

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Tele: +251-115 517 700 Fax: +251-11-5 517844
Website: www.au.int

***ÉLABORATION D'UN
CADRE DE PARTENARIAT EN MATIÈRE DE
RESPONSABILISATION POUR LA CAMPAGNE CARMMA***

Table des matières

Abréviations et acronymes	3
Introduction	4
Aperçu du document	4
Contexte.....	5
Principes directeurs du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation.....	9
Portée et objectif du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation	11
Objectifs du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation	12
Le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation	14
Introduction	14
Partenaires potentiels.....	15
Le mécanisme du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation : Surveiller, examiner et agir	16
Surveiller.....	16
Examiner.....	22
Agir	24
Plan de mise en œuvre du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation.....	28
Conclusion	33
Liste des références.....	34
Annexes.....	39
Annexe 1 : Liste élargie des partenaires potentiels pour le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation.....	39
Annexe 2 : La stratégie globale du Cadre de responsabilisation de Every Woman Every Child United	41
Annexe 3 : Le tableau d'indicateurs harmonisé et actualisé de CARMMA.....	41
Annexe 4 : Indicateurs des statistiques africaines en matière de santé.....	48

Liste des tableaux

Tableau 1 : Indicateurs CARMMA actualisés	26
Tableau 2 : Le plan de mise en œuvre du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation.....	38

Abréviations et acronymes

MAEP	Mécanisme africain d'évaluation par les pairs
UA	Union africaine
CUA	Commission de l'Union africaine
CARMMA	Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique
CoIA	Commission des Nations unies pour l'information et la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant
DAS	Département des affaires sociales
IAP	Groupe indépendant de responsabilisation pour chaque femme et chaque enfant
TIC	Technologie de l'information et de la communication
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
SRDM	Surveillance et réponse aux décès maternels
MdS	Ministère de la santé
TMM	Taux de mortalité maternelle
SMNEA	Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
TMN	Taux de mortalité néonatale
CER	Communautés économiques régionales
SRMNIA	Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents
ODD	Objectifs de développement durable
DSSR	Droits de santé et sexuelle et reproductive
STC-HPDC	Comité technique spécialisé sur la santé, la population et le contrôle des drogues
TdR	Termes de référence
NU	Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour les enfants
OMS	Organisation mondiale de la santé

Introduction

Aperçu du document

Le présent projet de document contient le Cadre de partenariat en matière de responsabilisation pour la Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) [ci-après dénommé le Cadre].

Après un chapitre présentant le contexte et l'historique du Cadre, le document décrit les composantes du Cadre de partenariat pour la responsabilisation et fournit des détails supplémentaires en décrivant son contenu :

- Objectifs,
- Principes directeurs,
- Portée et objectif,
- Partenaires potentiels,
- Mécanisme de responsabilisation, et
- Plan de mise en œuvre.

Plusieurs tableaux et figures fournissent des informations plus détaillées tout au long du document et dans les annexes.

Contexte

Dans l'Agenda 2063 de l'Union africaine, Cadre stratégique inspirant et visionnaire qui fournit un schéma directeur pour un développement inclusif et durable sur le continent, l'aspiration 1 stipule que « les peuples africains [devraient] jouir d'un niveau et d'une qualité de vie élevés, d'une bonne santé et du bien-être » (CUA, 2015, p. 2) et l'aspiration 6 stipule en outre que le développement du continent devrait être « axé sur les populations, en s'appuyant sur le potentiel des peuples africains, en particulier les femmes et les jeunes, et en prenant soin des enfants » (CUA, 2015, p. 8). Il est admis que la mortalité maternelle, infantile et juvénile sur le continent doit être abordée, si l'on veut que la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents africains soient optimisés.

La santé maternelle a des effets profonds et à long terme sur la santé future du nourrisson et, par conséquent, des générations futures d'Africains. Dans les pays africains, la morbidité et la mortalité maternelles ont des conséquences complexes et de grande envergure, qui touchent à la fois les individus et les ménages, et qui peuvent constituer un fardeau financier pour la famille au sens large. Les femmes doivent être en bonne santé et en sécurité pour soutenir et maintenir la vie de leurs enfants après la naissance (Knight, Yamin, 2015). Comme l'a déclaré l'ancienne présidente du Malawi, Mme Joyce Banda, « les femmes sont l'épine dorsale des communautés africaines elles sont agricultrices, commerçantes, dispensatrices de soins ».

Si des progrès constants ont été réalisés dans la réduction de la mortalité maternelle au niveau mondial, les taux de mortalité maternelle (TMM) sur le continent africain restent élevés quoiqu'en baisse (OMS, 2018). Selon les estimations inter-institutions des Nations unies (ONU), le TMM mondial a diminué de 44 %, passant de 385 à 216 décès pour 100 000 naissances vivantes, entre 1990 et 2015 (CUA, CEA, Groupe de la Banque africaine de développement, PNUD, 2016), avec un taux annuel de réduction continue de 2,3 % (Alkema et al., 2016). Actuellement, le TMM de l'Afrique s'élève à 444 pour 100 000 naissances vivantes (Groupe de la BAD, 2018). Parmi les 20 pays présentant les taux de mortalité maternelle les plus élevés, dix-neuf sont situés dans les régions d'Afrique centrale, orientale, occidentale et australe. Il reste évident que des améliorations doivent être apportées afin de réaliser l'objectif de développement durable (ODD) qui consiste à atteindre la cible mondiale de moins de 70 décès (ONU, 2015b) et à ce qu'aucun pays ne dépasse 140 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 (Agyepong et al., 2017). Si le rythme du déclin pendant la période des ODD ne s'accélère pas, il se peut que ce ne soit pas avant 2084 que l'Afrique, en tant que continent, atteigne l'objectif de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (OMS, 2018). Les progrès progressifs réalisés en matière de survie maternelle ont permis de faire progresser la survie du nouveau-né et donc de l'enfant (Starrs et al., 2018).

La santé de la mère et celle du nouveau-né sont étroitement liées. Les progrès réalisés en matière de survie de la mère ont contribué à faire progresser la survie du nouveau-né et, par conséquent, celle de l'enfant (Starrs et al., 2018). Si les taux de survie des enfants se sont considérablement améliorés en Afrique, le continent a réduit de plus de moitié son taux de mortalité des moins de cinq ans depuis 1990 (UNICEF, 2017), les taux de mortalité restent élevés, un enfant africain sur 11 qui naît meurt encore avant son cinquième anniversaire, un taux 14 fois supérieur à la moyenne des pays à revenu élevé (UNICEF, 2017). Le continent enregistre actuellement plus de la moitié des décès d'enfants dans le monde. Cette part continuera à augmenter pour atteindre environ 70 % d'ici le milieu du siècle, compte tenu des niveaux et tendances actuels de la

mortalité, de la fécondité et de la démographie du continent, ainsi que des hypothèses indiquant que les progrès se poursuivent ailleurs (UNICEF, 2017).

Le fait qu'un bébé sur quatre dans le monde naisse sans soins qualifiés (Nations unies, 2015) les rend vulnérables à des causes de décès évitables, dont la plupart ne sont pas prises en compte par les systèmes nationaux d'information sanitaire (Bryce et al., 2005). C'est ce que montre la tendance du taux de mortalité néonatale (TMN). Au cours de la période couverte par les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) (2000 à 2015), le TMN s'orientait vers une baisse substantielle des décès, mais le rythme actuel est insuffisant pour atteindre l'objectif des ODD consistant à réduire le TMN à au moins 12 pour 1000 naissances vivantes et la mortalité des moins de cinq ans à au moins 25 pour 1000 naissances vivantes (OMS, 2018).

Lorsque des investissements sont réalisés dans la santé des adolescents, l'on peut en tirer un triple avantage : leur santé actuelle, leur santé future et la santé de la prochaine génération. Si les adolescents sont souvent considérés comme un groupe en bonne santé, ce n'est pas le cas en Afrique (OMS, 2018), ce qui est exceptionnellement inquiétant vu que le total de la population adolescente africaine est en augmentation. Étant donné que les grossesses d'adolescentes contribuent largement aux taux de mortalité maternelle et infantile en Afrique et à l'augmentation des risques de blessures à la naissance, il est urgent d'améliorer la fourniture de services et le suivi efficace de la santé des adolescents (OMS, 2018).

Il existe plusieurs décisions et documents internationaux clés à l'échelle du continent pour guider les décideurs politiques africains dans l'opérationnalisation des gains nécessaires à la réduction des taux de mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente. Au moins 18 initiatives très médiatisées visant à mobiliser davantage de fonds ou à améliorer la fourniture de soins de santé reproductive, maternelle et néonatale dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont été publiées, notamment les objectifs de développement durable (ODD), la stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (2016-2030), « Chaque femme, chaque enfant », « Les femmes donnent la vie » et « Planification familiale 2020 ».

Sur le continent, les décideurs politiques africains ont continué à prendre des décisions, à produire des politiques et des documents d'appui qui ouvrent la voie à la mise en œuvre des gains nécessaires pour réduire les taux de mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente.

Dérivée des principaux domaines prioritaires inscrits dans le Cadre d'orientation continental de l'Union africaine de 2005 pour la promotion de la santé et des droits sexuels et reproductifs en Afrique (CUA, 2006) et le Plan d'action de Maputo pour l'opérationnalisation du Cadre d'orientation continental 2007-2010 pour les droits de santé sexuelle et reproductive (CUA, 2006a), la Commission de l'Union africaine a lancé la Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) en mai 2009 (CUA, 2012). La Campagne vise à promouvoir et à plaider pour une mise en œuvre renouvelée et intensifiée du Plan d'action de Maputo pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente dans la région Afrique. Grâce au partage des meilleures pratiques, à la production et au partage de données sur la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents, au plaidoyer pour un engagement politique accru et à la mobilisation des ressources nationales en faveur de la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents, ainsi qu'à la communication avec le grand public africain, la vision de la campagne est de s'appuyer sur les efforts existants pour améliorer la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des

adolescents dans toute l’Afrique. CARMMA croit en la nécessité de garantir la responsabilité : chaque perte de vie d’une mère ou d’un enfant doit être signalée.

Dans chacun des États membres, des acteurs clés et des personnalités influentes ont participé aux lancements nationaux de CARMMA afin d’obtenir un engagement politique de très haut niveau. Les acteurs clés de la campagne comprenaient la CUA, les gouvernements nationaux (présidents, premières dames, ministres, parlementaires), les accoucheuses, les agents de santé communautaires, les médecins, les infirmières et les sages-femmes. La campagne a été menée en partenariat avec d’autres parties prenantes, dont plusieurs agences des Nations unies, telles que l’Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations unies pour l’enfance (UNICEF), l’Organisation des Nations unies pour l’alimentation et l’agriculture (FAO), le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), le Programme commun des Nations unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA), le Fonds de développement des Nations unies pour la femme et la Banque mondiale, ainsi que des partenaires bilatéraux : l’Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Département pour le développement international (DFID), des organisations de la société civile (Fédération internationale pour le planning familial, White Ribbon Alliance), des universités, des dirigeants communautaires et religieux, des associations professionnelles, des artistes, des médias, le secteur privé et la société en général.

Afin de répondre au besoin de santé et de bien-être maternels et infantiles durables en Afrique, suite à la transition des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) vers les objectifs de développement durable (ODD), une réévaluation des pratiques, programmes et politiques de CARMMA était nécessaire (CUA, 2018). Une évaluation de l’initiative CARMMA, analysant la période de mai 2009 à décembre 2017, a donc été commandée par le Département des affaires sociales de la CUA afin de déterminer la pertinence, l’efficacité, l’impact et la durabilité de la campagne et formuler des recommandations qui permettraient à la campagne de contribuer davantage à la réalisation de l’Agenda 2063 de la CUA, ainsi que de l’Agenda 2030 et d’autres engagements mondiaux (CUA, 2018).

Plusieurs enseignements et thèmes ont été tirés du rapport d’évaluation, notamment, mais pas uniquement, les suivants :

- ***Un leadership et un engagement politiques forts*** sont nécessaires pour améliorer considérablement les indicateurs de santé maternelle et infantile.
- ***Les promoteurs nationaux*** ont joué un rôle essentiel pour maintenir l’accent national sur la santé maternelle et infantile.
- ***Il manquait un mécanisme de suivi*** de la campagne ; toutefois, le ***Prix Mama Afrika*** et le ***Groupe de travail sur la santé maternelle, néonatale et infantile (MNCH)*** restent pertinents pour la campagne et que des efforts devraient être faits pour les rendre opérationnels.
- ***La participation des Communautés économiques régionales (CER) et du secteur privé*** doit être encouragée.
- ***Une meilleure utilisation des réunions et événements statutaires***, à savoir la ***Conférence internationale sur la santé maternelle, néonatale et infantile (CISMNEA)***, est nécessaire.
- ***L’environnement politique et de prestation de services*** a été considérablement et positivement influencé.

- **Les structures de responsabilisation** doivent être renforcées à l'échelle du continent grâce aux mécanismes d'évaluation par les pairs existants, établis par l'UA.
- **Des ressources humaines et financières** sont nécessaires pour maintenir l'élan de la campagne dans les pays.
- **L'harmonisation des objectifs** de la CUA et de ses partenaires, tant au niveau régional que national, est importante.
- **Les partenariats avec les institutions universitaires et les autres acteurs du développement** devraient être élargis.
- Le secrétariat de CARMMA devrait être établi et doté de **ressources humaines adéquates**.
- La campagne de promotion de l'initiative CARMMA devrait être axée sur :
 - la santé des **adolescents** ;
 - le lien entre la **planification familiale**, le **dividende démographique** et le **développement** ;
 - la nécessité d'un **développement économique** pour les femmes.

De manière générale, la principale recommandation de l'évaluation indiquait que la Commission devrait agir pour mettre en place un **mécanisme de responsabilisation** qui permette de suivre les progrès de la mise en œuvre des campagnes en vue d'identifier les niveaux auxquels les principaux indicateurs ou paramètres quantitatifs et qualitatifs sont mesurés par rapport aux niveaux idéaux, aux meilleures pratiques ou aux normes internationales.

La responsabilisation est essentielle pour accélérer les progrès en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents. Elle permet de suivre les ressources, les résultats et les droits et fournit des informations sur ce qui fonctionne, ce qui doit être amélioré et ce qui nécessite une attention accrue. La responsabilisation garantit que les décideurs, et les autres partenaires ayant des objectifs communs, disposent des informations nécessaires pour répondre aux besoins en matière de santé et optimiser les droits de toutes les femmes, de tous les enfants et de tous les adolescents, et pour les placer au cœur des efforts connexes. (EWEC, 2015). Si le Cadre de partenariat de responsabilité en place, des systèmes peuvent être mis en œuvre pour recueillir des preuves afin de suivre les progrès réalisés dans le Cadre des engagements régionaux et nationaux de CARMMA, des mécanismes d'examen indépendants peuvent être mis en œuvre et des recommandations pertinentes peuvent être formulées pour les régions et les pays, et des mécanismes d'application et de récompense des performances mis en œuvre.

C'est dans cet esprit qu'un Cadre de partenariat en matière de responsabilisation pour la Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), ci-après dénommé le Cadre, doit être élaboré, dans le but de renforcer les objectifs actuels de la Campagne et de continuer à s'efforcer de garantir qu'« aucune femme ne meure en donnant la vie ».

Principes directeurs du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation

Afin de réaliser la mission de CARMMA qui consiste à accélérer les actions à travers l'Afrique pour réduire la mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente, le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation sera guidé par 13 principes directeurs. Ces principes, qui constitueront le fondement du Cadre et la base de sa mise en œuvre, ont été tirés de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (2016-2030), de l'Agenda 2063 visionnaire de la CUA, du Plan d'action (2016-2030) de Maputo, du Cadre africain de responsabilisation en matière de santé et des valeurs propres à CARMMA.

Responsabilité et transparence : Le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation doit être fondé sur des preuves fournies par des données périodiques collectées au niveau national, infranational, régional et continental. Ces données doivent être utilisées pour orienter des progrès réalisés en matière de suivi, d'examen et de mise en œuvre de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente.

Plaidoyer : Le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation doit plaider en faveur d'un engagement politique accru et mobiliser les ressources nationales en faveur de la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents. En faisant mieux connaître CARMMA, ses objectifs et ses réalisations en matière de mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente, il est possible de demander des comptes et d'intensifier les efforts pour accroître les ressources et la volonté politique en vue de la poursuite de la mise en œuvre.

Alignement : L'Union africaine, ses États membres et leurs partenaires doivent s'exprimer d'une seule voix et plaider en faveur d'un programme commun pour la santé maternelle et infantile. Pour que la responsabilité soit engagée, toutes les parties impliquées dans la lutte contre les décès maternels et infantiles évitables doivent comprendre et s'accorder sur l'orientation stratégique et les priorités pour cette cause.

Communication : Les informations disponibles, fiables et opportunes sur les indicateurs, les actions et les ressources doivent être partagées régulièrement de manière accessible, visible et compréhensible, à moins que ces informations ne soient jugées confidentielles. Le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation doit communiquer avec le grand public africain et inspirer les interventions.

Dialogue : Pour que des progrès significatifs soient réalisés en vue de mettre fin aux décès maternels et infantiles évitables, un dialogue efficace et transparent doit avoir lieu. En tant que communauté unifiée de partenaires, un retour d'information devra être fourni. C'est par un examen continu, le partage des succès et des défis des programmes et l'obtention de résultats que l'on peut tirer des enseignements.

Équité : La responsabilité doit être éclairée par des données ventilées qui tiennent compte des questions d'équité. C'est en identifiant les domaines où les besoins sont les plus importants que les ressources et les efforts peuvent être canalisés pour apporter des améliorations.

Harmonisation : Le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation cherchera à harmoniser et à rationaliser les actions actuelles en matière de responsabilisation et de partenariat afin d'atteindre l'objectif de réduction de la mortalité évitable des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents.

Caractère inclusif : Pour être efficace, le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilité doit être transparent et inclusif, et garantir la participation significative de toutes les parties prenantes, en particulier la société civile.

Partenariat : Le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation doit s'appuyer sur les efforts existants pour améliorer la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents en Afrique en établissant des liens communs, en produisant et en partageant des données et des bonnes pratiques en vue d'atteindre les objectifs fixés dans les objectifs continentaux et mondiaux pertinents en matière de mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente.

Appropriation : Le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation doit être construit sur le principe de l'appropriation par les différents partenaires qui cherchent à réduire la mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente. La responsabilité peut exister si les parties prenantes se sentent concernés par la situation actuelle. Cela garantira que les rôles et responsabilités prescrits dans le Cadre sont mis en œuvre.

Leadership : Grâce à une bonne gestion, une volonté et un soutien institutionnels, les États membres de la CUA et les partenaires non gouvernementaux sont invités à prendre l'initiative de mettre en œuvre toutes les facettes du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation afin de parvenir à une véritable responsabilisation et à une réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente en Afrique.

Unification : Le Cadre de responsabilisation de CARMMA doit promouvoir l'unification des gouvernements africains, de la société civile, du secteur privé et de tous les partenaires de développement multisectoriels. Grâce à l'union de ces partenaires, les efforts visant à mettre fin aux décès évitables de mères, de nouveau-nés et d'enfants africains peuvent être renforcés.

Portée et objectif du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation

Grâce à l'élaboration du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation, un mécanisme de responsabilisation sera mis en place pour suivre les progrès de la mise en œuvre des campagnes et fournir une plate-forme, au niveau continental, pour partager les expériences mutuelles et approuver les décisions concernant la réduction de la mortalité maternelle en Afrique.

À l'instar de la campagne CARMMA elle-même, le Cadre cherchera à s'appuyer sur les structures, les partenariats et les événements existants pour fournir cette plateforme et motiver la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente en Afrique. L'objectif du Cadre de partenariat pour la responsabilisation ne sera pas de développer de nouvelles stratégies et de nouveaux plans, mais d'assurer la coordination et la mise en œuvre efficaces des stratégies et plans existants.

Bien que la responsabilité et l'obligation de rendre compte de la mise en œuvre et des résultats incombent aux acteurs au niveau national, avec l'engagement actif des gouvernements, des communautés et de la société civile, le Cadre cherche à fournir une feuille de route sur la manière dont un mécanisme peut effectivement demander des comptes à toutes les parties concernées.

Le Cadre visera de nature la facilitation et à être applicable à tous les États membres qui ont lancé la campagne CARMMA, après la ratification du Cadre.

Objectifs du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation

Sur la base des résultats confirmés du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation et afin d'atteindre le but du Cadre, les objectifs suivants ont été fixés pour le Cadre :

Objectif 1 :

- Développer un Cadre de partenariat pour la responsabilisation qui fixe des objectifs et détaille les aspects suivants du Cadre :
 - Le renforcement et la coordination des **partenariats** potentiels ;
 - Le renforcement du **suivi, de l'évaluation continue et de l'analyse des données** des indicateurs SMNEA,
 - Un **système de rapport qui communique** les actions et les progrès du Cadre, en tenant compte des technologies modernes, et qui comprend les formats de rapport et les principaux destinataires du rapport ;
 - Le rapport **coût-efficacité** du Cadre, en ce qui concerne le suivi des progrès, des ressources humaines et du maintien des activités proposées, et l'établissement de rapports à ce sujet ;
 - L'**inclusion** de tous les partenaires pertinents liés à la SMNEA dans la réalisation du Cadre ;
 - La **capacité** des acteurs et partenaires responsables à accéder aux informations nécessaires pour éclairer l'action continentale, régionale et nationale,
 - La **transparence** dont fera preuve les acteurs et partenaires responsables en ce qui concerne les informations permettant d'orienter les interventions continentales, régionales et nationales.
- Le Cadre proposera un **budget** et du **personnel** qui permettraient de rendre opérationnel et de maintenir le Cadre de partenariat pour la responsabilisation envisagé, tout au long de l'année, en tenant compte des aspects du Cadre énumérés ci-dessus.

Objectif 2 :

- Valider et harmoniser les **paramètres ou indicateurs identifiés** avec les objectifs de la campagne CARMMA et des autres partenaires pour faire progresser la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente évitable.
- **Identifier et sélectionner des indicateurs** clés de succès dans la mise en œuvre de la campagne.
- Fournir des données de base sur les indicateurs CARMMA, ainsi que sur leurs niveaux actuels et idéaux.

Objectif 3 :

- Fournir une évaluation de **l'état de préparation** et de la capacité des États membres et de la Commission en matière de **suivi et d'évaluation** en mettant en place :
 - Les exigences nationales en matière de responsabilisation.
 - La nature participative du processus de responsabilisation.

Le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation

Introduction

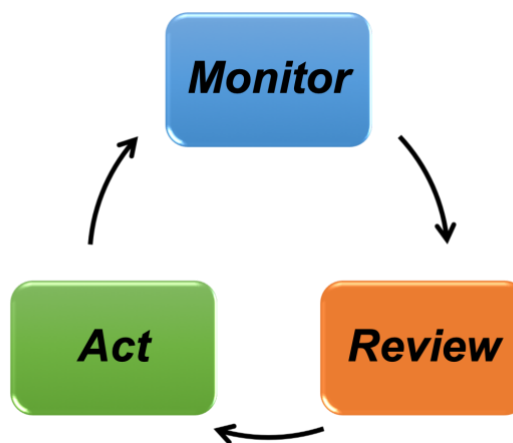
Grâce à plusieurs instruments politiques continentaux, les décideurs politiques africains continuent de prendre des décisions, de produire des documents politiques et de soutien qui ouvrent la voie à la mise en œuvre des gains nécessaires pour réduire les taux de mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente.

L'initiative CARMMA, née de la nécessité de s'appuyer sur les efforts existants pour améliorer la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents en Afrique, croit à la nécessité de garantir la responsabilité : chaque perte de vie d'une mère ou d'un enfant doit être signalée. La responsabilité commence avec la souveraineté nationale et la responsabilité d'un gouvernement envers son peuple et la communauté mondiale. Toutefois, tous les partenaires sont responsables des engagements et des promesses qu'ils prennent et des politiques et programmes de santé qu'ils conçoivent et mettent en œuvre (CoIA, 2011). Les mécanismes nationaux de responsabilisation ont plus de chances d'être efficaces s'ils sont choisis par les pays, plutôt que dirigés de l'extérieur, et s'ils s'adaptent à leur situation spécifique (CoIA, 2011). Le Cadre suppose que les mécanismes seront adaptés au niveau national ou local, soutenus par une direction politique de haut niveau, et qu'ils seront efficaces, transparents et ouverts aux milieux politiques, techniques, universitaires, professionnels et de la société civile.

Afin de garantir la responsabilité, au niveau continental, régional et national, un processus cyclique garantissant l'apprentissage, l'amélioration continue et l'harmonisation des objectifs est nécessaire. Ce processus continu et cyclique comprend **trois** processus interconnectés : surveiller, examiner et agir.

Surveiller signifie fournir des informations essentielles et pertinentes sur ce qui se passe, où et qui est affecté (résultats). Les ressources doivent également être contrôlées afin de suivre les progrès et, par conséquent, le contrôle devrait également demander combien est dépensé, où, sur quoi et sur qui.

Examiner consiste à passer les données au crible pour déterminer si la mortalité évitable des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents a été réduite, et si les promesses et les engagements ont été tenus par les pays et leurs partenaires. Le processus d'examen exige également que les parties prenantes reconnaissent les succès et en tirent des enseignements, en attirant l'attention sur les bonnes pratiques, en identifiant les défis et, le cas échéant, en formulant des recommandations sur la manière de progresser.



Agir revient à utiliser les informations et les preuves qui ressortent du processus d'examen et à mettre en œuvre les recommandations formulées afin d'accélérer les progrès vers la réduction des décès évitables de mères, de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents, respecter les engagements et réaffecter les ressources pour un bénéfice maximal en matière de santé. Il peut s'agir d'accroître le soutien et d'adopter plus largement les politiques et les programmes qui ont un impact positif, et de prendre des mesures pour remédier à ce qui ne fonctionne pas, de remédier aux problèmes de données, aux pratiques faibles et à tout décalage entre les ressources réelles et les promesses. Il s'agit également de tirer des enseignements des meilleures pratiques et de l'expérience acquise afin d'accroître l'efficacité des efforts déployés pour améliorer la santé des femmes et des enfants.

Au moment d'entreprendre l'élaboration du Cadre, ces trois processus clés seront décrits plus en détail dans le contexte de la mission, des objectifs et des priorités de CARMMA.

Si un Cadre continental fournit des orientations et facilite le soutien en matière de responsabilité, c'est au niveau des pays que la responsabilité de l'amélioration des résultats doit être engagée (PMNCH, 2012). La nature des mécanismes de responsabilisation pour CARMMA peut varier d'un État membre à l'autre, mais ils doivent respecter les mêmes principes directeurs et être transparents et ouverts à toutes les parties prenantes clés. Les sous-sections « Surveiller, examiner et agir » ci-dessous traiteront des activités que les États membres peuvent mettre en œuvre pour aider à la mise en œuvre du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation.

Partenaires potentiels

Afin d'atteindre les objectifs ambitieux mais réalisables définis dans les documents politiques internationaux et continentaux, le Cadre invite tous les partenaires potentiels à renouveler et à redynamiser leurs efforts en vue d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile évitable.

Les institutions partenaires potentielles suggérées sont énumérées ci-dessous et développées plus en détail à [l'annexe 1](#) :

- Gouvernements nationaux ;
- Praticiens de la santé et leurs associations professionnelles correspondantes ;
- Organisations bilatérales ;
- Organisations multilatérales de santé et de développement ;
- Organisations de la société civile ;
- Monde universitaire ;
- Chefs communautaires et religieux ;
- Secteur privé.

Il sera essentiel de s'appuyer sur les efforts et les partenariats existants pour mettre en œuvre le Cadre et, en fin de compte, améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants dans toute l'Afrique. La responsabilisation doit être un processus constructif et équilibré. Toutefois, elle peut parfois être considérée comme un exercice menaçant, en particulier si l'on a l'habitude de

prendre des mesures punitives plutôt que des mesures de soutien si les progrès sont insuffisants (PMNCH, 2012). La confiance entre les parties prenantes est nécessaire et elle se développe grâce à la visibilité, au dialogue ouvert et à une présence continue à chaque étape du processus cyclique du Cadre de responsabilisation. Les partenaires potentiels sont encouragés à identifier leurs rôles et responsabilités au sein de la campagne CARMMA et du Cadre, ainsi que les résultats qu'ils cherchent à obtenir conjointement. Les véritables partenariats impliquent également le suivi et l'évaluation des progrès réalisés pour atteindre ces objectifs et résultats communs, et la responsabilité mutuelle est encouragée. Cela inclut les partenaires qui se tiennent eux-mêmes et les uns les autres responsables des progrès réalisés (ONUSIDA, 2011).

Les partenaires clés, à mesure que le Cadre sera promu, sont notamment (mais pas exclusivement) les suivants :

- **Les Communautés économiques régionales (CER) :**
 - L'avantage comparatif des **CER** de la CUA devrait également être mis à profit pour faire avancer les objectifs de la campagne et traiter des questions spécifiques. La redéfinition et le renforcement des mécanismes de coordination entre les CER et la CUA pourraient conduire à inclure un suivi conjoint, une évaluation conjointe (dans la mesure du possible) et un échange régulier d'informations, qui pourraient tous contribuer à renforcer les relations de travail.
- **Le Groupe indépendant de responsabilisation pour chaque femme et chaque enfant (IAP) :**
 - En septembre 2015, le Secrétaire général des Nations unies a lancé la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents afin de contribuer à la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) et de l'Agenda 2030 pour le développement durable. Afin de garantir une mise en œuvre solide des ODD, le Secrétaire général des Nations Unies a nommé le Groupe indépendant de responsabilisation pour chaque femme et chaque enfant (IAP). Le groupe fournit une évaluation indépendante des progrès et des défis afin de renforcer la réponse de la communauté internationale de la santé et des pays (IAP, 2017). Le Cadre de responsabilisation unifié (UAF) de la stratégie mondiale « pour chaque femme et chaque enfant » [voir annexe 2] sert de base au processus d'examen de l'IAP et sera utilisé tout au long du cycle « Surveiller, examiner, agir » du Cadre.

Le mécanisme du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation : Surveiller, examiner et agir

Surveiller

Le rapport d'évaluation de CARMMA a affirmé qu'en raison de la faiblesse des liens entre la CUA et les États membres dans la conduite de la campagne au niveau national et de l'absence d'un mécanisme de suivi de la mise en œuvre, la CUA a perdu une occasion cruciale de tenir les dirigeants responsables de leurs engagements CARMMA.

C'est grâce à l'action de surveillance que des informations essentielles et pertinentes peuvent être suivies en fonction du lieu, de la quantité et des personnes concernées, mais certaines conditions sont nécessaires pour qu'une surveillance adéquate et efficace puisse avoir lieu.

Le **renforcement de la collecte des statistiques de l'état civil** est essentiel, car la responsabilité ne peut être engagée sans des informations et des données de santé fiables et accessibles en temps utile (CoIA, 2011). Des informations solides au niveau national sont essentielles pour mesurer et suivre les résultats. Une forte capacité des pays à collecter des données sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents est essentielle pour déterminer où les investissements doivent être concentrés et si des progrès sont réalisés. En intégrant les informations de suivi de la santé provenant de multiples sources basées sur la population, telles que les enquêtes, avec les données sur les installations et les données administratives, et en s'engageant dans la voie des technologies modernes d'information et de communication, les pays peuvent réaliser des gains importants en matière de suivi efficace.

Lorsque les **indicateurs collectés sont ventilés** et qu'un rapport peut être établi sur la mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente par quintile, sexe, âge, résidence urbaine/rurale, situation géographique et appartenance ethnique ; et, lorsque cela est possible et approprié, pour l'éducation, l'état civil, le nombre d'enfants et le statut sérologique, les parties prenantes auront une meilleure idée du lieu et de la manière d'agir, et des personnes concernées.

L'utilisation des **technologies modernes de l'information et de la communication** permettra aux pays de soumettre et d'accéder à des données pertinentes liées à leurs réalisations et objectifs dans le Cadre de CARMMA. Les technologies de l'information et de la communication (TIC) peuvent contribuer à la diffusion et au partage des informations sur les résultats et les ressources, en offrant de nouvelles possibilités de saisie et de traitement des données, en reliant les systèmes d'information, en augmentant l'actualité des informations produites et en stockant les données pour la mémoire institutionnelle (CoIA, 2011). La plateforme African Health Stats (www.africanhealthstats.org), le site web de CARMMA (www.carmma.org) et les fiches d'évaluation de CARMMA sont des outils de communication et de plaidoyer essentiels qui fournissent des données et des informations aux États membres de l'Union africaine et devraient être utilisés comme tels. Les plateformes de médias sociaux liées à CARMMA, bien qu'elles soient disponibles, doivent être améliorées pour être efficaces (CUA, 2018). Des efforts devraient être faits pour renouveler les plateformes de médias sociaux de CARMMA, car les réseaux sociaux offrent de nouvelles possibilités de renforcer les mécanismes de responsabilisation, fournissent des informations pertinentes à de nombreuses personnes, tandis que les technologies à large bande peuvent accélérer la connectivité entre les niveaux communautaire, national et continental et les progrès vers la génération, la synthèse et le partage d'informations sanitaires complètes pour améliorer la santé des femmes et des enfants (CoIA, 2011).

L'amélioration du **suivi des ressources** consacrées à la santé des femmes et des enfants est essentielle au processus de responsabilisation. Le suivi des ressources est essentiel pour la transparence, la crédibilité et pour garantir que les fonds nécessaires sont utilisés aux fins prévues et parviennent à ceux qui en ont le plus besoin (CoIA, 2011). Le suivi des dépenses en matière de santé maternelle, infantile et des adolescents met à rude épreuve les capacités de nombreux pays, et c'est là que les partenaires potentiels peuvent apporter leur aide (CoIA, 2011). Pour permettre aux pays d'atteindre cet objectif, il convient de renforcer leur capacité à assurer le suivi des ressources consacrées à la santé, à organiser les données dans des cadres

comptables établis, et à analyser et utiliser les informations dans le cadre des politiques nationales et des processus de responsabilisation. Les études sur les dépenses publiques et le suivi budgétaire par la société civile peuvent également compléter les efforts des gouvernements (PMNCH, 2012). Afin d'améliorer la transparence autour de l'allocation des ressources et de la lier aux résultats, le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation renforcera la fiche d'évaluation de CARMMA pour évaluer les dépenses sur les questions de SMNE. Le suivi de ces informations aidera à établir des priorités et à mieux cibler les domaines de la santé maternelle, néonatale et infantile qui nécessitent une attention particulière. Le fait pour les partenaires de développement d'être également tenus de rendre compte de leur aide au développement est également encouragé, ce afin de vérifier si celle-ci est alignée sur les priorités, les stratégies et les cycles de planification continentaux.

Deux recommandations relatives au suivi ont été formulées dans le rapport d'évaluation CARMMA. Premièrement, **la rationalisation et l'harmonisation des exigences actuelles en matière de rapports** ont été encouragées. Les parties prenantes sont encouragées à réduire le fardeau lié aux rapports en alignant les systèmes qui sont utilisés pour suivre et évaluer leur approche nationale afin d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente évitable. En outre, les parties prenantes sont encouragées à renforcer et à harmoniser les mécanismes internationaux existants afin de réviser et de suivre les progrès réalisés dans le Cadre des engagements continentaux et mondiaux post-2015 en matière de SMNE et de santé des adolescents. Au cours de la 2^e Conférence internationale sur la santé maternelle, néonatale et infantile (CISMNEA) 2018, il a été recommandé de renforcer l'initiative CARMMA en établissant un lien entre les décès maternels et le développement socio-économique afin de redynamiser l'engagement politique. Pour que les pays puissent survivre, prospérer et se transformer, il est important de s'attaquer également aux déterminants sociaux de la santé et du développement.

En tenant compte de ces recommandations, conformément à l'objectif 2, le Cadre vise à identifier, valider, sélectionner et harmoniser les paramètres ou indicateurs pertinents pour la campagne CARMMA. En tenant compte des diverses cibles et aspirations décrites dans les objectifs de développement durable (ODD), l'Agenda 2063, la Stratégie africaine de la santé (2016 2030), comme recommandé dans le rapport d'évaluation de CARMMA (CUA, 2018), l'annexe 3 détaille les indicateurs définis pour l'initiative CARMMA actuelle, Plan d'action de Maputo pour l'opérationnalisation du Cadre politique continental pour les droits de santé sexuelle et reproductive (2016 2030), la fiche d'évaluation de la santé maternelle, néonatale et infantile, le Site web des statistiques africaines en matière de santé, le « Compte à rebours vers 2030 » et les indicateurs CARMMA proposés et mis à jour. L'annexe 4 présente plus en détail les indicateurs disponibles sur le site web des statistiques africaines en matière de santé et les compare à la fiche d'évaluation de CARMMA actuellement disponible.

En tenant compte de ces sources, le tableau 1 propose les indicateurs CARMMA actualisés à suivre sur la fiche d'évaluation CARMMA actualisée. Il est proposé d'ajouter les indicateurs marqués en gris aux indicateurs actuels :

Tableau 1 : Indicateurs CARMMA actualisés

Domaine	Indicateurs
Financement de la santé	Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques générales
	Pourcentage du budget national de la santé alloué à la santé reproductive
Systèmes et politiques en matière de santé	Proportion de districts disposant d'un système DSSR établi et fonctionnel
	Décès maternels examinés
	Mise en place de paquets de santé reproductive (MH, FP, prévention des PAC et des IST, VIH)
	Proportion des établissements de santé offrant des services SOU de base
	Établissements de santé offrant des services de santé sexuelle et reproductive intégrés
Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	Taux de mortalité maternelle
	Taux de mortalité néonatale
	Taux de mortalité des moins de cinq ans
	Pourcentage de femmes enceintes ayant eu au moins quatre consultations de soins prénataux
	Pourcentage de femmes enceintes ayant eu au moins huit consultations de soins prénataux
	Proportion de femmes en soins prénataux ayant subi un dépistage de la syphilis pendant la grossesse
	Proportion d'avortements à risques, pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans
	Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins post-partum d'une personne qualifiée dans les deux jours suivant l'accouchement
	Pourcentage de nouveau-nés ayant reçu des soins post-partum d'une personne qualifiée dans les deux jours suivant la naissance
	Couverture de la première dose de vaccin contre la rougeole
	Pourcentage d'enfants entièrement vaccinés
	Pourcentage d'enfants atteints de diarrhée recevant des sels de réhydratation orale (SRO)
	Proportion d'enfants suspectés de pneumonie emmenés chez un professionnel de santé approprié
	Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) chez les enfants de moins de 5 ans (% d'enfants)
	Proportion de nouveau-nés ayant un contact postnatal avec un prestataire de santé dans les deux jours suivant l'accouchement

	Proportion de nourrissons ayant été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance
	Prévalence du retard de croissance (taille pour l'âge <-2 écart-type de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS) chez les enfants de moins de 5 ans
	Prévalence de la malnutrition (poids pour la taille >+2 ou <-2 écart type par rapport à la médiane des normes de croissance de l'OMS) chez les enfants de moins de 5 ans, par type (perte de poids et surcharge pondérale)
	Nouvelles infections par le VIH
	Couverture des médicaments antirétroviraux pour les femmes enceintes séropositives
	Nouvelles infections par la tuberculose
	Nouvelles infections de malaria
	Nouvelles infections par le VIH
Santé sexuelle et reproductive	Grossesse à très jeune âge, moins de 16 ans
	Taux de natalité des adolescents de 15 à 19 ans
	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans
	Taux de prévalence contraceptive
	Demande satisfaite pour une contraception moderne
	Taux de fertilité des adolescents
	Taux de mortalité des adolescents, par sexe
	Couverture du vaccin anti-papillomavirus
	Proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté, par sexe, âge, situation professionnelle et géographique.
Développement économique et de la recherche	Proportion d'enfants et de jeunes : (a) en CP et CE ; (b) en fin du cycle primaire ; et (c) en fin du premier cycle du secondaire atteignant au moins un niveau minimal de compétence en (i) lecture et (ii) mathématiques, par sexe
	Dépenses de recherche et développement en proportion du PIB, ventilées par santé/SRMNIA
	Proportion de jeunes (15-24 ans) ne suivant pas d'études, d'emploi ou de formation

Activités proposées :

- En collaboration, les représentants du DAS de la CUA, les représentants des États membres et les partenaires potentiels devraient **convenir des indicateurs actualisés et validés** nécessaires pour assurer le suivi de la réduction durable de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente.
 - Par leurs activités de suivi, toutes les parties prenantes sont invitées à se concentrer sur la santé des adolescents, leurs droits de santé sexuelle et reproductive et la nécessité d'un développement économique pour les femmes.

- Le DAS de la CUA **harmonisera, validera et diffusera** (via les canaux de communication appropriés) les **indicateurs CARMMA actualisés**, figurant au tableau 1, pour les inclure dans le suivi et l'examen des objectifs et des réalisations CARMMA dans le pays.
 - Les partenaires potentiels et les États membres des pays sont encouragés à améliorer le suivi des ressources affectées à la santé des femmes et des enfants en élargissant les indicateurs de la fiche d'évaluation CARMMA liés aux dépenses en matière de SMNE.
- Les pays membres seront encouragés à **établir des sources de données fiables**, à renforcer leur collecte de statistiques de l'état civil, d'enquêtes sur les ménages et d'autres enquêtes démographiques, de rapports sur les établissements et d'enquêtes sur les établissements et de recensements de la population, et à mettre ensuite en correspondance ces indicateurs actualisés et validés avec les sources de données.
 - Certes, les activités de suivi de ce type dans les pays peuvent prendre du temps, mais les États membres devraient veiller à ce que des audits sur la mortalité maternelle soient effectués régulièrement.
- Le DAS de la CUA contribuera à **faciliter les collaborations** entre les États membres et les partenaires potentiels (tels qu'énumérés à l'annexe 1) qui pourraient contribuer à améliorer le suivi des indicateurs validés en facilitant les réunions entre les États membres et les représentants des partenaires potentiels.
 - Afin de tirer parti des rapports et des sources de données des partenaires pour suivre les questions relatives à la SMNEA sur le continent, le Cadre sollicitera les contributions pertinentes des rapports et des sources de données suivants, élaborés par les agences des Nations unies :
 - **FNUAP** : Rapports et informations, notamment le rapport sur l'état du monde ;
 - **OMS** : Rapports et informations, notamment les données de l'Observatoire mondial de la santé (OMS) ;
 - **ONUSIDA** : Rapports et informations, notamment le rapport sur les bonnes pratiques en matière de prévention ;
 - UNICEF : Rapports et informations, notamment le rapport « Knowledge for children in Africa » ;
 - **Partenariats pour la santé maternelle, néonatale et infantile** : Rapports et informations, notamment leur rapport annuel sur la responsabilisation ;
 - **Groupe indépendant de responsabilisation pour chaque femme et chaque enfant (IAP)** : Rapports et informations, notamment le rapport annuel sur la responsabilisation.
- Le DAS de la CUA veillera à ce que le **Site web des statistiques africaines en matière de santé, le Site web de CARMMA, les fiches d'évaluation et les**

plateformes de médias sociaux de CARMMA soient régulièrement mis à jour afin d'instiller l'importance de la responsabilité sociale et de l'accès à l'information.

- Les communautés économiques régionales (CER) et les États membres sont encouragés à **adopter les indicateurs CARMMA actualisés et validés** (voir tableau 1).
 - Les États membres sont encouragés à **ventiler** ces indicateurs par souci **d'équité** et à prendre en compte toutes les sources d'information.
- Étant donné que les partenaires au développement peuvent travailler en dehors du plan et des budgets nationaux des pays membres et non en parallèle avec les systèmes nationaux, les États membres sont encouragés à **collaborer avec CER et les représentants des partenaires au développement internationaux** dans leur pays pour harmoniser et rationaliser leurs plans stratégiques qui traitent des questions liées à la mortalité maternelle, néonatale, infantile et des adolescents. L'utilisation des mêmes indicateurs CARMMA validés et actualisés pourrait être utile à cet égard.
- Les communautés économiques régionales (CER) et les États membres sont encouragés à mettre en œuvre et à suivre les **fiches d'évaluation CARMMA** ventilées pour leur propre région et leurs districts infranationaux.
 - Ces ressources devraient être mises à la disposition de leurs électeurs de manière **accessible**, soit dans les établissements de santé, les centres communautaires ou en ligne, car cela contribuera à encourager la responsabilité sociale et la sensibilisation du public à l'égard de CARMMA et de ses objectifs.
- Il est spécifiquement demandé aux États membres et aux **institutions de recherche partenaires** de promouvoir l'investissement dans la recherche pour une meilleure mesure et un meilleur suivi.

Examiner

Étant donné que le processus de responsabilisation peut être considéré comme menaçant et peut-être punitif (PMNCH, 2012), le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation cherchera à instaurer la confiance, à instiller l'inclusion et à encourager le dialogue entre tous les partenaires pendant le processus d'examen. Certaines conditions sont requises pour qu'un processus d'examen juste, équitable et productif puisse avoir lieu.

Afin de garantir la légitimité du processus d'examen, il convient **d'inclure de manière significative tous les partenaires potentiels liés au CARMMA**, notamment les autres ministères dont les activités ont un impact sur la santé, les parlementaires, les organisations de professionnels de la santé, les organisations de la société civile (en particulier les groupes de femmes), le secteur privé et le milieu universitaire (Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, 2012). L'implication de niveaux politiques plus élevés, tels qu'un président, un premier ministre ou le bureau d'une première dame, génère de meilleurs progrès en matière de santé

reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, et contribue à renforcer une volonté politique cruciale. Le Cadre cherchera à promouvoir le renouvellement des efforts liés à l'initiative CARMMA en invitant des partenaires de mise en œuvre significatifs et les acteurs politiques, qui étaient autrefois impliqués dans le lancement de leurs campagnes, à se joindre aux réunions statutaires où les histoires liées à la SRMNIA sont partagées, les réussites célébrées et les actions à venir sont engagées. L'accent sera également mis sur le renforcement de l'inclusion et de la participation des CER et de leurs représentants concernés, conformément au rapport d'évaluation de CARMMA.

La **réunion du groupe de travail sur la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNE)** donne la priorité aux préoccupations en matière de SMNE et devrait servir de plateforme pour examiner les résultats des activités de suivi et des actions de mise en œuvre de CARMMA. Afin d'engager la responsabilité des États membres de la CUA en ce qui concerne la réalisation des objectifs de CARMMA, conformément au rapport d'évaluation de CARMMA (CUA, 2018), il est suggéré que cette réunion statutaire ait lieu à des intervalles de trois ou cinq ans, afin de saisir les changements significatifs et de garantir des stratégies réalisables. Pour améliorer l'inclusion et l'engagement plus large, le Cadre recommande que la réunion du Groupe de travail sur la SMNE soit disponible **sous forme de webinaire numérique**. Les contributions électroniques doivent pouvoir être faites par les membres qui participent à distance.

Activités :

- Le DAS de la CUA convoquera la réunion du Groupe de travail sur la SMNE qui se tiendra tous les 3 à 5 ans. Les activités comprendront l'examen des engagements de CARMMA et les progrès réalisés seront à l'ordre du jour. Il est proposé d'inclure les parties prenantes à distance, participant via Internet, à la réunion du Groupe de travail sur la SMNE.
 - Des invitations à toutes les parties prenantes jugées importantes pour la réalisation des objectifs de CARMMA seront adressées en temps utile au Groupe de travail sur la SMNE.
- Les rapports des pays devraient être axés sur l'orientation des processus d'examen nationaux. Les pays membres sont encouragés à utiliser **l'examen du secteur de la santé** pour informer de leurs progrès dans la mise en œuvre du plan national de santé et permettre un lien cohérent entre les examens et l'allocation des ressources par le biais de cadres de dépenses à moyen terme et de cycles de planification annuels et de processus infranationaux d'examen et d'action.
- Les pays membres sont encouragés à renforcer et à promouvoir la poursuite du système de **surveillance et de réponse aux décès maternels (SRDM)**. Des informations cohérentes sur la nature et la cause des décès sont nécessaires pour que les pays puissent planifier leurs systèmes de santé et distribuer les ressources, ainsi que pour améliorer la qualité des soins au point de prestation des services (OMS, 2016).
- Deux propositions relatives au Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation pourraient être envisagées pour une action future.

- La création d'une **Communauté de pratique CARMMA (CdP)** :
 - Une CdP CARMMA permettra aux membres de partager entre eux des données actualisées afin de garantir la mise en œuvre des meilleures pratiques sur tout le continent. Un comité restreint de contributeurs issus de divers partenaires potentiels pourrait faciliter les informations partagées entre les membres et la communauté plus large des États membres nationaux par le biais du Site web et des plateformes de médias sociaux de CARMMA.
- Intégration des outils de suivi de CARMMA au sein du Mécanisme africain d'évaluation par les pairs (MAEP) existant :
 - Lors de l'examen des questions relatives à la SRMNIA, il est proposé que le MAEP utilise les fiches d'évaluation de CARMMA pour établir une compréhension plus holistique du programme de transformation du pays et de sa capacité à maintenir les acquis en matière de SMNE et de développement.

Agir

Sur la base des informations et des données probantes qui ressortent du processus de révision du Cadre, des actions peuvent être entreprises pour identifier ce qui est nécessaire pour remédier et accélérer les progrès en vue de réduire le nombre de décès évitables de mères, de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents. Des mesures, telles que la reconnaissance des succès et la résolution des problèmes, devront être prises pour poursuivre résolument sur la voie de la vision de CARMMA pour l'Afrique.

Le **Comité technique spécialisé sur la santé, la population et le contrôle des drogues (CTS-SPCD)** sera la plateforme privilégiée pour présenter les preuves d'action. Au plus haut niveau, les preuves examinées seront présentées et une action sera demandée au Conseil exécutif et à la Conférence. D'autres forums de haut niveau établis par l'Union africaine, tels que la Conférence internationale sur la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique, le Sommet de la jeune fille, Chapitre africain, la réunion annuelle des directeurs généraux des statistiques, la Journée de l'enfant africain et le Mécanisme africain d'évaluation par les pairs, seront également utilisés pour présenter les données probantes et encourager l'action. Les forums nationaux, régionaux et internationaux tels que la *CONFÉRENCE INTERNATIONALE* sur le sida et les infections sexuellement transmissibles en Afrique (ICASA), la conférence sur la planification familiale, le programme « Les femmes donnent la vie », les Conférences internationales de l'Agenda pour la santé en Afrique serviront également de forums pour la présentation des données probantes liées à l'initiative CARMMA.

Le Cadre reconnaît la nécessité de **récompenser les succès** comme un élément essentiel du Cadre. Le **Prix Mama Afrika** célèbre les héros et héroïnes de la vie réelle, y compris les organisations du continent africain, et rend hommage à ceux qui font preuve de dévouement, de professionnalisme et de compassion dans les soins aux femmes et aux bébés d'Afrique pendant et après l'accouchement. Le Cadre propose de renforcer le Prix Mama Afrika en le décernant deux fois par an à un candidat à la suite de l'examen de CARMMA qui a lieu lors de la réunion du groupe de travail sur la SMNE. En promouvant l'attribution du Prix Mama Afrika sur les plateformes de médias sociaux, le prix sera utilisé pour accroître la responsabilité sociale, la

défense des droits et la sensibilisation du public sur les effets des décès évitables de mères, de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents et sur la nécessité de soutenir la campagne CARMMA. Le parrainage et la contribution du secteur privé et des partenaires du développement devraient également être recherchés pour l'attribution du Prix Mama Afrika.

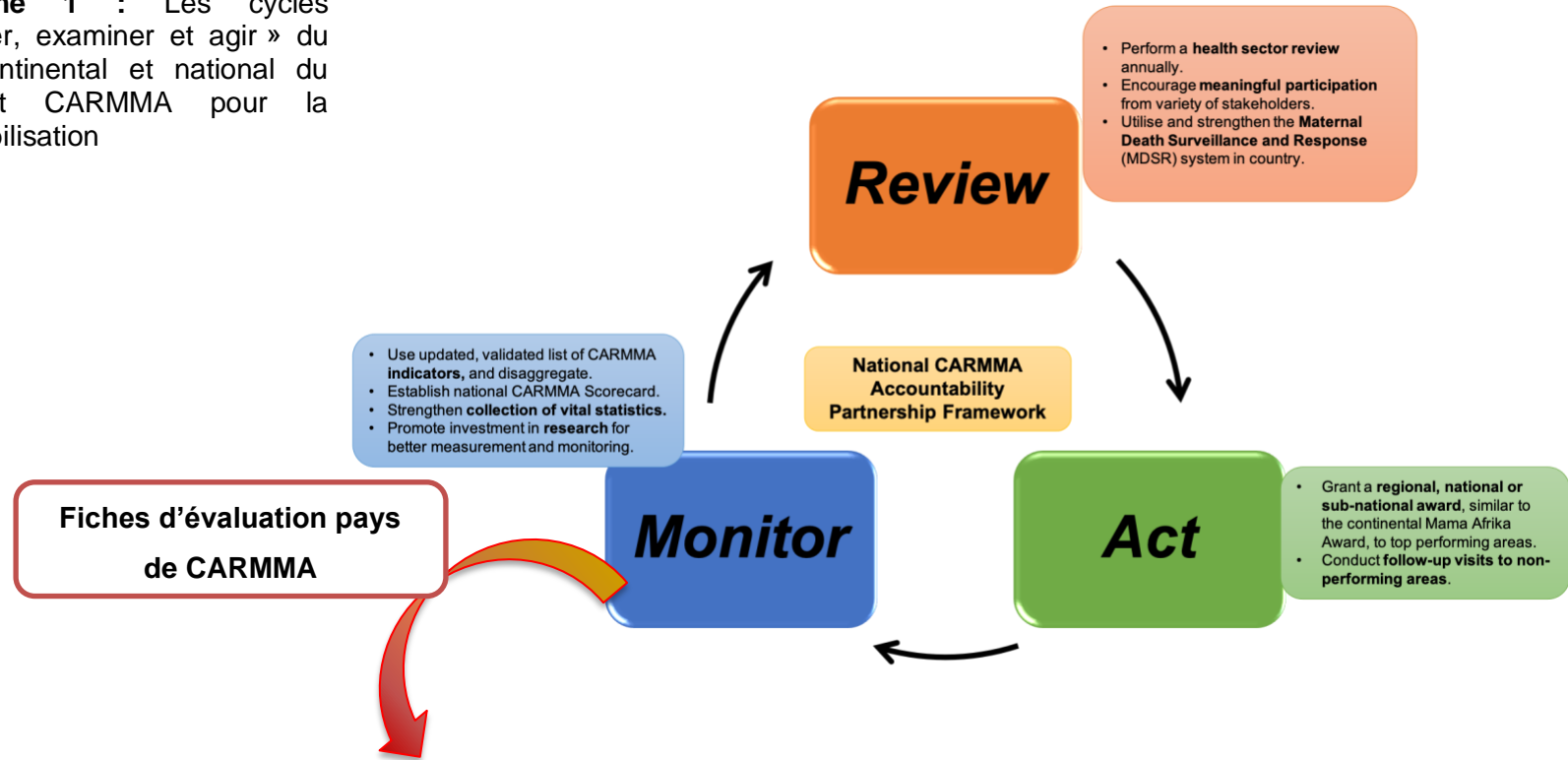
Dans le prolongement des processus de suivi et d'examen du Cadre, s'il s'avère que les indicateurs CARMMA des États membres stagnent ou se détériorent, il est fortement proposé d'envisager des **visites de suivi dans les pays peu performants** afin de soutenir leurs efforts de mise en œuvre. Cela peut nécessiter de faciliter les partenariats entre les dirigeants politiques actuels, les organisations de la société civile et les partenaires internationaux du développement afin d'identifier une voie à suivre.

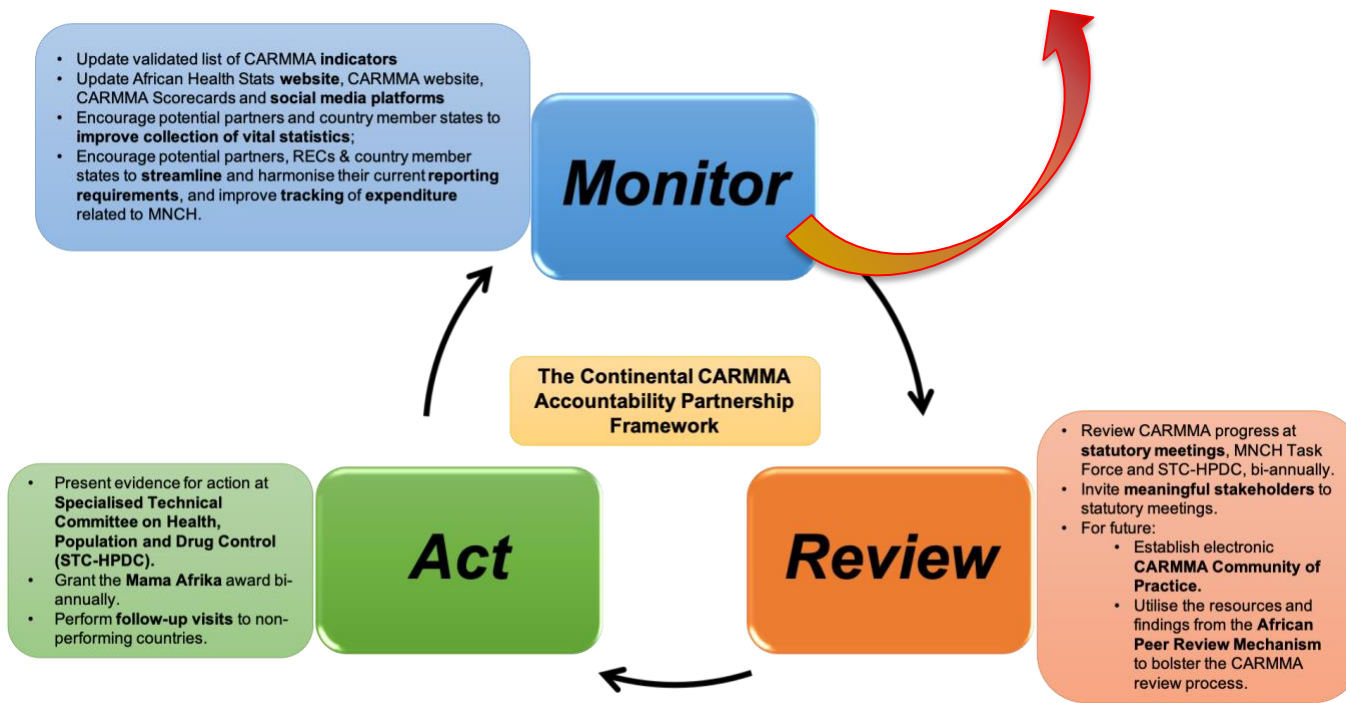
Activités

- Le DAS de la CUA convoque le **Comité technique spécialisé sur la santé, la population et le contrôle des drogues (CTS-SPCD)** et réaffirme que cette occasion sera la plateforme privilégiée pour présenter les preuves d'une action et d'une éventuelle remédiation au sein des États membres.
- Les réalisations des pays membres de CARMMA devraient être reconnues par l'attribution du **Prix Mama Afrika** deux fois par an. Le processus d'attribution du prix devrait être promu sur le site web de CARMMA et sur les plateformes de médias sociaux.
 - Les pays membres sont encouragés à célébrer les succès obtenus en décernant un **prix national ou infranational** lié aux progrès réalisés pour mettre fin aux décès évitables de mères, de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents.
- Les **visites de suivi** dans les pays peu performants sont encouragées afin de soutenir leurs efforts de mise en œuvre pour atteindre les objectifs de CARMMA.

Le diagramme 1, illustré ci-dessous, présente en détail les actions continentales et nationales à entreprendre pour mettre en œuvre le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation.

Diagramme 1 : Les cycles « Surveiller, examiner et agir » du Cadre continental et national du partenariat CARMMA pour la responsabilisation





Plan de mise en œuvre du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation

Pour que le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation fonctionne efficacement, un plan de mise en œuvre est nécessaire pour définir des activités spécifiques, fournir un calendrier clair et attribuer les rôles et responsabilités aux parties prenantes concernées. Le plan de mise en œuvre du Cadre continental de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation est détaillé dans le [tableau 2](#) ci-dessous :

Tableau 2 : Le plan de mise en œuvre du Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation

	Activité	À qui incombe cette responsabilité ?	Comment communiquer efficacement sur ces activités?	Calendrier
SURVEILLER	Mise à jour de la liste validée des indicateurs CARMMA	<ul style="list-style-type: none"> DAS de la CUA CER Pays États membres Les Porte-étendards nationaux de CARMMA Organisations multilatérales Partenaires de développement Organisations de la société civile Partenaires potentiels invités	<ul style="list-style-type: none"> La réunion du Groupe de travail sur la SMNE proposera que les indicateurs CARMMA soient mis à jour et validés, conformément au Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation. Le Comité technique spécialisé sur la santé, la population et le contrôle des drogues (CTS-SPCD) ratifiera le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation actualisé et examinera les indicateurs. 	Prochaine réunion prévue du Groupe de travail sur la SMNE. Prochaine réunion prévue du CTS-SPCD.
	Mise à jour du site web des statistiques africaines en matière de santé, du site web de CARMMA, des fiches d'évaluation et	DAS de la CUA	<ul style="list-style-type: none"> Le DAS de la CUA annoncera une mise à jour de toutes les plateformes TIC pertinentes pour l'initiative CARMMA lors de la réunion du Groupe de travail sur la SMNE. La mise à jour prendra de 6 mois à 1 an.	À partir de 2020.

des plateformes de médias sociaux de CARMMA			
Veiller à ce que les indicateurs et les questions liés à CARMMA soient inclus dans le rapport sur l'état d'avancement de la SMNE.	<ul style="list-style-type: none"> • DAS de la CUA • Auteur du rapport sur l'état d'avancement de la SMNE 	<ul style="list-style-type: none"> • Le rapport d'état d'avancement de la SMNE est présenté au Comité technique spécialisé sur la santé, la population et le contrôle des drogues (CTS-SPCD), et les réalisations de l'initiative CARMMA seront donc communiquées à cette occasion. 	Deux fois par an.
Encourager les partenaires potentiels et les États membres à améliorer la collecte des statistiques de l'état civil ;	<ul style="list-style-type: none"> • DAS de la CUA ; • CER ; • Organisations multilatérales 	<ul style="list-style-type: none"> • Les CER faciliteront la fourniture d'un soutien technique aux États membres afin de garantir une approche cohérente et coordonnée de la mise en œuvre de l'harmonisation. • Les organisations multilatérales apporteront leur aide en fournissant un soutien technique aux États membres. 	En cours.
Encourager les partenaires potentiels et les pays membres à rationaliser et harmoniser leurs exigences actuelles en matière d'établissement de rapports et à améliorer le suivi des dépenses liées à la SMNE.	<ul style="list-style-type: none"> • DAS de la CUA ; • CER ; • Organisations multilatérales 	<ul style="list-style-type: none"> • Les CER faciliteront la fourniture d'un soutien technique aux États membres afin d'assurer une approche cohérente et coordonnée de la mise en œuvre de l'harmonisation. • Les organisations bilatérales et multilatérales apporteront leur aide en fournissant un soutien technique aux États membres. • Les partenaires potentiels sont invités à identifier leurs rôles, responsabilités et résultats au sein de l'initiative et du Cadre CARMMA. 	Mise en œuvre à partir de la prochaine réunion prévue du CTS-SPCD.

EXAMINER	Examiner les progrès de CARMMA lors des réunions statutaires , du Groupe de travail sur la SMNE et du CTS-SPCD, deux fois par an.	<ul style="list-style-type: none"> • DAS de la CUA • CER • Pays États membres • Porte-étendards nationaux de CARMMA • Organisations multilatérales • Partenaires de développement • Organisations de la société civile Partenaires potentiels invités	<ul style="list-style-type: none"> • La réunion du Groupe de travail sur la SMNE sera le principal moyen de communication des réalisations et des défis de l'initiative CARMMA. 	Comme prévu.
	Établir une communauté de pratique CARMMA en ligne.	<ul style="list-style-type: none"> • Un comité de contributeurs sélectionnés parmi les partenaires suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ DAS de la CUA ○ CER ○ Pays États membres ○ Porte-étendards nationaux de CARMMA ○ Organisations multilatérales ○ Partenaires du développement ○ Organisations de la société civile ○ Partenaires potentiels invités (<ul style="list-style-type: none"> • Une liste est établie sur le site web de CARMMA ou sur les plateformes de médias sociaux. 	En cours.
	Inviter les parties prenantes significatives aux réunions statutaires.	<ul style="list-style-type: none"> • DAS de la CUA • CER • Pays États membres Porte-étendards nationaux de CARMMA	<ul style="list-style-type: none"> • En consultation avec les CER, les États membres et les porte-étendards nationaux de CARMMA, le DAS de la CUA enverra des invitations aux parties prenantes concernées en temps utile afin de garantir leur disponibilité. 	En cours.
	Utiliser les ressources et les résultats du Mécanisme	<ul style="list-style-type: none"> • DAS de la CUA • CER Pays États membres	<ul style="list-style-type: none"> • Le DAS de la CUA devrait présenter la possibilité de ce partenariat lors de la réunion du Groupe de travail sur la SMNE. 	À déterminer.

	<p>africain d'évaluation par les pairs pour soutenir le processus d'examen de CARMMA.</p>		<ul style="list-style-type: none"> D'autres discussions et décisions devraient suivre cette réunion. 	
AGIR	<p>Présenter des données probantes aux fins d'action au Comité technique spécialisé sur la santé, la population et le contrôle des drogues (CTS-SPCD).</p>	<ul style="list-style-type: none"> DAS de la CUA CER Pays États membres Porte-étendards nationaux de CARMMA Organisations multilatérales Partenaires de développement Organisations de la société civile <p>Partenaires potentiels invités</p>	<ul style="list-style-type: none"> Après la présentation et l'examen des réalisations et des défis de l'initiative CARMMA lors de la réunion du Groupe de travail sur la SMNE, les données probantes et les recommandations d'action seront présentées et ratifiées lors du Comité technique spécialisé sur la santé, la population et le contrôle des drogues (CTS-SPCD). 	<p>Deux fois par an.</p>
	<p>Décerner le Prix Mama Afrika deux fois par an.</p>	<ul style="list-style-type: none"> DAS de la CUA CER Pays États membres Porte-étendards nationaux de CARMMA Organisations multilatérales Partenaires de développement Organisations de la société civile 	<ul style="list-style-type: none"> Une décision concernant le prix Mama Afrika sera prise lors de la réunion du Groupe de travail sur la SMNE. La présentation du prix aura lieu lors du Comité technique spécialisé sur la santé, la population et le contrôle des drogues (CTS-SPCD). 	<p>Au prochain CTS-SPCD, comme prévu.</p>
	<p>Effectuer des visites de suivi dans les pays peu performants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> DAS de la CUA CER Pays États membres Porte-étendards nationaux de CARMMA Organisations multilatérales Partenaires de développement Organisations de la société civile 	<ul style="list-style-type: none"> Des représentants de certains États membres, des CER et de diverses organisations partenaires potentielles pourront effectuer les visites de suivi. Des communications opportunes et pertinentes doivent être établies entre les responsables gouvernementaux concernés et l'équipe en visite. 	<p>Deux fois par an.</p>

			<ul style="list-style-type: none">• Les communiqués de presse et les communications via les médias sociaux CARMMA peuvent faire le point sur la visite et la marche à suivre.	
--	--	--	---	--

Le rapport d'évaluation de CARMMA a constaté que plusieurs activités initialement proposées, telles que la création d'un secrétariat ou d'un groupe de travail sur la SMNE opérationnel, n'ont pas pu être mises en œuvre en raison du manque de ressources financières. Dans le Cadre du processus de responsabilisation mais également de la durabilité de la campagne CARMMA, il importe d'identifier les composantes budgétaires et humaines nécessaires à la réalisation du Cadre et, à long terme, à la réalisation de la vision et des objectifs de CARMMA.

À plus court terme, afin de rendre opérationnel, de coordonner et de soutenir le Cadre continental envisagé, il est proposé qu'un poste de personnel au sein du secrétariat du DAS de la CUA soit financé conjointement par le DAS de la CUA, les CER, les États membres, les organisations multilatérales et les partenaires identifiés du développement et du secteur privé. Cette personne exercerait les fonctions suivantes :

- Assurer la communication entre le DAS de la CUA et les États membres, et les autres partenaires identifiés ;
- Assurer la diffusion des mécanismes de rapport actualisés, du retour d'information, etc. ;
- Assurer des fonctions administratives pour la Communauté de pratique CARMMA ;
- Assurer des fonctions logistiques en amont et en préparation des réunions statutaires liées à CARMMA ;
- Gérer, créer du contenu et mettre à jour les plateformes en ligne de CARMMA, c'est-à-dire le site web et les médias sociaux ;
- Exécuter les tâches administratives du Groupe de travail sur la SMNE, sous la supervision du DAS des CUA.

Il reste à décider si ce poste devra être à temps plein.

Dans le Cadre d'un plan à plus long terme pour le Cadre, la création d'un **Secrétariat CARMMA**, peut-être au sein du DAS de la CUA mais avec des affiliations au MAEP, peut être envisagée.

Conclusion

Pour ceux qui participent à la réalisation de la vision et des objectifs de CARMMA, le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation fournit une feuille de route permettant de suivre, examiner et agir relativement aux promesses et aux engagements pris pour mettre fin aux décès évitables de mères, de nouveau-nés et d'enfants.

Le Cadre utilise des structures, telles que le Mécanisme africain d'évaluation par les pairs, des plateformes de données, le Groupe de travail sur la SMNE et le prix Mama Afrika, entre autres, ainsi que des outils actualisés, tels que les fiches d'évaluation, pour favoriser la responsabilisation.

Le Cadre reconnaît que ce travail important ne peut être mis en œuvre sans le soutien essentiel, technique et financier, des partenaires potentiels de la CUA et les invite à renouveler leur engagement et à redynamiser leurs stratégies en faveur de l'initiative CARMMA.

Liste des références

Commission de l'Union africaine. (2006) Cadre de politique continentale pour la promotion des droits de santé sexuelle et reproductive en Afrique. Commission de l'Union africaine : Addis-Abeba. Disponible sur : https://au.int/sites/default/files/documents/30921-doc-srhr_english_0.pdf [consulté le : 1/05/2019]

Commission de l'Union africaine. (2006a) Plan d'action de Maputo pour l'opérationnalisation du Cadre politique continental pour les droits de santé sexuelle et reproductive 2007-2010. Commission de l'Union africaine : Addis-Abeba. Disponible à l'adresse suivante : https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/iiep_maputoplansrhr.pdf

Commission de l'Union africaine. (2009) Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en Afrique (CARMMA). Commission de l'Union africaine : Addis-Abeba. Disponible à l'adresse suivante : <https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CARMMA.pdf> [consulté le 26/04/2019]

Commission de l'Union africaine. (2012) Pourquoi CARMMA ? Addis-Abeba : Commission de l'Union africaine. Disponible à l'adresse suivante : <http://carmma.org/page/why-carmma>.

Commission de l'Union africaine. (2015) Agenda 2063. Commission de l'Union africaine : Addis-Abeba. Disponible à l'adresse suivante : https://au.int/sites/default/files/pages/3657-file-agenda2063_popular_version_en.pdf [Consulté le : 21/11/2018]

Commission de l'Union africaine. (2015a) Plan d'action de Maputo pour l'opérationnalisation du Cadre politique continental pour les droits de santé sexuelle et reproductive 2016-2030. CUA : Addis-Abeba. Disponible à l'adresse suivante : https://au.int/sites/default/files/documents/24099-poa_5-_revised_clean.pdf [Accès : 21/11/2019]

Commission de l'Union africaine. (2016) Stratégie africaine de la santé 2016-2030. Commission de l'Union africaine : Addis-Abeba. Disponible à l'adresse suivante : https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-africa_health_strategy.pdf. [Consulté le : 13/02/2019]

Commission de l'Union africaine. (2018) Évaluation de la Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) 2009 2017. Addis-Abeba : Commission de l'Union Africaine. Toujours en cours d'impression.

Commission de l'Union africaine, Commission économique pour l'Afrique, Groupe de la Banque africaine de développement et Programme des Nations Unies pour le développement. (2016) Rapport sur la transition des OMD aux ODD de l'Agenda 2063 (2016). Union africaine : Addis-Abeba. Disponible à l'adresse suivante : https://au.int/sites/default/files/pages/32828-file-mdg-SDG_transition_report_summary_en_1.pdf [Accès : 23/11/2018]

Groupe de la Banque africaine de développement. (2018) Annuaire statistique africain 2018. Tunis : Banque africaine de développement. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.afdb.org/en/documents/document/african-statistical-yearbook-2018-101789/> [Consulté le 10/01/2019]

Agyepong, I.A., Sewankambo, N., Binagwaho, A., Coll-Seck, A.M., Corrah, T., Ezeh, A., Fekadu, A., Kilonzo, N., Lamptey, P., Masiye, F., Mayosi, B., Mboup, S., Muyembe, J-J., Pate, M., Sidibe, M., Simons, B., Tlou, S., Gheorghe, A., Legido-Quigley, H., McManus, J., Ng, E., O’Leary, M., Enoch, J., Kassebaum, N., Piot, P. (2017) Le chemin vers une vie plus longue et plus saine pour tous les Africains d’ici 2030 : la Commission Lancet sur l’avenir de la santé en Afrique subsaharienne. *Lancet* 390(10114):2803-2859. DOI : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31509-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31509-X) [Accès : 20/09/2017]

AIDS Accountability International. (2011) Cadre de responsabilisation de AIDS Accountability International. AIDS Accountability International : Le Cap. Disponible à l’adresse suivante : <http://www.aidsaccountability.org/6212-2/our-approach/> [consulté le : 1/05/2019]

Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A.B., Gemmill, A., Fat, D.M., Boerma, T., Temmerman, M., Mathers, C., Say, L. (2016) Niveaux et tendances mondiaux, régionaux et nationaux de la mortalité maternelle entre 1990 et 2015, avec des projections basées sur des scénarios jusqu’en 2030 : une analyse systématique par le groupe interinstitutions des Nations unies pour l’estimation de la mortalité maternelle. *Lancet* 387(10017) : 462-74. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7. [Consulté le : 12/01/2019]

Brizuela, V., Leslie, H.H., Sharma, J., Langer, A., Tunçalp, O. (2019) Mesurer la qualité des soins pour toutes les femmes et tous les nouveau-nés : comment savoir si nous nous y prenons correctement ? Un examen des outils d’évaluation des établissements. *Lancet Glob Health* 2019 ; 7 : e624-232. DOI : [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30033-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30033-6) [Accès : 22/04/2019]

Bryce, J., et autres (2005) Estimations de l’OMS sur les causes de décès chez les enfants. *Lancet*, 365(9465):1147-52. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71877-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71877-8)

Université de Columbia. (2015) Prévention de la mortalité et de l’invalidité maternelles : Boîte à outils pour l’évaluation des besoins des SOU. École de santé publique Mailman de l’université de Columbia : New York. Disponible à l’adresse suivante : <https://www.mailman.columbia.edu/research/averting-maternal-death-and-disability-amdd/toolkit> [consulté le : 1/05/2019]

Commission sur l’information et la responsabilité en matière de santé des femmes et des enfants (CoIA). (2011). Tenir ses promesses, mesurer les résultats. Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible auprès de https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy.pdf

Every Woman Every Child. (2015) Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (2016-2030). New York : Every Woman Every Child. Disponible à l’adresse suivante : <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>

Groupe indépendant de responsabilisation pour chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent. (2017) Rapport 2017 : Responsabilité transformatrice pour les adolescents : responsabilité pour la santé et les droits humains des femmes, des enfants et des adolescents dans l’agenda 2030. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017. Disponible à l’adresse

suiuante : https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/IAP-Annual-Report-2017-online-final-web_with-endnotes.pdf

Knight, L., Yamin, A.E. (2015) « Sans mère » : le point de vue des prestataires de soins et des membres de la communauté sur les conséquences de la mortalité maternelle sur les familles du KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud. *Reproductive Health* 12(Suppl 1):S5 DOI : www.reproductive-health-journal.com/content/12/S1/S5 [Consulté le : 10/01/2019]

Ocampo, J.A. (2015) Un cadre de suivi et d responsabilisaion post-2015. Département des affaires économiques et sociales des Nations unies : New York. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/CDP-bp-2015-27.pdf> [Consulté le : 1/05/2019]

Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile. (2012) Mécanismes nationaux de responsabilisation pour la santé des femmes et des enfants. Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/national_accountability_mechanisms.pdf.

Patton, MQ. (2002). Méthodes de recherche et d'évaluation qualitatives. Sage Publications, Thousand Oaks.

Robson, C. (2011). Chapitre 6 : Recherche flexible. Recherche sur le monde réel. Melbourne : Chichester : Wiley : 152 160.

Rochlin, S., Zadek, S., Forstater, M. (2008) Collaboration en matière de gouvernance. Rendre les partenariats responsables de la réalisation du développement. Londres : AccountAbility. Disponible à l'adresse http://www.accountability.org/images/content/4/3/431/Governing%20Collaboration_Full%20report.pdf. [consulté le 29/04/2019]

Spencer LM, Schooley MW, Anderson LA, Kochtitzky CS, DeGross AS, Devlin HM, Mercer, SL. (2013). À la recherche des meilleures pratiques : Un cadre conceptuel pour la planification et l'amélioration des pratiques fondées sur des données probantes, *Prev Chronic Dis* vol. 10, no. 130186, pp 1-20. Consulté le 13/12/2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.130186>.

Starrs, A.M., Ezech, A.C., Barker, G. Basu, A., Bertrand, J.T., Blum, R., Coll-Seck, A.M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z.A., Say, L., Serour, G.I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., Ashford, L.S. (2018) Accélérer les progrès en matière de droits de santé sexuelle et reproductive pour tous : rapport de la Commission Guttmacher-Lancet. *Lancet* : 91 : 2642-92. DOI : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9) [Consulté le 17/01/2019]

Nations Unies. (2015). Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement 2015. Genève : Nations unies. Disponible à l'adresse suivante : http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/.

Nations unies. (2015) Transformer notre monde : L'Agenda 2030 pour le développement durable. A/RES/70/1. New York : Nations unies. Disponible à l'adresse suivante : <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf> [Consulté le : 17/01/2019]

Fonds des Nations unies pour l'enfance. (2017) Génération 2030 Afrique 2.0 : Donner la priorité aux investissements en faveur des enfants pour récolter le dividende démographique. New York : Fonds des Nations unies pour l'enfance. Disponible à l'adresse suivante : https://www.unicef.org/publications/index_101219.html [consulté le 30/01/2019]

Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (2014) Éducation sexuelle complète et services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes en Afrique orientale et australe (ESA) : Cadre régional de responsabilisation. Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture, Programme commun des Nations unies sur le VIH et le sida : Paris. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.aidsaccountability.org/wp-content/uploads/2014/04/Regional-Accountability-Framework-140314.pdf>. [consulté le : 1/05/2019]

Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (2011). Orientations de l'ONUSIDA pour les partenariats avec la société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH et les populations clés. Genève : ONUSIDA. Disponible à l'adresse suivante : http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2236_guidance_partnership_civilsociety_en.pdf

Agence des États-Unis pour le développement international. (2012) Évaluation de la prestation de services. Programme d'enquêtes démographiques et de santé : Rockville. Disponible à l'adresse suivante : <https://dhsprogram.com/publications/publication-search.cfm?type=37> [consulté le 1/05/2019]

Organisation mondiale de la santé. (2015) Cadre de responsabilisation. Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse suivante : http://www.searo.who.int/entity/emergencies/whoaccountabilityframework_2015.pdf?ua=1 [consulté le 26/04/2019]

OMS. (2016) Pour que chaque bébé compte : Audit et examen des mort-nés et des décès néonataux. Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249523/9789241511223-eng.pdf?sequence=1>

Organisation mondiale de la santé. (2016) Normes pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249155/9789241511216-eng.pdf?sequence=1> [Consulté le : 28/04/2019]

Organisation mondiale de la santé. (2018) Atlas des statistiques africaines en matière de santé 2018 : La couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable dans la Région africaine de l'OMS. Brazzaville : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Afrique. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/sites/default/files/Atlas%202018-eng_1.pdf [consulté le 25/11/2018]

Organisation mondiale de la santé. (2018a). Survivre, s'épanouir, se transformer : Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (2016-2030) Rapport de suivi 2018 : état des lieux et priorités stratégiques. Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse suivante :

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/EWECGSMonitoringReport2018_en.pdf
[Consulté le : 06/02/2019]

Groupe consultatif de la jeunesse. (2017) Cadre de responsabilisation des jeunes pour le planning familial 2020. Groupe consultatif de la jeunesse : Londres. Disponible à l'adresse suivante : http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2017/12/Youth-Advisory-Group_Accountability-Framework_11.21.17.pdf
[Consulté le : 1/05/2019]

Annexes

Annexe 1 : Liste élargie des partenaires potentiels pour le Cadre de partenariat de CARMMA pour la responsabilisation

- Gouvernements nationaux, notamment :
 - Les Présidents
 - Les Premières dames
 - Les ministres
 - Les parlementaires
- Les praticiens de la santé suivants et leurs associations professionnelles correspondantes :
 - Les accoucheurs(es)
 - Les agents de santé communautaires
 - Médecins
 - Infirmières
 - Sages-femmes
- Les partenaires bilatéraux tels que :
 - Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)
 - Département pour le développement international (DFID)
- Les organisations et initiatives multilatérales de développement telles que :
 - Organisation mondiale de la santé (OMS)
 - Le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP)
 - Le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF)
 - Le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
 - La Banque mondiale ;
 - Le partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, Every Woman, Every Child
 - L'entité des Nations unies pour l'égalité homme-femme et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes) ;
- Les organisations de la société civile telles que :
 - La Fédération internationale pour la planification familiale
 - Alliance du ruban blanc)
 - Les femmes donnent la vie
 - TMS pour les mères
- Le milieu universitaire, qui comprendrait, sans s'y limiter :

- Les universités des États membres
- Des unités de recherche régionales et nationales qui se concentrent sur les questions de santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents,
- Chefs communautaires et religieux
- Les acteurs du secteur privé tels que :
 - MERCK
 - Johnson & Johnson
 - Safaricom Limited

Annexe 2 : La stratégie globale du Cadre de responsabilisation de Every Woman Every Child United



Annexe 3 : Le tableau d'indicateurs harmonisé et actualisé de CARMMA

Indicateurs	MPoA 2016-2030	CARMMA 2013	Fiche d'évaluation de la SMNE	Site web des statistiques africaines en matière de santé	Compte à rebours vers 2030	Proposition pour la CARMMA 2020
Gouvernance						
Existence d'une politique nationale de santé qui intègre les services de DSSR, de lutte contre le VIH/SIDA/IST et le paludisme						
Existence de lois traitant de la violence sexuelle et sexiste						

Présence d'une feuille de route chiffrée pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales						
Pourcentage de l'allocation pour les dépenses liées à la SMNE						
Dépenses des administrations publiques en matière de santé en pourcentage du total des dépenses publiques						
Fonds publics par habitant alloué à la santé						
Dépenses publiques de santé en % des dépenses courantes de santé						
Dépenses publiques de santé en % du PIB						
Dépenses extérieures de santé en % des dépenses courantes de santé						
Dépenses directes de santé en pourcentage des dépenses totales de santé						
Pourcentage de la population couverte par un régime à la demande ; par exemple, assurance maladie sociale, assurance communautaire						
Densité des travailleurs de la santé – médecins						
Densité des travailleurs de la santé – infirmières et sages-femmes						
Obstétriciens qualifiés						
Enregistrement des naissances						
Nutrition						
Proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance						
Perte de poids – poids faible par rapport la taille pour les moins de 5 ans						

Surcharge pondérale – surpoids par rapport la taille pour les moins de 5 ans						
Initiation précoce de l’allaitement maternel						
Allaitement maternel exclusif						
Poursuite de l’allaitement maternel (1 ^{ère} année)						
Diversité alimentaire minimale						
Supplémentation en vitamine A, couverture complète						
Santé reproductive						
Mariage d’enfants – avant l’âge de 15 ans						
Mariage d’enfants – avant 18 ans						
Taux de prévalence contraceptive						
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale						
Besoins non satisfaits en matière de contraception moderne						
Proportion d’avortements à risques, pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans						
Paquets de santé reproductive en place (santé maternelle, PF, prévention des IST et du VIH)						
Violence sexuelle à l’âge de 18 ans – femmes						
Grossesse à un très jeune âge, moins de 16 ans						
Mutilations génitales féminines						
Santé maternelle et néonatale						
Espérance de vie à la naissance						

Taux de mortalité maternelle						
Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié						
Soins postnataux pour les mères et les bébés						
Taux de mortinatalité						
Taux de mortalité infantile						
Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales						
Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins huit consultations prénatales						
Proportion des établissements de santé offrant des services SOU de base						
Pourcentage de nouveaux-nés ayant reçu des soins post-partum d'une personne qualifiée dans les deux jours suivant la naissance						
Pourcentage de femmes ayant reçu des soins post-partum d'une personne qualifiée dans les deux jours suivant l'accouchement						
Proportion des districts qui disposent d'un système de SRDM établi et fonctionnel						
Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui ont reçu des médicaments antirétroviraux						
Prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans						
Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de soins prénataux qui ont subi un test de dépistage						

du VIH et en connaissent les résultats						
Pourcentage de nourrissons nés de mères infectées par le VIH						
Proportion de femmes enceintes ayant reçu deux doses de traitement préventif intermittent du paludisme au cours de leur dernière grossesse						
Santé des enfants						
Taux de mortalité néonatale						
Proportion de nourrissons âgés de 12 à 23 mois vaccinés contre le DTC3						
Couverture de la première dose de vaccin antirougeoleux						
Vaccination complète des enfants de moins de 5 ans						
Taux de mortalité des moins de cinq ans						
Recherche de soins appropriés en cas de diarrhée, de pneumonie suspecte ou de fièvre						
Traitement approprié pour le paludisme						
Proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous une MII la nuit précédente						
Proportion de ménages possédant au moins une MII et/ou ayant été pulvérisés par un IRS au cours des 12 derniers mois						
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre au cours des deux dernières semaines qui ont subi un dépistage du paludisme						
Proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines						

qui ont reçu un traitement antipaludique conformément à la politique nationale dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre						
Traitement de la diarrhée : SRO						
Traitement de la diarrhée : SRO+ Zinc						
Santé des adolescents						
Taux de fertilité des adolescents						
Demande de planification familiale satisfaite par les méthodes modernes chez les adolescentes						
Dépistage du VIH pour les adolescents						
Couverture vaccinale contre le virus du papillome humain (VPH) chez les adolescents						
ANC4+ chez les adolescents						
Assistant qualifié lors de l'accouchement chez les adolescents						
Soins postnataux pour les mères adolescentes						
Interventions dans le domaine de l'environnement						
Population utilisant les services d'eau potable de base				*		
Population utilisant les services d'assainissement de base				#		
Population disposant d'installations pour se laver les mains avec de l'eau et du savon à la maison						

* Le site web des Statistiques africaines en matière de santé indique que « Au moins l'eau potable de base » reflète la proportion de la population utilisant soit un « service d'eau potable de base » (source améliorée, à condition que le temps de collecte ne dépasse pas 30 minutes pour un aller-retour, y compris les files d'attente) soit un « service d'eau potable géré en toute sécurité »

(source d'eau améliorée située sur place, disponible en cas de besoin et exempte de contamination fécale et chimique prioritaire).

Le site web des Statistiques africaines en matière de santé indique « Au moins des services d'assainissement de base » comme étant la proportion d'une population utilisant soit un « service d'assainissement de base » (installations améliorées non partagées avec d'autres ménages) soit un « service d'assainissement géré en toute sécurité » (service d'assainissement amélioré non partagé avec d'autres ménages et où les excréments sont éliminés en toute sécurité sur place ou traités hors site).

Annexe 4 : Indicateurs des statistiques africaines en matière de santé

Liste des indicateurs



SANTÉ DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

INDICATEUR	INDICATEUR DE LA FICHE D'ÉVALUATION CARMMA	LONG INTITULÉ ET SIGNIFICATION
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE	Non	L'espérance de vie à la naissance est le nombre d'années en moyenne qu'un nouveau-né pourrait espérer vivre s'il devait passer sa vie exposé aux taux de mortalité par sexe et par âge qui prévalent au moment de sa naissance. Elle se rapporte à une année spécifique et à un pays, un territoire ou une zone géographique spécifique.
TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE	Oui	Le taux de mortalité maternelle (TMM) est le taux auquel les femmes meurent de causes maternelles (toute cause liée à la grossesse, pendant l'accouchement, la grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement). Il est mesuré comme le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Une naissance vivante désigne tout bébé qui présente des signes de vie en dehors du ventre de sa mère. Un décès maternel est le décès d'une femme pendant sa grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement, pour toute cause liée à la grossesse ou à sa prise en charge ou aggravée par celle-ci. Les décès maternels excluent les décès accidentels ou d'autres causes non liées à la grossesse.
TAUX DE MORTINATALITÉ	Non	Le taux de mortinatalité est le nombre de mortinatalités pour 1 000 naissances totales, qui comprend les naissances vivantes et les mortinatalités. Une naissance vivante désigne tout bébé qui présente des signes de vie en dehors de l'utérus. Les mortinaissances peuvent survenir avant l'accouchement (antepartum), ou pendant le travail ou l'accouchement (intrapartum). Les mortinaissances, dans de nombreux cas, reflètent des insuffisances dans la couverture des soins prénataux ou dans les soins intrapartum. Pour des raisons de comparaison internationale, les mortinaissances sont définies comme des décès fœtaux au troisième trimestre (supérieur ou égal à 1000g, ou supérieur ou égal à 28 semaines).
TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE	Oui	Le taux de mortalité néonatale fait référence au nombre de décès de nouveau-nés qui surviennent entre la naissance et les 28 premiers jours de vie complets. Il est mesuré comme le nombre de décès dans les 28 premiers jours de vie pour 1 000 naissances

vivantes au cours d'une année ou d'une période donnée. Une naissance vivante désigne tout bébé qui présente des signes de vie à la naissance.

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE	Non	<p>Le taux de mortalité infantile est la probabilité qu'un enfant meure entre le moment de sa naissance et exactement un an au cours d'une année ou d'une période donnée ; il est exprimé pour 1 000 naissances vivantes au cours de cette même année ou période. Une naissance vivante désigne tout bébé qui présente des signes de vie à la naissance.</p>
TAUX DE MORTALITÉ DES MOINS DE CINQ ANS	Oui	<p>Le taux de mortalité des moins de cinq ans est la probabilité qu'un enfant meure avant d'atteindre l'âge de cinq ans ; il est exprimé pour 1 000 naissances vivantes et est soumis aux taux de mortalité actuels par âge. Une naissance vivante désigne tout bébé qui présente des signes de vie à la naissance.</p>
COUVERTURE DES SOINS PRÉNATAUX : 4+ CONSULTATIONS	Oui	<p>Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins 4 consultations de soins prénataux (CPN) : La couverture des soins prénataux (au moins quatre consultations) est le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu une naissance vivante au cours d'une période donnée et qui ont reçu des soins prénataux quatre fois ou plus. Les données d'enquête disponibles sur cet indicateur ne précisent généralement pas le type de prestataire ; par conséquent, en général, la réception de soins par tout prestataire est mesurée.</p>
COUVERTURE DES SOINS PRÉNATAUX : 8+ CONSULTATIONS	Oui	<p>Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins 8 consultations de soins prénataux (CPN) : La couverture des soins prénataux (au moins 8 contacts) est le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu une naissance vivante au cours d'une période donnée et qui ont reçu des soins prénataux huit fois ou plus. Les données d'enquête disponibles sur cet indicateur ne précisent généralement pas le type de prestataire ; par conséquent, en général, la réception de soins par tout prestataire est mesurée. En 2016, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a recommandé un nouveau modèle de 8 contacts de soins prénataux (auparavant 4 consultations de soins prénataux) pendant la grossesse d'une femme afin de réduire la mortalité périnatale et d'améliorer l'expérience des femmes en matière de soins.</p>
ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ QUALIFIÉ	Oui	<p>Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié : Cet indicateur montre le pourcentage d'accouchements qui ont lieu en présence d'un personnel de santé qualifié pour assister aux naissances. La définition d'un accoucheur qualifié est un professionnel de santé accrédité tel qu'une sage-femme, une infirmière ou un médecin qui possède les compétences nécessaires pour gérer une grossesse et un accouchement normaux ainsi que la période qui suit la naissance, et qui est capable</p>

		d'identifier, de gérer et d'orienter les femmes et les nouveau-nés en cas de complications. Les accoucheuses traditionnelles ne sont pas incluses.
COUVERTURE DES SOINS POST-PARTUM POUR LES MÈRES	Oui	Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont subi un examen de santé dans les deux jours suivant l'accouchement de leur dernière naissance vivante au cours des deux dernières années : La période post-partum ou postnatale est la période qui suit immédiatement la naissance jusqu'à six semaines après la naissance. Cet indicateur fait référence au nombre de femmes au début de la période postnatale (les 48 premières heures après la naissance) qui ont bénéficié d'un contrôle. Il est mesuré comme la proportion du nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des 3 à 5 dernières années précédant l'enquête, quel que soit le lieu de l'accouchement. Le nombre de naissances vivantes fait référence à tout bébé qui présente des signes de vie en dehors de l'utérus.
COUVERTURE DES SOINS POSTNATAUX POUR LES NOUVEAU-NÉS	Non	Pourcentage de nouveau-nés ayant fait l'objet d'un contrôle de santé dans les deux jours suivant l'accouchement : La couverture des soins postnataux pour les nouveau-nés est le pourcentage de nouveau-nés (dernières naissances vivantes) au cours des deux années précédentes qui ont reçu un bilan de santé d'un prestataire de soins dans les deux jours suivant l'accouchement. Une naissance vivante désigne tout bébé qui naît et qui a besoin d'un examen médical dans les deux jours suivant l'accouchement. Une naissance vivante désigne tout bébé qui présente des signes de vie en dehors de l'utérus.
ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 6 MOIS	Non	Pourcentage de nourrissons de 0 à 5 mois ayant été uniquement nourri au lait maternel au cours de la journée précédente : Il s'agit de la proportion de nourrissons de 0 à 5 mois (de la naissance à moins de 6 mois) qui sont nourris exclusivement au lait maternel. L'indicateur inclut les nourrissons de 0 à 5 mois qui ont reçu des gouttes de SRO, ainsi que des minéraux, des vitamines et des médicaments sous forme de sirop, mais pas d'autres aliments ni d'eau.
COUVERTURE DE LA PREMIÈRE DOSE DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE	Oui	Couverture de la première dose du vaccin contenant la rougeole (MCV1) : Elle fait référence au nombre de nourrissons survivants qui ont reçu une dose de vaccin contre la rougeole. Le vaccin est généralement administré en combinaison avec la rubéole (MR) ou avec les oreillons et la rubéole (ROR). Dans la plupart des calendriers de vaccination, il est administré aux enfants de moins d'un an, mais certains pays l'administrent aux enfants plus âgés. Cet indicateur est exprimé en pourcentage de la population correspondante en milieu d'année, pour une année donnée et dans un pays donné.
RETARD DE CROISSANCE – PETITE TAILLE PAR RAPPORT À LA	Oui	Proportion d'enfants de moins de cinq ans tombant en dessous de moins 2 écarts types (modérés et graves) et de moins 3 écarts types (graves) par rapport à la taille médiane pour l'âge de la population de référence : Il s'agit du pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dont la croissance en taille est limitée par un manque de nutrition

NORME POUR LES MOINS DE 5 ANS

adéquate. Les enfants de moins de cinq ans qui présentent un « retard de croissance » sont ceux qui n’atteignent pas la taille minimale dans la fourchette de taille saine pour leur âge et leur sexe. Il comprend la proportion d’enfants de moins de cinq ans qui se situent en dessous de moins 2 écarts types (modérés et graves) et de moins 3 écarts types (graves) par rapport à la taille médiane pour l’âge des normes de croissance de l’Organisation mondiale de la santé (OMS) chez les enfants de moins de cinq ans. Le retard de croissance peut être dû à une malnutrition chronique ou à de mauvaises conditions sanitaires sur le long terme.

<p>PERTE DE POIDS – FAIBLE POIDS PAR RAPPORT À LA NORME POUR LES MOINS DE 5 ANS</p>	<p>Non</p>	<p>Prévalence de l’émaciation (Rapport poids-taille inférieur à deux écarts-types par rapport à la médiane des normes de croissance de l’enfant de l’OMS) chez les enfants de moins de cinq ans : Il s’agit de la prévalence de la perte de poids (Rapport poids-taille inférieur à deux écarts types par rapport à la médiane des normes de croissance de l’enfant de l’Organisation mondiale de la santé (OMS)) chez les enfants de moins de cinq ans. Elle comprend la proportion d’enfants de moins de cinq ans qui se situent en dessous de moins 2 écarts-types (modérés et graves) et de moins 3 écarts-types (graves) de la médiane du poids pour la taille des normes de croissance de l’Organisation mondiale de la santé (OMS) chez les enfants de moins de cinq ans.</p>
--	------------	---

<p>SURCHARGE PONDÉRALE – SURPOIDS PAR RAPPORT À LA NORME POUR LES MOINS DE 5 ANS</p>	<p>Non</p>	<p>Prévalence de la surcharge pondérale (rapport poids-taille supérieur à deux écarts-types par rapport à la médiane des normes de croissance de l’Organisation mondiale de la santé (OMS)) chez les enfants de moins de cinq ans : Il s’agit de la prévalence de la surcharge pondérale (rapport poids-taille supérieur à deux écarts types par rapport à la médiane des normes de croissance de l’enfant de l’Organisation mondiale de la santé (OMS)) chez les enfants de moins de cinq ans. Le surpoids chez l’enfant désigne un enfant trop lourd pour sa taille qui résulte d’un apport énergétique provenant d’aliments et de boissons qui dépasse les besoins énergétiques de l’enfant.</p>
---	------------	--

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE



<p>MARIAGE D’ENFANTS AVANT L’ÂGE DE 15 ANS</p>	<p>Non</p>	<p>Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont été mariées ou en union avant l’âge de 15 ans : Cet indicateur représente la proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont été mariées ou en union avant l’âge de 15 ans. Cela comprend les unions formelles et informelles, c’est-à-dire les mariages. Les unions informelles sont celles dans lesquelles un couple vit ensemble pendant un certain temps, à l’intention d’avoir une relation durable, mais n’a pas eu de cérémonie civile ou religieuse officielle, également appelée cohabitation.</p>
---	------------	---

MARIAGE D'ENFANTS AVANT L'ÂGE DE 18 ANS	Oui	Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont été mariées ou en union avant l'âge de 18 ans : Cet indicateur représente la proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont été mariées ou en union avant l'âge de 18 ans. Cela comprend les unions formelles et informelles, c'est-à-dire les mariages. Les unions informelles sont celles dans lesquelles un couple vit ensemble pendant un certain temps, a l'intention d'avoir une relation durable, mais n'a pas eu de cérémonie civile ou religieuse officielle, également appelée cohabitation.
MUTILATION GÉNITALE FÉMININE	Non	Proportion de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont subi des mutilations génitales féminines : Les mutilations génitales féminines (MGF) sont définies par l'OMS comme « toutes les procédures impliquant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou d'autres lésions des organes génitaux féminins pour des raisons non médicales ».
VIOLENCE SEXUELLE FAITE AUX FEMMES DE 18 ANS	Non	Proportion de jeunes femmes âgées de 18 à 29 ans ayant subi des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans : Il s'agit du pourcentage de jeunes femmes âgées de 18 à 29 ans ayant subi des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans.
VIOLENCE SEXUELLE FAITE AUX HOMMES DE 18 ANS	Non	Proportion de jeunes hommes âgés de 18 à 29 ans ayant subi des violences sexuelles à l'âge de 18 ans : Il s'agit du pourcentage de jeunes hommes âgés de 18 à 29 ans ayant subi des violences sexuelles à l'âge de 18 ans.
PROCRÉATION TRÈS PRÉCOCE AVANT L'ÂGE DE 16 ANS	Oui	Il s'agit du pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant donné naissance avant l'âge de 16 ans.
TAUX DE NATALITÉ DES ADOLESCENTS DE 15 À 19 ANS	Oui	Cet indicateur représente le nombre de bébés nés chaque année de filles et de femmes âgées de 15 à 19 ans. Il s'agit du nombre prévu de filles et de femmes qui tomberont enceintes entre 15 et 19 ans chaque année, sur 1 000 femmes et filles de cette tranche d'âge. Cet indicateur est également appelé taux de fécondité par âge.
COUVERTURE DU VACCIN CONTRE LE VHP	À examiner	Proportion de filles vaccinées avec 2 doses de vaccin anti-papillomavirus avant l'âge de 15 ans : La couverture vaccinale contre le HPV est la proportion de filles vaccinées avec 2 doses de vaccin contre le HPV avant l'âge de 15 ans (les métadonnées actuellement en cours de développement seront disponibles au début de 2020). <i>L'UNICEF espère que des estimations sur le HPV seront produites avant la fin de 2019. (M.S. Diallo, UNICEF), notamment pour s'aligner sur le MPoA : Proportion de filles vaccinées avec 2 doses de vaccin anti-papillomavirus avant l'âge de 15 ans]</i>

TAUX DE PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE, MÉTHODES MODERNES	Non	Taux de prévalence de la contraception, méthodes modernes (% des femmes âgées de 15 à 49 ans) : La prévalence contraceptive est le pourcentage de femmes qui utilisent actuellement, ou dont le partenaire sexuel utilise actuellement, au moins une méthode de contraception, quelle que soit la méthode utilisée. Il est généralement indiqué pour les femmes mariées ou vivant en couple âgées de 15 à 49 ans.
DEMANDE SATISFAITE POUR UNE CONTRACEPTION MODERNE	Oui	La demande satisfaite de contraception moderne est la proportion de filles et de femmes mariées ou en union (sexuellement actives) âgées de 15 à 49 ans dont le besoin de planification familiale est satisfait par des méthodes modernes. La demande totale de planning familial est la somme du nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont mariées ou en union et qui utilisent actuellement, ou dont le partenaire sexuel utilise actuellement, au moins une méthode de contraception, et du besoin non satisfait de planning familial
TAUX DE GROSSESSE NON DÉSIRÉE	À examiner	Taux de grossesse non désirée pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans <i>[L’OMS et Guttmacher ont mis au point un protocole pour l’estimer et l’ont testé sur des données de 1990 à 2014. L’étape suivante consiste à générer des données au niveau des pays. Ils le font maintenant et prévoient de produire des données « début 2020 ». Cet indicateur sera ajouté lorsque les données seront disponibles].</i>
ACCÈS AUX SOINS DE SSR, À L’INFORMATION ET À L’ÉDUCATION POLITIQUE NATIONALE EN MATIÈRE D’ÉDUCATION SEXUELLE DES JEUNES	Non	Accès aux soins, à l’information et à l’éducation en matière de santé sexuelle et reproductive : En attendant les discussions et l’identification de la définition et de la source de l’indicateur – re ODD 3.6.2 : lois et règlements en place qui garantissent aux femmes de 15 à 49 ans l’accès aux soins de santé sexuelle et reproductive
OU POURCENTAGE (%) DES ÉCOLES PUBLIQUES OFFRANT UNE ÉDUCATION SEXUELLE	Non	Existence d’une politique, d’un programme ou d’une stratégie nationale sur l’éducation sexuelle des jeunes : Le Bureau du 2 ^e CTS sur la santé, la population et le contrôle des drogues a demandé l’inclusion d’un indicateur aligné sur l’objectif du MPoA d’« améliorer l’information, l’éducation et la communication en matière de santé sexuelle et reproductive » parmi les jeunes. Le Bureau continue à travailler avec la Commission de l’UA pour identifier un indicateur approprié.

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS	À examiner	Proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans qui déclarent avoir subi un dépistage du cancer du col de l'utérus
CANCERS DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR	À examiner	Indicateur de suivi des cancers de l'appareil reproducteur à identifier : <i>Ces données ne font pas l'objet d'un suivi à l'heure actuelle – elles seront soumises au CTS pour examen afin de permettre au GTT de poursuivre. [Le TWG sur les statistiques de la santé en Afrique doit discuter et envisager la création d'un petit groupe de travail pour étudier et développer]</i>
SYSTÈMES ET LES POLITIQUES DE SANTÉ		
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ATTEINTS DE DIARRHÉE RECEVANT DES SRO	Non	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans atteints de diarrhée ayant reçu des sels de réhydratation orale (SRO) au cours des deux dernières semaines Il s'agit du pourcentage d'enfants de moins de cinq ans (0-59 mois) souffrant de diarrhée au cours des deux dernières semaines qui reçoivent des sels de réhydratation orale (SRO), qui sont des liquides fabriqués à partir de sachets de SRO qui sont des liquides de SRO préemballés.
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ATTEINTS D'IRA REÇUS PAR UN PRÉSTATAIRE DE SOINS	Non	Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq années précédant l'enquête et souffrant d'une infection respiratoire aiguë, emmenés dans un établissement de santé Les soins visant à déceler une pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans correspondent au pourcentage d'enfants nés dans les cinq années précédant l'enquête et atteints d'une infection respiratoire aiguë qui ont été emmenés dans un établissement de santé.
NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH	Non	Incidence du VIH pour 1000 habitants (adultes de 15 à 49 ans) Cet indicateur est défini comme le nombre de nouvelles infections par le VIH pour 1 000 personnes-années dans la population non infectée, âgée de 15 à 49 ans. Il s'agit du nombre de nouveaux cas par population à risque au cours d'une période donnée, appelé taux d'incidence. La population non infectée est la population totale moins les personnes vivant avec le VIH.
COUVERTURE DES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX	Non	Proportion d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral : Cet indicateur se réfère au pourcentage d'enfants et d'adultes recevant actuellement une thérapie antirétrovirale (ART) à la fin de la période de référence parmi le nombre de ceux qui vivent avec le VIH au cours de la même période. L'Organisation mondiale de la santé recommande que toutes les personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement.



COUVERTURE DES MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX FEMMES ENCEINTES SÉROPOSITIVES	Non	Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu un traitement antirétroviral pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant L'indicateur mesure le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des médicaments antirétroviraux parmi le nombre estimé de femmes enceintes vivant avec le VIH, afin de réduire le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant (PTME).
UTILISATION DE PRÉSERVATIFS	Non	Proportion d'adultes (15-49 ans) déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à risque (avec un partenaire non marié et non cohabitant) Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire avec lequel elles n'étaient pas mariées ou avec lequel elles ne vivaient pas au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernière rencontre par rapport au nombre de personnes interrogées qui ont eu un partenaire sexuel avec lequel ils ne sont pas mariés ou avec lequel ils ne vivent pas au cours des 12 derniers mois. Cet indicateur mesure les progrès réalisés dans la prévention de l'exposition au VIH par des rapports sexuels non protégés entre partenaires non mariés ou ne vivant pas ensemble.
NOUVELLES INFECTIONS À LA TB	Non	Incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants L'incidence de la tuberculose (TB) est le nombre estimé de nouveaux cas de tuberculose et de rechutes plus précisément toutes les formes de tuberculose, y compris les cas chez les personnes infectées par le VIH qui surviennent au cours d'une année donnée, exprimé en taux pour 100 000 habitants.
NOUVELLES INFECTIONS DE MALARIA	Non	Cas d'incidence du paludisme pour 1 000 personnes par an Il s'agit du nombre de nouveaux cas confirmés de paludisme signalés chaque année pour 1 000 personnes.
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DORMANT SOUS DES MOUSTIQUAIRES	Non	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente Il s'agit du pourcentage d'enfants de moins de cinq ans (0-59 mois) souffrant de diarrhée au cours des deux dernières semaines qui reçoivent des sels de réhydratation orale (SRO), qui sont des liquides fabriqués à partir de sachets de SRO qui sont des liquides de SRO préemballés.
MALADIES NON TRANSMISSIBLES		
MORTALITÉ DUE AUX MALADIES	Non	Probabilité de mourir d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, d'un diabète ou d'une maladie respiratoire chronique entre 30 ans et l'âge exact de 70 ans (%)



**NON
TRANSMISSIBLES**

Le taux de mortalité attribué aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux maladies respiratoires chroniques est la probabilité de mourir entre 30 et 70 ans de maladies cardiovasculaires, de cancer, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques. Il est défini comme le pourcentage de personnes âgées de 30 ans qui mourraient avant leur 70^e anniversaire de maladies cardiovasculaires, de cancer, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques, en supposant qu'elles connaissent les taux de mortalité actuels à chaque âge et ne meurent pas d'une autre cause de décès, comme des blessures ou le VIH/sida. La probabilité de décès est la probabilité qu'une personne décède entre deux âges, compte tenu des taux de mortalité actuels à chaque âge.

TAUX DE MORTALITÉ PAR SUICIDE	Non	<p>Taux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants) Le taux de mortalité par suicide est défini comme le nombre de décès par suicide au cours d'une année, divisé par la population et multiplié par 100 000.</p>
TABAGISME ACTUEL CHEZ LES FEMMES DE 15 ANS ET PLUS	Non	<p>Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation actuelle de tabac chez les femmes de 15 ans et plus La prévalence standardisée par âge de la consommation actuelle de tabac chez les femmes de 15 ans et plus est définie comme le pourcentage de la population féminine de 15 ans et plus qui consomme actuellement un produit du tabac, fumé ou non fumé, sur une base quotidienne/non quotidienne ou occasionnelle. Le « tabagisme » comprend les cigarettes, les cigares, les pipes ou tout autre produit du tabac fumé.</p>
TABAGISME ACTUEL CHEZ LES HOMMES DE 15 ANS ET PLUS	Non	Idem que ci-dessus pour les hommes
USAGE NOCIF DE L'ALCOOL CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 15 ANS ET PLUS	Non	<p>Usage nocif de l'alcool, défini selon le contexte national comme la consommation d'alcool par habitant (âgé de 15 ans et plus) au cours d'une année civile, en litres d'alcool pur : La consommation totale d'alcool par habitant (CAH) est définie comme la quantité totale (somme de la moyenne triennale de la CAH enregistrée et de la CAH non enregistrée) d'alcool consommée par adulte (15 ans et plus) au cours d'une année civile, en litres d'alcool pur.</p>

FINANCEMENT DE LA SANTÉ



DÉPENSES EXTÉRIEURES DE SANTÉ EN % DES

Non

Dépenses externes de santé (EXT) en % des dépenses courantes de santé (DCS)

DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ		Il s'agit de la part de l'ensemble des dépenses courantes de santé qui est financée par des subventions extérieures passant par des services gouvernementaux ou non gouvernementaux.
DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ EN % DES DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ	Non	Dépenses de santé des administrations publiques (GGHE-D) en % des dépenses courantes de santé (DCS) Il s'agit de la part de l'ensemble des dépenses courantes de santé qui est dépensée par le gouvernement, à l'exclusion des services qui sont financés par des subventions externes, même lorsqu'ils passent par le gouvernement.
DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ EN % DES DÉPENSES PUBLIQUES GÉNÉRALES	Oui	Dépenses intérieures de santé des administrations publiques (GGHE-D) en % des dépenses des administrations publiques (GGE) Il s'agit de la part du budget total de l'État qui est allouée au secteur de la santé, à l'exclusion des dépenses en capital et des services qui sont financés par des subventions externes, même lorsqu'ils passent par l'État.
DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ EN % DU PIB	Non	Dépenses intérieures de santé des administrations publiques (GGHE-D) en % du produit intérieur brut (PIB) Il s'agit des dépenses publiques de santé en tant que part de l'économie mesurée par le PIB (à l'exclusion des subventions externes et des dépenses en capital).
DÉPENSES PUBLIQUES INTÉRIEURES COURANTES PAR HABITANT	Non	Dépenses publiques intérieures de santé (DPS) par habitant en dollars internationaux à parité de pouvoir d'achat Il s'agit du montant des dépenses publiques de santé par personne dans un pays (à l'exclusion des subventions extérieures et des dépenses d'investissement). Afin de permettre une comparaison équitable entre les pays, les montants sont normalisés et convertis en une monnaie fictive, le dollar international, pour tenir compte des différents coûts des services dans les différents pays.
DÉPENSES DE SANTÉ EN % DES DÉPENSES DE SANTÉ COURANTES	Non	Dépenses directes de santé en pourcentage des dépenses courantes de santé (OOP % CHE) Cet indicateur estime combien les ménages dépensent en honoraires formels ou informels au moment de l'utilisation des services de santé, ou en co-paiement, lorsque leur assurance maladie ou le financement public ne couvre pas la totalité des coûts des soins. Il s'agit d'un autre indicateur de protection financière, qui donne une indication sur la nécessité ou non pour les ménages d'acheter des services supplémentaires.
POURCENTAGE DU BUDGET NATIONAL DE LA SANTÉ	À ajouter à l'avenir	Pourcentage (%) du budget national de la santé alloué à la santé reproductive [préliminaire]

**ALLOUÉ À LA
SANTÉ
REPRODUCTIVE**

Il s'agit du pourcentage des dépenses de santé du gouvernement consacré à la santé reproductive (couvrant les conditions maternelles, les conditions périnatales, la gestion des contraceptifs – planification familiale et les conditions de santé reproductive non spécifiées). Il exclut les services de santé reproductive qui sont financés par les partenaires du développement, même lorsqu'ils passent par le gouvernement.

MALADIES TRANSMISSIBLES



DENSITÉ DES MÉDECINS	Oui	Densité de médecins pour 10 000 habitants Il s'agit du nombre de professionnels de la santé pour 10 000 habitants dans une zone nationale donnée. La densité de médecins est définie comme le nombre de médecins, y compris les généralistes et les médecins spécialistes, pour 10 000 habitants dans une zone nationale donnée.
DENSITÉ DES INFIRMIÈRES ET DES SAGES-FEMMES	Oui	Densité d'infirmières et de sages-femmes pour 10 000 habitants Il s'agit du nombre de travailleurs de la santé pour 10 000 habitants dans une zone nationale donnée. La densité du personnel infirmier et de sages-femmes est définie comme le nombre de personnel infirmier et de sages-femmes pour 10 000 habitants dans une zone nationale donnée.
DENSITÉ DU PERSONNEL PHARMACEUTIQUE	Oui	Densité du personnel pharmaceutique pour 10 000 habitants Il s'agit du nombre de professionnels de la santé pour 10 000 habitants dans une zone nationale donnée. La densité du personnel pharmaceutique est définie comme le nombre de pharmaciens, de pharmaciennes et de pharmaciens, de techniciens/assistantes et de personnel des professions connexes pour 10 000 habitants dans une zone nationale donnée.
NOMBRE TOTAL D'OBSTÉTRICIENS QUALIFIÉS	Oui	Nombre d'obstétriciens qualifiés agréés travaillant activement Il s'agit d'un décompte du nombre total de médecins obstétriciens agréés et qualifiés.
ENREGISTREMENT DES NAISSANCES	Oui	Proportion d'enfants de moins de cinq ans dont la naissance a été enregistrée auprès d'une autorité civile Il s'agit de la proportion d'enfants de moins de cinq ans dont la naissance a été enregistrée auprès d'une autorité civile.
ENREGISTREMENT DES DÉCÈS		Données relatives à l'enregistrement des décès finalisées à 75 % au moins L'enregistrement des décès dans le système d'enregistrement de l'état civil qui sont survenus aux membres de la population d'un pays particulier dans lequel 75 % des personnes décédées figurent au registre de l'état civil.

**AU MOINS DES
SERVICES DE BASE
EN MATIÈRE D'EAU
POTABLE**

Proportion de la population utilisant des services d'eau potable de base ou gérés en toute sécurité

Les services d'eau potable font référence à l'accessibilité, la disponibilité et la qualité de la principale source utilisée par les ménages pour la boisson, la cuisine, l'hygiène personnelle et d'autres usages domestiques. L'expression « au moins une source d'eau potable de base » désigne la proportion d'une population utilisant soit un « service d'eau potable de base » (source améliorée, à condition que le temps de collecte ne dépasse pas 30 minutes pour un aller-retour, y compris les files d'attente), soit un « service d'eau potable géré en toute sécurité » (source d'eau améliorée située sur place, disponible en cas de besoin et exempte de contamination fécale et chimique prioritaire). Les installations améliorées comprennent l'eau courante, les forages ou puits tubulaires, les puits creusés protégés, les sources protégées, l'eau de pluie et l'eau conditionnée ou livrée.

**AU MOINS DES
SERVICES
SANITAIRES DE
BASE**

Proportion de la population utilisant des services d'assainissement gérés en toute sécurité, y compris une installation de lavage des mains à l'eau et au savon

Les services d'assainissement désignent les systèmes utilisés pour isoler les excréments humains du contact humain à toutes les étapes de la chaîne de services, du captage et du confinement des toilettes à la vidange, au transport, au traitement (in situ ou hors site) et à l'élimination finale ou à l'utilisation finale. L'expression « au moins des services d'assainissement de base » désigne la proportion d'une population utilisant soit un « service d'assainissement de base » (installations améliorées non partagées avec d'autres ménages), soit un « service d'assainissement géré en toute sécurité » (installation améliorée non partagée avec d'autres ménages et où les excréments sont éliminés en toute sécurité sur place ou traités hors site). Les installations « améliorées » comprennent les chasses d'eau ou les déversements dans les égouts, les fosses septiques ou les latrines à fosse ; les latrines à fosse améliorées ventilées, les toilettes à compostage ou les latrines à fosse avec dalles.

**DÉFÉCATION EN
PLEIN AIR**

Proportion de la population pratiquant la défécation en plein air

C'est la proportion de la population qui pratique la défécation en plein air. La défécation en plein air est définie comme l'élimination des fèces humaines dans les champs, les forêts, les buissons, les plans d'eau ouverts, les plages ou autres espaces ouverts, ou couverts de déchets solides.

**ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ
FOURNISSANT DES**

Oui

Proportion d'établissements de santé offrant des services intégrés de santé sexuelle et reproductive

SERVICES DE SSR INTÉGRÉS		<p>Les services intégrés mesurent la proportion d'établissements de santé qui offrent des services post-partum, post-avortement et/ou VIH qui fournissent également aux clients qui utilisent ces services des informations et des soins en matière de contraception.</p> <p><i>Source : À confirmer, l'indicateur actuel est basé sur un indicateur d'aspiration défini par l'Institut Guttmacher : https://www.guttmacher.org/report/sexual-and-reproductive-health-and-rights-indicators-SDGs</i></p>
DÉCÈS MATERNELS PASSÉS EN REVUE	À examiner	<p>Proportion de décès maternels examinés dans le pays au cours de l'année écoulée.</p> <p>Ce chiffre mesure le nombre de décès maternels passés en revue dans le pays au cours de la dernière année par rapport au nombre total de décès maternels estimés dans le pays. Cela donne une indication de l'état de la mise en œuvre des systèmes de surveillance et d'intervention en cas de décès maternel.</p> <p><i>(source des données : estimations du MMEIG sur les décès maternels, nouvelles estimations à paraître en juillet 2019)</i></p>
EXISTENCE D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE LA REPRODUCTION	Non	<p>Existence d'une politique nationale de lutte contre le cancer de la reproduction</p> <p><i>Demandé par le Bureau, indicateur à examiner, à définir et source de données identifiée par le GTT.</i></p>
MISE EN ŒUVRE DU CADRE DU HRMA	Non	<p>Mise en œuvre de l'initiative d'harmonisation de la réglementation des médicaments en Afrique (HRMA)</p> <p>Grâce à l'harmonisation de la réglementation des médicaments en Afrique (HRMA), les communautés et organisations économiques régionales bénéficient d'un appui pour développer et mettre en œuvre des projets d'harmonisation de la réglementation des médicaments (HRM) qui permettent aux États membres d'harmoniser les exigences et normes techniques, d'évaluer conjointement les demandes et d'inspecter les sites de fabrication, et de rationaliser les processus de prise de décision.</p>