



PLAN D'ACTION DE MAPUTO 2016-2030

## **L'OPÉRATIONNALISATION DU CADRE STRATÉGIQUE CONTINENTAL POUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET LES DROITS LIÉS À LA REPRODUCTION**





PLAN D'ACTION DE MAPUTO 2016-2030  
L'opérationnalisation Du Cadre Stratégique  
Continental Pour La Santé Sexuelle Et  
Reproductive Et Les Droits Liés À La  
Reproduction

# SOMMAIRE

SIGLES ET ABRÉVIATIONS	<b>6</b>
GLOSSAIRE	<b>8</b>
REMERCIEMENTS	<b>11</b>
INTRODUCTION	<b>13</b>
JUSTIFICATION	<b>18</b>
OBJECTIF GLOBAL	<b>22</b>
PRINCIPALES STRATÉGIES DE MISE EN OEUVRE DU CADRE STRATÉGIQUE CONTI- NENTAL	<b>22</b>
GROUPES CIBLES PRIORITAIRES	<b>28</b>
RÉSULTATS ESCOMPTÉS	<b>28</b>
ESTIMATION DU COÛT DU PLAN D'ACTION DE MAPUTO	<b>30</b>
RÔLE DES PARTIES PRENANTES	<b>47</b>
CONCLUSION	<b>48</b>
BIBLIOGRAPHIE	<b>49</b>

# LIST OF TABLES AND FIGURES

Tableau 1: Axes stratégiques et interventions prioritaires pour le Plan d'action de Maputo 2016 - 2030 **34**

Tableau 2: Besoins en ressources pour la SRMNIA en Afrique (2016-2030). Scénarios de projection de l'ensemble des besoins, avec ajustement de programmes et de systèmes (en milliards de dollars EU) **45**

# SIGLES ET ABRÉVIATIONS

<b>ANC</b>	Soins anténataux
<b>ARV</b>	Médicaments antirétroviraux
<b>CER</b>	Communauté économique régionale
<b>CIPD</b>	Conférence internationale sur la population et le développement
<b>CTS-SPLD</b>	Comité technique spécialisé sur la santé, la population et la lutte contre la drogue
<b>CUA</b>	Commission de l'Union africaine
<b>DSRP</b>	Document stratégique de réduction de la pauvreté
<b>IST</b>	Infections sexuellement transmissibles
<b>MGF/E</b>	Mutilation génitale féminine/excision
<b>MII</b>	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
<b>MPoA</b>	Plan d'action de Maputo
<b>ODD</b>	Objectif de développement durable
<b>OMD</b>	Objectifs du millénaire pour le développement
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONU</b>	Organisations des Nations Unies
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
<b>OSC</b>	Organisation de la société civile
<b>PNB</b>	Produit national brut
<b>PTN</b>	Pratiques traditionnelles néfastes
<b>PVH</b>	Papillomavirus humain
<b>S &amp; E</b>	Suivi et évaluation
<b>SDMIR</b>	Surveillance des décès maternels et infantiles et réponse
<b>Sida</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>SONU</b>	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
<b>SRMIA</b>	Santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent
<b>SSR</b>	Santé sexuelle et reproductive
<b>SSR&amp;DR</b>	Santé sexuelle et reproductive et droits liés à la reproduction
<b>SSRA</b>	Santé sexuelle et reproductive des adolescents
<b>TAR</b>	Thérapie antirétrovirale contre le VIH/sida
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TIC</b>	Technologies de l'information et de la communication
<b>UA</b>	Union africaine
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la population
<b>VBG</b>	Violence basée sur le genre
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine





## GLOSSAIRE

1. **Santé sexuelle et reproductive et droits liés à la reproduction:** Il s'agit de la santé et des droits sexuels et reproductifs dans le contexte du Cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction de 2005 approuvé par la Conférence de l'UA en janvier 2006.
2. **Santé en matière de reproduction:** Telle que définie par le Cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction (SDSR) et le Protocole à la Charte africaine sur les droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo), " Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé".



3. **Droits liés à la reproduction:** Tels que définis dans le Cadre stratégique continental sur la SSDR et le Protocole de Maputo, ils “ correspondent à certains droits de l’homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l’homme et d’autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d’un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l’espace de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d’accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu’exprimé dans des documents relatifs aux droits de l’homme. Dans l’exercice de ce droit, il importe que les couples et les individus tiennent compte des besoins de leurs enfants présents et à venir et de leurs propres responsabilités envers la société. Que tous exercent ce droit de façon responsable devrait être l’objectif fondamental des politiques et programmes financés par des fonds publics, au niveau gouvernemental comme au niveau local, dans le domaine de la santé en matière de reproduction, y compris de la planification familiale. Il faudrait veiller soigneusement à ce que, conformément au but visé, ces politiques et programmes favorisent l’établissement de relations de respect mutuel et d’équité entre les sexes, et satisfassent particulièrement les besoins des adolescents en matière d’enseignement et de services afin qu’ils apprennent à assumer leur sexualité de façon positive et responsable.”
4. **Avortement à risque:** Tel que spécifié par la première session du Comité technique spécialisé sur la santé, la population et la lutte contre la drogue (STC-HPDC) en 2015, il s’agit de “l’avortement dans de mauvaises conditions conformément aux lois et réglementation nationales”
5. **Groupes/populations vulnérables et marginalisés:** Groupes/populations vulnérables et marginalisés tels que définis dans les contextes et politiques au niveau national.
6. **Éducation complète sur la santé sexuelle et reproductive:** Tel que spécifié par les participants à la première session du Comité technique spécialisé sur la santé, la population et la lutte contre la drogue en 2015, il s’agit d’une “éducation complète, appropriée à l’âge et à la culture, sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes et impliquant les parents et la communauté.”





## REMERCIEMENTS

La Commission de l'Union africaine (CUA) adresse ses remerciements aux États Membres de l'UA pour leur engagement dans la mise en œuvre du Plan d'action de Maputo (MPoA) pour l'opérationnalisation du Cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et reproductive et les droits liés à la reproduction (SSDR) et pour leur contribution au processus d'examen du MPoA en fournissant des données et des orientations techniques.

La CUA exprime également sa gratitude aux communautés économiques régionales (CER), aux agences des Nations Unies, aux organisations intergouvernementales et non gouvernementales et aux organisations de la société civile pour leurs contributions techniques dans l'examen de la mise en œuvre du MPoA et dans des activités connexes.

La Commission remercie particulièrement le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) pour son soutien technique et financier et pour son rôle consultatif avant et pendant l'examen du MPoA, ainsi que pour avoir facilité la mise en œuvre du plan aux niveaux national et régional.

La CUA exprime enfin sa gratitude au Bureau Afrique de la Fédération internationale pour la planification responsable (IPPF/AFRO) pour avoir contribué à la réalisation du Plan d'action de Maputo aux niveaux national et régional et pour avoir fait entendre la voix des OSC dans le cadre de l'examen du MPoA.



# INTRODUCTION



1. Reconnaisant que les pays africains ont fait des progrès considérables dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) visant à améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile et à assurer l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, bien que n'ayant pas réalisé tous les objectifs, le Cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction adopté par la 2ème session ordinaire de la Conférence des Ministres africains de la Santé tenue en octobre 2005 à Gaborone, Botswana, approuvé par les Chefs d'État de l'UA en janvier 2006, demeure pertinent en tant que cadre pour la réalisation de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, du dividende démographique, des aspirations de l'Agenda 2063 et des objectifs de développement énoncés dans les objectifs de développement durable.
2. À Gaborone, les Ministres de la Santé de l'UA ont également appelé à l'élaboration d'un Plan d'action concret et chiffré pour la mise en œuvre du Cadre stratégique continental. Cette décision a été approuvée par le Sommet des Chefs d'État et de gouvernement en janvier 2006, à Khartoum, Soudan, et a abouti à l'élaboration du Plan d'action de Maputo (MPoA) 2007-2010 dont la mise en œuvre a été prolongée par la 15ème session ordinaire de la Conférence jusqu'en 2015 pour coïncider avec la date butoir des Objectifs du Millénaire pour le développement.
3. Le Plan d'action de Maputo 2007-2015 a expiré en 2015 au moment où le plan de l'Union africaine pour la transformation structurelle de l'Afrique au cours des cinquante prochaines années, « l'Agenda 2063 : L'Afrique que nous voulons » et son plan décennal de mise en œuvre sont en place pour influencer et accélérer la transformation et le développement de l'Afrique au-delà de 2015. Un examen détaillé de la mise en œuvre, des réalisations, des défis et des lacunes du MPoA 2007 - 2015 a été mené pour consolider l'orientation stratégique continentale pour post 2015 sur la santé sexuelle et reproductive et les droits liés à la reproduction (SSDR). L'évaluation du plan a été effectuée respectivement sur la base des sept aspirations et de six principaux piliers stratégiques de l'Agenda 2063, et de la position

africaine commune.

4. De plus, le Plan d'action de Maputo révisé 2016-2030 reste compatible avec l'Agenda 2063 de l'Afrique qui appelle à une Afrique prospère basée sur la croissance inclusive et le développement durable; un continent intégré, politiquement uni, fondé sur les idéaux du panafricanisme; une Afrique de la bonne gouvernance et du respect des droits de l'homme, de justice et de la primauté du droit; une Afrique pacifique et sécurisée; une Afrique ayant une forte identité culturelle, des valeurs et de l'éthique; une Afrique dont le développement est axé sur les personnes et comptant notamment sur le potentiel de ses femmes et de ses jeunes; et une Afrique en tant qu'acteur et partenaire fort, résilient et influent sur la scène internationale.
5. Ces aspirations montrent une forte convergence avec les six piliers de la position africaine commune sur le programme de développement post-2015 et s'appuieront sur les dix interventions stratégiques du Cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et reproductive et les droits liés à la reproduction, à savoir : l'augmentation des ressources pour les programmes de SSDR, la traduction de la Déclaration d'Ababa Abeba sur la population et le développement 2013 et des engagements de Beijing + 20 en législation nationale, ainsi que les politiques de SSDR, notamment en continuant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles en mettant fin à tous les décès maternels, néonataux et infantiles évitables, en assurant la lutte contre le VIH / sida, en étendant l'utilisation des contraceptifs, réduisant ainsi les niveaux de l'avortement à risque<sup>1</sup>, en mettant un terme au mariage précoce et forcé des enfants, en éradiquant la mutilation génitale féminine, en évitant la violence fondée sur le sexe et en assurant l'accès des adolescents et des jeunes à la santé sexuelle et en matière de reproduction (SSR).
6. Cette version révisée du Plan d'action de Maputo 2016-2030 pour l'opérationnalisation du Cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et reproductive et les droits liés à la reproduction va dans le sens de l'examen du Plan d'action de Maputo 2007-2015 et cherche à faire avancer le continent vers la réalisation de l'objectif de l'accès universel aux services complets de santé sexuelle et reproductive en Afrique au-delà de 2015. Il s'agit d'un plan à long terme pour la période allant jusqu'en 2030, s'articulant sur les dix domaines d'action suivants : l'engagement

---

1 Tel que défini dans le glossaire

politique, le leadership et la gouvernance; la législation sur la santé; l'égalité entre hommes et femmes ; l'autonomisation des filles et des femmes et le respect des droits humains ; la communication stratégique ; l'investissement dans les besoins de SSR des adolescents, des jeunes et des populations vulnérables<sup>2</sup>; l'optimisation du fonctionnement des systèmes de santé ; le développement des ressources humaines ; les partenariats et la collaboration ; le suivi, la soumission de rapports et la responsabilisation ; et l'accroissement des investissements dans la santé. Le plan est fondé sur la SSR dans tout son contexte tel que définie à la CIPD / PoA 1994, la Déclaration d'Addis Abeba sur la Population et le développement en Afrique (2013) et l'article 14 du Protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Protocole de Maputo) qui intègrent la santé sexuelle et reproductive et les droits liés à la reproduction (SSDR) des femmes et des hommes en tant que droit humain, en tenant compte de l'approche du cycle de vie. Ces éléments de SSDR comprennent la santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA), la santé maternelle et les soins du nouveau-né, la planification familiale, la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH / sida; les soins d'avortement sans risque<sup>1</sup>; la prévention et la prise en charge de la stérilité ; la prévention et la prise en charge des cancers du système reproducteur, la recherche de solutions aux préoccupations des hommes et des femmes au milieu de leur vie, la santé et le développement, la réduction de la violence fondée sur le sexe, la communication et les conseils interpersonnels, et l'éducation sanitaire.

7. En plus du Cadre stratégique continental pour la promotion de la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction, le Plan d'action 2016-2030 prend en compte les conclusions de son examen, l'Agenda 2063 et son plan décennal de mise en œuvre, les objectifs de développement durable (ODD), Rio + 20 et la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents, la Déclaration de Gaborone sur la feuille de route relative à l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins, l'Engagement de Brazzaville sur l'intensification de l'accès universel et les engagements d'Abuja.
8. Tout en reconnaissant la nécessité de mettre l'accent sur la SSDR, le Plan révisé précise que tout ceci doit être intégré dans un système de santé efficace doté d'infrastructures, de ressources financières et humaines suffisantes, et que les interventions de la SSDR seront entravées tant

---

2 Tel que défini dans le glossaire



que la crise ne sera pas résolue dans ces domaines. Il convient donc de mobiliser des ressources nationales pour soutenir les programmes de santé, notamment par le respect des engagements d'Abuja.

9. Le Plan révisé s'inspire des bonnes pratiques et des interventions à haute incidence, et répond aux vulnérabilités sous toutes leurs formes (telles que définies dans le contexte et les politiques au niveau national), des inégalités de genre à celles qui concernent la vie en milieu rural et la jeunesse et les groupes vulnérables<sup>2</sup>, y compris les politiques relatives aux personnes déplacées, aux migrants et aux réfugiés afin que personne ne soit laissé pour compte. Il reconnaît l'importance de créer un environnement propice et d'autonomiser les communautés et les femmes, ainsi que le rôle des hommes dans l'accès aux services de SSDR.
10. Le plan révisé est vaste et flexible pour permettre une adaptation au niveau des pays, en reconnaissant les circonstances particulières des Etats membres de l'UA. Il fournit un ensemble d'actions clés, mais ne limite pas les pays et n'exige pas que ceux qui ont déjà des stratégies repartent à zéro ; il encourage plutôt tous les pays à revoir leurs plans par rapport à ce nouveau plan d'action en vue d'identifier les lacunes et les domaines à améliorer. En même temps, le plan, bien que centré sur les mesures des pays, se fonde dans certains segments des dix domaines d'action pour l'Union africaine, les communautés économiques régionales et les partenaires continentaux et internationaux. Il reconnaît également le rôle de la société civile et du secteur privé dans le cadre des programmes nationaux. Le plan définit les indicateurs permettant de suivre les progrès à ces différents niveaux.







## JUSTIFICATION

11. Malgré la baisse considérable de l'extrême pauvreté au cours des deux dernières décennies, le nombre de personnes vivant dans cette situation demeure par trop élevé, malgré l'atteinte du premier objectif du Millénaire pour le développement, qui était de réduire de moitié en 2010, soit cinq ans avant l'échéance de 2015, le taux de pauvreté de 1990. Le nombre de personnes vivant dans une extrême pauvreté à travers le monde a baissé de plus de la moitié, passant de 1,9 milliards en 1990 à 836 millions en 2015<sup>1</sup>. En 1990, près de la moitié de la population des pays en développement vivaient avec moins de 1,25 dollars EU par jour; ce chiffre a baissé à 14 pour cent en 2015<sup>1</sup>. Le taux de pauvreté en Afrique subsaharienne a baissé de 28%, mais il demeure toujours très élevé, soit 41%.<sup>3</sup>
12. Les multiples priorités des gouvernements en matière de ressources et l'incapacité des partenaires de développement internationaux à tenir leurs engagements ont conduit à une insuffisance de financement pour une amélioration de l'accès aux services de santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR)<sup>4</sup>. En moyenne, 10,5% des dépenses publiques sur les 15% prévus par l'engagement d'Abuja sont actuellement alloués à la santé sur le continent<sup>6</sup>.
13. Les taux de mortalité maternelle, néonatale et des enfants de moins de cinq ans en Afrique, à l'exclusion de l'Afrique du Nord, demeurent élevés, soit 510 décès pour 100 000 naissances vivantes<sup>1</sup>, 28 pour 1 000 naissances vivantes<sup>5</sup> et 86 pour 1 000 naissances vivantes respectivement<sup>1</sup> pour l'année 2013. La fistule obstétrique, une maladie dévastatrice liée à l'accouchement, persiste encore en Afrique, avec 50 000 à 100 000 nouveaux cas chaque année dans les régions en développement<sup>6</sup>. Certains indicateurs de santé reproductive et infantile, bien qu'une amélioration soit observée, restent en-deçà des objectifs escomptés. L'assistance qualifiée à

3 Rapport 2015 sur les objectifs du Millénaire pour le développement

4 Projet sur les flux de ressources, 2006. Flux des ressources financières destinées aux activités menées en faveur de la population en 2004. *UNFPA/ONUSIDA/Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute*.

5 Rapport d'évaluation du Plan d'action de Maputo, 2015

6 Campagne mondiale de l'UNFPA pour l'éradication de la fistule obstétrique

l'accouchement est de plus de 25% en-dessous du taux de 80% attendu, tandis que le taux de prévalence de la contraception et des besoins non satisfaits de planification familiale reste à 28% et 24% respectivement<sup>1</sup>. Seulement 12% de femmes enceintes qui nécessitent des services de soins obstétriques et néonataux d'urgence les reçoivent. Le taux de vaccination se situe à 77%, tandis que celui des retards de croissance, soit 34%, demeure élevé<sup>6</sup>.

14. Le paludisme, le VIH et la tuberculose continuent d'affecter un grand nombre de femmes et d'enfants sur le continent, malgré les améliorations constatées au fil des ans. L'Afrique représentait à la fois la plus grande proportion de personnes vivant avec le VIH et la plus grande augmentation du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral (ART). Mais la région abrite aussi 78 pour cent de personnes vivant avec le VIH dans les zones en développement qui ne reçoivent pas les antirétroviraux. De même, malgré l'existence d'antirétroviraux efficaces capables de réduire à 2% le risque de transmission de la mère à l'enfant, ces interventions ne sont pas encore accessibles aux mères enceintes et aux nouveau-nés en Afrique, tandis que le VIH/sida continue d'être la principale cause de mortalité chez les adolescents de 10 à 19 ans en Afrique<sup>7</sup>. Quatre-vingts pour cent des décès dus au paludisme dans le monde surviennent dans seulement 17 pays, dont la plupart se trouvent en Afrique, tandis que l'absence de stratégies efficaces (par exemple, un vaccin après exposition à la maladie, ou un traitement pour une infection latente de tuberculose) visant à prévenir la résurgence de la maladie chez plus de 2 milliards de personnes qui sont supposées avoir été infectées par le mycobacterium tuberculosis limite l'impact des efforts visant à lutter contre l'incidence de la tuberculose<sup>8</sup>. Le cancer du col de l'utérus, problème de santé émergent en Afrique, est la principale cause des décès liés au cancer chez les femmes de nombreux pays africains. Malgré l'existence d'un vaccin capable de protéger les jeunes filles contre le cancer du col de l'utérus, le vaccin contre le virus du papillome humain doit encore être lancé dans de nombreux pays à faible revenu, mais à charge de maladie élevée.

---

7 Prévisions de l'ONUSIDA en 2015

8 Le Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement 2015

15. Les inégalités entre les sexes restent profondément ancrées dans la région. Les femmes sont marginalisées dans les domaines de l'éducation, de l'emploi et de la santé. Par exemple, moins de filles que de garçons achèvent leurs études secondaires. Neuf pays sur dix qui enregistrent la plus forte prévalence des mariages des enfants se trouvent en Afrique. Les femmes continuent d'être victimes de discrimination pour l'accès au travail, aux ressources économiques et à la participation à la prise des décisions aux niveaux public et privé, et sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que les hommes. Environ trois quarts des hommes en âge de travailler font partie de la population active, contre seulement la moitié des femmes en âge de travailler, tandis que les femmes gagnent 24 pour cent de moins que les hommes. Le statut inférieur de la femme et sa faible autonomisation sont encore liés à son incapacité à accéder aux services de santé maternelle et à les utiliser. En Afrique, la planification familiale est encore considérée comme l'affaire des femmes, avec des programmes qui visent les femmes tout en ignorant le rôle des hommes.
16. Il est généralement reconnu que la santé, notamment la santé sexuelle et reproductive et les droits liés à la reproduction, est une condition préalable, un résultat et un indicateur de tous les aspects du développement durable, et que les objectifs de développement durable ne peuvent être atteints qu'en l'absence d'une mortalité et d'une morbidité maternelles, néonatales, infantiles et juvéniles évitables. Bien que l'Afrique ait, au fil des ans, réalisé des progrès considérables dans l'accès universel à la santé sexuelle et reproductrice et aux droits liés à la reproduction, les progrès ont été lents et inégaux, indiquant qu'il y a encore beaucoup à faire. Le problème de la santé sexuelle et reproductrice et des droits à la reproduction, tel qu'il se présente dans l'Agenda 2063, « L'Afrique que nous voulons », et dans les Objectifs de développement durable, n'est donc pas encore totalement résolu.





## OBJECTIF GLOBAL

17. L'objectif ultime de ce Plan d'action est de faire en sorte que les gouvernements africains, la société civile, le secteur privé et tous les partenaires au développement multisectoriels unissent leurs forces et redoublent d'efforts pour que la mise en œuvre du Cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction, de l'Agenda 2063 et des Objectifs de développement durable soit effective afin de mettre un terme à la mortalité maternelle, néonatale, infantile et juvénile évitable, grâce à la vulgarisation de l'usage des contraceptifs, à la réduction des taux d'avortement à risque<sup>1</sup>, à la suppression des mariages des enfants, à l'éradication des pratiques traditionnelles néfastes, notamment les mutilations génitales féminines, et à l'élimination de toutes formes de violence et de discrimination à l'égard des femmes et des jeunes filles, tout en assurant aux jeunes et aux adolescents de tous les pays africains l'accès aux services de santé reproductive d'ici à 2030.

## PRINCIPALES STRATÉGIES DE MISE EN OEUVRE DU CADRE STRATÉGIQUE CONTINENTAL

18. Les dix principales stratégies pour la mise en œuvre du cadre stratégique continental sont les suivantes:
- i. **Le renforcement de l'engagement politique, du leadership et de la bonne gouvernance** – Cela implique l'adoption et l'appropriation du Plan d'Action de Maputo 2016 - 2030 aux niveaux continental, régional et national, en accordant la priorité à la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA) dans les plans de

développement, les budgets et les documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP) aux niveaux continental, régional et national, et en engageant la responsabilité des dirigeants politiques dans l'atteinte des objectifs fixés par les déclarations, les cadres stratégiques et les programmes de développement mondiaux et régionaux relatifs à la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents.

- ii. **L'institution d'une législation et de politiques sanitaires visant à améliorer l'accès aux services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents** – Cela implique la suppression des barrières juridiques, réglementaires et politiques qui limitent l'accès des femmes, des jeunes et des adolescents aux produits, programmes et services de santé sexuelle et reproductive, la rationalisation des cadres législatifs, politiques et stratégies opérationnelles qui régissent les partenariats et la collaboration dans le secteur sanitaire, l'adoption, la révision et l'application de lois pour la lutte contre les mariages précoces et le mariage des enfants, et en faveur de l'accès à l'avortement sans risque<sup>1</sup>, conformément aux lois et politiques nationales.
- iii. **L'égalité des sexes, l'autonomisation des femmes et des jeunes filles, et le respect des droits humains, par** : la protection des droits de tous les citoyens (femmes, enfants, adolescents, hommes) à avoir le contrôle sur les questions liées à la santé sexuelle et reproductive et à en décider librement et en toute responsabilité, sans contrainte, ni discrimination ou violence ; la suppression des pratiques traditionnelles néfastes telles que le mariage des enfants et les mutilations génitales féminines/excision ; l'élimination de toutes formes de discrimination et de violence à l'égard des femmes et des filles ; et la promotion des valeurs sociales d'égalité, de non-discrimination, et de résolution non violente des conflits.
- iv. **L'amélioration des stratégies de communication en faveur de la santé sexuelle et reproductive, et droits liés à la reproduction, par** : l'institution de mécanismes efficaces de communication sur le changement de comportement et le partage des informations, en vue de promouvoir la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA); le ciblage (à l'intérieur comme à l'extérieur des écoles) des jeunes et des adolescents par une éducation complète sur la santé

sexuelle et reproductive adaptée à leur âge et à leur contexte culturel<sup>9</sup>; la promotion et la facilitation de la communication entre les prestataires de soins de santé, y compris les pairs éducateurs à différents niveaux ; la large diffusion des informations sur la SRMNIA, par l'utilisation de nouvelles technologies de communication telles que la cybersanté, tweeter, Instagram, Facebook, entre autres ; et la promotion de la mobilisation communautaire pour qu'elle participe à la SRMNIA, un accent particulier étant mis sur la participation des hommes.

- v. **L'investissement dans les besoins en SSR des adolescents, des jeunes et des autres personnes vulnérables marginalisées** (orphelins, personnes âgées, personnes handicapées, populations rurales, personnes déplacées, migrants)<sup>2</sup> par l'amélioration de l'accès des jeunes aux informations et services de SRMNIA de qualité et de leur utilisation, notamment la vaccination anti-VPH et la planification familiale, par la fourniture aux jeunes de services de SSR intégrés de qualité, adaptés à leurs besoins et taillés à leur mesure ; la fourniture d'une éducation globale sur la santé sexuelle et reproductive<sup>10</sup> adaptée à leur âge et à leur contexte culturel, et les transferts aux services de SSR ; l'investissement dans l'amélioration de la situation des pauvres en matière de santé sexuelle et reproductive et de droits liés à la reproduction ; l'autonomisation de la communauté et le soutien de ses efforts pour lui permettre de relever ses défis en matière de SRMNIA et promouvoir l'inclusion. En outre, une intervention efficace en cas de situation d'urgence devrait être assurée dans les milieux humanitaires précaires, en même temps que la poursuite de la fourniture des services courants pour les femmes, les enfants et les adolescents.
- vi. **L'optimisation du fonctionnement du système de santé pour la SRMNIA, par :** le renforcement des systèmes de soins de santé primaires, en établissant un lien entre les services complets et de qualité de SRMNIA et de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose à tous les niveaux du système de santé; le renforcement des systèmes de référence pour les services intégrés de SRMNIA, de lutte contre le VIH/sida, les IST, le paludisme et la tuberculose; la disponibilité d'une très grande variété de médicaments et de produits de SRMNIA; l'extension de l'accès aux interventions sanitaires à incidence élevée, comme la vaccination ; l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, et des soins

---

9 Telle que définie dans le glossaire



de qualité, notamment les soins obstétricaux et néonataux d'urgence en faveur des mères, des nouveau-nés (soins néonataux essentiels et méthode mère kangourou) et des enfants, et l'accès aux méthodes contraceptives ; la prise en compte de la charge croissante des cancers de la santé reproductive ; l'amélioration des efforts visant à éradiquer la transmission verticale du VIH ; l'éradication de la transmission du paludisme ; et le renforcement des capacités d'intervention d'urgence à tous les niveaux du système de santé, conformément aux prescriptions du Règlement sanitaire international.

vii. **L'investissement dans les ressources humaines par le renforcement de la formation, le recrutement et la rétention du personnel, en adoptant** : une approche plus durable visant à produire un personnel sanitaire doté des compétences nécessaires et convenablement réparti à tous les niveaux, une attention particulière étant accordée aux zones rurales et enclavées, et aux pays cherchant à atteindre l'excellence dans le renforcement des capacités en ressources humaines, la formation, le recrutement et la rétention du personnel.

viii. **Le renforcement des partenariats et de la collaboration multisectorielle pour la SRMNIA, par** : la collaboration avec les partenaires au développement pour qu'ils honorent leur engagement de consacrer 0,7% de leur PNB au développement; la collaboration avec les partenaires pour la mise en place de cadres de financement opérationnels qui tiennent compte des caractéristiques spécifiques de la SRMNIA et des priorités du continent, des sous-régions et des pays ; la mise en place de politiques permettant à la société civile, au secteur privé et aux collectivités de s'impliquer dans la fourniture des services de SRMNIA dans le cadre des programmes nationaux; et le renforcement des partenariats sud-sud, nord-sud, et triangulaires, ainsi que la coopération avec la diaspora dans l'atteinte des objectifs de santé sexuelle et reproductive et des droits liés à la reproduction. Le secteur de la santé a également besoin de travailler de façon intégrée et coordonnée.

- ix. **La responsabilisation et le renforcement du suivi et de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, par :** la mise en place de cadres nationaux solides de suivi et d'évaluation intégrés et à base factuelle; la mise en œuvre ou le renforcement de systèmes de surveillance et d'intervention en matière de décès maternels et infantiles; le lancement de la collecte de données de base pouvant être utilisées pour suivre les progrès réalisés; la mise en place ou le renforcement de systèmes d'enregistrement et d'état civil; le renforcement des systèmes nationaux d'information sanitaire permettant de collecter et de publier des données désagrégées par âge et par sexe sur la SRMNIA ; l'investissement dans la recherche et l'innovation pour traiter des principales priorités de santé et de développement social, entre autres ; et le renforcement du système de suivi et d'évaluation du Plan d'action.
- x. **L'accroissement des investissements dans le domaine de la santé, par:** le renforcement de la mobilisation des ressources intérieures pour la SRMNIA grâce à des mécanismes de financement de la santé innovants, et la mise en place de mécanismes de protection sociale; l'identification et l'institution de lignes et d'allocations budgétaires en faveur de programmes et d'interventions essentiels, économiques et à incidence élevée relatifs à la SRMNIA, et l'encouragement ainsi que l'appui apporté aux Etats membres pour qu'ils investissent dans les infrastructures sanitaires, la fabrication locale des médicaments, des équipements sanitaires et des consommables.





## GROUPES CIBLES PRIORITAIRES

19. La santé reproductive englobe le cycle de vie complet d'un individu, de la naissance à la vieillesse, par conséquent, les services de santé sexuelle et reproductive et de droits liés à la santé doivent être assurés tout au long du continuum de soins pour tous ceux qui en ont besoin. L'accent sera mis sur les couples, les femmes en âge de procréer, les femmes ayant dépassé cet âge, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents, les jeunes et les hommes des zones enclavées, les populations mobiles et transfrontalières, les personnes déplacées et les autres groupes vulnérables<sup>2</sup> et aussi sur les politiques à adopter.

## RÉSULTATS ESCOMPTÉS

20. Le présent Plan d'action fournit un cadre dont les pays pourront s'inspirer. Cela ne nécessitera pas l'élaboration de nouvelles stratégies, mais simplement l'intégration des éléments de cette stratégie dans celles déjà existantes. La mise en œuvre du Plan d'action apportera de nouvelles améliorations dans la situation sanitaire des femmes, des enfants, des jeunes et des adolescents, et donc une amélioration de l'épargne familiale et des économies plus fortes en Afrique. Les interventions stratégiques ainsi que les indicateurs du plan détaillés dans le Tableau 1, non seulement reflètent les questions spécifiques de la SRMNIA sur le continent, mais sont aussi en conformité avec le Plan décennal de mise en œuvre de l'Agenda 2063, les Objectifs de développement durables et la Stratégie globale des Nations unies pour la santé maternelle, infantile et juvénile (2016 – 2030).





## ESTIMATION DU COÛT DU PLAN D'ACTION DE MAPUTO

21. L'investissement dans la SRMNTA permet aux individus et aux couples d'avoir une vie sexuelle saine, exempte du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles; d'avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent et quand ils les désirent, d'accoucher sans danger et d'avoir des bébés sains. Malgré les progrès considérables réalisés au cours de la dernière décennie, l'Afrique demeure à la traîne par rapport aux autres régions du monde pour ce qui est des mesures à prendre en matière de santé sexuelle et reproductive.
22. Près de 58% des femmes qui souhaitent éviter les grossesses n'utilisent pas de méthodes contraceptives efficaces, et enregistrent un chiffre exorbitant de 93% de grossesses non désirées<sup>10</sup>. Soixante-seize pour cent des populations les plus pauvres en Afrique n'ont pas accès aux formations offrant des soins prénatals (4+) et d'accouchement, tandis que 78% de femmes et de nouveau-nés qui ont besoin de soins pour des complications médicales à la grossesse et à l'accouchement, et pendant et immédiatement après l'accouchement ne les obtiennent pas. D'autre part, 73% de femmes enceintes vivant avec le VIH ne reçoivent pas de médicaments antirétroviraux qui pourraient protéger leur santé et prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant<sup>11</sup>. Ces besoins non satisfaits constitueraient la base de calcul du coût indiqué dans le scénario des besoins non satisfaits (voir Tableau 3).
23. Selon les estimations de fin 2014, le coût total des soins de santé reproductive en Afrique serait de l'ordre de 17,2 milliards de dollars par an. Ce montant comprend 3, 2 milliards de dollars si tous les besoins en contraceptifs féminins sont satisfaits, 11, 2 milliards de dollars pour les

10 Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up. Coûts et avantages de l'investissement dans la santé sexuelle et reproductive. Décembre 2014

11 Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up. Investir dans la santé sexuelle et reproductive en Afrique subsaharienne. Décembre 2014

soins liés à la grossesse, 3, 1 milliards de dollars pour les soins de VIH de la mère et du nouveau-né jusqu'à six semaines après l'accouchement pour les séropositifs, et 0, 7 milliard de dollars destinés au traitement des IST, parmi lesquelles quatre principales IST curables (Chlamydia, blennorrhagie, syphilis, trichomonase) 6.

24. Le coût total de la SRMNIA en Afrique est composé de coûts directs et de coûts indirects. Les coûts directs ont trait aux médicaments, aux produits et au personnel ou aux agents de santé. Les coûts indirects comprennent le coûts de plusieurs types d'appui au programme, tels que la supervision et la formation du personnel, l'information et l'éducation sur la planification familiale, la construction et l'entretien des installations, la mise en place et l'entretien des systèmes d'approvisionnement en produits, et d'autres fonctions relatives au programme et à la gestion<sup>6</sup>. Les coûts directs et indirects de fourniture des niveaux de soins actuels, d'amélioration de soins pour les usagers actuels et de 100% des besoins de SRMNIA ont été comptabilisés et des moyennes établies. Les coûts directs représentaient près de 40% et les coûts indirects près de 60%. Pour la planification familiale, les coûts du personnel représentaient 36% des coûts directs, et pour les autres soins de SRMNIA, les coûts du personnel s'élevaient à 64% des coûts directs<sup>6</sup>.
25. L'année de base pour l'évaluation des coûts du présent Plan d'action est 2015. Le coût total de la SRMNIA pour 2015 a été extrapolé à partir de celui de décembre 2014<sup>6</sup>, et ajusté par rapport à l'inflation (0,1%) en 2015<sup>8</sup>. Le coût total de la fourniture à 100% de la SRMNIA en Afrique était donc de 17,67 milliards de dollars en 2015 (Tableau 2). Le coût estimatif du Plan d'action de Maputo de 2016 à 2030 a été calculé en ajustant le coût à l'année de base par rapport à l'inflation annuelle (1,49% pour 2016, 2,37% pour 2017, 2,54 pour 2018, 2,33% pour 2019, 2,31% pour 2020, 2,00% pour 2021-2025 et 2,25% pour 2026-2030)<sup>12,13</sup> et compte tenu des changements démographiques et de fécondité (sur la base des diverses projections moyennes faites par les Nations unies 2015)<sup>14</sup>. Selon les projections, la population africaine augmentera de 493 millions de personnes en 2030

---

12 <http://www.statista.com/statistics/244983/projected-inflation-rate-in-the-united-states/>

13 <http://www.tradingeconomics.com/united-states/inflation-cpi>

14 Nations unies, Département des Affaires économiques et sociales, Division de la Population (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Document de travail No. ESA/P/WP.241.



sur une base de 1,186 milliard en 2015, étant donné les changements de fécondité qui surviendront au cours de la période 2015-2030. Ceci implique que l'augmentation annuelle sera en moyenne de 33 millions de personnes. L'on estime cependant que pour assurer à toutes les femmes de la région un paquet total de soins qui comprenne des services de planification familiale modernes, les soins maternels et néonataux, et les soins de VIH et d'IST, il faudra 18 dollars par personne<sup>6</sup>. Ceci implique que l'ajustement par rapport à la croissance démographique basée sur les diverses projections moyennes faites par les Nations unies sera de l'ordre de 0,59 milliard de dollars par an.

26. Le coût estimatif du présent Plan d'action de Maputo reflète les besoins en soins de santé reproductive, sexuelle, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA) selon deux scénarios : 1) le coût lorsque tous les besoins en soins de SRMNIA des femmes sont satisfaits ; 2) le coût nécessaire pour répondre aux besoins de soins de SRMNIA non satisfaits des femmes sur le continent. Après avoir effectué tous ces ajustements, il faudra trouver 318 milliards de dollars au total de 2016 à 2030 pour satisfaire les besoins de SRMNIA sur le continent (Tableau 2), tandis que 182 milliards de dollars seront requis pour couvrir les besoins de SRMNIA non satisfaits sur le continent (Tableau 3). Ces estimations devraient être revues puis mises à jour sur la base de l'expérience acquise dans la mise en œuvre des programmes et des nouvelles données. Cependant, le plus important est que les plans nationaux renferment des définitions détaillées des interventions capables de satisfaire les besoins nationaux de santé sexuelle et de reproduction, et que les investissements reflètent et améliorent les capacités nationales pour leur mise en œuvre et leur suivi.



27. Toutefois, les principes de la présente analyse devraient susciter l'adhésion, notamment du fait que les plans doivent être orientés vers l'atteinte de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive d'ici à 2030, vers l'accroissement des investissements et le renforcement des mesures visant à améliorer les ressources humaines pour la santé. Ces plans et ces estimations comprennent les ressources permettant de renforcer le système de santé et d'accroître les allocations nécessaires au suivi, à la supervision, aux fonctions essentielles de la santé publique, aux actions communautaires et autres fonctions d'appui nécessaires. D'autres ressources seront nécessaires pour traiter des éléments non explicites (comme l'investissement en équipement) et des investissements supplémentaires seront requis dans des secteurs autres que la santé, qui soutiennent et encouragent les progrès vers les objectifs liés à la santé, notamment ceux qui sont inscrits dans les objectifs de développement durable. Les estimations actuelles indiquent l'ampleur des efforts à faire, et doivent mobiliser une réaction appropriée de la part des gouvernements, des donateurs, de la société civile et du secteur privé.

**Tableau 1 : Axes stratégiques et interventions prioritaires pour le Plan d'action de Maputo 2016 - 2030**

Axes stratégiques	Interventions prioritaires	Indicateurs de suivi des progrès
1. Renforcement de l'engagement politique, du leadership et de la bonne gouvernance pour la SRM/NIA	1.1. Vulgarisation du Plan d'action de Maputo 2016-2030 aux niveaux continental, régional et national	Existence d'une feuille de route nationale chiffrée pour éradiquer la mortalité maternelle, néonatale, infantile et juvénile d'ici à 2030.
	1.2. Intégration de la santé maternelle, néonatale, infantile et juvénile dans d'autres services de santé	Existence de cadres et plans nationaux de politique sanitaire intégrant les services de SRM/NIA, de VIH/sida, d'IST et de paludisme.
	1.3. Elaboration d'un plan stratégique de communication et de mise en œuvre du Plan d'action de Maputo 2016-2030	Stratégie de communication et programme de mise en œuvre du Plan d'action de Maputo en place
	1.4. Engagement politique et leadership de haut niveau pour la SRM/NIA	Nombre de pays qui respectent leurs engagements pour la SRM/NIA aux niveaux continental et régional Part de budget national de santé allouée à la SRM/NIA Nombre de pays dont les comptes nationaux de santé assurent le suivi des allocations et des dépenses de SRM/NIA

Axes stratégiques	Interventions prioritaires	Indicateurs de suivi des progrès
2. Institution d'une législation sanitaire en appui à la SRMNIA	2.1. Suppression des barrières juridiques, réglementaires et politiques limitant l'accès aux produits, programmes et services de santé sexuelle et reproductive  2.2. Elaboration et mise en œuvre de cadres juridiques et politiques de lutte contre le mariage des enfants  2.3. Mise en œuvre de politiques, stratégies et plans d'action nationaux visant à mettre fin aux grossesses non désirées et aux avortements non assistés <sup>1</sup>  2.4. Mise en place de cadres juridiques, stratégies et programmes de lutte contre les violences faites aux femmes	Nombre de pays disposant d'une législation et d'une réglementation garantissant à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans l'accès aux services, à l'information et à l'éducation sur la santé sexuelle et reproductive <sup>8</sup>  Existence de cadres politiques, réglementaires et juridiques destinés à appuyer les services de SRMNIA pour les jeunes  % des pays membres qui disposent de stratégies et de plans d'action pour mettre fin au mariage des enfants  Pourcentage de femmes de 20 à 24 ans qui se sont mariées ou qui ont vécu en union avant l'âge de 18 ans, ou prévalence des mariages précoces  Pourcentage de diminution de cas d'avortements à risque <sup>1</sup>  Pourcentage de diminution de grossesses non désirées  Prévalence des violences à base sexuelle  Nombre de cas de violences à base sexuelle traduites devant le tribunal  Nombre de pays disposant de programmes de lutte contre les violences à base sexuelle
3. Egalité des sexes, autonomisation et droits humains	3.1. Protection des droits de la femme, des jeunes et des adolescents; et lutte contre les violences sexuelles et les violences faites aux femmes	Nombre de femmes et de filles (de 15 à 49 ans) ayant déjà vécu avec un partenaire et victime de violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime ancien ou actuel au cours des 12 derniers mois  Nombre de femmes et de filles (âgées de 15 à 49 ans) victimes de violences sexuelles depuis l'âge de 15 ans de la part d'une personne autre qu'un partenaire intime

Axes stratégiques	Interventions prioritaires	Indicateurs de suivi des progrès
4. Amélioration de la stratégie de communication pour la SSDR	<p>3.2. Eradication de la pratique des mutilations génitales féminines/excision et d'autres pratiques traditionnelles néfastes</p> <p>4.1. Enfants, jeunes et adolescents cibles, à l'école ou en dehors de l'école, ayant reçu à un âge convenable une culture et une bonne éducation générale sur la santé sexuelle et reproductive<sup>10</sup> impliquant les parents et les collectivités</p> <p>4.2. Institution de mécanismes de communication et de partage des informations efficaces pour le changement de comportement en vue de promouvoir les services de SSDR ainsi que les initiatives visant à réduire les inégalités entre les sexes</p>	<p>Pourcentage de femmes et de filles de 15 à 49 ans ayant subi des mutilations génitales féminines/excision, par groupe d'âge</p> <p>Pourcentage d'enfants, de jeunes et d'adolescents atteints, à l'école ou en dehors de l'école, à l'âge de recevoir une culture et une bonne éducation générale sur la santé sexuelle et reproductive<sup>10</sup></p> <p>Nombre de pays mettant en œuvre une stratégie de communication globale pour la SRMNIA qui comprend des initiatives visant à réduire les inégalités entre les sexes, les pratiques traditionnelles néfastes et les violences sur la base du sexe</p> <p>Nombre de pays qui mettent en œuvre une stratégie globale de communication par les TIC pour la SRMNIA</p> <p>Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui prennent des décisions avisées en matière de relations sexuelles, d'utilisation des contraceptifs, et de soins de santé reproductive</p>
	4.3. Promotion de l'engagement communautaire et de la participation aux services de SRMNIA, un accent particulier étant mis sur l'implication des hommes.	Pourcentage d'hommes qui accompagnent leurs épouses aux services de SRMNIA

Axes stratégiques	Interventions prioritaires	Indicateurs de suivi des progrès
<p>5. Investissement dans les adolescents, les jeunes et autres populations vulnérables et marginalisées<sup>2</sup></p>	<p>5.1. Amélioration de l'accès et de l'utilisation de services de SSR de qualité pour les jeunes et les adolescents, notamment la vaccination anti-VPH</p> <p>5.2. S'assurer que tous les garçons et filles font des études primaires et secondaires libres, équitables et de bonne qualité</p> <p>5.3. Investir dans les populations pauvres et marginalisées<sup>2</sup> et leur donner les moyens de se prendre en charge et de résoudre leurs problèmes de SRMNIA</p>	<p>Proportion de jeunes gens qui accèdent aux services de SSR</p> <p>Taux d'accouchements des adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans)</p> <p>Prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans</p> <p>Proportion de filles d'environ 15 ans ayant reçu 2 doses de vaccin contre le virus du papillome humain</p> <p>Taux de prévalence de l'usage des contraceptifs chez les adolescents</p> <p>Pourcentage d'enfants et de jeunes qui à la fin de chaque cycle d'enseignement atteignent au moins un niveau minimum de compétence en a) lecture et b) en mathématiques</p> <p>Pourcentage des populations les plus à risque (en particulier les réfugiés et les autres personnes déplacées) qui bénéficient des services de SRMNIA et de lutte contre le VIH</p>

Axes stratégiques	Interventions prioritaires	Indicateurs de suivi des progrès
<p>6. Optimisation du fonctionnement du système de santé et amélioration des ressources humaines pour la SRM/NIA</p>	<p>6.1. Renforcement des systèmes de soins de santé primaires en établissant la liaison entre les services intégrés de qualité s'occupant de la SRM/NIA, du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose, surtout à tous les niveaux du système de santé</p> <p>6.2. Renforcement des systèmes de transfert des malades aux services de SRM/NIA</p> <p>6.3. Mise à disposition d'une très grande variété de médicaments et de produits pour la SRM/NIA</p> <p>6.4. Extension de l'accès à des interventions sanitaires à incidence élevée, tels que la vaccination, l'accouchement assisté par personne qualifiée, et les soins de qualité, notamment les soins obstétricaux d'urgence pour les mères et les nouveau-nés, et l'accès aux méthodes contraceptives</p>	<p>Existence de politiques et de plans nationaux de santé qui établissent la liaison entre les services de SRM/NIA, de VIH/sida, d'IST, de paludisme et de tuberculose</p> <p>Nombre de pays disposant de systèmes de référence des malades consacrés aux services SRM/NIA</p> <p>Couverture des interventions traceuses (vaccination complète de l'enfant, traitement par anti-rétrovirus, traitement de la tuberculose, accouchement assisté par personne qualifiée)</p> <p>Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes Taux d'enfants mort-nés (et taux de mortalité intrapartum) Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes Objectif de planification familiale atteint Pourcentage d'enfants qui reçoivent une vaccination complète (selon les recommandations des programmes nationaux de vaccination) Prévalence de retard de croissance (taille pour l'âge &lt;-2 SD) chez les enfants de moins de 5 ans Prévalence d'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans et de nouveau-nés ayant fait l'objet d'un bilan de santé dans les 2 jours suivant l'accouchement Nombre de centres de santé pour 500 000 personnes, qui fournissent la totalité des soins obstétricaux et néonataux de base et généraux d'urgence (soins essentiels et soins généraux) Prévalence de la fistule obstétrique</p>

Axes stratégiques	Interventions prioritaires	Indicateurs de suivi des progrès
	<p>6.5. Résolution du problème de la charge de cancers des organes de reproduction, notamment les cancers du sein, du col et de la prostate, par l'investissement dans les stratégies de prévention tels que le vaccin contre le VPH et le dépistage de routine, le traitement précoce au niveau des soins primaires, et les références sûres des malades aux niveaux de soins plus élevés</p>	<p>Proportion de femmes de 30 à 49 ans qui déclarent avoir subi le test de cancer du col de l'utérus</p> <p>Existence d'une politique nationale de lutte contre le cancer des organes de reproduction</p> <p>Proportion de filles ayant reçu 2 doses de vaccin contre le virus du papillome humain à l'âge de 15 ans</p>
	<p>6.6. Redoublement d'efforts pour éradiquer la transmission du VIH de la mère à l'enfant</p>	<p>Pourcentage de femmes enceintes recevant des soins prénatals qui ont subi le test de VIH et qui connaissent leurs résultats (informations disponibles pour « Femmes enceintes ayant subi le test de VIH »)</p> <p>Pourcentage de bébés nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH</p> <p>Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant</p>
	<p>6.7. Renouvellement et renforcement de la lutte contre le paludisme</p>	<p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont couché la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée</p> <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant fait de la fièvre au cours des deux dernières semaines et qui avaient fait l'objet d'un prélèvement au doigt ou au talon</p> <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont fait de la fièvre au cours des 2 dernières semaines et ont reçu dans les 24 heures suivant le début de la fièvre un traitement antipaludéen conformément à la politique nationale</p> <p>Proportion de femmes qui ont reçu trois doses ou plus de traitement préventif intermittent pendant les visites prénatales au cours de leur dernière grossesse</p>

Axes stratégiques	Interventions prioritaires	Indicateurs de suivi des progrès
7. Investissement dans les ressources humaines pour la SRM/NIA	7.1. Amélioration du recrutement, du développement et de la formation, de la motivation et de la rétention de la main d'œuvre	Nombre d'agents de santé pour 100 000 habitants (désagrégé par cadre et par région géographique)
8. Renforcement des partenariats et de la collaboration avec le secteur privé, les collectivités, d'autres secteurs de santé, organisations de la société civile et autres partenaires	8.1. Augmentation et alignement des ressources financières extérieures sur l'ensemble des engagements 8.2. Elaboration de politiques visant à promouvoir l'implication de la société civile, du secteur privé et des collectivités dans la fourniture des services de SRM/NIA dans le cadre de programmes nationaux 8.3. Renforcement des partenariats sud-sud, nord-sud et triangulaires, et coopération avec la diaspora dans l'atteinte des objectifs de SSR&DR (notamment l'institutionnalisation des échanges techniques et du partage des meilleures pratiques)	% du budget total de la SRM/NIA mobilisé par les donateurs et les partenaires au développement Nombre ou pourcentage de partenaires au développement disposant de cadres de financement opérationnels alignés sur les priorités de SRM/NIA aux niveaux continental, régional et national Proportion de pays qui mettent en œuvre des politiques de partenariat privé relatives à la SSR&DR
		Nombre de pays en partenariats stratégiques formels pour les échanges techniques Forum destiné à partager les meilleures pratiques mises en place



Axes stratégiques	Interventions prioritaires	Indicateurs de suivi des progrès
<p>9. Responsabilisation et renforcement du suivi et de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation</p>	<p>9.1. Mise en place de systèmes nationaux de recherche, d'innovation, de suivi et d'évaluation solides, intégrés et à base factuelle qui intègrent les enquêtes démographiques</p> <p>9.2. Mise en œuvre ou renforcement des systèmes de surveillance des décès maternels et infantiles et réponse (SDMIR), qui suivent, évaluent et répondent à tous les facteurs qui contribuent à de faibles résultats pour les mères, notamment ceux concernant la prestation de services, l'accès à ces services, et les barrières socioculturelles qui favorisent les inégalités entre les hommes et les femmes</p> <p>9.3. Mise en place et renforcement des systèmes de registre et d'état civil</p> <p>9.4. Renforcement des systèmes de recherche et d'innovation</p> <p>9.5. Renforcement des systèmes de suivi, de rapport et de responsabilisation pour le Plan d'action de Maputo</p>	<p>Nombre de pays dotés de systèmes nationaux intégrés destinés à la recherche, l'innovation, le suivi et l'évaluation</p> <p>Nombre de pays dotés d'un système national intégré de suivi et d'évaluation pour saisir les tendances</p> <p>Nombre de pays dotés de systèmes nationaux intégrés pour la recherche, l'innovation, le suivi et l'évaluation, qui intègrent des mécanismes de suivi des ressources financières destinées à la SRMNIA</p> <p>Enquêtes sur les ménages et évaluations régulières de la fourniture de services</p> <p>Nombre de pays ayant institutionnalisé les systèmes de SDMIR</p> <p>Pourcentage des enfants de moins de 5 ans dont les naissances ont été enregistrées au bureau d'état civil</p> <p>Déclaration des naissances [et des décès]</p> <p>% de budget national alloué à la santé et à l'innovation</p> <p>Mécanisme continental de responsabilisation pour le Plan d'action de Maputo en place</p>

Axes stratégiques	Interventions prioritaires	Indicateurs de suivi des progrès
10. Accroissement du financement et des investissements pour la santé	10.1. Augmentation des ressources intérieures pour la santé grâce à un accroissement des finances et à l'inclusion	Dépenses générales de santé des gouvernements en tant que pourcentage des dépenses publiques totales Dépenses publiques de santé par habitant % du total des besoins financiers de la SRMNIA mobilisés à partir des sources intérieures
	10.2. Identification et institution de lignes et allocations budgétaires destinées aux interventions et programmes essentiels et économiques pour la SSR&DR	Existence de lignes budgétaires destinées à des interventions essentielles économiques dans le budget de la SSR&DR et de la SRMNIA
	10.3. Suppression des frais réclamés aux utilisateurs pour les services de SSR&DR et de SRMNIA, et institution de plans de protection sociale innovants	Dépenses personnelles des patients ou des ménages pour accéder à des services (recueillies par intermit- tence) Une partie de la population protégée contre les dépenses personnelles de santé catastrophiques ou appauvrissantes % de population couverte par les programmes de protection sociale, notamment l'assurance maladie
	10.4. Encouragement et appui aux Etats membres pour qu'ils investissent dans les infrastructures médicales et la fabrication locale d'équipements médicaux, de médicaments et de consommables	Cadres politiques et juridiques en place pour la production locale d'équipements médicaux, de médicaments et de consommables Existence de systèmes de production et de fourniture locale d'équipements médicaux, de médicaments et de consommables

**Tableau 2: Besoins en ressources pour la SRMNIA en Afrique (2016-2030). Scénarios de projection de l'ensemble des besoins, avec ajustement de programmes et de systèmes (en milliards de dollars EU)**

Tous les besoins satisfaits										
Description	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021-2025	2026-2030	2016-2030	
Coûts du personnel										
Planification familiale	0,46	1,06	1,67	2,29	2,93	3,6	21,31	22,39	55,25	
Soins de la grossesse et du nouveau-né	2,81	2,85	2,92	2,99	3,66	4,34	25,09	26,25	68,1	
Traitement du VIH	0,44	0,45	0,46	0,47	1,08	1,7	11,62	12,48	28,26	
Traitement des IST	0,1	0,1	0,1	0,11	0,7	1,31	9,67	10,48	22,48	
Total pour le personnel (A)	3,81	3,87	3,96	4,06	4,75	5,45	30,79	32,08	84,96	
Médicaments et produits										
Planification familiale	0,86	0,87	0,89	0,91	1,53	2,16	13,96	14,87	35,19	
Soins de la grossesse et du nouveau-né	1,66	1,68	1,72	1,76	2,4	3,05	18,52	19,53	48,65	
Traitement du VIH	0,83	0,84	0,86	0,88	1,5	2,13	13,81	14,72	34,74	
Traitement des IST	0,19	0,19	0,19	0,2	0,8	1,41	10,16	10,99	23,94	
Total pour les médicaments et les produits (B)	3,53	3,58	3,66	3,76	4,44	5,13	29,16	30,41	80,14	
Programme et systèmes (C)	10,33	10,48	10,73	11,01	11,86	12,72	67,86	69,98	194,6	
Grand Total (A+B+C)	17,67	17,93	18,36	18,82	19,86	20,91	109,6	112,7	318,2	

**Tableau 2: Besoins en ressources pour la SRMNIA en Afrique (2016-2030) scénarios de projection de l'ensemble des besoins, avec ajustements de programmes et de systèmes (en milliards de dollars EU)**

Besoins non satisfaits	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021-2025	2026-2030	2016-2030
Coûts du personnel									
Planification familiale	0,27	0,86	1,47	2,09	2,73	3,39	20,24	21,29	52,06
Soins de la grossesse et du nouveau-né	2,14	2,17	2,22	2,28	2,92	3,58	21,25	22,32	56,75
Traitement du VIH	0,34	0,34	0,35	0,36	0,96	1,58	11,02	11,86	26,47
Taitement des IST	0,08	0,08	0,08	0,08	0,68	1,29	9,53	10,34	22,07
Total pour le personnel (A)	2,82	2,86	2,93	3,00	3,66	4,34	25,11	26,27	68,17
Médicaments et produits									
Planification familiale	0,50	0,50	0,52	0,53	1,13	1,75	11,92	12,78	29,14
Soins de la grossesse et du nouveau-né	1,26	1,28	1,31	1,34	1,97	2,61	16,26	17,22	41,97
Traitement du VIH	0,63	0,64	0,65	0,67	1,28	1,90	12,68	13,56	31,39
Traitement des IST	0,14	0,14	0,15	0,15	0,75	1,36	9,91	10,72	23,18
Total pour médicaments et produits (B)	2,53	2,56	2,62	2,69	3,35	4,02	23,47	24,59	63,30
Programme et systèmes (C)	4,24	4,30	4,40	4,51	5,21	5,93	33,19	34,53	92,07
Grand Total (A+B+C)	9,58	9,72	9,95	10,20	11,03	11,88	63,58	65,60	181,97

# RÔLE DES PARTIES PRENANTES

## **La Commission de l'Union africaine**

28. La Commission de l'Union africaine (CUA) procèdera à une sensibilisation de haut niveau afin d'assurer un engagement politique et le leadership sur le plan, plaidera pour l'accroissement des ressources pour la SRMNIA, identifiera et partagera les meilleures pratiques. Elle veillera par ailleurs à ce que les politiques et les stratégies dans les États membres soient harmonisées avec les instruments continentaux et mondiaux, et mettra en place un mécanisme de suivi, de rapport et de responsabilisation sur le plan dans le cadre duquel des évaluations quinquennales, décennales et trimestriels de l'état d'avancement seront réalisées. La CUA abritera des plateformes de données et de meilleures pratiques pour appuyer le mécanisme chargé du suivi, des rapports et de la responsabilisation.

## **Les Communautés économiques régionales**

29. Les communautés économiques régionales devront, entre autres, assurer un plaidoyer de haut niveau, apporter un soutien technique aux États membres, notamment dans la formation dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, harmoniser la mise en œuvre des plans d'action nationaux, suivre les progrès réalisés chaque année, identifier et partager les meilleures pratiques.

## **Les États membres**

30. Les États membres intégreront et mettront en œuvre le Plan en vue de rendre opérationnel le Cadre stratégique continental pour la SDSR. Ils fourniront des moyens pour le plaidoyer, la mobilisation des ressources et les budgets comme démonstration de leur appropriation du plan, et assureront sur une base annuelle le suivi de la mise en œuvre du plan. Ils devront également amener la société civile, le secteur privé et d'autres secteurs hors santé (éducation, eau et assainissement, environnement, travail et emploi, etc.) et les institutions religieuses et traditionnelles à participer aux programmes nationaux et à s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé qui ont un impact sur l'atteinte des résultats dans le domaine de la SSR&DR.

### **Les Partenaires**

31. Conformément aux principes de la Déclaration de Paris, les organisations multilatérales et bilatérales, les organisations internationales et les organisations de la société civile nationales ainsi que les autres partenaires au développement aligneront leurs plans de coopération et d'assistance financière et technique sur les besoins et les priorités nationales et régionales en vue de la mise en œuvre du plan d'action.

## CONCLUSION

32. Les dirigeants africains ont l'obligation civique de répondre aux besoins et droits de leurs populations en matière de santé sexuelle et reproductive. Le présent Plan d'action montre clairement leur engagement à faire progresser la santé sexuelle et reproductive et les droits liés à la santé en Afrique.



## BIBLIOGRAPHIE

1. The World Bank Group 2016, Poverty Overview 7<sup>th</sup> October 2015, <http://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview>
2. Resource Flows Project, 2006, A financial resource flows for population activities in 2004, *UNFPA/UNAIDS/Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute*,
3. African Union Maputo Plan of Action (MPoA) Review Report, 2015
4. The United Nations, New York 2015: The Millennium Development Goal Report 2015, [http://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG 2015](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%2015)
5. Singh S, Darroch JE, Ashford LS, Adding it up, The Costs and benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health, December 2014
6. Singh S, Darroch JE, Ashford LS, Adding it up, Investing in Sexual and Reproductive Health in Sub-Saharan Africa, December 2014
7. Statista, Projected Annual Inflation rate in the United States from 2008 to 2020, <http://www.statista.com/statistics/244983/projected-inflation-rate-in-the-united-states/>
8. Trading Economics, The United States Inflation rates from 1914 to 2016, <http://www.tradingeconomics.com/united-states/inflation-cpi>
9. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015), *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*, Working Paper No, ESA/P/WP,241,
10. Indicators and a Monitoring Framework for the Sustainable Development Goals, Launching a data revolution for the *SDGs: A report to the Secretary-General of the United Nations by the Leadership Council of the Sustainable Development Solutions Network*, May 2015
11. Monitoring & Evaluation Indicator Reference Guide, Department of Social Affairs, African Union Commission, July 2011

12. Bertrand J,T and Escudero G, 2002, *Compendium of Indicators for Evaluating Reproductive Health Programmes*, August 2002, Measure Evaluation Manual Series, No, 6, Volumes 1 & 2,
13. UNFPA and Centre for Reproductive Rights, *Reproductive Rights: A Tool for Monitoring State Obligations*, [www.reproductiverights.org](http://www.reproductiverights.org)
14. Grittner A,B, 2013, *Results based Financing: Evidence from performance-based financing in the health sector*, Deutsches Institut für Entwicklungspolitik gGmbH
15. Ashraf A, Kane TT, Shahriar A, Khuda-e -B, 1999, *Male involvement in Reproductive Health Services in Bangladesh: A Review*, ICDDR, B: Centre for Health and Population Research, Mohakhali Dhaka 1212 Bangladesh, ICDDR, B 199, Special Publication No,94
16. World Health Organization, 2008, *Toolkit on Monitoring Health Systems Strengthening: Health Systems Financing*
17. World Health Organization, 2008, *Toolkit on Monitoring Health Systems Strengthening: Health Systems Governance*
18. Sara Pacqué-Margolis, Crystal Ng, and Sylvia Kauffman, Intra-Health International, 2011, *Human Resource for health indicator Compendium*, USAID, Capacity Plus,
19. World Health Organization, 2010, *Report of the meeting on HPV Vaccine Coverage and Impact Monitoring* 16-17 November 2009 Geneva, Switzerland
20. Williams K, Warren C, and Askew I, 2010, *Planning and Implementing an Essential Package of Sexual and Reproductive Health Services: Guidance for Integrating Family Planning and STI/RTI with other Reproductive Health and Primary Health Services*
21. Results of the list of indicators reviewed at the second IAEG-SDG meeting, 2<sup>nd</sup> November 2015
22. Sexual and Reproductive Health and Rights Continental Policy Framework, African Union Commission 2006,
23. WHO position paper on HPV vaccines, 2014, Retrieved from <http://www.who.int/entity/wer/2014/wer8943.pdf?ua=1>



24. Gill, R, Stewart DE, 2011, Relevance of gender-sensitive policies and and general health indicators to compare the status of South Asian women's health, *Women's Health Issues* 1(1):12-18
25. Schuler S, Rottach E and Mukiri P, 2011, Gender norms and family planning decision-making in Tanzania: a qualitative study, *Journal of Public Health in Africa* 2(2)







**African Union Commission**  
Department of Social Affairs

**Department of Social Affairs**  
**African Union Commission**  
**P.O.Box. 3243 Addis Ababa, Ethiopia**  
**Tel: +251 115 504988**  
**Fax: +251 115 504985**  
**E-mail [dsocial@africa-union.org](mailto:dsocial@africa-union.org)**  
**website: [www.africa-union.org](http://www.africa-union.org)**