AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي

UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243Telephone +2511517700 Fax : +251115517844
Website : www.africa-union.org

CONFÉRENCE DE L'UNION AFRICAINE
Quinzième session ordinaire
25 – 27 juillet 2010
Kampala (Ouganda)

Assembly/AU/2 (XV)
Original : Anglais

THEME DU SOMMET : « PROMOTION DE LA SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE POUR LE DEVELOPPEMENT EN AFRIQUE »

DOCUMENT D'INFORMATION

2010
AGISSONS POUR LA PAIX

DEBAT SUR LE THEME DU SOMMET : « PROMOTION DE LA SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE POUR LE DEVELOPPEMENT EN AFRIQUE »

Introduction

1. Le 8 septembre 2000, lors du Sommet du millénaire, qui a eu lieu aux Nations Unies à New York, le plus grand nombre de dirigeants du monde jamais rassemblés, y compris les 53 Chefs d'État et de gouvernement des États membres de l'Union africaine, ont fait la déclaration solennelle suivante :

« Nous ne ménagerons aucun effort pour délivrer nos semblables – hommes, femmes et enfants – de la misère, phénomène abject et déshumanisant qui touche actuellement plus d'un milliard de personnes. Nous sommes résolus à faire du droit au développement une réalité pour tous et à mettre l'humanité entière à l'abri du besoin ».

2. Huit (8) Objectifs universels du Millénaire pour le développement (OMD) ont été fixés lors de ce Sommet à l'horizon 2015, assortis des indicateurs pour suivre les progrès accomplis dans le cadre de la réalisation de ces Objectifs. Trois (3) OMD sont directement liés à la santé – OMD 4 : réduire de deux tiers, le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans ; OMD 5 : réduire la mortalité maternelle de trois quarts et réaliser l'accès universel aux soins de santé génésique, et OMD 6 : arrêter et inverser la propagation du VIH/sida, assurer l'accès universel au traitement du VIH/sida d'ici à 2010, et enrayer l'incidence du paludisme et des autres maladies graves.

3. Il convient de souligner que d'autres OMD ont indirectement trait à la santé ou permettent d'enregistrer des résultats positifs dans ce domaine, et vice versa. Il s'agit en l'occurrence de l'OMD 1 : réduire de moitié la proportion de la population qui souffre de la faim et (OMD 1c) : améliorer l'état nutritionnel des femmes et des enfants ; de l'OMD 2 : enseignement primaire ; de l'OMD 3 : autonomisation des femmes ; de l'OMD 7 qui comporte une cible à savoir, réduire de moitié la proportion de la population n'ayant pas l'accès durable à l'eau potable et aux installations sanitaires appropriées, et de l'OMD 8 qui prévoit l'accès aux médicaments essentiels à des prix abordables dans les pays en développement. En effet, on pourrait dire que tous les OMD sont liés à la santé.

4. Même si les données récentes sur la mortalité maternelle au niveau mondial semblent encourageantes, elles sont loin d'être satisfaisantes. Au niveau mondial, seuls 23 pays sont en passe de réaliser l'OMD 5 sur la réduction de trois quarts de la mortalité maternelle d'ici à 2015. En dépit des progrès notables accomplis, la réalisation de l'OMD 5 reste un grand défi pour l'Afrique. Les progrès ne seront réels qu'avec l'élimination de la violence sexuelle et de la discrimination contre les femmes,

l'augmentation des ressources pour renforcer les systèmes de santé en vue de garantir l'accès universel aux soins de santé en procurant notamment, des services d'accoucheuses qualifiées et des soins d'urgence néonatals et obstétricaux, et en élargissant l'accès à la planification familiale.

5. Le manque de choix en matière de procréation pour les femmes (avec des taux de fécondité élevés), le mariage des enfants ou le mariage précoce, la violence sexuelle, les avortements non médicalisés et l'incapacité à acquérir une propriété et l'accès inégal aux ressources sont tous des facteurs liés à la lenteur observée dans la réalisation de cet OMD et des autres OMD. Des progrès ont été également enregistrés en ce qui concerne la réduction de la mortalité infantile dans certaines régions du monde. Malgré ces progrès et en dépit des efforts des gouvernements africains et des partenaires au développement visant à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, certains pays africains ont encore des taux de morbidité et de mortalité maternelle, néonatale et infantile les plus élevés dans le monde et ce, à cause **des facteurs évitables pour la plupart.**

6. Actuellement, selon les estimations, 12.000 enfants meurent chaque jour en Afrique. Huit enfants, dont deux nourrissons, meurent toutes les minutes dans des conditions pourtant évitables et pour des maladies faciles à traiter.[1] En Afrique, une femme a une chance sur 16 de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement, par rapport à une (1) sur 4.000 dans un pays développé.[2] Cette situation est due à la médiocrité des systèmes de santé, aux retards à différents niveaux dans l'accès aux services de santé et à l'absence de soins néonatals et obstétricaux d'urgence et de services de planification familiale, aux complications des avortements à risque, à la pénurie de ressources humaines qualifiées, au manque d'investissements dans la santé et dans le développement social ainsi qu'aux barrières socioculturelles à l'accès aux soins de santé. Ces problèmes sont aggravés par le fait que les pays africains dépendent entièrement des financements extérieurs, la sécurité alimentaire inadéquate et la malnutrition, le lourd fardeau des maladies comme le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et autres maladies transmissibles, les maladies non transmissibles et les maladies tropicales négligées.

Efforts au niveau continental

7. Les dirigeants des États membres de l'Union africaine accordent une attention particulière à la santé maternelle et infantile. En effet, la santé maternelle et infantile a été l'un des thèmes souvent abordés aux différents sommets de l'Union africaine, en particulier depuis janvier 2008. L'importance accordée à la réduction de la mortalité maternelle et infantile se confirme une fois de plus par la décision prise par les dirigeants du continent de faire de la santé maternelle et infantile le thème de la

[1] Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003; 361: 2226–34
[2] UNICEF. The State of the World's children: Maternal and Newborn Health (2009)

quinzième session ordinaire de la Conférence des Chefs d'État et de gouvernement de l'UA ,qui se tiendra à Kampala, en juillet 2010 (Assembly/AU/Dec.232(XII).

8. Les Chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine ont adopté des instruments stratégiques importants, notamment la Stratégie africaine de la santé, la Stratégie régionale africaine pour la nutrition, le Cadre d'orientation continental et son Plan d'action sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation (Plan d'action de Maputo), l'Appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique, la Décision sur l'accélération des actions pour la survie et le développement de l'enfant en Afrique en vue de la réalisation des OMD – 2005 (Assembly/AU/Dec.75 (V), l'Appel à l'action accélérée pour une Afrique digne des enfants, la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, le Protocole relatif aux droits des femmes et la Charte africaine pour la jeunesse.

Actions spécifiques dans le cadre des instruments stratégiques de l'Union africaine :

Stratégie africaine de la santé

9. L'Union africaine a adopté la Stratégie africaine de la santé (2007-2015), qui sert de cadre général dont l'objectif est d'établir la cohésion entre les pays, la société civile et la communauté internationale, et de renforcer les systèmes de santé pour l'équité et le développement. En ce qui concerne la santé, cette Stratégie énonce clairement la vision de parvenir à *« Une Afrique intégrée et prospère débarrassée de son lourd fardeau de maladies, d'invalidités et de décès prématurés »* et la mission « *d'élaborer une réponse africaine efficace pour réduire le poids des maladies et des invalidités grâce au renforcement des systèmes de santé, à l'intensification des interventions sanitaires, aux actions intersectorielles et au renforcement des moyens d'action des communautés ».*

10. La Stratégie a pour principal objectif le renforcement des systèmes de santé afin de réduire les problèmes de santé et d'accélérer la marche vers la réalisation des OMD en Afrique ; et se fonde sur les principes suivants :

- la santé est une question liée au développement, qui nécessite une réponse multisectorielle ;
- la santé et l'accès aux soins de santé abordables et de qualité sont un droit de l'homme ;
- l'équité dans les soins de santé est fondamentale dans tous les systèmes de santé ;

- l'efficacité et l'efficience sont essentielles pour tirer le maximum de profit de l'utilisation des ressources disponibles ;

- la preuve tangible est la base des politiques et systèmes efficaces de santé publique.

11. La Stratégie est axée sur le renforcement des systèmes de santé, notamment la gouvernance, les politiques et la législation, l'organisation, la performance, les ressources, le financement, l'affectation des ressources et le marché des services de santé, la protection sociale, les ressources humaines, la sécurité des produits et des systèmes d'approvisionnement, le fonctionnement des systèmes de santé, la médecine traditionnelle africaine, la participation et le renforcement des moyens d'actions des communautés, le renforcement des partenariats, l'information et la recherche sur la santé, la surveillance, la préparation et les interventions d'urgence.

Survie de l'enfant

12. Près de 90% des décès d'enfants sont attribués à six problèmes de santé : maladies néonatales, pneumonie, diarrhée, paludisme, rougeole et VIH/sida. Pour réaliser l'OMD concernant la réduction de la mortalité infantile, il faudra assurer la couverture universelle avec des interventions essentielles, efficaces et abordables à savoir les soins aux mères et aux nouveau-nés, l'alimentation du nourrisson et de l'enfant, les vaccins, la prévention et la gestion des cas de diarrhée, de pneumonie et de septicémie, la lutte contre le paludisme, la prévention et la prise en charge du VIH/sida. Dans les pays où le taux de mortalité est très élevé, ces interventions pourraient réduire de plus de moitié le nombre de décès. Les décès d'enfants ne sont pas un effet du hasard, ils sont évitables.

13. L'Union africaine a adopté l'Appel pour une action accélérée pour une Afrique digne des enfants, qui met l'accent sur la survie et le développement de l'enfant. La Commission de l'UA a finalisé un rapport sur la condition de l'enfant africain, qui servira d'outil de référence pour enrichir les travaux du Comité africain d'experts. Elle a également relancé les activités du Comité africain d'experts sur les droits et le bien-être de l'enfant (ACERWC), un organe conventionnel chargé de suivre la mise en œuvre de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. L'objectif est de renforcer et d'améliorer l'efficacité du Comité africain d'experts pour lui permettre de mettre les États membres devant leurs responsabilités quant à la façon dont ils traitent leurs enfants.

Nutrition

14. La nutrition est bien plus que la consommation, l'absorption et le métabolisme des aliments. La nutrition est également l'équilibre entre ce que l'on consomme et ce dont l'organisme a réellement besoin. Les conséquences de la malnutrition chez les enfants sont profondes, importantes et irréversibles. La malnutrition est la cause de plus

de 35% des décès chez les enfants. Elle affaiblit le système immunitaire, rend les enfants plus vulnérables aux maladies et réduit leurs chances de survivre aux maladies comme la diarrhée, la pneumonie et le paludisme. Les enfants qui survivent à ces maladies sont exposés aux maladies récurrentes et souffrent de retard de croissance, ce qui affecte de façon irréversible leur développement physique et mental. Ils ont, par conséquent, moins de chance d'être scolarisés et d'avoir de bons résultats que les enfants bien nourris. À l'âge adulte, ils sont plus exposés aux maladies que les personnes qui ont eu une alimentation équilibrée dans leur enfance ; leur capacité de gagner décemment leur vie est diminuée et ils sont moins capables de s'occuper de leurs enfants. Ainsi, le cercle vicieux de la sous-alimentation et de la pauvreté se poursuit souvent de génération en génération.

15. En 2005, L'Union africaine a adopté la Stratégie régionale africaine pour la nutrition (2005-2015), dont l'objectif principal est de sensibiliser les dirigeants africains au rôle important de la nutrition et de la sécurité alimentaire dans le développement socioéconomique. Le Groupe de travail africain sur le développement de l'alimentation et de la nutrition (ATFFND), a été mis en place pour servir d'organe consultatif de l'Union africaine chargé de soutenir les États membres dans la mise en œuvre de la Stratégie.

VIH, paludisme et tuberculose

16. Le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme réduisent les capacités productives des populations, perpétuent la pauvreté, aggravent les problèmes sociaux, submergent les services de santé, contribuent au bouleversement de l'état de santé des Africains et constituent une menace pour les acquis de développement des années précédentes.

17. Le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme entravent les capacités productives des pays, perpétuent la pauvreté, aggravent les problèmes sociaux et submergent les services de santé. La tuberculose est la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH en raison du taux élevé d'infections annexes au VIH. La grande menace que représente le paludisme est disproportionnée pour la population africaine, avec environ 350 millions de cas par an.

18. En Afrique, la perte en termes de PIB annuel due au VIH/sida se situe entre 0,5% et 2,6%. Dans les pays à forte prévalence de tuberculose, les pertes économiques se situent entre 4% et 7% du PIB annuel. En raison de la forte prévalence du paludisme au cours de ces 30 dernières années, le PIB de l'Afrique a perdu jusqu'à 100 milliards de dollars américains.

19. Plus de 90% des 430.000 cas d'infection au virus d'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1) enregistrés chez les enfants chaque année se trouvent en Afrique, où la transmission du VIH-1 par le lait maternel représente plus de 40% des infections. En

général, il est possible d'éliminer les nouvelles transmissions périnatales des infections à VIH-1 grâce au traitement antirétroviral appliqué à la santé maternelle.

20. Depuis que les Chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine ont adopté, en 2006, l'Appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique, les États membres ont réalisé des progrès notables. Ces progrès sont présentés dans l'Évaluation quinquennale de l'Appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique qui a été menée en 2010, conformément au mandat des Chefs d'État et de gouvernement de l'UA [Assembly/AU/Dec.115 (VII)].

21. En dépit des progrès louables, on est encore loin de l'objectif de l'Appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique d'ici à 2010. Une meilleure harmonisation et coordination s'impose aux niveaux continental, régional et national avec l'adoption d'une approche intégrée pour ces trois maladies.

Santé et droits en matière de sexualité et de procréation (SDSR)

22. La Commission a élaboré des programmes et mis au point des politiques et stratégies telles que le Cadre stratégique continental sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation et le Plan d'action de Maputo pour sa mise en œuvre, adoptés par les organes de décision de l'UA en 2006 et 2007, respectivement. L'élaboration et l'adoption de ces instruments stratégiques ont été guidées par la vision, la mission et le cadre stratégique de la Commission de l'UA pour la période 2003-2007 et suivent encore, aujourd'hui les directives et les principaux plans stratégiques pour la période 2009-2012.

23. Le Cadre stratégique pour la SDSR a été élaboré en réponse à l'appel pour la réduction des taux de morbidité et de mortalité maternelle et infantile en Afrique. Il a également été conçu comme contribution de l'Afrique à la mise en œuvre des Programmes d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), car la santé et les droits des femmes et des hommes en matière de sexualité et de procréation comptent parmi les objectifs prioritaires de la CIPD. En outre, le Cadre stratégique continental pour la SDSR visait à accélérer la mise en œuvre des OMD, en particulier ceux liés à la santé, notamment les OMD 4, 5 et 6.

24. La Commission de l'Union africaine a reçu mandat, par la Décision du Conseil exécutif EX.CL/Dec.327 (X) Rev. 1, d'assurer le plaidoyer, le suivi, l'évaluation et la diffusion des bonnes pratiques ainsi que l'harmonisation des politiques et stratégies. Pour ce faire, la Commission a déployé des efforts considérables pour promouvoir la mise en œuvre du Plan d'action de Maputo, en utilisant les différentes plates-formes de

plaidoyer aux niveaux continental, régional et international. En 2009, la Commission a préparé et diffusé un outil d'évaluation des progrès, qui permet aux États membres d'effectuer le suivi et l'évaluation de l'état de la mise en œuvre du Plan.

25. Quarante-trois (43) États membres ont rempli et retourné à la Commission de l'UA le questionnaire sur l'évaluation des progrès accomplis. Sur la base des réponses des États membres concernant leur mise en œuvre du Plan d'action, la Commission de l'UA a établi un rapport intérimaire détaillé sur la situation de la santé de la mère et de l'enfant, la santé et les droits des femmes et des jeunes en matière de procréation, la situation du VIH/sida, l'avortement à risque et la planification familiale ainsi que sur les besoins non satisfaits des services de santé en matière de procréation. Ce Rapport a été examiné par des experts des États membres lors de la réunion d'experts de l'Union africaine sur la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique, qui s'est tenue à Addis-Abeba du 19 au 21 avril 2010. Des experts de 43 États membres et des experts des institutions des Nations Unies, des organisations de la société civile et des partenaires au développement ont participé à cette réunion. Le Rapport et les recommandations des experts, qui comprenaient le Plan d'action de Maputo prorogé pour cinq (5) autres années, ont été adoptés par les Ministres de la santé lors de la session extraordinaire de leur conférence tenue à Genève le 15 mai 2010. Le Rapport et les recommandations ainsi adoptés sont les principaux documents de travail à examiner lors de la quinzième session ordinaire de la Conférence de l'Union qui se tiendra à Kampala en juillet 2010.

Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique

26. Malgré les efforts courageux des dirigeants de l'UA, qui ont abouti à l'adoption du Plan d'action de Maputo, des problèmes subsistent quant à la réduction de la mortalité maternelle. À cet égard, l'Union africaine a lancé sa Campagne pour une réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) lors de la quatrième session de la Conférence des Ministres africains de la santé (CAMH4), qui s'est tenue à Addis-Abeba (Éthiopie) du 4 au 8 mai 2009 et dont le thème était : ***« L'Afrique s'en préoccupe : Aucune femme ne doit perdre la vie en donnant la vie ».***

27. La CARMMA est la suite donnée aux domaines prioritaires énoncés dans le Cadre stratégique de l'UA pour la promotion de la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation en Afrique (2005) et le Plan d'action de Maputo (2006).

28. L'objectif principal de la CARMMA est d'accélérer l'installation et l'utilisation des services de santé de qualité pour tous, services indispensables pour la réduction de la mortalité maternelle afin d'instaurer l'obligation de rendre compte et d'assurer la coordination et la mise en œuvre effective des stratégies et plans déjà existants. Depuis son lancement au niveau continental, la CARMMA a été également lancée dans 16 États membres de l'UA avec leurs « champions nationaux » dont des présidents, des premiers ministres, des vice-présidents et des premières dames.

29. La Campagne vise à réduire la mortalité maternelle dans les pays ayant des taux de mortalité élevés. La diffusion de messages positifs contribue à promouvoir les bons exemples, à obtenir des résultats dans certains États membres et des répliques dans d'autres, et à renforcer l'action visant à enrayer les cas de décès chez la mère et les nourrissons. La Campagne tient compte de la réalité africaine – droits et choix des femmes en matière de sexualité, égalité entre les hommes et les femmes, dépendance économique et choix de santé en toute connaissance de cause, conflits armés, situations de réfugiés, pratiques traditionnelles néfastes tels le mariage précoce, les mutilations génitales féminines, les maladies et les rapports sexuels non protégés. Sans la mise en œuvre effective d'une stratégie globale pour la santé en matière de sexualité et de procréation, qui permet aux femmes d'être maîtresses de leur propre corps et d'avoir les moyens pour y parvenir, la mortalité maternelle restera le problème de l'Afrique et retardera le développement.

30. La CARMMA met l'accent sur d'autres aspects des politiques nationales à savoir, les pratiques culturelles et traditionnelles qui accordent peu de valeur à la vie des femmes, l'égalité dans l'éducation des femmes, les droits des femmes en ce qui concerne le mariage et les droits fondamentaux en matière de sexualité et le nombre d'enfants désirés, l'inégalité dans les relations sexuelles, notamment les rapports sexuels forcés et violents.

31. Depuis le lancement, en mai 2009, de la CARMMA au niveau continental, seize (16) pays – Tchad, Cameroun, République Centrafricaine, Éthiopie, Ghana, Lesotho, Mauritanie, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Rwanda, Sierra Leone, Swaziland, Ouganda et Zambie – ont lancé la CARMMA. Neuf (9) autres pays – Égypte, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Sénégal, Soudan, Tanzanie, Tunisie et Zimbabwe – se sont engagés à lancer la CARMMA en 2010. Cela explique la façon dont les politiques continentales peuvent motiver et donner un élan à l'action au niveau national. Ainsi, la CARMMA devrait être utilisée comme l'un des meilleurs exemples pour établir les points communs entre les initiatives mondiales et continentales, et leur effet de déclenchement de l'action locale. Le lancement de la CARMMA n'est pas une fin en soi et beaucoup restent encore à faire, notamment les actions urgentes à prendre. Il est impératif d'investir dans la santé des femmes et des enfants, car ces personnes sont le moteur du développement national.

32. Fort heureusement, lors de leur session extraordinaire à Genève le 15 mai 2010, les Ministres de la santé ont fait, entre autres recommandations à soumettre à l'approbation des Chefs d'État et de gouvernement, la recommandation suivante : *« Accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile en Afrique en utilisant la CARMMA comme stratégie de plaidoyer pour la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile, impliquer toutes les parties prenantes importantes, notamment les hommes, les femmes et les jeunes, les parlementaires, les autorités communautaires et religieuses, les médias et le secteur privé »*.

Questions essentielles à débattre

33. Lors de la quinzième session ordinaire de leur Conférence, les Chefs d'État et de gouvernement auront à discuter du thème : « Promouvoir la santé maternelle, néonatale et infantile pour le développement en Afrique ». Il conviendrait de tenir compte de trois éléments dans la proposition des questions essentielles à examiner.

34. Premièrement, il s'agit d'un thème général qui ne peut pas être efficacement abordé dans un débat de 2 à 3 heures. **Il est donc nécessaire d'accorder plus d'importance aux objectifs à atteindre et au sens à donner au thème, en se concentrant sur des questions spécifiques permettant d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile,** en vue de faciliter la réalisation des OMD.

35. Deuxièmement, les Chefs d'État et de gouvernement de l'UA avaient pris de nombreux engagements par le passé : du Sommet du Millénaire en 2000 à la Décision sur l'accélération des actions pour la survie et le développement de l'enfant en Afrique en vue de la réalisation des OMD en 2005, à l'Appel d'Abuja pour l'accès universel en 2006. L'Afrique n'a plus besoin de prendre de nouveaux engagements, mais il faudrait mettre en œuvre ceux qui existent déjà. En conséquence, **le débat devrait se concentrer sur les mesures efficaces et rentables ayant un impact important susceptible d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.**

36. Troisièmement, et par rapport au deuxième élément dont il faut tenir compte, le défi d'atteindre les OMD pour la santé est de taille, mais les solutions ne doivent pas être complexes. D'après le Rapport sur l'état de la mise en œuvre du Plan d'action de Maputo, les interventions les plus efficaces étaient les plus simples et peut-être les moins évidentes. En conséquence, le débat devrait également porter sur **le partage d'expériences entre les Chefs d'État et de gouvernement concernant les pratiques réussies et utilisées dans leur pays.**

37. Il s'agit notamment des points suivants :

a) comment la CARMMA pourrait continuer à servir de moyen pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile grâce à l'appropriation nationale ;

b) les défis à relever dans la réduction du taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile en Afrique avec une attention particulière, entre autres, sur la prestation de services de soins primaires de qualité, complets, intégrés et abordables afin d'assurer la continuité des soins, de promouvoir la

maternité sans risque, la survie des enfants et la santé des femmes, des nourrissons et des enfants ;

c) l'impact de la nutrition, de l'alimentation et de l'hygiène sur la santé maternelle, néonatale et infantile ;

d) la prévention de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant (PTME) ;

e) l'augmentation des ressources intérieures pour la santé dans le budget national grâce au partenariat public-privé ;

f) la responsabilisation, l'amélioration de la gouvernance dans le secteur de la santé et la mise en place d'un mécanisme de suivi et d'évaluation.

Format et structure du débat

38. Le débat sera mené dans le cadre d'une table ronde interactive qui mettra l'accent sur des questions spécifiques posées aux experts et auxquelles ils devront répondre. Ces questions devraient être basées sur les principaux enjeux identifiés ci-dessus.

39. La table ronde devrait être composée de 2 présidents, 2 autres éminentes personnalités et un modérateur. La Commissaire en charge des Affaires sociales, Me Bience Gawanas, prononcera le discours liminaire pour déclarer le débat ouvert.

40. Après la séance interactive, les débats seront ouverts à tous les Chefs d'État et de gouvernement qui souhaiteraient intervenir. Les interventions devraient être axées essentiellement sur les domaines prioritaires.

41. Le Président de la Commission de l'Union africaine prononcera probablement l'allocution de clôture, et présentera également les conclusions du débat.

Conclusions du débat

42. Le Sommet devrait adopter un certain nombre de mesures essentielles pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile et faire en sorte que les systèmes de santé soient axés sur les femmes et les enfants, avec les résultats spécifiques en matière de santé, notamment pour les femmes et les enfants.

43. L'Afrique aspire à passer de l'engagement à l'action orientée vers des résultats et le message important pour une meilleure santé en Afrique met l'accent sur la gestion des interventions intégrées, globales et rentables. Le rôle des soins de santé primaires est encore plus important aujourd'hui qu'il ne l'était il y a plus de 30 ans, depuis la Déclaration d'Alma-Ata.

44. Enfin, le débat devrait accorder une attention renouvelée aux enjeux et conclure qu'il est grand temps d'agir pour inverser cette image négative des femmes et des enfants qui meurent des suites de maladies évitables en Afrique.

Documents de travail

45. Les documents de travail suivants ont été mis à disposition pour faciliter la préparation et seront utilisés au cours du débat :

1) le Rapport sur l'état de la mise en œuvre du Plan d'action de Maputo sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation ;

2) le Rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de l'Appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique ;

3) les documents de travail thématiques sur la santé maternelle, néonatale et infantile, la nutrition et la sécurité alimentaire, le financement du secteur de la santé ;

4) le Rapport sur la situation des enfants en Afrique – 2010.

Documents de référence

1) Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant ;

2) Protocole relatif aux droits de la femme ;

3) Charte africaine de la jeunesse ; Cadre d'orientation continental sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation ;

4) Plan d'action sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation (Plan d'action de Maputo) ;

5) Appel à l'action accélérée pour une Afrique digne des enfants ;

6) Cadre de politique sociale.

Assembly/AU/2 (XV)
Annexe

CAMPAGNE DE L'UA POUR LA REDUCTION RAPIDE DE LA MORTALITE MATERNELLE EN AFRIQUE (CARMMA) :

« L'Afrique s'en préoccupe : aucune femme ne doit mourir en donnant la vie »

2010
AGISSONS POUR LA PAIX

Département des Affaires sociales
Commission de l'Union africaine

Fiche d'information

Campagne de l'UA pour la réduction rapide de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA)

« L'Afrique s'en préoccupe : Aucune femme ne doit mourir en donnant la vie »

Qu'est-ce que la CARMMA?

La campagne pour la réduction rapide de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) est une importante initiative du Département des Affaires sociales (DAS) lancée en mai 2009 sur le thème : «L'Afrique s'en préoccupe : Aucune femme ne doit mourir en donnant la vie". La CARMMA est inspirée des principaux domaines prioritaires énoncés dans le Cadre stratégique de l'UA de 2005 pour la promotion de la santé et des droits en matière de procréation et de sexualité en Afrique et dans le Plan d'action de Maputo (2006). La santé maternelle et infantile sera le thème de la Conférence de l'UA prévue en juillet 2010, à Kampala (Ouganda).

La CARMMA porte essentiellement sur trois domaines clés : la messagerie positive, l'encouragement des réalisations et les grands progrès réalisés dans certains pays dans la réduction de la mortalité maternelle et les efforts en vue de les reproduire, et l'intensification des actions visant à réduire la mortalité maternelle et infantile. La campagne vise à réduire la mortalité maternelle dans les pays où les taux sont élevés. La messagerie positive favorise les bons exemples et réalisations dans certains États membres (par exemple le Malawi, Maurice, la Tanzanie et l'Ouganda) et leur reproduction dans d'autres pays, et des actions supplémentaires pour freiner la mortalité maternelle et infantile. Elle met l'accent sur les facteurs africains - les droits et les choix en matière de sexualité des femmes, l'égalité entre les hommes et les femmes, la dépendance économique et les choix judicieux de santé, les conflits armés, les situations de réfugiés, les mariages précoces et autres abus, les maladies et les rapports sexuels à risque. Sans la mise en œuvre effective d'une stratégie globale pour la santé en matière de procréation et de sexualité qui permet aux femmes d'avoir le contrôle de leur corps et les moyens pour cela, la mortalité maternelle sera un problème de l'Afrique et retardera son développement.

D'autres aspects sur lesquels les politiques nationales doivent insister sont, entre autres, les pratiques culturelles et traditionnelles qui accordent moins de valeur à la vie des femmes, l'égalité entre les femmes et les hommes dans l'éducation, les droits des femmes dans le mariage et les droits fondamentaux en matière de sexualité, du nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir; et de relations sexuelles inégales, y compris les rapports sexuels violents et forcés.

L'objectif de la CARMMA est de contribuer à la promotion du développement social dans le continent grâce au soutien dynamique aux efforts nationaux et des dirigeants en vue de réduire la mortalité maternelle. Son principal objectif est de promouvoir la fourniture et l'utilisation des services de santé de qualité universellement accessibles, notamment ceux liés à la santé en matière de procréation et de sexualité qui sont essentiels pour réduire la mortalité maternelle. Cet objectif serait atteint grâce au renforcement des systèmes de santé en vue de la réalisation des OMD et d'autres cibles ainsi que les objectifs nationaux connexes et à la reconnaissance de la mortalité maternelle comme un indicateur clé de l'efficacité des systèmes de santé.

CARMMA sensibilise la population et établit des liens avec les campagnes internationales, renforce et intègre les systèmes de santé grâce à des interventions qui ont des impacts importants dans les pays sélectionnés. Elle permettra le financement durable et fera connaître les problèmes à travers les médias et d'autres supports. Elle mettra aussi en place des cadres de suivi et d'évaluation et collaborera avec des partenaires, dont les ministères de la Santé.

Principales politiques et stratégies

- la Vision, la Mission et le Cadre stratégique (2004-2007 et au-delà) de l'UA qui mettent la santé parmi les programmes prioritaires du continent;

- les décisions du Sommet de l'UA sur la santé maternelle et infantile

- le Cadre stratégique continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation en Afrique (2005) et le Plan d'action de Maputo (2006) pour sa mise en œuvre;

- appel d'Abuja pour une action accélérée en vue de l'accès universel aux traitements, aux soins et à la prise en charge du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme (ATM) en Afrique (2006);

- la Stratégie africaine pour la santé (avril 2007) ;

- le document stratégique de la CARRMA.

Mesures prises par le Département des Affaires sociales

Le DAS a élaboré le document stratégique de la CARMMA qui a été présenté et adopté par la Conférence des Ministres de la Santé de l'UA en mai 2009. Les Ministres de la Santé ont décidé d'appuyer et de lancer la CARMMA dans leurs pays respectifs.

Depuis lors, en 2009, la CARMMA a été lancée dans les pays suivants :

- *Maputo (Mozambique), le 3 août*
- *Lilongwe (Malawi), le 7 août*
- *Kigali (Rwanda) le 7 octobre*
- *Abuja (Nigeria), le 16 octobre*
- *Mbabane (Swaziland),*
- *Ghana, le 25 novembre*
- *Ndjamena (Tchad), le 15 décembre*
- *Gobabis (Namibie), le 16 décembre*

D'autres lancements sont prévus dans environ 9 autres pays, en juillet 2010.

Dans le cadre du lancement de la campagne, le DAS a également préparé de la documentation et des brochures pour distribution. Il prépare actuellement les activités de suivi, la mobilisation des ressources et un plan durable, y compris la création de groupes de partenaires dans certains pays.

Le DAS collabore avec les États membres, les CER, les institutions des Nations Unies et un vaste éventail d'autres parties prenantes. Les États membres sont encouragés à mettre en place leurs propres stratégies, à mobiliser toutes les principales parties prenantes, y compris celles au niveau communautaire, et à lancer la CARMMA dans leurs pays respectifs.

Dans le cadre de la promotion CARMMA, le DAS a également établi une collaboration internationale. À cet égard, un nouveau groupe international de dirigeants pour lutter contre la mortalité maternelle a été mis sur pied le 12 mars 2009 à Londres, avec Bience Gawanas (Union africaine) et Sarah Brown en tant que coprésidentes. Ce groupe de haut niveau – créé par les organisations communautaires et soutenu par le Réseau de dirigeants mondiaux – aidera à mener la lutte mondiale contre la mortalité maternelle. Le groupe appelé Combattants de la mortalité maternelle sera composé de militants, d'universitaires, de professionnels des soins de santé et des « premières dames » du monde entier. La composition sera annoncée dans les prochains mois. Le groupe a pour objectif de stimuler les efforts déployés aux niveaux national et international pour résoudre le problème.

Le DAS a également aidé à l'organisation de la réunion du Réseau des Parlementaires africains pour la promotion et le financement de la Santé, tenue le 9 septembre 2009 qui a adopté une résolution soutenant la CARMMA exhortant le PAP, les parlements des CER et tous les parlements nationaux à adopter officiellement la CARMMA.

Le DAS mène diverses activités préparatoires en vue du débat du Sommet de l'UA de 2010 sur le thème de la mortalité maternelle et infantile, telles que l'organisation d'une Conférence panafricaine sur la mortalité maternelle et infantile en avril 2010 pour examiner les progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan de Maputo, la convocation de la session extraordinaire de la Conférence des Ministres de la Santé de l'UA pour, entre autres, formuler des recommandations pour le Sommet de juillet 2010.

Comment communiquer avec le DAS

Le Directeur, Département des Affaires sociales
Commission de l'Union africaine
P. O. Box 3243, Addis-Abeba (Éthiopie)
Tel : + 251 11 5517 700 ext. 300
Fax : +251 11 5533616
Courriel : dsocial@africa-union.org
Site Web : www.africa-union.org

«…Nous sommes déterminés à mettre un terme définitif au fléau des conflits et de la violence sur notre continent, conscients de nos insuffisances et de nos erreurs et animés par la volonté de mobiliser tous les moyens et ressources humaines nécessaires et de saisir toutes les opportunités pour promouvoir et faire progresser l'agenda de prévention des conflits, de rétablissement et de maintien de la paix, ainsi que celui de la reconstruction post-conflit. En tant que dirigeants, ne pouvons tout simplement pas léguer le fardeau des conflits aux générations à venir d'Africains ».

2010
AGISSONS POUR LA PAIX

AFRICAN UNION UNION AFRICAINE

African Union Common Repository **http://archives.au.int**

Organs Assembly Collection

2010-07-27

Theme of the Summit: “Promoting Maternal, Infant and Child Health and Development in Africa” Background Document

African Union

DCMP

https://archives.au.int/handle/123456789/9104

Downloaded from African Union Common Repository