, Total Health Trust, la Communauté de l'Afrique orientale, centrale et australe de la santé, SADC, JICA, OXFAM GB, AGBEF (Rép. de la Guinée), Réseau RPMM, DFID, JSI/Deliver, Averting Maternal Death, Programme de l'Université de John Hopkins pour une éducation internationale sur la gynécologie et l'obstétrique (JHPIEGO), Université de la Colombie, AMDP, , Council of Women World Leaders, Realizing Rights, Espagne, Allemagne, Palestine, et les Etats-Unis d'Amérique.

### III. CEREMONIE D'OUVERTURE

#### (i) Le Président du Bureau de la 2<sup>ème</sup> Conférence ministérielle sur la Santé (CAMH2) ouvre la réunion

4. La cérémonie d'ouverture a été présidée par Prof Sheila Tlou, Ministre botswanaise de la Santé et Présidente du Bureau de la Conférence des Ministres de la Santé. Après avoir souhaité la bienvenue aux délégués et remercié le Mozambique pour avoir abrité la Conférence, elle a invité les dignitaires à prendre la parole

#### (ii) Discours de bienvenue du Ministre mozambicain de la santé

5. Dans sa déclaration d'ouverture, le Ministre de la santé du Mozambique, S.E. Pr Paulo Ivo, Garrido a évoqué les défis que constitue la santé en matière de sexualité et de reproduction et a indiqué que le continent a besoin de se pencher sérieusement sur ces défis. A cet égard, il a préconisé la participation active de toutes les parties prenantes y compris les bailleurs de fonds et autres partenaires de développement. Pour terminer, il a remercié ses homologues ministres de la santé d'avoir honoré de leur présence, la conférence et a souhaité à tous les participants un agréable séjour à Maputo.

#### (iii) Discours du président de la Conférence des ministres de la santé de l'Union africaine (CAMH2),

6. La Ministre botswanaise de la santé, en sa qualité de présidente de la Deuxième Conférence des Ministres de la santé (CAMH2), a félicité l'Union africaine d'avoir organisé la présente Session spéciale et remercié le Gouvernement mozambicain d'avoir accepté d'abriter l'événement. Elle a rappelé que la présente Session spéciale entrait dans le cadre du suivi de la deuxième Conférence des Ministres de la santé qu'elle a eu le plaisir d'abriter en octobre 2005 à Gaborone (Botswana), conférence qui a-t-elle informé, a adopté le Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction.

7. Elle a exprimé sa gratitude aux experts et au Secrétariat pour le travail ardu abattu au cours des trois jours écoulés pour préparer et finaliser le plan d'action pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction. Elle a invité les Etats membres à prendre à cœur la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental.

#### (iv) Allocution du Directeur général de l'IPPF

8. Prenant la parole au nom du Directeur général de l'IPPF, Mr Tewodros Melesse, Directeur régional de l'IPPF pour la Région Afrique, a félicité l'Union africaine et le Gouvernement de la République de Mozambique pour avoir organisé une si importante conférence. Il a également exprimé sa satisfaction pour l'étroite coopération entre l'Union africaine, l'IPPF, et les autres partenaires dans l'élaboration du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction et du Plan d'action pour la mise en œuvre du Cadre.

9. Il a indiqué que l'IPPF compte 150 membres affiliés dans 180 pays, ce qui fait de l'IPPF une des plus grandes organisations s'occupant de SDSR dans le monde. IPPF, a-t-il ajouté, est une voix retentissante dans le monde, non seulement pour les sans voix, mais également pour ceux qui, pour diverses raisons, ne peuvent faire entendre leurs voix. Il a mis l'accent sur le fait que les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ne peuvent être réalisés sans que les services de SDSR ne soient pris en compte de manière holistique et intégrée.

10. Pour conclure, il a souligné que l'IPPF s'engage à poursuivre sa mission avec la Commission de l'Union africaine et en collaboration avec d'autres partenaires pour faire de « chaque enfant un enfant désiré et aimé ».

**(v) Allocution de S.E. Madame Peiyun PENG, vice-ministre de la santé de la République populaire de Chine**

11. La délégation chinoise, conduite par Son Excellence Madame Peiyun Peng, précédemment vice-présidente du Comité permanent du Congrès national de la République populaire de Chine, et actuellement Présidente de la Société Croix –Rouge de Chine et Présidente de l'Association de la population chinoise de la République populaire de Chine, a exprimé son appréciation aux autorités mozambicaines pour leur hospitalité, ainsi qu'à l'Union africaine pour son leadership et sa vision concernant les problèmes du continent africain.

12. Pour Mme Peng, cette session spéciale de la Conférence des ministres de santé de l'Union africaine, sur l'accès universel aux Services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique, est un des axes privilégiés de la coopération Sud-Sud en général et de la coopération sino-africaine en particulier.

13. Après avoir partagé l'expérience de son pays, elle a rappelé qu'en dépit des défis qui lui restent à relever, la Chine a accompli des efforts méritoires dans le domaine de la santé de la reproduction. Elle a conclu en exprimant l'engagement de la Chine à coopérer avec l'Afrique en ce qui concerne le dialogue politique, l'échange d'expériences, le renforcement des capacités dans le domaine du développement de la population et a invité les délégués à participer au Forum Chine Afrique prévu plus tard dans l'année..

**(vi) Allocution de Mme Joy Phumaphi, Directrice générale adjointe de l'OMS**

14. La Directrice générale adjointe de l'OMS a déclaré qu'elle était honorée de prendre la parole devant cette Session spéciale. Elle a également déclaré qu'elle était particulièrement embarrassée de savoir que cette réunion se tient à un moment où le monde entier traverse la crise de notre époque en matière de santé de la reproduction. Elle a informé les délégués qu'une priorité particulière doit être accordée à la santé de la reproduction pour réaliser les OMD.

15. Elle a ensuite fait remarquer que la plus grande partie des populations n'a pas accès aux services de prévention contre les grossesses non désirées et les IST, notamment le VIH et le SIDA, surtout chez les enfants de moins de 15 ans. Elle a déploré le fait que bon nombre de femmes meurent en couches pour cause d'inégalités ; de plus a-t-elle ajouté, les services de lutte contre le VIH et le SIDA sont disponibles, mais ne peuvent être utilisés de manière appropriée.

16. Elle a également mis en exergue l'importance de la présente réunion qui pourrait permettre de relever les défis susmentionnés. A ce propos, elle a signalé l'engagement de l'OMS à apporter son appui aux initiatives de l'Union africaine dans la promotion des SDR, en particulier dans la mise en œuvre du Plan d'action qui offre l'occasion unique pour guider les actions, adopter des approches globales, y compris la réduction de la pauvreté et garantir le développement durable.

17. Enfin, elle a insisté sur la nécessité de mobiliser les médias pour la promotion des SDR, le renforcement des partenariats et la mobilisation du leadership dans le monde. Pour ce faire, elle a réitéré que l'Union africaine peut toujours compter sur la coopération et la collaboration de l'OMS.

#### **(vii) Discours du Directeur exécutif du FNUAP**

18. La Directrice exécutive du FNAP a déclaré que l'accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction est plus qu'un but qui a été approuvé par les 179 gouvernements au Caire au cours de la Conférence internationale sur la Population et le Développement en 1994 et réaffirmé par les dirigeants au cours du Sommet de 2005. Elle a ajouté que l'accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction est plus qu'un moyen efficace de réduire la pauvreté, d'habiliter les femmes et de promouvoir l'égalité des sexes, de lutter contre le VIH/SIDA, d'améliorer la santé maternelle et de réduire la mortalité infantile et d'assurer un développement durable. C'est plus qu'une stratégie efficace pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

19. Elle mis l'accent sur le fait que la santé en matière de sexualité et de reproduction est un droit humain, le droit à la santé. Par conséquent, a-t-il ajouté, refuser à quelqu'un ses droits humains c'est remettre en cause son existence même en tant qu'être humain. La clé du succès est d'avoir au niveau national, des plans de santé de reproduction soutenus par des ressources domestiques. Elle a également déclaré que la féminisation de la pandémie du SIDA doit être inversée en reliant le VIH à la planification familiale et en intégrant le VIH/SIDA aux programmes de santé maternelle et des nouveau-nés. Elle a mis l'accent sur le fait que la prévention est particulièrement importante pour les jeunes gens et fait appel à des services exhaustifs et entendus en faveur des jeunes. L'occasion doit être donnée aux jeunes d'être au devant de la lutte pour satisfaire leurs besoins de jouir de leurs droits humains.

20. Elle a expliqué que s'il est vrai que tout le monde doit pouvoir exercer ses droits humains à la santé en matière de sexualité et de reproduction, il n'est pas évident de garantir une fourniture fiable et constante des produits de santé de reproduction. Elle a conclu en réitérant l'appui du FNUAP dans le développement de la capacité nationale,



en ce qui concerne la fixation des coûts, l'élaboration, la mise en oeuvre, l'optimisation et la mobilisation des fonds pour la réalisation des plans de santé de reproduction au niveau national.

**(viii) Allocution de Maître Bience Gawanas, Commissaire de l'Union africaine en charge des Affaires sociales**

21. Après avoir souhaité aux délégations la bienvenue à la session spéciale de la Conférence des ministres de la santé sur les droits et la santé en matière de sexualité et de reproduction, la Commissaire a rendu hommage aux ministres pour leur présence surtout lorsque l'on sait que leur emploi du temps a été particulièrement chargé ces derniers temps. Elle a rappelé le thème de la session spéciale à savoir, « **Accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique** ». Elle a ensuite exprimé sa gratitude à S.E. le Président, S.E. le Premier Ministre, au Gouvernement et au peuple mozambicains d'abriter la Session spéciale et pour l'hospitalité et l'accueil chaleureux qui ont été réservés aux délégations. Elle a plus particulièrement exprimé ses remerciements au Ministre mozambicain de la santé et à ses collaborateurs d'avoir coordonné avec succès l'organisation de la conférence. Elle a informé les participants qu'en fait, les commissaires de l'Union africaine ont été élus ici à Maputo en 2003.

22. La Commissaire a également exprimé son appréciation aux collaborateurs notamment le FNUAP, l'IPPF, l'UE, l'OMS et la Fondation Bill et Melinda Gates pour leur appui qui a permis la réalisation et le succès de la présente conférence. Parlant en tant que femme africaine, elle a invité les participants à faire en sorte que les femmes soient au centre des politiques préconisées dans le cadre des efforts visant à promouvoir leurs droits humains.

23. Elle a une fois encore félicité les Ministres de la santé d'avoir décidé de se réunir pour se pencher personnellement sur la manière de mettre en oeuvre la décision des chefs d'Etat et de gouvernement adoptée à Khartoum (Soudan) en janvier 2006. Elle a préconisé une approche globale, intégrée, harmonisée et bien coordonnée de la mise en oeuvre des résultats de la session spéciale. Elle a ensuite lancé un appel aux partenaires et autres parties prenantes pour qu'ils apportent l'appui nécessaire. Elle a conclu son allocution en souhaitant aux Ministres, plein succès dans leurs travaux.

**(ix) Allocution liminaire de S.E. le Premier Ministre de la République de Mozambique, S.E. Dr Luisa Dias Diogo**

24. La Conférence ministérielle a été officiellement ouverte par le Premier Ministre mozambicain Dr Luisa Dias Diogo. Dans son discours liminaire, Dr Diogo a déclaré que son pays est honoré d'abriter cette Session spéciale et a chaleureusement souhaité la bienvenue à tous les délégués. Elle a poursuivi en déclarant que son pays a intégré la SSR dans ses programmes et a reconnu la menace que constitue la pandémie du VIH/SIDA. Elle s'est fait l'écho du sentiment des Ministres au cours de la Conférence selon lequel l'accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction (SSR) est important pour le développement de l'Afrique, en particulier dans ce contexte où il est nécessaire de parvenir à des résultats.

25. Elle a recommandé une approche globale au SSR et a invité les pays africains à faire plus d'efforts afin de parvenir au but de la déclaration d'Abuja d'allouer des budgets nationaux de 15 % au volet de la santé. Elle a conclu en exprimant l'espoir que la réunion contribuerait à harmoniser les stratégies afin de parvenir aux OMD.

**(x) Motion de remerciement par le Premier Vice-président de la Conférence des Ministres de santé de l'UA**

26. La motion de remerciements a été prononcée au nom de tous les Ministres de la santé par Son Excellence Wilfried Machape, vice-Ministre de la Santé du Kenya et 1<sup>er</sup> vice-Président de la Conférence des Ministres de santé de l'UA. Il a, au nom des Ministres de la santé, remercié le gouvernement mozambicain pour son hospitalité et a félicité le Président de la République du Mozambique pour la paix et la stabilité qui règnent dans le pays. Il a mis l'accent sur le fait que la paix est essentielle pour atteindre les objectifs et le thème de cette Session spéciale.

27. Il a remercié le Premier Ministre pour avoir trouvé le temps, malgré son emploi du temps chargé, d'honorer de sa présence la présente réunion. Il a fait remarquer qu'un Mozambicain a été sélectionné comme le seul candidat de l'Afrique pour le poste de Directeur général adjoint de l'OMS et a invité tous les Etats membres du Continent à appuyer collectivement cette candidature. Il a félicité les orateurs invités et les responsables de l'Organisation pour leurs allocutions instructives et pénétrantes. Il a conclu en remerciant tous ceux dont les contributions ont permis à la Conférence de se tenir et d'être une réussite.

#### **IV. QUESTIONS DE PROCEDURE**

**a. Adoption de l'ordre du jour**

28. L'ordre du jour (Sp/MIN/CAMH/1(I)) a été adopté tel quel.

**b. Organisation des travaux**

29. Les horaires de travail ci-après ont été retenus:

Matinée	:	09h00 - 12h30
Après-midi	:	14h00 - 18h00

#### **V. TABLE RONDE SUR « APPROCHES PROGRAMMES POUR ETABLIR UN LIEN ENTRE LES DROITS, LES SERVICES DE SANTE EN MATIERE DE SEXUALITE ET DE REPRODUCTION, ET LES SERVICES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA » - SP/EXP/CAMH/4A(I)**

30. La Table ronde a été présidée par la Commissaire de l'UA chargée des Affaires sociales, S E Maître Bience Gawanas avec les orateurs ci-après : le vice-Ministre de la santé kenyan représentant le Ministre, le Ministre de la santé du Lesotho représentant les Ministres de la santé du SADC, le Directeur exécutif du FNUAP, la Directrice de

Technical Knowledge and Support de l'IPPF représentant le Directeur exécutif et le Secrétaire général du Ministère de la santé publique du Cameroun représentant le Ministre.

31. Un résumé des débats sur le thème de la Table ronde a été présenté ci-dessous.

#### **INTERVENANTS :**

#### ***Vice-ministre de la Santé, Kenya, Dr Wilfred Machape, sur le lien entre les droits et la santé en matière de sexualité et de reproduction et les services de VIH/SIDA au Kenya***

32. L'Honorable Vice-ministre de la Santé a présenté les indicateurs démographiques du Kenya concernant la population totale, les taux de mortalité, la planification familiale (PF) et l'utilisation de produits contraceptifs, et le taux de prévalence du VIH/SIDA. Il a noté que l'usage de produits contraceptifs s'est progressivement accru entre 1978 et 1998 et a ensuite stagné, que le taux de fécondité total avait baissé de 8 à 4,9 en 20 ans, mais connaît à nouveau une hausse. Les facteurs favorables à l'intégration au Kenya concernent : un environnement de politique de soutien avec un accent mis sur les services essentiels de santé durant toutes les étapes du cycle de vie, mais qui ont montré un sexisme à l'égard des femmes. Les structures de rapport sont en place ; la lutte contre le VIH/SIDA est déjà en train d'être menée en tant que volet d'une stratégie de SR ; et les directives de fourniture de services adéquats existent.

33. Concernant les progrès réalisés à ce jour, le Vice-ministre a insisté sur l'intégration importante de la PF et du Counselling et dépistage volontaire ; les soins complets post-viol ; et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Parmi les défis à relever, il a noté ce qui suit : l'insuffisance des ressources, l'acceptabilité et l'appropriation par les fournisseurs de services, les faibles systèmes de santé, y compris l'insuffisance de personnel, la mentalité de projets verticaux profondément ancrée chez les responsables et l'absence de connaissances appropriées sur la Santé de la reproduction (SR) et la Planification familiale (PF).

34. S'agissant des perspectives, le Vice-ministre a indiqué ce qui suit : le service de prévention de la transmission mère-enfant devrait être fourni dans l'ensemble du pays comme un service de soins prénatals de routine ; la création rapide de centres supplémentaires de conseils et dépistage volontaire à intégrer dans les services de SR ; la finalisation des principales études pilotes ; la garantie de la disponibilité de produits de SR et de VIH/SIDA grâce à des allocations budgétaires et la mobilisation des communautés en vue d'accroître la demande de services de SR et de VIH.

35. Au cours des débats qui ont suivi, le Vice-ministre a été félicité d'avoir partagé l'expérience du Kenya dont les autres pays pourraient s'inspirer.

*Ministre de la Santé du Lesotho et Président de la Conférence des Ministres de la SADC, le Dr M. Phooko, sur le Rapport d'audit sur la santé de la reproduction et la mortalité et morbidité y relatives dans la région de la SADC*

36. Le Président de la Conférence des Ministres de la Santé de la SADC, le Dr M. Phooko, ministre de la santé du Lesotho, a fait un exposé sur la stratégie de la santé en matière de sexualité et de reproduction de la SADC. Cette stratégie est documentée par le Rapport d'audit sur la santé de la reproduction liée à la morbidité et à la mortalité. L'Honorable Ministre a commencé par un bref résumé de la situation régionale sur les défis de la santé de reproduction et de la sexualité. S'agissant de la morbidité et de la mortalité maternelles, la région de la SADC a des ratios de mortalité allant de 124 (Afrique du Sud) et 1 300 (Angola) par 100 000 naissances vivantes, sauf pour Maurice dont le ratio est de 45/100 000 naissances vivantes. La plupart des pays ont des taux élevés de première visite prénatale (plus de 90%), mais une couverture de moins de 50% pour les 4 visites prénatales. La couverture du service de prévention de la transmission mère-enfant est faible, en dépit du taux élevé de consultations prénatales, reflétant ainsi l'absence d'intégration des services et les difficultés liées à la prise en charge des services. Les accouchements effectués par un personnel qualifié varient de 42% en Angola à 99% à Maurice.

37. Afin de relever les défis susmentionnés, les ministres de la santé de la SADC ont approuvé la stratégie de la SADC sur la sexualité et la santé de la reproduction qui couvre la période 2006 à 2015. La stratégie identifie les principales questions prioritaires et souligne les stratégies et activités visant à : i) améliorer les services de santé en matière de sexualité et de reproduction qui prendront en charge les causes directes de la mortalité maternelle ; ii) renforcer les systèmes de santé ; iii) fournir un personnel qualifié ; iv) mobiliser des ressources ; v) renforcer l'engagement du gouvernement ; vi) créer des bases de données sur la SR et la sexualité ; vii) développer et harmoniser des politiques et stratégies ; viii) intégrer des services de SR et de sexualité ; ix) mobiliser et impliquer les communautés ; x) renforcer les partenariats ; et xi) créer des forums pour l'échange d'expériences. L'Honorable Ministre a réitéré la nécessité pour la région de renforcer la collaboration avec les parties prenantes dans la mise en oeuvre de la stratégie.

Thoraya Ahmed Obaid, Directeur exécutif de l'UNFPA et Secrétaire général adjoint des Nations Unies sur " Faire de l'intégration de la SR/VIH une réalité : Moment pour le Leadership"

38. Mme Thoraya Obaid s'est sentie très honorée de s'exprimer pour la première fois devant les ministres africains de la santé réunis en tant que groupe. Elle a remercié la Commission de l'Union africaine et le Gouvernement du Mozambique pour l'avoir rendu possible. Elle s'est félicitée de la présence de toutes les autres personnalités. Elle a déclaré que la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction relevait du mandat de l'UNFPA, et que l'accès aux services était un objectif de l'ICPD/PoA (Plan d'action de l'ICPD). Les Etats membres de l'UA et de l'UNFPA sont par conséquent tous engagés à sauver des vies à travers les services de droits et de santé en matière de sexualité et reproduction. Le cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de

reproduction a été une initiative bien accueillie pour laquelle elle a félicité le Président de la Commission de l'UA et la Commissaire aux Affaires sociales.

39. Elle a cité l'ancien Président de la République d'Afrique du Sud, le Dr Nelson Mandela, qui a déclaré que « dénier à une quelconque personne ses droits humains, c'est contester son humanité » ; soulignant que l'accès aux services de santé en matière de sexualité et de reproduction était un droit humain. Elle a indiqué que le Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction était une base de fourniture de services de SR et de sexualité, mais le travail réel était une mise en œuvre du Plan d'action adopté aux niveaux nationaux. Elle a noté qu'il y a eu des difficultés à inclure la mobilisation des ressources nécessaires. Elle a assuré la réunion du soutien de le FNUAP à leurs efforts et a exhorté les autres partenaires au développement à appuyer les efforts des pays africains. Il n'y a pas de temps à perdre.

40. Elle s'est félicitée de l'intégration du VIH dans la santé en matière de sexualité et de reproduction, mais a souligné que n'ayant aucun remède en vue, l'on devrait accorder une attention particulière à la prévention, spécialement chez les jeunes. Elle a conseillé vivement que l'on donne aux jeunes la possibilité de s'occuper de la stratégie de prévention de l'infection à VIH. Elle a déclaré que pour réaliser une Afrique forte, il faut des populations en bonne santé et que l'avancement des femmes est l'avancement de tous. Chaque femme devrait être à l'abri de l'avortement à risque et de la fistule obstétrique grâce à l'accès aux services de protection des femmes. Elle a donné des statistiques alarmantes sur la santé maternelle et infantile et sur la violence sexuelle. Elle a noté qu'environ 50% des femmes enceintes n'avaient pas été assistées par un personnel qualifié au moment de l'accouchement, une question à laquelle il faudrait accorder une attention particulière.

41. Mme Obaid a souligné que maintenant qu'il existe un vaccin contre le papillomavirus humain qui cause le cancer du col de l'utérus, il devrait être accessible à tous. Le FNUAP, l'OMS, l'UNICEF, l'ONUSIDA et les autres partenaires avaient défini des indicateurs pour le suivi des progrès réalisés dans la fourniture de service de santé en matière de sexualité et de reproduction. Elle a également insisté sur la nécessité de renforcer les programmes de santé en matière de sexualité et de reproduction des jeunes. Les dirigeants communautaires, y compris les parlementaires, doivent être sensibilisés sur l'importance des services de santé en matière de sexualité et de reproduction.

Exposé sur le repositionnement de la planification familiale au XXI<sup>ème</sup> Siècle par Directrice, Technical Knowledge and Support – IPPF

42. Dans son exposé, Dr Nono Princess Simelela, Directrice, Technical Knowledge and Support de l'IPPF a mis en exergue les défis que représente actuellement le repositionnement de la planification familiale à savoir, l'inégalité dans l'accès, en particulier des populations vulnérables, la pauvreté et tout ce qui est de plus en plus attendu du secteur de la santé. Cette situation a entraîné de nombreux besoins non satisfaits quant aux interventions en matière de santé, y compris SSR/PF. En effet, les

SSR/PF sont indispensables à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, y compris l'éradication de l'extrême pauvreté.

43. Ainsi, pour repositionner les SSR/PF, il importe de répondre aux besoins non satisfaits (spécialement en produits de santé de la reproduction) ; d'intégrer, d'améliorer les services et de renforcer les systèmes de coordination, de suivi et d'évaluation. Nous devons également répondre aux besoins urgents des populations vulnérables et marginalisées. Qui plus est, nous devons adopter l'approche du cycle de vie pour la planification et l'élaboration de politiques et d'outils, la mobilisation des ressources et la prestation de services de santé pour chaque étape de la vie, dans le cadre d'un partenariat global de « l'Alliance pour la vie ». De cette manière, nous serons sûrs que nos interventions couvrent tous les aspects et répondent à tous les besoins préventifs et thérapeutiques à une étape donnée de la vie (de la naissance à 6 mois, de 6 mois à 5 ans, 6 à 12 ans, 13 à 19 ans, 20 à 35 ans et au-delà de 35 ans). Cette approche peut être considérée comme étant un contact intergénérationnel entre les différentes étapes de la vie afin de garantir la santé et le bien-être des populations et de *«réaliser ainsi une société africaine où chaque enfant est désiré, où toute personne jouit d'une parfaite santé et où les hommes, les femmes et les jeunes vivent exempts du VIH et du SIDA. »*.

44. Au cours du débat, la proposition de se pencher sur les besoins à différentes étapes de la vie a été reconnue ; car ce faisant, les besoins spécifiques de chaque groupe d'âge peuvent être abordés de façon plus efficace.

Exposé sur les Pratiques traditionnelles néfastes aux droits et à la santé en matière de sexualité et de reproduction par le Secrétaire général du Ministère de la santé publique du Cameroun

45. Dans son intervention, au nom du Ministère de la santé publique, le Professeur Angwafo a déclaré que « les pratiques traditionnelles néfastes représentent une menace pour non seulement notre survie mais aussi pour notre développement ». Il a énuméré les divers types de pratiques néfastes qui ont leur source dans nos cultures, traditions et dans les attitudes des hommes et des femmes en matière de sexe, de comportement sexuel et des rôles attribués aux hommes et aux femmes dans la société.

46. Il a lancé un appel pour que « des efforts tous azimuts soient entrepris pour éduquer et légiférer sur les questions de l'égalité entre les hommes et les femmes et de la famille. Il a aussi souligné que ces questions représentent l'une des luttes qu'il faudrait entreprendre sur le plan continental afin de briser les chaînes de ces pratiques traditionnelles néfastes ». Il a alors indiqué qu'il était nécessaire d'associer les diverses parties prenantes, par exemple les chefs et les leaders d'opinion à la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes. Il a, par ailleurs, indiqué que le changement de la mentalité africaine est inhérent à l'accès universel à la santé pour tous les enfants surtout pour les filles et reste un facteur primordial pour notre salut, notre développement et notre survie.

47. Il a enfin proposé l'adoption d'une approche globale sur la recherche opérationnelle tout en lançant un appel pour une collaboration interministérielle et

intersectorielle soutenue en vue de faciliter l'élimination des pratiques traditionnelles néfastes.

48. Au cours du débat, les participants ont félicité le présentateur et ont fait observer qu'il était nécessaire d'éradiquer les pratiques traditionnelles néfastes dans le contexte du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique et du Plan d'action qui est entrain d'être examiné.

## **VI. EXAMEN DU PLAN D'ACTION D'OPÉRATIONNALISATION DU CADRE DIRECTIF CONTINENTAL SUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET LES DROITS Y ASSOCIÉS**

47 Ce thème a été présenté aux ministres de la santé par son Excellence Bience Gawanas, Commissaire aux Affaires sociales auprès de l'Union africaine. Elle a présenté le contexte du Plan d'action en faisant observer qu'il visait l'opérationnalisation du Cadre directif continental sur la santé sexuelle et reproductive et les droits y associés, adopté à Gaborone, Botswana et approuvé par les Chefs d'État et de gouvernement à Khartoum en janvier 2006.

48 Elle a fait observer que le contexte du plan reposait entièrement sur la Santé sexuelle et reproductive telle que définie par la CIPD/PoA de 1994 et adoptait l'approche fondée sur le cycle de vie. Les éléments de la Santé sexuelle et reproductive abordés sont la Santé sexuelle et reproductive des adolescents (ASRH), la Maternité sans risque et les soins au nouveau-né, les soins après avortement; la planification familiale, la prévention et la gestion des infections sexuellement transmissibles, notamment les IST/VIH/Sida, la prévention et la gestion de l'infertilité, la prévention et la gestion des cancers du système reproductif, le traitement des préoccupations éprouvées par les garçons et les filles à l'adolescence et par les hommes et des femmes à la croisée des âges, la santé et le développement, la réduction de la violence fondée sur le sexe, la communication interpersonnelle et l'assistance conseil, ainsi que l'éducation en matière de santé.

49 La Commissaire a également signalé que le Plan d'action a été laissé volontairement général et souple pour permettre son adaptation aux niveaux nationaux. Le Plan prévoit un ensemble d'actions essentielles, sans pour autant définir des limites devant être respectés par les pays, ni exiger que les pays déjà dotés de stratégies aient à reprendre l'exercice. Tous les pays sont plutôt encouragés à examiner leurs plans par rapport au Plan d'action en question, identifiant les lacunes et les points à améliorer.

50 Elle a ensuite décrit sommairement la justification, les stratégies opérationnelles essentielles et les implications sur le plan du coût, faisant notamment noter qu'il faut prévoir un coût total de 16 milliards de dollars des États-Unis pour la période de quatre ans prenant fin en 2010.

51 Eu égard à la population ciblée, la Commissaire a indiqué que puisque la Santé de la reproduction couvre toute la durée de vie d'un individu, de la conception jusqu'au vieil âge, les services y afférant doivent être mis à la disposition de toute personne qui

en a besoin. Une attention particulière sera accordée aux hommes et femmes d'âge reproductif, aux nouveaux-nés, aux jeunes gens, aux populations rurales, mobiles et transfrontières, et autres groupes marginalisés. La Commissaire a ensuite souligné l'action stratégique principale et les indicateurs figurant dans le plan tel que présenté dans la matrice.

52 Au cours des débats qui ont suivi sa présentation, les délégués ont souligné la nécessité d'inclure des indicateurs d'impact et de traiter de la réduction de la pauvreté dans l'introduction. Les questions d'équité, de participation de la population, de culture et de religion ont été également abordées, dans la mesure où elles affectent la santé de la reproduction. Des participants ont proposé d'inclure les hommes et de faire participer les ministres de la Santé à la résolution des conflits. Un bon nombre de commentaires ont été formulés sur les résultats, les actions stratégiques et les indicateurs figurant dans le plan. Ces commentaires touchaient entre autres aux considérations sur la sécurité du sang, la promotion de l'abstinence, la nécessité de commémorer une journée consacrée à la maternité sans risque et aux jeunes, la prestation de services VCT intégrés et la mise en place de comités RHCS aux niveaux national et régional.

53 Le Plan d'action de Maputo sur l'opérationnalisation du Cadre directif sur la Santé sexuelle et reproductive et les droits y associés a été adopté tel que modifié.

## **VII. DISCUSSION DE GROUPE SUR LA VULNÉRABILITÉ ÉLEVÉE DES JEUNES FEMMES ET DES FILLETES AU VIH/Sida**

49. La Discussion de groupe sur la vulnérabilité des jeunes femmes et des fillettes au VIH/Sida était présidée par Professeur Sheila Tlou, ministre botswanais de la Santé et Présidente du Bureau du Conseil des ministres de la Santé de l'UA. Dans son introduction, elle a particulièrement souligné la question de la vulnérabilité des jeunes femmes. Enfin, elle a invité les intervenants à faire leurs présentations.

50. Dr Aida Libombo, vice-ministre mozambicaine de la Santé est intervenue sur le thème de la Féminisation du VIH/Sida, en se penchant plus particulièrement sur la situation prévalant au Mozambique. Elle a indiqué que les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans étaient 2 à 5 fois plus vulnérables au risque d'infection du VIH, ajoutant que parmi les facteurs responsables de ce fait figurent la pauvreté, le statut socio-économique inférieur qui revient aux femmes, le manque d'informations, l'éducation insuffisante, le mariage précoce et les normes sociales relatives aux activités sexuelles hors mariage, le fait de ne pas pouvoir négocier, la commercialisation du sexe, la vulnérabilité aux IST, la violence domestique et sexuelle et le statut de personne déplacée ou de réfugié. Parmi les recommandations qu'elle a proposées pour lutter contre la vulnérabilité élevée des fillettes figurent une stratégie globale de réduction de la pauvreté, visant notamment les groupes vulnérables ; la rationalisation des politiques en matière de genre ; l'accès accru à l'éducation et aux autres opportunités ; le plaidoyer ; la participation des hommes ; la multiplication des services IEC et de VCT ; l'enseignement mutuel ; la mise en œuvre des activités axées sur les jeunes ; le PMTCT ; l'intégration du VIH/Sida dans les systèmes de santé nationaux ; et l'introduction de la recherche dans les stratégies de lutte contre le Sida. .



51. La Commissaire Angela Melo, Rapporteuse Spéciale sur les droits de la femme en Afrique a informé la Conférence des Ministres que le Protocole relatif aux droits de la femme en Afrique est maintenant ratifié par 21 pays. Les pays devraient ensuite l'intégrer dans leurs lois et promouvoir les droits énoncés dans le Protocole. La santé en matière de sexualité et de reproduction est un droit de la femme dont elle doit jouir. Les femmes devraient aussi avoir le droit de choisir et non de faire l'objet d'une discrimination. Un changement de comportement est nécessaire pour réaliser la mise en œuvre du plan d'action. Elle a rappelé aux délégués les principaux aspects de la Déclaration de 1994 du Caire de la Conférence internationale sur la population et le développement et la nécessité de mettre en œuvre ses engagements. Les pays doivent adopter le cadre d'orientation, y compris la législation et formuler des programmes prioritaires.

52. Mme Diakhoumba Gassama de la Direction Genre et Développement de l'UA a fait une présentation intitulée : « Mettre un terme à la grande vulnérabilité des jeunes femmes et des filles à l'infection au VIH et au SIDA : Une campagne continentale de l'UA. » Elle a remercié le gouvernement du Mozambique et ses collègues du Département des Affaires sociales pour lui avoir donné l'occasion de prendre la parole devant la Conférence des Ministres de la santé de l'UA. Elle a ensuite expliqué que le Département axait ses efforts sur les jeunes femmes et les filles étant donné que les taux d'infection à VIH parmi elles étaient six fois plus élevés que celui des jeunes hommes et des garçons, du fait des relations sexuelles précoces et de rapports sexuels avec des personnes plus âgées, notamment les contacts intergénérationnels. Elle a décrit comment, en commençant par une Consultation d'Experts tenue en juillet à Addis-Abeba, la Direction Genre et Développement s'est engagée dans un processus où l'UA et ses partenaires, notamment Population Services International, créeront un mouvement à travers l'Afrique pour prendre en charge la question. Elle a informé la réunion que des projets étaient en cours pour lancer la campagne avant la fin de l'année. Dans son exposé, elle a résumé les présentations de John Berman du PSI et de Adv. Joy Ngozi Eizelo de WACOL, qui n'ont pas pu participer à la réunion. Leurs contributions traitaient de la compréhension de la vulnérabilité des jeunes femmes et des filles ainsi que des interventions visant à mettre un terme aux contacts intergénérationnels et à la violence basée sur le genre.

53. Elle a par ailleurs fait observer que la Session spéciale à Maputo était considérée non seulement comme une occasion d'informer les Ministres sur l'initiative de plaidoyer continentale mais également une grande occasion d'explorer l'interconnexion entre la question d'accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction et la question d'une plus grande vulnérabilité des jeunes femmes et des filles à l'infection au VIH/SIDA en Afrique. Pour terminer, elle a mis l'accent sur le fait que le Cadre d'orientation continental, son Plan d'action et le Protocole sur les Droits des femmes en Afrique lancent un appel aux Ministres de la Santé, aux experts et autres délégués pour qu'ils prennent part au processus d'intégration et contribuent de manière urgente, efficace et opportune à non seulement accélérer le processus de lutte contre le VIH/SIDA mais également à parvenir à l'accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction pour les jeunes femmes et les filles.

54. Au cours du débat, les points clés suivants ont été soulevés :

- Les rapports sexuels entre gens de différentes générations posent un sérieux problème qui doit être étudié sérieusement ;
- Il a été fait appel à l'Organe des Nations Unies chargé des questions relatives aux Jeunes femmes et à l'appui de la Campagne continentale de l'UA pour la lutte contre une grande vulnérabilité des jeunes femmes et des filles au VIH/SIDA.
- Les victimes des mariages précoces ont besoin d'assistance psychologique et matérielle,
- La violence est fortement due à l'ignorance et à la pauvreté. Il serait donc impérieux que les interventions abordent le problème de pauvreté
- Il a été réitéré la nécessité de revoir les pratiques traditionnelles qui réduisent la vulnérabilité des jeunes femmes et des filles
- Des exemples d'étapes alternatives réussies doivent être fournis aux filles qui désirent progresser.
- L'importance des recherches opérationnelles a été soulignée
- Suite au processus de sensibilisation engagé, les jeunes femmes dans certains pays sont devenues assez confiantes pour négocier l'utilisation de préservatifs.
- Il importe de se pencher sur d'autres défis auxquels sont confrontées les jeunes femmes instruites venant de milieux familiaux moyens.

## **IX SEANCE D'INFORMATION SUR L'ORGANISATION DE LA CONFERENCE DE BAMAKO SUR LE H5N1, 28 NOVEMBRE – 1<sup>ER</sup> DECEMBRE 2006**

55. Étant donné qu'il s'agit-là d'une conférence très importante qui connaîtra la participation des ministres de la santé, la CUA a saisi l'occasion de la tenue de la session spéciale pour donner des informations aux ministres. Le représentant du bureau de l'UA-IBAR basé à Nairobi au Kenya a présenté sa note d'information dans laquelle il a décrit le sous-type du H5N1 qui provoque la maladie chez l'homme. Il a indiqué que l'Afrique était très vulnérable à la grippe aviaire. Cinq pays africains avaient déjà enregistré des cas de grippe aviaire avant l'épidémie asiatique, mais ceux-ci étaient de différentes souches. Huit pays africains, notamment l'Égypte et le Nigéria, ont été enregistré 1401 cas jusqu'en fin août 2006, dont 15 cas humains et 6 décès. Le grand risque réside dans la mutation génétique qui peut avoir comme conséquence la transmission humaine. Il a décrit les implications si cela venait à se produire.

56. Certaines caractéristiques cliniques chez les oiseaux qui peuvent faire suspecter la présence du virus de la grippe aviaire. La surveillance épidémiologique est une composante essentielle d'une gamme de mesures de contrôle, notamment le développement d'un vaccin.

57. Une conférence sur la grippe aviaire sera organisée à Bamako au Mali du 6 au 8 décembre 2006, par la Commission de l'UA. Une conférence préparatoire organisée en collaboration avec la communauté internationale a élaboré un plan d'action et une stratégie globaux. Le plan d'action africain est basé sur des principes épidémiologiques. Il s'agit d'un plan d'action de trois ans, couvrant les mesures prises au niveau national,

régional et international ; les 3 secteurs d'intervention incluent la santé animale, la santé humaine et la communication et la coordination. Le principal objectif de la conférence de décembre est de traduire les décisions en action. L'UA a lancé un site Internet intitulé : [www.avianinfluenzaconference4.org](http://www.avianinfluenzaconference4.org).

58. Dans les débats qui ont suivi il a été proposé que l'Afrique élabore un plan consolidé et envoie des messages clairs. Les participants ont exprimé leur soutien à la planification et à la préparation soigneuses pour l'Afrique. Une proposition a été faite pour partager le plan de la SADC avec tous les délégués. Des préoccupations ont été exprimées concernant la mauvaise communication concernant la grippe aviaire. Les participants ont voulu savoir par quel moyen les pays pourraient accéder au Tamiflu, s'il était nécessaire.

## **IX. QUESTIONS DIVERSES**

### **(a) Messages d'appui des partenaires de développement**

#### **(i) M. Francisco Songane, directeur du Partenariat pour la santé infantile, maternelle nouveau-née et néonatale**

59. Dans son intervention, M. Songane a remercié la CUA d'avoir invité le PMNCH à la réunion et a félicité la Commission et les ministres pour avoir produit un très bon document. Il a suggéré qu'il fallait définir les priorités des activités arrêtées dans le plan d'action et concilier ce plan avec les 2 cadres existants, à savoir la feuille de route pour la santé maternelle et néonatale et le cadre africain pour la survie de l'enfant. Il a également noté que la discussion sur l'avortement était sans issue, et s'est dit préoccupé par le fait que le personnel sanitaire était confronté au double fardeau que constituent la réponse à la demande des services et la gestion des conséquences administratives et juridiques pouvant surgir. Il a signalé que parfois, le personnel sanitaire obtient des demandes de certains responsables pour exécuter des avortements, alors que les citoyens ordinaires n'ont pas accès à ces services. Il a donc réclamé le réexamen des politiques existantes dans les pays africains.

#### **(ii) Mme Joy Phumaphi, Directrice générale adjointe de l'OMS**

60. Le directeur général adjoint de l'OMS a remercié l'UA d'avoir organisé la session spéciale avec autant de compétence. Elle a expliqué que le rôle des partenaires de développement est de fournir des outils pour la mise en oeuvre des engagements sous la conduite des politiciens. Elle a précisé que l'ONU avait entamé le processus d'harmonisation des programmes de ses diverses agences, et a recommandé que la Banque mondiale et les organisations de la société civile devraient faire de même sous l'égide de l'ONU. Elle a conclu son propos en réitérant la nécessité de discuter sur les voies et moyens d'apporter l'appui coordonné.

#### **(iii) Mme Fama Ba, directrice chargée des affaires africaines du FNUAP**

61. Le représentant du FNUAP a félicité les États membres d'avoir adopté le plan d'action pour le cadre stratégique continental sur la santé en matière de sexualité et de reproduction (SDSR), et l'UA d'avoir lancé le processus y relatif. Ce processus devrait être immédiatement suivi de la mise en œuvre, car qu'il a des implications sur les vies humaines. Elle a réitéré l'engagement du FNUAP à travailler avec d'autres partenaires de développement et à harmoniser et coordonner leur appui. Elle a noté le lien entre le VIH/sida et la SDSR et a rappelé que le FNUAP travaillerait avec les partenaires de développement pour soutenir l'intégration.

**(iv) M. Tewodros Melesse, directeur régional de l'IPPF pour l'Afrique**

62. Le directeur régional de l'IPPF pour l'Afrique a félicité l'UA et les partenaires de développement d'avoir organisé la session spéciale. Il a remercié les autres partenaires, notamment la Fondation Hewlett, de leur appui. Il a rappelé que c'était le point culminant des activités qui avaient été entreprises pendant plus d'une année. Il a indiqué que les multiples institutions et projets diluaient les efforts nationaux, et recommandé l'harmonisation. Il a conclu son propos en mettant promettant que l'IPPF respecterait les efforts nationaux.

**(v) Dr. Khama Rogo, Représentant de la Banque mondiale, au nom des partenaires de développement**

63. Prenant la parole au nom des partenaires de développement, le représentant de la Banque mondiale a exprimé son appréciation aux organisateurs de cette Session spéciale. Il a conseillé que les points suivants soient pris en compte lors de la finalisation du Plan d'action : le volet «demande» des SDSR ; le partenariat tripartite (secteur public, secteur privé et la communauté) ; ainsi que l'aspect multisectoriel des SDSR et non seulement le Ministère de la Santé. En ce qui concerne la marche à suivre, il a souligné la nécessité d'agir rapidement afin de réaliser les OMD, ainsi que l'urgence à mobiliser des ressources et à présenter des résultats car on enregistre des décès dus à la négligence des travailleurs de la santé démotivés. Meilleure coordination, mobilisation et intégration : ces mots ne doivent plus être que des discours creux, surtout qu'ils ne nécessitent pas beaucoup de ressources. Il faut également accélérer le débours des ressources financières. Il a conclu son intervention en réitérant l'appui de la Banque mondiale.

**(b) INTERVENTIONS DES ÉTATS MEMBRES**

**(i) Le Ministre de la Santé du Libéria**

64. Le Ministre de la Santé du Libéria a d'emblée remercié l'AU pour l'organisation de cette conférence et a recommandé des discussions au niveau national, qui impliqueraient d'autres ministères ainsi que le parlement, sur les SDSR. Il a expliqué que cette question concerne la politique aussi bien que la culture. Il a demandé qu'une autre session spéciale soit organisée, qui verrait la participation des administrations locales, portant ainsi la question au plus haut échelon.

**(ii) Le Ministre de la Santé de Maurice**

65. Le Ministre de la Santé de Maurice a appuyé la proposition émise par son homologue du Libéria, et a mis l'accent sur la responsabilité des deux parents, qui commence même avant la naissance de l'enfant. Il a demandé que soient ouvertement dénoncées les pratiques traditionnelles néfastes : cette question est obnubilée par peur de perdre le pouvoir politique. En guise de conclusion, il a exhorté les participants à rejeter les pratiques néfastes et à en promouvoir les bonnes.

**(iii) Le Ministre de la Santé de l'Afrique du Sud**

66. Le Ministre de la Santé de l'Afrique du Sud a axé son intervention sur la conférence de la Fédération internationale du diabète, qui aura lieu en Afrique du Sud du 3 au 7 décembre 2006. La mission de la fédération, a-t-elle expliqué, est de prévenir le diabète, une maladie commune qui tue insidieusement. Une session spéciale y sera consacrée à l'Afrique. Les participants partageront leurs connaissances et contribueront ainsi à la formulation de la Déclaration. Elle a invité les États membres à participer à cette conférence.

**(iv) Le Ministre de la Santé du Lesotho**

67. Le Ministre de la Santé du Lesotho a pris la parole au nom des ministres de la Santé de la SADC, qui s'étaient récemment réunis pour discuter de l'extrême résistance de la tuberculose aux antibiotiques dans la région (ERTB). Ils ont partagé leurs expériences et fait état des défis que représente cette résistance, en Afrique du Sud et très probablement dans d'autres pays de la SADC. Ces défis se résument ainsi : l'absence de nouveaux antibiotiques au cours des dernières décennies ; la résistance aux antibiotiques des 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> lignes peut entraîner le recours aux anciens médicaments, avec davantage d'effets secondaires ; le problème est de nature transfrontalière et devrait être traité dans ce sens. Le Ministre a recommandé une plus grande surveillance, un meilleur contrôle des infections, le partage de connaissances et des expériences, la collaboration avec les sociétés pharmaceutiques pour développer de nouveaux antibiotiques. Il a aussi demandé que les experts sur la tuberculose se réunissent d'urgence avant la fin de l'année, et a exhorté les États membres à participer à la réunion de l'OMS sur la tuberculose.

**(c) BRIEFING SUR LA 3<sup>ÈME</sup> SESSION DE LA CONFÉRENCE DES  
MINISTRES DE LA SANTÉ DE L'UNION AFRICAINE PAR LA  
COMMISSAIRE DE L'UNION AFRICAINE AUX AFFAIRES  
SOCIALES**

68. La Commissaire de l'Union africaine aux Affaires sociales a rappelé la décision prise par les Ministres de la Santé en 2005 à l'effet que la Session de 2007 se concentre sur le thème « Le renforcement des systèmes de santé pour l'équité et le développement ». Elle a informé que la Session aurait lieu en Afrique du Sud, du 9 au 13 avril 2007, précédant la Conférence mondiale sur la Santé. Les discussions porteront, entre autres, sur un Plan de développement pour la santé en Afrique, l'accès aux services de santé dont la protection sociale, de nouveaux problèmes en matière de

santé qui ont été négligés, tels que les maladies non transmissibles et transmissibles, à savoir, la polio et le paludisme respectivement. À cet égard, le Bureau de la Conférence des Ministres de la Santé et les autres États membres seraient appelés à apporter leur contribution.

69. La Commissaire s'est excusée de ne pouvoir procéder au lancement du Rapport 2006 sur l'État de la population en Afrique, comme prévu : les traductions dans toutes les langues officielles de l'UA n'étaient pas prêtes.

## **X. PRÉSENTATION DU RAPPORT DE LA RÉUNION DES EXPERTS**

70. Ce point à l'ordre du jour a été présenté par Madame K. Mompoti du Botswana, qui a présidé la réunion des experts. Elle a fait un résumé systématique des travaux, commençant par la cérémonie d'ouverture, les questions de procédure, les papiers présentés, les discussions de groupe, ainsi que le processus qui a abouti à l'examen du Plan d'action, à sa recommandation aux Ministres, pour qu'ils l'étudient et en prennent note.

## **XI. CLÔTURE**

71. La cérémonie de clôture a été présidée par M. Wilfred Machape, le Vice ministre de la Santé du Kenya et 1<sup>er</sup> Vice président de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine. Il a invité les participants à regagner leur siège pour la cérémonie de clôture et les intervenants à présenter leur allocution.

Allocution de clôture par le Ministre de la Santé du Mozambique, M. Paulo Ivo Garrido

72. Le Ministre de la Santé du Mozambique a félicité ses homologues les ministres de la Santé pour la décision adoptée en octobre 2005 d'organiser la Session spéciale sur le thème « Accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique » Il a remercié tous les délégués qui ont convergé à Maputo pour cette Session spéciale et pour leur contribution au succès de cette réunion. En guise de conclusion, il a remercié l'assistance d'avoir honoré le Mozambique en acceptant son offre d'abriter cet événement. Il a également remercié les délégués de leur présence et leur participation active.

### **Remarques de clôture de la Présidente de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine, Madame Sheila Tlou, Ministre de la Santé du Botswana**

73. Félicitant les Ministres pour une réunion fructueuse, Ministre Tlou a rappelé que le processus d'organiser cette Session spéciale avait été initié à Gaborone, au Botswana, en octobre 2005, lors de la 2<sup>ème</sup> Session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine. Elle a expliqué que l'objectif du Plan d'action qui avait été adopté consistait à aider les États membres à promouvoir les droits et la santé de leurs communautés respectives en matière de sexualité et de reproduction. Elle a souligné que l'avortement ne devrait pas être une méthode de planification familiale. Madame Tlou a en outre mis l'accent sur la nécessité d'un instrument juridique minutieusement élaboré pour promouvoir le droit de la femme à la santé. Pour conclure, elle a demandé

aux États membres de s'assurer que, d'ici à la prochaine Session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine (prévue en Afrique du Sud en avril 2006), des améliorations visibles auront été réalisées dans les SDSR.

Motion de remerciements par le ministre de la santé de la République arabe sahraouie et le rapporteur de la conférence des ministres africains de la santé.

74. Au nom de ses homologues, le vice-ministre de la République arabe sahraouie a exprimé sa gratitude au Mozambique pour avoir accueilli la session spéciale et pour l'hospitalité accordée aux délégués. Il a rappelé que les participants avaient travaillé dur pendant cinq jours dans d'excellentes conditions pour faire des recommandations qui ont été incluses dans le plan d'action. Il a remercié le secrétariat, les interprètes et le personnel d'appui de leur contribution. Il a alors félicité le gouvernement de la Mozambique pour sa contribution à la lutte contre la ségrégation et son leadership dans la promotion du développement en Afrique. En conclusion, il a remercié le président, le Premier ministre et le ministre de la santé de la Mozambique d'avoir réservé un excellent accueil à la session spéciale.

75. Après la motion de remerciements, le vice-ministre de la santé du Kenya a déclaré la session spéciale sur la SRHR close.

**EX.CL/316 (X)**  
**Annexe 2**

**Plan d'action de Maputo  
pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental  
pour la promotion des droits et de la santé en matière  
de sexualité et de reproduction en Afrique**



**AFRICAN UNION**

**الاتحاد الأفريقي**



**UNION AFRICAINE**

**UNIÃO AFRICANA**

---

Addis Ababa, ETHIOPIA P.O. Box 3243 Tel: 251-115 517 700 Fax: 251-11-5 517844  
Website : [www.africa-union.org](http://www.africa-union.org)

---

**SESSION SPÉCIALE DE LA CONFÉRENCE DES MINISTRES  
DE LA SANTÉ DE L'UNION AFRICAINE  
MAPUTO, MOZAMBIQUE  
18 – 22 SEPTEMBRE 2006**

**Sp/Min/CAMH/5(I)**

Thème : « ***Accès universel aux services intégrés de santé en matière  
de sexualité et de reproduction en Afrique*** »

**Plan d'action de Maputo  
pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental  
pour la promotion des droits et de la santé en matière  
de sexualité et de reproduction en Afrique  
2007-2010**

## INTRODUCTION

1. Reconnaissant que les pays africains risquent de ne pas atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) s'ils n'améliorent pas de manière significative l'état de santé de leurs populations en matière de sexualité et de reproduction, qui est essentiel pour la réalisation de l'OMD 1 à savoir la réduction de la pauvreté, la deuxième session ordinaire de la Conférence des ministres africains de la Santé, réunie à Gaborone, au Botswana, en octobre 2005, a adopté le Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique, qui a été entérinée par le Sommet des chefs d'Etat de l'Union africaine en janvier 2006.

2. Le Cadre d'orientation continental traite des problèmes de santé de la reproduction auxquels l'Afrique est confrontée. Il appelle également au renforcement de la composante du secteur de la santé en augmentant l'allocation des ressources à la santé, afin d'améliorer l'accès aux services. Il préconise en outre l'intégration de la dimension genre dans les programmes de développement socioéconomique ainsi que la sécurité des produits de santé de la reproduction. Par ailleurs, les ministres de la santé de l'Union africaine ont recommandé que les SDRS doivent compter parmi les six premières priorités du secteur de la santé. En harmonie avec la recommandation ministérielle, les conclusions du Sommet mondial qui s'était tenu en septembre 2005 à New York avaient réitéré la nécessité de réaliser l'accès universel aux services, y compris l'accès aux services de santé en matière de reproduction.

3. Les ministres de la santé de l'Union africaine ont par ailleurs convoqué une session spéciale de leur conférence pour discuter des questions relatives à l'amélioration de la santé en matière de sexualité et de reproduction, et de la nécessité d'élaborer un Plan d'action (PA) concret, assorti de coûts pour la mise en œuvre du Cadre. Cette décision a été entérinée par le Sommet des chefs d'Etat et de gouvernement à Khartoum, au Soudan, en janvier 2006.

4. La Déclaration de Gaborone sur la feuille de route vers l'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge souligne, entre autres, la nécessité de mettre en place un système intégré de prestation de soins de santé basé sur un paquet essentiel de soins de santé, et l'élaboration d'un plan de développement de la santé assorti de coûts.

5. Le Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de santé en matière de sexualité et de reproduction vise à amener le continent vers l'objectif de l'accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique d'ici à 2015. Il s'agit d'un plan à court terme pour la période allant jusqu'à 2010 basée sur neuf (9) domaines d'activités à savoir l'intégration des services de santé en matière de sexualité et de reproduction (SDSR) dans les soins de santé primaire (SSP), la réorientation de la planification familiale, les services en faveur des jeunes, l'avortement dans des mauvaises conditions d'hygiène, l'accouchement sans risque, la mobilisation des ressources, la sécurité des produits de santé, le suivi et l'évaluation. Le Plan, dans son contexte entier, est centré sur les SSR tel que préconisé dans le Plan d'action de 1994

de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui contient l'approche du cycle de vie. Ces éléments de la SDSR comportent la santé en matière de sexualité et de reproduction pour les adolescents, l'accouchement sans risque et les soins au nouveau-né, les soins de l'avortement<sup>1</sup>, la planification familiale, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles notamment IST/VIH/SIDA, la prévention et la gestion de la stérilité, la prévention et le traitement des cancers de l'appareil reproductif, la préoccupation concernant la vie des garçons, des filles, des hommes et des femmes, la santé des femmes et le développement, y compris la réduction de la violence liée à l'égalité entre les hommes et les femmes, la communication entre personnes et les services d'orientation et l'éducation sanitaire.

6. Le Plan s'inspire des meilleures pratiques et des interventions efficaces, et préconise des solutions à la vulnérabilité sous toutes ces formes, de l'inégalité entre hommes et femmes de la vie des communautés rurales et des jeunes des groupes spécifiques vulnérables tels que les personnes déplacées, les migrants et les réfugiés. Il reconnaît la nécessité de créer un environnement propice, de faire participer la communauté et les femmes ainsi que le rôle des hommes.

7. Tout en reconnaissant la nécessité d'accorder la priorité à la SDSR, le Plan indique que ce domaine doit être basé sur un système efficace de santé, doté de ressources financières et humaines suffisantes sans lesquelles les interventions de la SDSR ne seraient aboutir à moins de résoudre la crise. Il importe par conséquent de mobiliser les ressources nationales pour soutenir les programmes de santé, y compris le respect de l'engagement d'Abuja de 2001 d'augmenter à au moins 15% du budget national, l'allocation des ressources aux secteurs de la santé.

8. Tout en reconnaissant les circonstances spécifiques à chaque pays, le Plan est essentiellement élargi et flexible pour s'adapter aux cas de chaque pays. Il préconise un certain nombre d'actions principales mais ne limite pas les pays et ne demandent pas aux pays ayant déjà des stratégies de recommencer de nouveau. En revanche, il encourage tous les pays à réviser leurs plans sur la base du Plan d'action afin d'identifier les lacunes et les domaines qui méritent d'être améliorés. Dans le même temps, le Plan, tout en se concentrant sur l'action des pays, traite d'un ensemble de rôle dans les huit domaines d'activités de l'Union africaine, des communautés économiques régionales et des partenaires continentaux et internationaux. Il évoque également le rôle de la société civile et du secteur privé dans le cadre des programmes nationaux. Le Plan met en exergue les indicateurs de suivi des progrès à ces différents niveaux.

9. En dehors du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction, le Plan traite également de la Déclaration de Gaborone sur la Feuille de route pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins, de l'engagement de Brazzaville sur l'accélération de l'accès universel et de l'appel d'Abuja pour une action accélérée en faveur de l'accès universel aux services de lutte contre IST/VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme en Afrique.

<sup>1</sup> L'avortement tel que décrit au paragraphe 8.25 du Plan d'action de la CIPD comporte la prévention contre l'avortement, la gestion des conséquences de l'avortement et l'avortement sans risque là où la loi ne l'interdit pas.

## RAISON D'ETRE DU PLAN D'ACTION

10. Les conditions de santé de la reproduction ravagent le continent africain : 25 millions d'Africains infectés par le virus VIH ; 12 millions d'orphelins du SIDA ; 2 millions de décès pour cause de SIDA chaque année, les femmes sont de plus en plus affectées du fait de la féminisation de l'épidémie : 1 million de décès maternels et néonataux chaque année ; une femme africaine a 1 chance sur 16 de mourir en couches ; le taux élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale avec une croissance démographique rapide souvent supérieur à la croissance économique et la croissance des services sociaux de base (éducation et santé, ce qui contribue au cercle vicieux de la pauvreté et aux conditions de santé précaires. La réalisation de l'OMD 1 à savoir la réduction de la pauvreté et la prestation de services SDSR se renforcent mutuellement.

11. Aujourd'hui, moins d'un tiers des Africains ont accès aux services de santé en matière de reproduction. Selon les tendances actuelles et si les conditions ne changent pas, l'Afrique n'atteindra pas l'accès universel des services de santé de la reproduction. Le défi étant de taille, nous devons redoubler nos efforts et accélérer les programmes visant à accélérer le processus d'accès et à réaliser, d'ici à 2015, l'objectif de l'accès aux services de santé de la reproduction.

12. L'Engagement pris à Brazzaville, en mars 2006, de passer à l'accès universel reconnaît, entre autres :

- i. l'importance de la construction d'infrastructures durables et du renforcement des systèmes et des capacités à tous les niveaux du système de soins de santé pour une lutte exceptionnelle contre IST/VIH/SIDA ;
- ii. que les médicaments et autres produits de base sont des droits humains et devraient être disponibles et accessibles à toute personne qui en a besoin en Afrique.

13. L'Appel d'Abuja pour une action rapide vers l'accès universel aux services de lutte contre IST/VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme en Afrique invite aussi au renforcement des systèmes de santé et à la promotion de l'intégration des services de lutte contre IST/VIH/SIDA dans les soins de santé primaires. Cet Appel a été réitéré à la session spéciale de l'Assemblée générale sur IST/VIH/SIDA tenue en 2006.

14. Tout ce qui précède est conforme au consensus réalisé lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue il y a de cela une décennie, et rappelle l'urgente nécessité de redoubler d'efforts pour assurer l'accès universel à la SDSR.

15. Le projet de Plan d'action tient compte de la pénurie grandissante de personnel de soins de santé et des menaces à la production et à la disponibilité des médicaments génériques. Par conséquent, une section entière est consacrée au renforcement des capacités et une autre à la question de la disponibilité des produits.

## BUT PRIMORDIAL

16. L'objectif ultime de ce Plan d'action de Maputo est d'amener les gouvernements africains, la société civile, le secteur privé et tous les partenaires au développement du continent à unir leurs forces et redoubler d'efforts afin d'assurer ensemble la mise en œuvre effective de la politique continentale en réalisant l'accès universel à la santé en matière de sexualité et de reproduction d'ici à 2015 dans tous les pays africains.

17. La mise en œuvre du Cadre de politique en matière de santé sexuelle et génésique se fera à travers les stratégies essentielles suivantes :

- i. Intégrer les programmes et services SDSR et de lutte contre IST/VIH/SIDA et IST, y compris les cancers de l'appareil reproductif afin de maximiser l'efficacité de l'utilisation des ressources et réaliser la synergie complémentaire des deux stratégies ;
- ii. Repositionner la planification familiale comme volet essentiel pour atteindre les OMD dans le domaine de la santé ;
- iii. Œuvrer à la satisfaction des besoins en santé sexuelle et génésique des adolescents et des jeunes et en faire un volet essentiel de la santé sexuelle et génésique ;
- iv. Lutter contre l'avortement à risque ;
- v. Offrir des services de qualité à des coûts abordables afin de promouvoir la maternité sans risque, la survie de l'enfant et la santé maternelle, infantile et juvénile ;
- vi. Renforcer la coopération africaine Sud-Sud en vue de la réalisation des objectifs de la CIPD et les OMD en Afrique.

18. Le Plan d'action comprend des questions transversales telles que :

- L'accroissement des ressources nationales sur la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction ;
- L'inclusion des hommes en tant que partenaires essentiels aux programmes SDSR ;
- L'adoption d'une approche multisectorielle de la SDSR ;
- La promotion de l'implication et de la participation des communautés ;
- Le renforcement de la sécurité des produits de santé de la reproduction, avec un accent particulier sur la planification familiale, les services d'orientation et les soins obstétriques d'urgence ;

- L'instauration de la recherche opérationnelle pour une action basée sur des résultats et la mise en place d'outils efficaces de suivi pour évaluer constamment les progrès réalisés dans la mise en œuvre du présent Plan d'action ;
- L'intégration de la nutrition dans les services SDSR et de la lutte contre IST/VIH/SIDA en particulier pour les femmes enceintes et les enfants en incluant la nutrition dans les programmes scolaires, l'institutionnalisation de l'enrichissement des aliments ;
- La participation des familles et des communautés ;
- La participation des ministères de la santé dans le règlement des conflits,
- L'équité dans la prestation de services dans les zones rurales et les zones urbaines.

19. Les estimations faites dans le présent Plan d'action représentent les besoins globaux pour la prestation de services de SDSR de qualité et à des coûts abordables sur le continent pendant la période de quatre ans allant de 2007 à 2010. Ce Plan d'action sera essentiellement financé par les ressources nationales et le reste devra être mobilisé.

### **GROUPES CIBLES PRIORITAIRES**

20. La santé en matière de reproduction englobe toute l'espérance de vie d'un individu, depuis la conception jusqu'à l'âge avancée et en tant que tel, les services SDSR doivent être fournis à tout ce qui on besoin. La priorité sera accordée aux hommes et aux femmes en âge de procréer, aux nouveau-nés, aux jeunes, à la communauté rurale, à la population mobile et aux populations à travers les frontières, aux personnes déplacées et aux autres groupes marginalisés.

### **RESULTATS ESCOMPTEES**

21. Ce programme d'action offrira aux pays un cadre dont ils pourront s'inspirer. L'élaboration de nouvelles stratégies ne sera plus nécessaire ; il s'agira tout simplement d'intégrer des éléments de cette stratégie dans celles déjà existantes.

### **EVALUATION DES COUTS DU PLAN D'ACTION**

22. Des estimations préliminaires ont été faites pour les coûts directs de prestation des services requis pour évoluer progressivement vers l'accès universel aux services de santé en matière de sexualité et de reproduction d'ici à l'an 2015 (à savoir la planification familiale, la maternité sans risque, la santé du nouveau-né et les interventions de lutte contre les infections sexuellement transmissibles). 3,5 milliards de \$EU sont requis pour les services de santé en matière de sexualité et de

reproduction pour l'Afrique en 2007 et un montant total de 16 milliards de \$EU jusqu'en 2010.

23. La révision et la mise à jour des estimations préliminaires, en y incorporant les résultats des statistiques nationales sont nécessaires (voir annexe). Il s'agit de résultats provisoires qui dépendent des détails contenus dans l'annexe. Ces résultats révèlent également que les économies réalisées sur les autres interventions en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, sont de loin supérieur à la croissance négligeable dans les dépenses au titre de la prévalence de la planification familiale.

24. Ces estimations doivent être révisées et plus tard mises à jour sur la base de l'expérience acquise dans la mise en œuvre des programmes. Toutefois, le plus important est que les plans nationaux contiennent des définitions détaillées des interventions appropriées pour répondre aux besoins nationaux en services de santé en matière de sexualité et de reproduction, et que les investissements reflètent et renforcent les capacités nationales pour leur mise en œuvre et leur suivi.

25. Toutefois, il convient d'adhérer aux principes de l'analyse en cours, en faisant en sorte que les plans visent à réaliser, d'ici à 2015, l'accès universel aux services de santé de la reproduction. Il est nécessaire d'accroître l'investissement et l'action en vue d'augmenter les ressources humaines pour la santé ; ces plans et estimations prévoient les ressources pour le renforcement du système de santé y compris les allocations de fonds pour financer le suivi, la supervision, les fonctions de santé publique, l'action de la communauté et autres fonctions d'appui nécessaires pour lesquels les ressources additionnelles seront nécessaires pour financer les éléments qui ne sont pas prévus (investissements de capitaux) pour les secteurs autres que la santé qui soutiennent et aident à la réalisation des objectifs relatifs à la santé, y compris les objectifs du millénaire pour le développement. Les estimations actuelles sont à titre indicatif pour ce qui est des efforts requis et doivent permettre de mobiliser la réaction appropriée des gouvernements, des bailleurs de fonds, de la société civile et du secteur privé.

**Estimations des coûts pour la mise en œuvre pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique  
2007–2010**

Résultats	Actions stratégiques	Indicateurs de suivi des progrès
1. Les services SSR et de lutte contre le VIH, les IST, le paludisme sont intégrés dans les soins de santé primaires		
1.1 <i>Plaidoyer/politiques</i>	<b>1.1.1a Intégrer la SDSR et la lutte contre IST/VIH/SIDA et le paludisme dans les principaux documents d'orientation et les plans nationaux en matière de santé.</b>	1.1.1b Nombre de pays ayant des documents d'orientation et des plans nationaux intégrés sur les SSR, la lutte contre IST/VIH/SIDA et le paludisme.
	<b>1.1.2a Mettre au point des politiques et des cadres juridiques pour la lutte contre IST/VIH/SIDA en appui à la prévention appropriée et intégrée IST/VIH/SIDA et paludisme, aux options de soins et de traitement pour inclure les femmes enceintes, les mères, les enfants, les familles et les personnes vivants avec le VIH et le SIDA.</b>	<b>1.1.2b Nombre de pays ayant mis en place des politiques et des cadres juridiques pour garantir l'accès aux options de soins et de traitement intégrés du VIH/SIDA/IST et du paludisme, pour les femmes enceintes, les mères, les enfants, les familles et les personnes vivant avec les VIH et le SIDA.</b>
	<b>1.1.3a Mettre au point et/ou mettre en œuvre des stratégies incluant les communautés pour traiter de la violence basée sur le genre, les mariages précoces et les pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations génitales féminines (MGF) en collaboration avec les autres parties prenantes</b>	1.1.3bi Nombre de pays ayant mis au point et mettant en œuvre des stratégies qui traitent de la violence basée sur le genre.  1.1.3bii Législations en place sur la violence basée sur le genre.



Résultats	Actions stratégiques	Indicateurs de suivi des progrès
	<b>1.1.4a Entreprendre la recherche, mettre au point et/ou mettre en œuvre des stratégies pour traiter des mariages précoces et des pratiques traditionnelles néfastes (PTN) telles que les mutilations génitales féminines (MGF).</b>	1.1.4b Nombre de pays ayant des programmes traitant des PTN.
	<b>1.1.5a Incorporer la gestion de la violence basée sur le genre dans les programmes de formation des agents de santé et des prestataires de services juridiques.</b>	<b>1.1.5b Nombre de pays ayant des programmes contenant des composantes relatives à la violence basée sur le genre.</b>
	<b>1.1.6a Formuler des politiques susceptibles de garantir l'accès aux préservatifs en particulier aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA.</b>	<b>1.1.6b Nombre de pays ayant des politiques qui garantissent l'accès aux préservatifs en particulier aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA.</b>
	<b>1.1.7a Formuler des politiques susceptibles de promouvoir la participation de la société civile et du secteur privé à la prestation de services SDRS dans le cadre des programmes nationaux.</b>	<b>1.1.7b Nombre de pays ayant et mettant en œuvre des politiques sur le partenariat secteur public et secteur privé relatifs aux SDRS.</b>
	<b>1.1.8a Encourager les efforts multisectoriels en vue de créer un environnement favorable à la promotion des politiques et programmes nationaux SDRS.</b>	<b>1.1.8b Pays ayant des plans multisectoriels en appui à la SDRS.</b>
	<b>1.1.9a Mettre au point et mettre en œuvre des stratégies susceptibles de réduire les pratiques traditionnelles néfastes.</b>	<b>1.1.9b Nombre de pays ayant des programmes et des politiques traitant les pratiques traditionnelles néfastes.</b>
<i>1.2 Renforcement des capacités</i>	<b>1.2.1a Mener des évaluations détaillées sur les systèmes de prestation de services de soins de santé afin d'évaluer les besoins en gestion de l'infrastructure et en ressources pour l'intégration effective des services de SDRS et de lutte contre VIH/SIDA/IST.</b>	1.2.1b Nombre de PPS fournissant des services intégrés de la SDRS et de lutte contre IST/VIH/SIDA.
	<b>1.2.2a Réviser les programmes de formation des prestataires de services pour incorporer l'intégration des services SDRS aux services de lutte contre IST/VIH/SIDA et de nutrition.</b>	1.2.2b Nombre d'institutions de formation ayant intégré dans leurs programmes les services SDRS, de lutte contre IST/VIH/SIDA et la nutrition.

Résultats	Actions stratégiques	Indicateurs de suivi des progrès
	<b>1.2.3a Assurer la formation avant et en cours d'emploi aux prestataires de services de santé pour les services intégrés SDR et de lutte contre IST/VIH/SIDA et le paludisme.</b>	1.2.3b. Nombre de prestataires de services ayant reçu une formation en SDR et en services de lutte contre IST/VIH/SIDA et le paludisme.
	<b>1.2.4a Réviser la structure et réorganiser la prestation de services en vue de prestation efficace de services intégrés.</b>	1.2.4b Nombre de programmes d'ajustement structurel (PAS) fournissant des services intégrés.
	<b>1.2.5a Elaborer un plan de ressources humaines pour la formation de différents cadres pour les absorber localement : déploiement, utilisation et maintien en fonction du personnel de santé à tous les niveaux.</b>	1.2.5b Proportion d'agents de santé par population.
1.3 Services	<b>1.3.1a Garantir l'accès à la prise en charge psychosociologique et au dépistage de routine du VIH et des IST, à la planification familiale et aux services de soins de santé de la mère, du nouveau-né et des cancers de l'appareil reproductif.</b>	<b>1.3.1b Pourcentage des PPS offrant des services de routine de prise en charge psychosociologique et de dépistage, de planification familiale, de soins de santé de la mère, du nouveau-né et du traitement des cancers de l'appareil reproductif.</b>
	<b>1.3.2a Intégrer la prévention, la gestion et le traitement complets du VIH/IST dans le paquet de services de SDR, y compris la double protection.</b>	<b>1.3.2b Pourcentage des PPS offrant des services intégrés de prévention, de gestion et de traitement du VIH.</b>
	<b>1.3.3a Garantir l'accès aux services de lutte contre la violence basée sur le genre, y compris la gestion de l'abus sexuel, la contraception d'urgence et la prophylaxie après l'exposition au VIH et le traitement des IST de manière intégrée et coordonnée.</b>	1.3.3b Pourcentage des PPS offrant des services de lutte contre les IST, d'entretien de motivation et d'éducation et de conseil pour les victimes de la violence basée sur le genre.
	<b>1.3.4a Garantir l'intégration des services de prévention et de traitement de la stérilité.</b>	1.3.4a Prévalence de la stérilité.
	<b>1.3.5a Fournir l'information appropriée sur la prestation de services intégrés de SDR et de lutte contre IST/VIH/SIDA.</b>	<b>1.3.5b Disponibilité généralisée d'informations appropriées sur la prestation de services intégrés de la SDR et de lutte contre IST/VIH/SIDA.</b>
	<b>1.3.6a Fournir des services qui répondent aux besoins en SDR de toutes les personnes, y compris les groupes vulnérables et les populations mobiles en particulier les femmes migrantes, les personnes</b>	<b>1.3.6b Services intégrés de la SDR aux groupes cibles.</b>

Résultats	Actions stratégiques	Indicateurs de suivi des progrès
	déplacées et les personnes en situations de conflit.	
	1.3.7a Elaborer et mettre en œuvre des programmes qui garantissent le partenariat, l'appui et la participation des hommes aux services SDSR.	1.3.7b Pourcentage d'hommes ayant des attitudes favorables vis-à-vis des SDSR (planification familiale, accouchements assistés).
	1.3.8a Fournir des services de dépistage et de traitement du cancer de l'appareil reproductif.	1.3.8b Proportion de lieux de prestation de services offrant des services de dépistage et de traitement des cancers de l'appareil reproductif pour hommes et femmes.
	1.3.9a Fournir des services du traitement des problèmes de santé à l'âge adulte aussi bien des femmes que des hommes, de la ménopause et de l'andropause.	1.3.9b Proportion de lieux de prestation de services offrant le traitement des problèmes de santé à l'âge adulte pour hommes et femmes.
	1.3.10a Intégrer les programmes d'éducation, de nutrition et de supplémentation des aliments à la formation et aux services SDSR et de lutte contre les IST/VIH/SIDA.	1.3.10bi Taux de prévalence des insuffisances pondérales par tranches d'âge.  1.3.10bii Prévalence d'anémie pendant la grossesse.
	1.3.11a Mettre au point et mettre en œuvre des stratégies pour assurer la sécurité sanguine.	1.3.11b Nombre de lieux de prestation de services ayant dotés de facilités d'analyse du sang.
2. Services SDSR et de lutte contre IST/VIH/SIDA aux communautés, renforcés.	2.1.1a Renforcer les capacités des structures communautaires et des réseaux d'orientation pour garantir la gamme complète des services SDSR et de lutte contre IST/VIH/SIDA dans les lieux de prestation de services.  2.1.2a Renforcer les capacités de toutes les catégories de prestataires de services de SDSR (notamment les infirmiers, les accoucheuses traditionnelles, les distributeurs de préservatifs etc.) en vue de l'intégration efficace d'une prestation de services de SDSR et de lutte contre IST/VIH/SIDA.	2.1.1b Statistiques sur les ressources humaines.  2.1.2b Nombre de pays assurant la prestation de services intégrés SDSR et de lutte contre IST/VIH/SIDA.

Résultats	Actions stratégiques	Indicateurs de suivi des progrès
	<b>2.1.3a Renforcer les capacités des communautés et les habiliter à établir des partenariats judicieux dans les lieux de prestation de services de SDSR, afin d'améliorer la lutte contre IST/VIH/SIDA au niveau communautaire.</b>	<b>2.1.3b Nombre de lieux de prestation de services en partenariat avec les communautés.</b>
	<b>2.1.4a Mettre au point et mettre en œuvre des stratégies pour la communication sur le changement de comportement aux fins de mobilisation et d'éducation de la communauté sur la promotion et l'utilisation des services intégrés de nutrition, de SDSR et de lutte contre IST/VIH/SIDA et le paludisme.</b>	<b>2.1.4bi Nombre de pays ayant mis en point une stratégie intégrée de communications en matière de changement de comportement.</b>  <b>2.1.4bii Pourcentage de connaissances en SSR et en services de nutrition et de lutte contre IST/VIH/SIDA et le paludisme.</b>
3. La planification familiale est repositionnée comme stratégie essentielle pour réaliser les OMD		
<b>3.1 Plaidoyer/ politiques</b>	<p>3.1.1a Mobiliser la volonté politique et le leadership en vue de la prestation de services de qualité en matière de planification familiale.</p> <p>3.1.2a Formuler et/ou mettre en œuvre des politiques/législations qui tiennent compte du genre et de la culture pour garantir l'accès universel aux services de planification familiale de qualité.</p>	<p><b>3.1.1b Proportion du budget de la SSR alloué à la planification familiale.</b></p> <p><b>3.1.2b Nombre de législations, de protocoles et de plans directeurs favorables à la planification familiale.</b></p>
3.2 Mobilisation sociale	<p>3.2.1a Formuler ou mettre en œuvre des structures et des systèmes pour accroître à la planification familiale.</p> <p>3.2.2a Former les fournisseurs de soins de santé pour la prestation de services intégrés de planification familiale.</p>	<p>3.2.1bi Pays ayant des structures fonctionnels pour la prestation des services de planification familiale.</p> <p>3.2.1bii Proportion de prestataires de services formés en planification familiale.</p>
<b>3.3 Prestation de services</b>	3.3.1a Mettre en place des mécanismes d'information appropriée, qui tiennent compte du genre et de la culture en vue de renforcer les connaissances en planification familiale des populations cibles.	<b>3.3.1b Niveau de connaissances en planification familiale des hommes et des femmes.</b>

Résultats	Actions stratégiques	Indicateurs de suivi des progrès
	<b>3.3.2a Mettre en place des systèmes pour accroître les services de planification familiale, y compris la distribution à la communauté et autres modèles de prestation de services.</b>	<b>3.3.2b Proportion de lieux de prestation de services offrant une gamme de service de planification familiale.</b>
	<b>3.3.3a Intégrer et fournir des services de planification familiale en temps que composante du paquet santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.</b>	<b>3.3.3bi Couple-Année de reproduction.</b> <b>3.3.3bii Couple-Année de protection.</b> 3.3.3biii Besoins non satisfaits en planification familiale. 3.3.3biv Pourcentage de clients ayant accès à la planification familiale par le biais de mécanismes communautaires et de modèles alternatifs.
4. Repositionnement des services de SDR en tant que principale stratégie pour la responsabilisation, le développement et le bien-être des jeunes.		
4.1 <i>Plaidoyer/ politiques</i>	<b>4.1.1a Renforcer la mise en œuvre et/ou plaider pour l'adoption de politiques qui favorisent la prestation de services spécialisés de SDR qui visent à satisfaire les besoins réels des jeunes.</b>	4.1.1b Nombre de pays mettant en œuvre des politiques favorables à la prestation de services de SSR aux jeunes.
	<b>4.1.2a Introduire une Journée africaine de SDR pour les jeunes.</b>	4.1.2b Nombre de pays célébrant la Journée africaine de SDR pour les jeunes.
	<b>4.1.3a Célébrer une Journée africaine des services de SDR pour les jeunes.</b>	4.1.3b Nombre de pays célébrant la Journée africaine des services SDR pour les jeunes.

Résultats	Actions stratégiques	Indicateurs de suivi des progrès
4.2 Renforcement des capacités	4.2.1a <b>Elaborer et mettre en œuvre des stratégies d'information et de communication qui encouragent à la fois l'abstinence sexuelle et l'utilisation des préservatifs comme stratégies efficaces de lutte contre IST/VIH/SIDA et des grossesses non désirées et lier l'information à la prestation de services.</b>	4.2.1b Nombre de pays ayant des stratégies d'information, d'éducation et de communication/ communication en matière de changement de comportement susceptibles de promouvoir l'abstinence et l'utilisation de préservatifs.
	4.2.2a <b>Renforcer les capacités des PPS et des prestataires de services de tous les niveaux en vue d'un paquet complet qui tient compte du genre dans les soins aux jeunes.</b>	4.2.2b Nombre de pays offrant des services conviviaux aux jeunes dans leurs programmes de formation.
	4.2.3a <b>Mettre au point et mettre en œuvre des stratégies d'informations, d'éducation et de communication à l'intention des parents et des éducateurs à communiquer aux jeunes.</b>	4.2.3b Nombre de pays ayant des stratégies d'information, d'éducation et de communication pour les jeunes.
4.3 Prestation de services	4.3.1a <b>Evaluer/instituer/renforcer la prestation de services conviviaux aux jeunes au niveau des PPS.</b>	4.3.1bi Pourcentage de jeunes ayant la connaissance de l'abstinence et de l'utilisation de préservatifs.
		4.3.1bii Nombre de PPS offrant des services conviviaux aux jeunes par rapport à l'effectif de la population.
	4.3.2a <b>Intégrer les services conviviaux aux jeunes, y compris la promotion de l'abstinence et des méthodes de double méthode dans les services déjà existants.</b>	4.3.2bi Pourcentage d'utilisation de préservatifs chez les jeunes.
		4.3.2bii Taux de grossesse chez les adolescents.
	4.3.3a <b>Mettre en place d'autres mécanismes de prestation de services pour atteindre les jeunes, y compris les services d'extension, l'éducation par les pairs, la distribution de contraceptives dans les communautés et la commercialisation.</b>	4.3.3b Taux de fécondité chez les adolescents en tant que proportion de la fécondité parmi la population.
	4.3.4a <b>Assurer l'éducation sexuelle des jeunes dans les écoles et hors des écoles.</b>	4.3.4b <b>Age pour le commencement de la vie sexuelle.</b>

Résultats	Actions stratégiques	Indicateurs de suivi des progrès
	<b>4.3.5a Encourager la forte participation des jeunes, et notamment des jeunes vivant avec le VIH et le SIDA et des communautés au positionnement et à la prestation de services conviviaux aux jeunes.</b>	<b>4.3.5b Niveau de participation des jeunes, et notamment des jeunes vivant avec le VIH ET LE SIDA et des communautés au positionnement et dans la prestation de services conviviaux aux jeunes.</b>

5. Incidence de l'avortement à risques réduite		
5.1 <i>Plaidoyer/ politiques</i>	5.1.1a Compiler et diffuser des données sur l'ampleur et les conséquences de l'avortement à risque.	5.1.1b Nombre de pays ayant publié des rapports sur la gravité et les conséquences de l'avortement à risque.
	5.1.2a Adopter des politiques et des cadres juridiques pour réduire l'incidence de l'avortement à risques.	5.1.2b Nombre de pays ayant des cadres juridiques /cadres d'orientation sur l'avortement.
	5.1.3a Préparer et mettre en œuvre des plans d'action nationaux pour réduire l'incidence des grossesses non désirées et des avortements à risques.	5.1.3b Nombre de pays mettant en œuvre des plans d'action pour réduire les grossesses non désirées et les avortements à risques.
5.2 <i>Renforcement des capacités</i>	5.2.1a Former les prestataires de services pour la prestation de services en soins d'avortements sans risques dans les pays où la loi l'autorise.  5.2.2a Rénover et équiper les installations pour fournir les services intégrés en soins liés à l'avortement.	5.2.1bi Nombre d'installations fournissant des services de soins de santé pour l'avortement sans risque.  5.2.1bii Taux de mortalité maternelle lié à l'avortement.
5.3 <i>Prestation de services</i>	5.3.1a Offrir des services d'avortement sans risque dans le cadre des dispositions de la loi.	5.3.1b Nombre de structures sanitaires offrant des services d'avortement sans risques
	5.3.2a Eduquer les communautés sur les services d'avortement disponibles dans le respect des lois nationales.	5.3.2b Nombre de pays dont les communautés sont informées des programmes existants.
	5.3.3a Former les agents de santé à la prévention et à la gestion des avortements à risques.	5.3.3b Nombre de pays disposant d'une masse critique des prestataires de services.
6. Accès accru aux services de qualité de maternité sans risque et de survie de l'enfant		
6.1 <i>Plaidoyer</i>	6.1.1a Elaborer et/ou mettre en œuvre la feuille de route pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales.	6.1.1b Nombre de pays ayant élaboré des feuilles de route pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales.
	6.1.2a Célébrer une Journée africaine de la maternité	6.1.2b Nombre de pays commémorant la Journée africaine



	<b>sans risque.</b>	de la maternité sans risque.
	<b>6.1.3a Intensifier les campagnes de vaccination contre le tétanos chez la mère et le nouveau-né.</b>	
<i>6.2 Renforcement des capacités</i>	<p><b>6.2.1a Mettre au point et mettre en œuvre les stratégies nationales de production rapides, de déploiement et de maintien en fonction des sages-femmes, y compris l’harmonisation et l’accréditation des programmes de formation au niveau régional.</b></p> <p><b>6.2.2a Intégrer les soins obstétriques et néonataux d’urgence dans la formation initiale de prestataires de services.</b></p> <p><b>6.2.3a Mettre en place des systèmes pour le transport des femmes ayant des complications obstétricales et gynécologiques, y compris le renforcement du système de référence.</b></p>	<p>6.2.1bi Nombre de sages-femmes par population.</p> <p>6.2.1bii Couverture des accouchements par le personnel qualifié.</p> <p>6.2.2b Nombre de pays ayant incorporé dans leurs programmes de formation initiale des modules les soins obstétriques et néonataux d’urgence.</p> <p>6.2.3b Nombre de pays ayant un système de référence fonctionnel de la communauté vers les structures de santé.</p>
	<b>6.2.4a Renforcer la formation des cadres moyens de la santé.</b>	6.2.4b Nombre de cadres moyens par population.
	<b>6.2.5a Echange de personnel dans le cadre de la coopération sud-sud.</b>	6.2.5b Nombre de pays s’échangeant du personnel.
<i>6.3 Prestation de services</i>	<b>6.3.1a Etendre les services de maternité sans risque grâce à la mise en œuvre de la Feuille de route pour la réduction de la morbidité et mortalité néonatales et maternelles.</b>	<p>6.3.1bi Taux de mortalité maternelle (TMM).</p> <p>6.3.1bii Taux de mortalité néonatale.</p> <p>6.3.1biii Nombre de structures sanitaires par 500 milles habitants assurant les soins obstétriques et néonataux d’urgence.</p>

	<p><b>6.3.2a Etendre les services de soins néonataux, y compris la création des services de réanimation des nouveau-nés dans les maternités.</b></p>	<p>6.3.2b Taux de mortalité périnatale.</p>
	<p><b>6.3.3a Accroître le taux de couverture des services de survie de l'enfant (programme élargi de vaccination [PEV], solutions de réhydratation orale [SRO]), l'initiation précoce à l'allaitement maternel et autres interventions nutritionnelles appropriées (consultations postnatales).</b></p>	<p>6.3.3bi Couverture vaccinale à l'âge d'un an. 6.3.3bii Prévalence de poids faibles chez les enfants.</p>
	<p><b>6.3.4a Adopter la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).</b></p>	<p>6.3.4bi Protocoles sur les PCIME disponibles. 6.3.4bii Taux de mortalité infantile. 6.3.4biii Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.</p>
	<p><b>6.3.5a Mettre en place des mécanismes de fourniture de sang sécurisé.</b></p>	<p>6.3.5b Proportion des services obstétricaux et néonataux d'urgence ayant accès au sang sécurisé.</p>
	<p><b>6.3.6a Intégrer les services de nutrition et de lutte contre IST/VIH/SIDA et du paludisme dans les soins d'obstétrique.</b></p>	<p>6.3.5bi Taux de prévalence des infections de VIH chez les nouveau-nés. 6.3.5bii Proportion des cas de paludisme traités dans les 24 heures.</p>
<p>7. Ressources accrues pour les services de SDSR</p>		

<p><b>7.1 Plaidoyer/Politique</b></p>	<p><b>7.1.1a Mettre en œuvre la Déclaration d'Abuja des chefs d'Etat sur l'allocation d'au moins 15 % des budgets nationaux à la santé en général et l'octroi d'une proportion appropriée de cette allocation à la SDSR.</b></p> <p><b>7.1.2a Sensibiliser l'opinion pour faire de la SDSR une priorité dans les Documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP) et les autres plans de développement nationaux.</b></p> <p><b>7.1.3a Exhorter les donateurs et les partenaires au développement à accroître leur assistance aux programmes de la SDSR</b></p>	<p><b>7.1.1bi Nombre de pays qui allouent 15 % de leur budget national à la santé.</b></p> <p><b>7.1.1bii Pourcentage des budgets de la santé alloué à la SDSR.</b></p> <p><b>7.1.2bi Nombre de pays ayant leur SDSR dans leur DSRP ou dans leurs programmes de développement nationaux.</b></p> <p><b>7.1.2bii Pourcentage des budgets pour la santé alloués sur le plan national à la SDSR</b></p> <p><b>7.1.3b Pourcentage du budget total pour la SDSR mobilisé auprès des donateurs/partenaires au développement</b></p>
<p><b>7.2 Renforcement des capacités</b></p>	<p><b>7.2.1a Etablir des partenariats avec des institutions locales et internationales, le secteur privé et les organisations de la société civile en vue d'une assistance technique et financière et pour la promotion du processus de la mise en œuvre du Plan d'action</b></p>	<p><b>7.2.1b Nombre de partenariats établis avec chaque secteur</b></p>
	<p><b>7.2.2a Institutionnaliser le Compte national pour la santé (CNS)</b></p>	<p><b>7.2.2b Nombre de pays ayant mis à jour leur CNS</b></p>
	<p><b>7.2.3a Elaborer et mettre en œuvre une stratégie des ressources humaines pour orienter, former, affecter et garder le personnel évoluant dans le système de la santé.</b></p>	<p><b>7.2.3b Nombre de personnel par 100.000 personnes</b></p>

<p>8. Stratégies instituées pour la sécurité des produits de santé de la reproduction et pour toutes les composantes y afférentes réalisées</p>		
<p>8.1 Plaidoyer</p>	<p><b>8.1.1a Mettre au point des stratégies et plans d'action nationaux/ régionaux pour la fourniture et la distribution de produits de santé de la reproduction.</b></p> <p><b>8.1.2a Créer un comité national et/ou régional pour les services de soins de santé de la reproduction</b></p> <p><b>8.1.3a Elaborer une stratégie et des plans d'actions sur le plan national - là où cela s'avérait nécessaire – et régional pour la les services de soins de santé de la reproduction</b></p> <p><b>7.1.4a Réviser les listes de médicaments essentiels pour y inclure les produits de santé de la reproduction.</b></p> <p><b>7.1.5a Créer une ligne budgétaire pour les produits de santé de la reproduction.</b></p>	<p>8.1.1b Nombre de pays ayant les plans pour les services de soins de santé de la reproduction</p> <p>8.1.2b Nombre de pays/régions ayant des comités nationaux/régionaux chargés des services de soins de santé de la reproduction</p> <p>8.1.3b Une stratégie et un(des) plan(s) d'action régionaux/nationaux pour la sécurité des produits de la santé de reproduction est en place.</p> <p>8.1.4b Nombre de pays ayant inclus les produits de santé de la reproduction dans leur liste de médicaments essentiels.</p> <p>8.1.5bi Pourcentage du budget de la santé alloué aux produits de santé de la reproduction.</p> <p>8.1.5bii Nombre de pays ayant une ligne budgétaire nationale pour pour la sécurité des produits de santé de reproduction.</p>

<p>8.2. <i>Renforcement des capacités</i></p>	<p><b>8.2.1a Elaborer et mettre en œuvre les Systèmes de Gestion de la Logistique (SGL) pour les services de soins de santé de reproduction</b></p>	<p>8.2.1b Nombre de pays ayant maintenu et mis à jour régulièrement des statistiques sur le stockage et l'écoulement des produits</p>
	<p><b>8.2.2a Former le personnel approprié en SGL pour les services de soins de santé de reproduction</b></p>	<p>8.2.2b Nombre de pays connaissant une rupture de stock.</p>
	<p><b>8.2.3a Mettre en place un système efficace de gestion pour toute la gamme de produits.</b></p>	<p>8.2.3b Nombre de pays ayant mis en place des systèmes de gestion des produits.</p>
	<p><b>8.2.4a Promouvoir la capacité des pays à acheter en gros à travers le regroupement des commandes aux niveaux national et régional.</b></p>	<p>8.2.4b Nombre de pays ayant des systèmes intégrés d'achat et d'approvisionnement en gros.</p>
	<p><b>8.2.5a Assurer la formation du personnel en gestion des produits de santé de la reproduction.</b></p>	<p>8.2.5b Nombre de personnes ayant reçu une formation en gestion des systèmes d'appui logistique.</p>
<p>9. Mécanismes de suivi, d'évaluation et de coordination pour le Plan d'action - réalisés</p>		
<p>9.1 <i>Plaidoyer/Politique</i></p>	<p><b>9.1.1a Plaidoyer pour l'allocation de ressources nationales aux recensements réguliers, aux enquêtes sur la santé des populations et aux rapports sur les taux annuels de mortalité maternelle.</b></p>	<p><b>9.1.1b Nombre de pays opérant des recensements réguliers, enquêtes sur la santé des populations et rapports sur les taux annuels de mortalité maternelle.</b></p>
<p><b>9.2 Renforcement des capacités</b></p>	<p><b>9.2.1a Créer un système continental de suivi pour collecter, analyser et diffuser les données reçues des pays.</b></p>	<p>9.2.1b Un mécanisme et une base de données sur le plan continental pour suivre le Plan d'action – sont mis en place.</p>

<p><b>9.3 Collecte et utilisation des données</b></p>	<p><b>9.3.1a Institutionnaliser le suivi et l'évaluation aux niveaux de l'administration publique et des ONG et mobiliser les ressources humaines et financières pour l'appuyer.</b></p> <p><b>9.3.2a Collecter, analyser et diffuser l'information minimum requise au niveau national pour constituer une base de données continentale.</b></p> <p><b>9.3.3a Appuyer la recherche opérationnelle pour des actions avisées.</b></p> <p><b>9.3.4a. Collaborer avec les Nations Unies et les bailleurs de fonds dans le cadre pour harmoniser les systèmes de collecte de données afin d'assurer la cohérence.</b></p>	<p>9.3.1b Nombre de pays disposant de systèmes institutionnalisés de suivi et d'évaluation.</p> <p>9.3.2b Nombre de pays ayant soumis dans les délais des informations à la base de données continentale.</p> <p>9.3.3b Nombre de pays utilisant des recherches opérationnelles dans leur système de planification.</p> <p>9.3.4b Système de collecte de données harmonisé – mis en place</p>
	<p><b>9.3.5a Mettre en place des mécanismes de coordination pour suivre et évaluer l'allocation effective des ressources et l'application des lois.</b></p>	<p>9.3.5b Nombre de pays capables de suivre et d'évaluer l'allocation des ressources et l'application des lois.</p>
	<p><b>9.3.6a Institutionnaliser des mécanismes de change et de partage de meilleures pratiques, y compris les échanges de techniques Sud-Sud.</b></p>	<p>9.3.6bi Nombre d'institutions ayant établi des partenariats stratégiques formels pour les échanges techniques</p> <p>9.3.6bii Site internet pour les meilleures pratiques – mis en place et maintenu</p>
	<p><b>9.3.7a Elaborer et/ou mettre en œuvre une structure et un mécanisme de coordination et de supervision pour la mise en œuvre de la SDSR aux niveaux régional et national.</b></p>	<p>9.3.7bi Nombre de pays ayant une structure de coordination opérationnelle et un mécanisme en place</p> <p>9.3.7bii Structure et mécanisme de coordination – mis en place.</p>

## **ROLE DES PARTIES PRENANTES**

### **(a) L'Union africaine**

26. L'Union africaine doit, entre autres, être à l'avant-garde de la campagne en faveur de la mobilisation des ressources, du suivi, de l'évaluation, de la vulgarisation des meilleures pratiques et de l'harmonisation des politiques et stratégies.

### **(b) Communautés économiques régionales**

27. Les Communautés économiques régionales doivent, entre autres, fournir un appui technique aux Etats membres, y compris la formation en santé de la reproduction, mobiliser des ressources accrues pour la santé en matière de sexualité et de reproduction, harmoniser la mise en œuvre des plans d'action nationaux, suivre le progrès, identifier et partager les meilleures pratiques.

### **(c) Les Etats membres**

28. Les Etats membres doivent adopter et mettre en œuvre le Plan d'action pour l'opérationnalisation du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique. Ils mèneront des campagnes de sensibilisation, de mobilisation de ressources et de prévisions budgétaires pour assurer la participation, le suivi et l'évaluation. Ils inviteront également la société civile et le secteur privé à participer aux programmes nationaux.

### **(d) Les partenaires**

29. Les partenaires nationaux et locaux au développement, la société civile et le secteur privé doivent identifier, au niveau national, les besoins nécessaires à la mise en œuvre du Plan d'action et fournir l'appui financier et technique nécessaire pour la mise en œuvre des plans d'action. L'Etat aura la responsabilité de coordonner les partenaires.

## **CONCLUSION**

30. Les dirigeants africains ont l'obligation civique de répondre aux besoins en services de santé en matière de sexualité et de reproduction de leurs populations. Le présent Plan d'action témoigne clairement de leur engagement à promouvoir les services de santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique.

## **ANNEXE**

### **Méthodologie et résultats des coûts des services de SDR**

1. Les estimations budgétaires avaient été faites en utilisant les informations disponibles sur le plan national ajoutées aux totaux des régions. Les coûts reflètent les exigences des services d'approvisionnement direct susceptibles de réaliser les objectifs fixés par la CIPD et ceux de l'OMD. Des ajustements ont été faits ensuite sur les coûts directs obtenus.
2. Ces ajustements consistent à multiplier par deux les salaires du personnel médical et paramédical afin d'accroître le degré d'engagement, de garantir leur maintien en fonctions tout en ayant recours à d'autres mesures d'incitation non rémunérées, à la motivation et au service de qualité : les problèmes courants aussi bien du temps de l'OUA que de l'Union africaine incluent les délibérations. Les ajustements prennent en compte 37% des ajustements sur les éléments suivants ajoutés aux coûts directs globaux, y compris les salaires : un système de gestion de renforcement des capacités (y compris la gestion financière) à concurrence de 20%, l'amélioration, le suivi, l'évaluation, et le maintien de la qualité à concurrence de 15% ; et le renforcement des capacités en ce qui concerne la recherche et le développement à une concurrence de 2%. A cela, s'ajoute une augmentation de 67% nécessaire au titre des frais généraux (le personnel d'appui, l'électricité, etc. et la maintenance), les services de santé publique (y compris les frais générés par la demande de la communauté) et les exigences réglementaires. Au total, ces additions reflètent l'effort requis pour la prestation de services directs, le développement de services de santé et nombre d'activités cruciales d'appui.
3. Les interventions dans le cadre de la prévention relative à la santé en matière de sexualité et de reproduction ont été évaluées en spécifiant la part des activités de prévention identifiées de l'ONUSIDA qui relèvent du domaine de la SDR. Par exemple, tous les réseaux de distribution de préservatifs et de gestion des IST, les parts essentielles concernant les jeunes et les interventions spéciales au niveau de la population et des petites parts concernant les interventions relatives à des cas d'expositions néfastes et à la sûreté des produits sanguins (en ce qui concerne le cas précité, il faudrait y ajouter une estimation de la proportion des transfusions nécessaires pour les cas d'hémorragie maternelle) ont été pris en compte. Des ressources additionnelles seraient nécessaires pour les autres proportions de services de prévention, de traitement, de soins et d'appui.
4. Annexe : le Tableau 1 reflète l'évaluation des besoins en prestation de services de santé en matière de sexualité et de reproduction calculés sur la base des analyses faites au niveau national selon deux scénarios: (1) la projection de la variante moyenne de la baisse de la fécondité pendant la période de 1997 à 2010 faite par la Division des Nations Unies en charge de la population, et (2) les degrés de fécondité et de prévalence en matière de contraception associés à l'élimination progressive des besoins actuels non satisfaits dans le cadre de la planification familiale avant 2015. Les résultats présentés pour ce dernier scénario prennent en compte l'augmentation de la prévalence au début de la courbe d'évolution.



Annexe

Tableau 1 : Besoins en ressources pour la prestation directe de services de santé génésique, maternelle et infantile en Afrique (2007-2010)

Scénarios de prévision d'écarts moyens et de satisfaction de besoins en instance avec ou sans ajustement de systèmes (en millions de \$ EU)

	2007	2008	2009	2010	2007-2010
<b>ECART MOYEN</b>					
Frais de personnel					
Planification familiale	29,2	31,5	33,8	36,2	130,6
Soins anténataux et accouchements normaux	281,5	308,2	335,1	362,0	1 286,7
Plus santé maternelle/infantile*	156,0	178,1	198,5	217,8	750,5
IST	55,4	61,9	68,5	75,2	261,1
<b>Total Frais de personnel</b>	<b>522,2</b>	<b>579,7</b>	<b>635,9</b>	<b>691,2</b>	<b>2 429,0</b>
Frais de médicaments/fournitures					
Planification familiale	85,5	92,3	99,3	106,5	383,6
Soins anténataux et accouchements normaux	360,6	381,3	402,0	422,5	1 566,4
Plus santé maternelle/infantile*	216,7	252,3	286,2	319,2	1 074,4
IST	23,6	26,3	29,1	32,0	111,0
<b>Total médicaments/fournitures</b>	<b>686,3</b>	<b>752,2</b>	<b>816,6</b>	<b>880,2</b>	<b>3 135,4</b>
<b>Total général (avec ajustement des salaires)</b>	<b>1 730,7</b>	<b>1 911,5</b>	<b>2 088,4</b>	<b>2 262,7</b>	<b>7 993,3</b>
<b>TOTAL GENERAL (avec ajustement des systèmes)</b>	<b>3 530,5</b>	<b>3 899,5</b>	<b>4 260,3</b>	<b>4 616,0</b>	<b>16 306,4</b>
<b>BESOINS NON SATISFAITS</b>					
Frais de personnel					
Planification familiale	30,4	33,3	36,3	39,5	139,5
Soins anténataux et accouchements normaux	279,4	303,5	327,4	350,9	1 261,3
Plus santé maternelle/infantile*	155,0	175,8	194,7	212,2	737,7
IST	55,4	61,9	68,5	75,2	261,1
<b>Total Frais de personnel</b>	<b>520,2</b>	<b>574,6</b>	<b>627</b>	<b>677,8</b>	<b>2 399,6</b>
Frais de médicaments/fournitures					
Planification familiale	88,3	97,2	106,4	116,0	407,9
Soins anténataux et accouchements normaux	358,0	375,8	393,1	410,0	1 536,9
Plus santé maternelle/infantile*	215,3	248,9	280,6	310,8	1 055,6
IST	23,6	26,3	29,1	32,0	111,0
<b>Total médicaments/fournitures</b>	<b>685,1</b>	<b>748,2</b>	<b>809,2</b>	<b>868,8</b>	<b>3 111,4</b>
<b>Total général (avec ajustement des salaires)</b>	<b>1 725,6</b>	<b>1 897,4</b>	<b>2 063,2</b>	<b>2 224,4</b>	<b>7 910,7</b>
<b>TOTAL GENERAL (avec ajustement des systèmes)</b>	<b>3 520,2</b>	<b>3 870,8</b>	<b>4 208,9</b>	<b>4 537,8</b>	<b>16 137,7</b>

\* Les interventions additionnelles pour la santé de mère et du nouveau-né comportent les soins obstétriques d'urgence, la santé du nouveau-né et l'état de santé de la mère.

\*\* Les frais additionnels de préservatifs au titre de la lutte contre le VIH et le SIDA ne sont pas inclus.

5. Le total général pour la SDS et la lutte contre le VIH et le SIDA correspond aux dépenses per capita qui passent de 6,03 milliards \$EU à 8,14 milliards \$EU (des 34 \$EU per capita fixés par l'UA pour les besoins en santé au cours de la période considérée). A titre comparatif, les dépenses en 2005 pour la SDSR sont estimées environ de 2\$EU par capita. Il s'agit des estimations faites par les experts sur la base des hypothèses que nous avons utilisées.

2007

# Report of the extraordinary session of the AU conference of ministers of health on sexual and reproductive health in Africa

African Union

African Union

---

<http://archives.au.int/handle/123456789/4253>

*Downloaded from African Union Common Repository*