



Cadre Directeur Continental pour la Santé Sexuelle et les Droits Liés à la Reproduction

COMMISSION DE L'UNION AFRICAINE

REMERCIEMENTS

Le tableau de la couverture a été peint par un artiste Ethiopien, ASNAKE MELESSE

• Galerie Makush • Addis Abeba • juillet 2006



TABLES DES MATIÈRES

Acronymes et Abréviations	4
AVANT-PROPOS	5
REMERCIEMENTS	6
1. Introduction	7
2. L’Afrique et le Consensus international sur la santé en matière de reproduction	9
3. Santé sexuelle et reproductive en Afrique: Problèmes et défis	14
4. Déclaration de politique général	21
5. Annexes	26
• Annexe I : Déclaration	26
• Annexe II : Cadre de Politique	32
• Annexe III : Plan d’activité	35
• Annexe IV: Decision sur le Cadre D’orientation Continental pour la Promotion des Droits et de la Sante en Matiere de Sexualite et de Procreation en Afrique	44

Acronymes et Abréviations

SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
UA	Union africaine
CCC	Communication pour le changement de comportement
TUC	Taux d'utilisation des contraceptifs
CEA	Commission économique pour l'Afrique
MGF	Mutilation génitale féminine
QCMF	Quatrième Conférence mondiale sur les femmes
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICPD	International Conference on Population and Development
ICPD/PoA	ICPD Programme of Action
IMR	Infant Mortality Rate
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IPPF/ARO	IPPF Africa Regional Office
MCH	Mother and Child Health
MCT	Mother-to-Child Transmission
MDGs	Millennium Development Goals
MOH	Ministry of Health
NEPAD	New Partnership for Africa's Development
NGO	Non-Government Organization
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
ODA	Official Development Assistance
PLWHA	People Living With HIV/AIDS
SRHR	Sexual and Reproductive Health and Rights
STD	Sexually Transmitted Disease
STI	Sexually transmitted Infection
TFR	Total Fertility Rate
UNAIDS	Joint UN Programme on HIV/AIDS
UNFPA	United Nations Population Fund
WHO	World health Organization



AVANT-PROPOS

Le présent Cadre directeur continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction a été conçu pour répondre à l'appel qui a été lancé pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile sur le continent africain. Il a été élaboré par la Commission de l'Union africaine, en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population, le Bureau régional de la Fédération internationale de la planification familiale pour l'Afrique et d'autres partenaires de développement.

Il a commencé par la réalisation d'études dans les six régions de l'Union africaine et par l'examen des problèmes identifiés, lors des réunions d'évaluation aux niveaux des experts et des ministres dans chacune de ces régions, comme principales causes des décès inutiles de femmes et d'enfants sur le continent.

Le Cadre directeur continental invite à intégrer la santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé primaire afin d'accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement qui ont trait à la santé. Il aborde les causes les plus répandues de la morbidité et de la mortalité maternelle et du nouveau-né, et détermine la mise en œuvre de la feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et du nouveau-né, en tant que stratégie destinée à améliorer la santé en matière de procréation.

Le Cadre directeur réclame également le renforcement de la composante relative au secteur de la santé dans les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, notamment la santé sexuelle et reproductive, grâce à la mise en œuvre de la recommandation d'Abuja de la Conférence au Sommet des chefs d'Etat et de Gouvernement de 2001, dans le but d'accroître les ressources destinées au secteur de la santé et, partant, d'améliorer l'accès aux services. Par extension, le Cadre invite à intégrer les questions sexospécifiques dans les programmes de développement socioéconomiques, pour permettre l'amélioration de la santé des femmes et, par conséquent, le renforcement de leur participation au développement économique national. Il lance également un appel pour une meilleure sécurité des produits de la santé sexuelle et reproductive dans la liste des médicaments essentiels, et donc, veille à ce que les femmes ne meurent pas inutilement par suite du manque de médicaments essentiels.

Le Cadre directeur continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction a été adopté par les Ministres africains de la santé, lors de la Deuxième Conférence des Ministres de la santé de l'Union africaine qui s'est tenue à Gaborone, Botswana en octobre 2005, et a été approuvé par le Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement africains à Khartoum, Soudan en janvier 2006.

Je souhaite très sincèrement que la mise en œuvre effective de ce Cadre directeur, aux niveaux régional et national, réduise sensiblement les taux élevés de la mortalité maternelle et infantile et assure une vie meilleure pour tous.

Adv BIENCE GAWANAS

Commissaire en charge des affaires sociales

Union africaine

REMERCIEMENTS

La Commission de l'Union africaine tient à exprimer sa gratitude au FNUAP, au Bureau régional de l'IPPF pour l'Afrique, ainsi qu'aux autres partenaires de développement, pour l'assistance technique et financière qu'ils lui ont apporté en vue de l'élaboration du présent Cadre. La Commission souhaite également remercier le FNUAP pour son soutien en ce qui concerne l'impression et la publication de la présente brochure qui contient le cadre, et qui permettra une très grande diffusion.

Les Etats membres ont également joué un rôle important, grâce à leur contribution inestimable, lors des séminaires régionaux qui ont été organisés en vue de la collecte des informations, et qui ont finalement abouti à la mise au point du présent cadre. En conséquence, la Commission de l'Union africaine tient à rendre hommage et à saluer le rôle qu'ils ont joué, de même que l'efficacité de leur collaboration dans la réalisation du présent Cadre.



1. Introduction

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), qui s'est tenue au Caire en septembre 1994 a constitué une évolution majeure dans l'idée que l'on se faisait au niveau international des relations entre la population et le développement. Le document, qui a été approuvé par 179 gouvernements, a fixé un certain nombre d'objectifs à mettre en œuvre d'ici à 2015.

Les enseignements tirés depuis la Conférence de Bucarest de 1974 avaient montré la nécessité de quitter le cadre étroit des objectifs démographiques pour arriver à celui plus vaste de la santé et des droits sexuels et de reproduction en passant par les services contraceptifs, en tenant compte de questions telles que les droits de l'homme, l'égalité entre les sexes et les choix effectués en connaissance de cause.

Même si des progrès ont été accomplis dans la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD, tels que décrits lors de différentes réunions (Le Caire + 5, qui s'est tenue en 1999 et la CIPD dix ans après, qui s'est tenue en 2004), les fonctionnaires d'un grand nombre de gouvernements et d'organisations internationales se demandent si la majorité des pays en développement seraient en mesure d'atteindre les objectifs du Caire d'ici à 2015.

Un certain nombre d'obstacles empêchent plusieurs pays, notamment africains, d'atteindre les objectifs de la CIPD. L'insuffisance des fonds tant aux niveaux des budgets nationaux que des pays donateurs, l'absence d'un environnement législatif favorable, la rigidité des structures administratives qui empêche l'intégration des services de la santé reproductive et le manque de ressources humaines et techniques – contribuent tous à l'absence de progrès dans la réalisation des objectifs de la CIPD.

Conscients de la nécessité d'accélérer la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD, l'Union africaine (UA) et le Bureau régional de la Fédération internationale de la planification familiale pour l'Afrique, en collaboration avec l'Union africaine (AU) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), ont parrainé des études sous-régionales sur la situation qui prévaut dans le domaine de la santé en matière de reproduction en Afrique, dix ans après la Conférence du Caire et ils ont conjugués leurs efforts pour organiser un certain nombre de consultations sous-régionales afin d'examiner et de recommander les voies et moyens d'accélérer la promotion de la santé et des droits sexuels et de reproduction et de mettre au point un Cadre de politique générale de la Commission de l'Union africaine. Le Département des affaires

sociales a joué un rôle de premier plan dans la mise en oeuvre du processus et a pris une part active à un grand nombre de réunions d'experts et de réunions ministérielles au niveau régional.

À ce jour, cinq réunions sous-régionales se sont tenues à Yaoundé (août 2004), Bamako (novembre 2004), Windhoek (février 2005), Abuja (juin 2005) et Tunis (août 2005) et une sera organisée à Nairobi en septembre 2005. Ces réunions avaient pour objet d'examiner les problèmes liés au statut de la santé et des droits sexuels et de reproduction en Afrique, en mettant l'accent sur les réalités sous-régionales et de faire des recommandations qui guideront dans la préparation du projet de cadre de politique continental sur la santé et les droits sexuels et de reproduction.

En conséquence, le présent document est basé sur les travaux des réunions sous-régionales susmentionnées. Il examine la position de l'Afrique en ce qui concerne le consensus international relative à la santé et aux droits sexuels et de reproduction, les progrès réalisés à ce jour dans la mise en oeuvre du programme d'action de la CIPD, les disparités et les opportunités dans les domaines de la santé et des droits sexuels et de reproduction, ainsi que les défis auxquels l'Afrique se trouve confrontée. Cet examen est suivi d'un projet de Déclaration ainsi que d'un projet de plan d'action en vue d'orienter la formulation des politiques et/ou des actions au niveau des États membres respectifs. Le projet de plan d'action met en évidence neuf domaines qui ont une cible stratégique, des actions prioritaires et des listes de contrôle pour permettre le suivi des progrès.



2. L’Afrique et le Consensus international sur la santé en matière de reproduction

Après un certain nombre de décennies au cours desquelles la communauté internationale a considéré les questions de population sous un angle uniquement démographique, la **Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)**, qui s’est tenue au Caire en septembre 1994, a constitué un changement d’orientation dans le traitement des problèmes questions liés à la population et au développement qui se posent à l’humanité à la fin du deuxième millénaire. Toutefois, malgré l’accent mis sur les objectifs démographiques avant la CIPD, plusieurs voix se sont élevées dans les pays en développement en général et en Afrique en particulier pour défendre le point de vue selon lequel les problèmes démographiques et de santé dépassent la perspective des « nombres humains ». Ainsi, dans un sens, la CIPD et son Programme d’action ont représenté une victoire pour ces voix.

Le Programme d’action de la CIPD, qui a été approuvé par 179 pays, a détourné l’attention des gouvernements, des institutions intergouvernementales et de la société civile des objectifs démographiques et de la protection de deux ans sur des questions qui étaient considérées comme importantes pour la réalisation d’un développement équilibré. Ces questions sont, entre autres, liées à la santé sexuelle et reproductive, aux droits liés à la reproduction, à l’autonomisation des femmes et à la santé en matière de reproduction chez les jeunes. En outre, le Programme d’action de la CIPD a invité les gouvernements et les agences donatrices à adopter une approche intégrée pour aborder ces questions plutôt que de continuer avec la vieille pratique des actions dispersées à travers des projets mal coordonnés.

Ce projet de cadre de politique a pour objet de servir de modèle pour l’harmonisation des efforts aux niveaux national, sous-régional et continental en vue de promouvoir “**la santé en matière de reproduction**” et “**les droits liés à la reproduction**” en tant que l’un des programmes phares prioritaires de la Commission de l’Union africaine. La santé et les droits sexuels et de reproduction sont ici définis comme ils ont été énoncés dans le Programme d’action de la CIPD.

Santé en matière de reproduction

« Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé ».

Conformément à la définition de la santé en matière de reproduction, il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction *« l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles ».*

(Chapitre VII. Section A, paragraphe 7.2)

Droits en matière de procréation

« Compte tenu de la définition susmentionnée, les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme. Dans l'exercice de ce droit, il importe que les couples et les individus tiennent compte des besoins de leurs enfants présents et à venir et de leurs propres responsabilités envers la société. Que tous exercent ce droit de façon

responsable devrait être l'objectif fondamental des politiques et programmes financés par des fonds publics, au niveau gouvernemental comme au niveau local, dans le domaine de la santé en matière de reproduction, y compris de la planification familiale. Il faudrait veiller soigneusement à ce que, conformément au but visé, ces politiques et programmes favorisent l'établissement de relations de respect mutuel et d'équité entre les sexes, et satisfassent particulièrement les besoins des adolescents en matière d'enseignement et de services afin qu'ils apprennent à assumer leur sexualité de façon positive et responsable. Nombreux dans le monde sont ceux qui ne peuvent jouir d'une véritable santé en matière de reproduction pour des raisons diverses : connaissance insuffisante de la sexualité; inadaptation ou mauvaise qualité des services et de l'information disponibles dans le domaine de la santé en matière de procréation; prévalence de comportements sexuels à hauts risques; pratiques sociales discriminatoires; attitudes négatives vis-à-vis des femmes et des filles; et pouvoir restreint qu'exercent les femmes sur leur vie sexuelle et leurs fonctions reproductives. Le fait que, dans la plupart des pays, les adolescents sont privés d'information et de services satisfaisants dans ce domaine les rend particulièrement vulnérables. Les personnes âgées des deux sexes ont des besoins spécifiques dans le domaine de la santé en matière de reproduction qui, souvent, ne sont pas pris en compte d'une manière adéquate ».

(Chapitre VII section A, paragraphe 7.3).

Cette approche globale a été renforcée à travers les travaux et les recommandations de la **quatrième Conférence mondiale sur les femmes**, qui s'est tenue à Beijing en septembre 1995, qui a mis l'accent sur l'équité et l'égalité entre les sexes ainsi que sur les droits liés à la santé de reproduction et sur un approche basée sur les droits dans le domaine de la santé en matière de reproduction.

Les conférences de suivi: Le Caire + 5 (1999), Le Caire dix ans plus après (2004) et Beijing + 5 (2000), même si elles ont renforcé les messages de la CIPD et de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, ont également attiré l'attention des parties prenantes (les gouvernements, les agences des Nations Unies, les institutions régionales et les ONG) qui se fondaient sur les réalisations à ce jour, il y avait le risque de ne pas mettre en œuvre les objectifs de ces conférences si la santé en matière de reproduction n'est pas pleinement intégrée dans les différentes stratégies dans le domaine de la santé.

Afin de consolider les recommandations des principales conférences des Nations Unies qui se sont tenues dans les années 90, les chefs d'État et de gouvernement ont organisé, en Septembre 2000, le **Sommet du Millénaire** et ont adopté la **Déclaration du Millénaire qui a été approuvée par 189 pays** et qui ont conduit à l'adoption par les Nations Unies des **Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)** qui devront être atteints d'ici à 2015.

Les huit Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) sont les suivants:

1. Réduire l'extrême pauvreté et la faim
2. Assurer l'éducation primaire pour tous
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
4. Réduire la mortalité infantine
5. Améliorer la santé maternelle
6. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies
7. Assurer un environnement durable
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Sur les huit OMD, les trois, mis en évidence ci-dessus – améliorer la santé maternelle, réduire la mortalité infantine et combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies sont directement liés à la santé en matière de reproduction, tandis que quatre autres sont étroitement liés à la santé, notamment la santé en matière de procréation.

Toutefois, les OMD ne définissent pas explicitement l'objectif le plus important du programme d'action de la CIPD – l'accès universel aux services de santé en matière de reproduction d'ici à 2015. C'est ce qui a conduit le Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, à affirmer lors de la cinquième Conférence sur la population pour l'Asie et le Pacifique à Bangkok en décembre 2002 que *“Les Objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier l'éradication de la pauvreté et de la faim, ne peuvent être atteints si les questions liées à la population et à la santé en matière de procréation ne sont pas entièrement réglées”*. Les solutions à cette “lacune” ont consisté à mettre en place un Groupe de travail pour la santé en matière de procréation en vue de conseiller le Secrétaire général des Nations Unies pour ce qui a trait à la mise en œuvre des OMD.

Afin de créer un “mécanisme” pour la mise en œuvre des OMD, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté à sa cinquante-sixième session, en septembre 2001, une “Feuille de route en vue de la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire”. Celle-ci contient aussi bien les objectifs que les indicateurs pour chacun des OMD et ceux-ci serviront en partie à élaborer le Plan de mise en œuvre du NEPAD.

L'Afrique et la CIPD: 10 ans après

En 2003, la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) ont mené deux enquêtes sur la CIPD + 10 en vue d'évaluer le degré de mise en œuvre du programme d'action par les Gouvernements africains. Ces enquêtes ont montré que la plupart des pays africains ont donné la priorité à la mise en œuvre de programmes exhaustifs sur la santé en matière de procréation et que des progrès ont été réalisés dans plusieurs domaines liés au Programme d'action du Caire et aux OMD.

Toutefois, des obstacles liés au fonctionnement ont empêché la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD. Dans de nombreux pays, l'organisation verticale des systèmes de santé, la plupart du temps hérités de la colonisation, constituent un obstacle majeur pour une approche plus intégrée.

Au niveau politique, plusieurs pays ont intégré les questions de population dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de différents programmes de développement et, dans certains cas dans les Documents de stratégie de réduction de la pauvreté. En outre, certains gouvernements ont intégré les services de la santé en matière de reproduction dans leurs services de soins de santé. En ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle et infantile, plusieurs gouvernements ont introduit les soins obstétriques d'urgence, l'accouchement assisté, la vulgarisation de campagnes de vaccination et des programmes qui portent sur les complications résultant des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, après la CIPD, la majorité des gouvernements africains se sont davantage engagés à lutter contre cette épidémie. La démonstration en a été faite à travers la mise en place par près de la moitié des pays africains d'organes de coordination, dont un grand nombre au niveau du Cabinet du Président.

Cependant, malgré de tels progrès, seuls un petit nombre de pays africains ont notifié la mise en œuvre des objectifs de la CIPD. Un document présenté à la réunion de la CIPD + 10 qui s'est tenue à Londres en 2004 a conclu que seuls huit pays ont réalisé des progrès importants, sept, des progrès modérés et cinq, peu ou pas de progrès.

3. Santé sexuelle et reproductive en Afrique : Problèmes et défis

Les cinq réunions sous-régionales tenues à ce jour ont identifié les problèmes et défis liés aux domaines de la santé en matière de reproduction ci-après :

Problèmes:

- **Situation démographique**

Même s'il existe quelques variations sous-régionales, le continent se caractérise par des taux de natalité et de mortalité élevés. On compte en moyenne 38 naissances et 14 décès pour 1.000 habitants, ce qui donne un taux d'accroissement naturel de 2.4%. Le nombre des naissances pour 1.000 habitants varie de 16 à Maurice à 51 au Malawi, tandis que le nombre des décès pour 1.000 habitants varie de 4 en Algérie et en Libye à 29 en Sierra Leone. Le taux d'accroissement naturel le plus élevé est enregistré au Niger et aux Comores (3,5%) tandis que le plus bas est enregistré au Botswana (0,1%).(Bureau de référence sur la population: fiche de renseignements sur la population dans le monde 2004).

Lors des réunions sous-régionales la question portant sur le total élevé des taux de fécondité a été posée. Ceux-ci ont été évalués à 5,1, avec le taux le plus bas à Maurice (1,9) et le plus élevé au Niger (8). En ce qui concerne l'ensemble des populations en Afrique, il est actuellement évalué à 885 millions et on s'attend à ce qu'il atteigne 1 milliard 323 millions en 2025 et 1 milliard 941 millions in 2050. Les prévisions en ce qui concerne les changements qui interviendront au niveau des populations entre 2004 et 2050 sont de 119% en Afrique en général et de 132% en Afrique subsaharienne.

- **Mortalité et Morbidité maternelles**

La question des taux de mortalité élevés qui ravagent plusieurs pays africains a été posée à toutes les réunions sous régionales. Alors que la moyenne tourne autour de 400 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, ce chiffre est supérieur à 900 dans certains pays.

Le risque de décès pour cause de mortalité maternelle pendant la durée de vie est de 1 sur 16 en Afrique subsaharienne. L'OMS estime que les

principales causes de mortalité maternelle sont: l'hémorragie après l'accouchement, suivie de l'infection, de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, l'hypertension et la dystocie. L'un des principaux facteurs de la mortalité maternelle en Afrique, c'est le manque de personnel qualifié au moment de l'accouchement. Alors que des agents de santé qualifiés ont assisté à 33% des accouchements en 1985, ce pourcentage est passé à 41% en 2000.

- **Mortalité infantile et infantine**

En général, les taux de mortalité infantile et infantine ont baissé dans beaucoup de pays africains, (la mortalité infantile a diminué de 99 pour 1.000 naissances vivantes pour la période allant de 1990 à 1995, à 88,5 en 2000-2004). La même tendance a été constatée en ce qui concerne la mortalité infantine (de 163,6 en 1990-1995 à 148,4 en 2000-2004). Toutefois, la région continue d'avoir quelques-uns des niveaux les plus élevés au monde. Le taux de mortalité infantile moyen varie entre 16 et 177 pour 1.000 naissances vivantes (respectivement à Maurice et en Sierra Leone) tandis que la moyenne est de 89 (Afrique) et de 96 en Afrique subsaharienne. En ce qui concerne les taux de mortalité des moins de cinq ans, ils varient entre 52 pour 1.000 naissances vivantes chez le cinquième de la population la plus riche du Ghana à 282 pour 1.000 naissances vivantes chez le cinquième le plus pauvre de la population du Niger.

On estime que 45 pays africains n'ont pas atteint l'objectif qui consiste à ramener le taux de mortalité infantine à moins de 70 décès pour 1.000 naissances vivantes fixé pour l'année 2000.

- **Utilisation des contraceptives**

Toutes les réunions organisées au niveau sous régional ont mis l'accent sur la faible prévalence des contraceptifs dans la plupart des pays. Alors que la moyenne mondiale pour l'ensemble des méthodes (traditionnelle et moderne) est de 59%, celle-ci est de 28% en Afrique (21% en Afrique subsaharienne). En ce qui concerne les contraceptifs modernes, les moyennes sont les suivantes: Afrique : 21%, Afrique subsaharienne : 14%. (Source: Bureau de référence sur la population: fiche de renseignements sur la population dans le monde 2004).

Il existe cependant des différences très importantes. C'est à Maurice (76%), en Egypte (57%) et en Afrique du Sud (55%) que l'on constate l'utilisation la plus élevée de contraceptifs modernes, et la plus faible au Tchad (2%), en RDC, en Guinée, en Guinée-Bissau et au Rwanda (4%).

En général, l'Afrique continue d'avoir le taux de prévalence de contraceptif le plus faible du monde. Seuls 25% des couples utilisent une forme quelconque de planification familiale (26.8% pour l'ensemble des méthodes, y compris 19.8% pour les méthodes modernes).

Même si prévalence est faible, le pourcentage de femmes mariées qui ont besoin de contraceptives mais qui n'ont recours à aucune méthode est estimé à 24% en Afrique subsaharienne et à 18% en Afrique du Nord. Toutefois, cette estimation est prudente étant donné qu'elle ne porte que sur les femmes mariées.

- **Avortement dans de mauvaises conditions**

Toutes les réunions sous régionales ont indiqué une forte fréquence des avortements. On a estimé au cours de la réunion en Afrique centrale qu'elle atteignait 28% pour l'ensemble de la sous région, tandis la réunion en Afrique de l'ouest a indiqué que les avortements entraînaient 13% des décès maternels et que dans certains pays comme l'Erythrée, ils atteignaient 40%.

- **MST et VIH/SIDA**

Toutes les réunions sous régionales ont attiré l'attention sur la propagation sans précédent du VIH/SIDA. Dans le cas de l'Afrique centrale, le taux de prévalence varie entre 2% à Madagascar et 38% au Swaziland.

Malgré la volonté politique actuelle et le soutien des donateurs pour des programmes de soins curatifs, seuls 11% des personnes infectées par le SIDA en Afrique ont accès aux traitements anti-rétroviraux (alors que ces chiffres sont de 62% en Amérique latine et de 14% en Asie).

Près de deux fois plus de jeunes femmes que d'hommes sont infectées par le VIH en Afrique subsaharienne. En 2001, on a estimé que 6% à 11% de jeunes femmes vivaient avec le VIH/SIDA, par rapport à 3% à 6% de jeunes hommes.

- **Santé reproductive chez les adolescents**

Les adolescentes et les jeunes âgées de 15 à 19 ans, qui représentent 20,3% de la population africaine, courent le risque d'attraper une grossesse précoce et non désirée pouvant conduire à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, à des maladies sexuellement transmissibles et à l'abandon scolaire.

Dans la majorité des pays, les jeunes ne disposent pas des informations requises sur la santé et les droits sexuels et de reproduction. La Division de la population de l'Organisation des Nations Unies estime que parmi les filles africaines qui sont sexuellement actives à l'âge de 20 ans, 51% avaient des rapports sexuels avant le mariage. Le pourcentage correspondant chez les hommes est de 90%. Il en résulte que la contribution à la fécondité des adolescents âgés entre 15 et 19 est d'environ 107 pour 1.000 femmes âgées de 15 à 19 ans (qui varie de 7 en Libye et en Tunisie à 233 au Niger).

Dans certaines sous régions, le pourcentage des filles âgées de 15 à 19 ans avec au moins un enfant varie de 10% au Congo à plus de 30% au Cameroun.

- **Mutilations génitales féminines (MGF)**

Alors que le taux des mutilations génitales féminines est élevé dans un grand nombre de pays, il existe un vide juridique et législatif qu'il convient de combler. Le pourcentage des MGF varie de 10% en République Démocratique du Congo à 89% en Erythrée.

- **Violence sexuelle et domestique**

Alors que la violence sexuelle et domestique est généralisée dans la plupart des pays africains, le phénomène reste peu notifiée pour des raisons socioculturelles et à cause du vide juridique qui entoure ce problème.

- **Allocation budgétaire pour la santé**

La faiblesse des dotations budgétaires pour la santé en général et la santé en matière de reproduction en particulier a été décriée lors de certaines réunions sous régionales. En Afrique centrale, le pourcentage des budgets de l'État alloués à la santé va de 3.6% à Sao Tome et Principe à 14.3 % en Guinée équatoriale.

Défis:

Compte tenu des problèmes dans le domaine de la santé et les droits sexuels et de reproduction identifiés par les consultations sous-régionales, les participants ont identifié les défis ci-après auxquels l'Afrique doit faire face pour que les pays africains puissent mettre en œuvre avec succès le Programme d'action de la CIPD. Ces défis sont liés à des domaines tels que les politiques et les législations, les infrastructures, les services, les ressources humaines, le développement et le partenariat.

Politiques:

Même si tous les pays africains ont convenu du Programme d'action de la CIPD et ont renouvelé l'engagement qu'ils ont pris à l'occasion du Caire + 5 et du Caire + 10 un grand nombre de politiques et de législations doivent être amendées afin de correspondre aux engagements pris, notamment dans les domaines de la santé et des droits sexuels et de reproduction, du VIH/SIDA et de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes. En outre, des moyens doivent être dégagés en vue de la mise en œuvre de la feuille de route de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la mortalité maternelle, infantile et enfantine.

Les gouvernements africains sont également confrontés à la tâche qui consiste à intégrer au niveau international les résolutions et accords convenus dans les législations nationales et dans le futur Programme d'action du NEPAD.

L'une des difficultés qui se pose dans le domaine de la formulation des politiques, c'est le manque de capacités humaines et techniques appropriées pour contrôler les progrès réalisés dans la mise en œuvre des objectifs de la CIPD. Cette insuffisance porte sur les domaines de la collecte et de l'analyse des données et sur l'absence d'indicateurs et de repères ainsi que de la quasi absence de systèmes informatiques de gestion de la santé sexuelle et reproductive dans de nombreux pays.

Financement

Malgré les engagements pris par les donateurs à la Conférence du Caire, le niveau de l'Aide publique au développement (APD) en général et du niveau de dette aide consacrée à la santé, le financement réel a diminué entre 1995 et 2001. Ce n'est qu'en 2002 que la tendance à la baisse de l'APD a été vérifiée et son montant est retourné aux chiffres d'avant la CIPD en 2003.

Infrastructures:

En raison des dotations budgétaires consacrées à la santé, en général et à la santé en matière de reproduction en particulier, les infrastructures existantes, notamment les services et les équipements ne sont pas en mesure de faire face aux exigences croissantes de la santé en matière de reproduction, en particulier dans les zones rurales et reculées où vit la majorité de la population.

Services:

Même si les principaux éléments du Programme d'action de la CIPD ont été approuvés, leur intégration dans les services déjà existants n'a pas été réalisée systématiquement, ce qui a rendu difficile la tâche consistant à évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations du Caire.

Mise en valeur des ressources humaines:

En l'absence de ressources financières suffisantes, plusieurs pays n'ont pas pu former de personnel dans les nouveaux domaines de la santé sexuelle et reproductive qui ont découlé du programme du Caire.

Partenariat:

Malgré les discours positifs sur le partenariat et la coopération, aucun plan de coopération systématique n'a été mis en place en vue d'un échange des expériences et des enseignements tirés ainsi que pour mettre en place un programme de collaboration Sud Sud, que ce soit dans le domaine de la formation, de la fourniture de contraceptifs ou des achats en commun.

Réaction de l'UA face aux défis de la santé en matière de reproduction: disparités et opportunités

L'Acte Constitutif de l'Union africaine (UA), qui est entré en vigueur en mai 2001, s'est référé aux problèmes de santé en affirmant en son Article 3(n) que l'UA œuvrera en vue de "l'éradication des maladies qui peuvent être évitées et de la promotion d'un bon état de santé". En outre, l'Article 13(h) relative aux institutions de l'UA affirme que le Conseil exécutif est chargé de la coordination et de la prise de décision dans les domaines de l'éducation, de la culture, de la santé et de la mise en valeur des ressources humaines.

Afin de s'attaquer à la question du développement de l'Afrique sur des bases solides, les chefs d'Etat et de gouvernement africains ont adopté, en juillet 2001, le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD), qui représente un cadre de développement stratégique pour les pays africains afin qu'ils puissent faire face aux défis socioéconomiques auxquels le continent se trouve confronté. Ce cadre a été ratifié lors de la Conférence au Sommet de l'union africaine en juillet 2002.

Toutefois, le Programme d'action du NEPAD ne couvrait pas les autres questions relatives à la santé sexuelle et reproductive, malgré le fait que presque tous les pays africains ont souscrit aux recommandations de la CIPD et de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes. La réunion des Ministres africains de la santé, qui s'est tenue en avril 2003 à Tripoli, a reconnu cette disparité. Les Ministres ont demandé que la réduction de la mortalité maternelle et infantile soit incluse dans le document de stratégie du secteur de la santé du NEPAD et a attiré l'attention sur le fait que le cadre du NEPAD n'ait pas accordé suffisamment d'importance à la santé sexuelle et reproductive. C'est compte tenu de cette disparité que l'Union africaine, en collaboration avec le Bureau régional de la Fédération internationale pour la planification familiale en Afrique et le Fonds des Nations Unies pour la population, a été amenée à organiser un certain nombre de consultations sous-régionales, en vue de mettre en œuvre les recommandations ainsi que le projet de cadre de politique pour la santé et les droits sexuels et de reproduction qui seront examinés par les autorités compétentes de l'Union africaine.

Comme indiqué auparavant, les objectifs des réunions sous-régionales sont les suivants:

- Faire un inventaire de la santé et des droits sexuels et de reproduction – et des incidences afférentes des différentes conférences internationales sur la population, le genre et le développement;
- Définir les problèmes critiques relatifs à la santé en matière de reproduction en Afrique;
- Déterminer la place de la santé en matière de reproduction dans le Plan d'action du NEPAD;
- Recommander l'intégration d'un élément global de la santé en matière de reproduction dans le cadre du NEPAD;
- Plaider pour l'institutionnalisation intégrale de la santé en matière de reproduction dans les structures de l'Union africaine.

4. Déclaration de politique générale

Sur la base de l'examen des progrès accomplis par les pays africains dans la mise en œuvre des objectifs du Programme d'action de la CIPD, de la situation actuelle de la santé en matière de reproduction, et compte tenu des problèmes incessants qui se posent à l'Afrique dans le domaine de la santé et des droits sexuels et de reproduction, la Commission de l'Union africaine pense qu'il est temps d'agir en vue d'intégrer les programmes de la santé en matière de reproduction sur le continent. Cette intégration et harmonisation des questions de santé en matière de reproduction dans les initiatives de développement aux niveaux national, sous régional et continental permettra sans aucun doute d'accélérer le processus de mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le développement et contribuera dans l'ensemble à réduire la pauvreté en Afrique, étant donné que le développement se mesure non en termes de croissance quantitative du PIB, mais en termes de qualité de la vie et du bien-être général des populations d'un pays donné.

Même si l'ensemble des pays africains a entrepris de mettre en œuvre les programmes liés à la santé et aux droits sexuels et de reproduction, aucun effort systématique n'a été réalisé pour amender les législations en vigueur ou pour en adopter de nouvelles afin de donner l'autorité juridique et politique aux engagements pris par les chefs d'Etat et de gouvernement au cours de différents forums. En conséquence, il est indispensable que tous les pays se livrent à un examen des législations en vue d'amender les lois qui sont actuellement contraignantes et d'adopter des lois appropriées. En vue d'éviter une duplication des efforts, le cadre de politique de la santé et des droits sexuels et de reproduction devrait mettre en place un processus d'examen type ainsi que les principes directeurs requis pour l'examen, la formulation, la mise en œuvre, le contrôle et l'évaluation des politiques.

Parce que la formulation des politiques au niveau central n'est que le commencement des changements socioculturels et que certaines valeurs socioculturelles sont profondément enracinées dans l'esprit des populations, et afin d'obtenir l'adhésion la plus large possible à la nouvelle loi d'habilitation, il est impératif que l'ensemble des institutions et des représentants de la communauté participent aux débats devant mener à l'examen et à la formulation de ces politiques. Il est aussi important de sensibiliser les autorités aux niveaux du district et local à la nécessité d'appliquer les nouvelles politiques et réglementations.

S'agissant des communautés, elles ne se sentiront pas concernées par tous les bons programmes, lois et réglementations, si ceux-ci ne leur sont pas communiqués dans leurs propres langues et dialectes africains. A cet égard, les agences d'exécution du cadre de politique devraient mettre au point des glossaires des différents termes de la santé et des droits sexuels et de reproduction avec des traductions dans les langues locales, afin de mieux sensibiliser les populations aux questions liées à leur santé.

En ce qui concerne l'adoption, l'adaptation ou l'intégration du cadre de politique de la santé et des droits sexuels et de reproduction dans la stratégie du NEPAD dans le domaine de la santé ainsi que dans les programmes de santé des différents pays africains, il s'avère impératif de mettre un accent particulier sur un certain nombre de domaines qui revêtent une importance stratégique compte tenu de leur contribution à la réalisation des objectifs de la CIPD et des OMD et la fourniture d'un environnement favorable pour une vie décente. Ces domaines ont trait à la mortalité maternelle, la mortalité infantile et enfantine, les services de planification familiale, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, les MST et le VIH/SIDA, la santé en matière de reproduction des adolescents, les mutilations génitales féminines et la violence fondée sur le sexe.

S'agissant de la mortalité et de la morbidité maternelles, des progrès ont été enregistrés dans plusieurs pays. Toutefois, afin de réduire la mortalité maternelle de deux-tiers d'ici à 2015, un accent devrait systématiquement porter sur l'élimination des cinq principaux maux mortels de femmes à savoir l'hémorragie post-partum, les infections, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, l'hypertension et la dystocie qui représentent respectivement 25%, 15%, 13%, 12% et 8% des causes de mortalité maternelle. La priorité consiste à accroître le nombre des services obstétriques d'urgence et de les rapprocher des communautés. Etant donné que les moyens pour créer des services obstétriques d'urgence au sein de l'ensemble des structures sanitaires sont insuffisants, il s'avère impérieux que les secteurs public, privé et des ONG collaborent avec les communautés locales pour planifier le transport d'urgence vers le centre de santé approprié le plus proche, en cas de besoin.

L'Afrique est encore à la traîne en ce qui concerne la réduction de la morbidité et de la mortalité infantile et enfantine. A un moment où les vies sont ravagées par l'épidémie du VIH/SIDA, il faut absolument sauver les vies des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans. Même si le phénomène de la mortalité des moins de cinq ans est lié à un certain nombre de facteurs qui s'expliquent par la pauvreté, quelques actions prioritaires peuvent être prises dans le court terme : intensifier la vaccination de tous les nourrissons de moins d'un an contre la rougeole ainsi que la vaccination généralisée de tous les enfants contre les autres maladies.

Malgré les efforts entrepris par les gouvernements et la société civile au cours des quarante dernières années pour étendre les services de planification familiale, le taux de prévalence des contraceptifs reste très faible (en moyenne 20%) en Afrique. Il en est ainsi en dépit du fait que la majorité des gouvernements africains considèrent que la croissance démographique dans leurs pays est élevée et que les couples qui aimeraient avoir accès aux contraceptifs ne peuvent accéder aux services de la planification familiale. En effet, les besoins de planification familiale non satisfaits tournent autour de 24% et le manque d'accès à ces services donne lieu à une sexualité à risque, à des grossesses non désirées et à des avortements dans de mauvaises conditions, qui souvent entraînent la mort. La fourniture de méthodes de planification familiale devrait être l'une des priorités de tout un ensemble de mesures relatives à la santé sexuelle et reproductive, en raison de son impact sur un grand nombre d'autres composantes de la santé en matière de reproduction. L'expérience des services à base communautaire des ONG qui a été couronnée de succès devrait être reproduite et intensifiée et les autorités dans les pays africains devraient faciliter la tâche des ONG dans ce domaine, compte tenu du rapport coût –efficacité des interventions des ONG.

Le problème de l'avortement est certainement important pour beaucoup de personnes. Toutefois, la solution ne consiste pas à s'enfouir la tête sous le sable et à espérer que le phénomène disparaisse. Même si les programmes devraient viser à éliminer les raisons qui conduisent à avorter, il est également important d'aborder sans détours, le problème de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions. Les responsables politiques et les personnes influentes doivent encourager un débat sain et neutre sur la question et sur les ravages que cela cause. Des changements positifs au niveau des législations doivent être envisagés malgré la chape idéologique qui entoure la question. En dernière analyse, il convient de reconnaître que l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions est la troisième cause de décès et de morbidité maternels. L'objectif qui consiste à réduire la mortalité et la morbidité maternelles ne peut être atteint sans que l'on ne s'attaque à ce problème.

L'épidémie du VIH/SIDA a frappé l'Afrique plus fort que n'importe quel autre continent. Aucune famille ni communauté n'a réussi à échapper à ce fléau moderne. Le succès avec lequel certains pays ont réussi à traiter ce problème constitue la preuve qu'il est possible de commencer à s'attaquer à la question. Dans ce domaine plus que dans tout autre, les échanges d'expérience entre pays africains revêtent une importance primordiale. Voici un domaine où le nouveau cadre de politique peut être un instrument important pour encourager de tels échanges. En outre, un effort tout particulier est requis de la part de l'ensemble des pays africains pour étendre la fourniture et l'utilisation des médicaments anti-rétroviraux.

Les jeunes ont toujours été considérés comme l'avenir du continent. Toutefois, lorsqu'il s'agit de leur santé en matière de reproduction, un certain nombre de tabous brouillent la vue de la société. Les faits sont têtus et parlent d'eux-mêmes : 90% des jeunes hommes et 50% des jeunes femmes ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 20 ans. Cependant, ni les familles, ni les écoles ne les préparent en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive. Il en résulte que 20% des naissances sont attribuées à des adolescents âgés de 15 à 19 ans. Traiter de la question de la santé en matière de reproduction des adolescents n'est facile, ni pour les familles ni pour les écoles. En réalité, un certain nombre d'ONG africaines se sont lancées dans des expériences réussies liées à des services en faveur de la jeunesse où des jeunes ont participé à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes liés à la santé et aux droits sexuels et de reproduction pertinents. Il s'agit d'un domaine où les gouvernements devraient encourager et soutenir activement les ONG qui s'occupent des jeunes à promouvoir une sexualité saine tant au sein qu'en dehors des écoles.

L'expérience des pays africains et des autres pays en développement depuis l'indépendance a prouvé qu'aucun succès ne peut être obtenu sans une égalité entre les sexes. C'est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit de la santé et des droits sexuels et de reproduction. Les femmes africaines sont confrontées à la pauvreté, à la maladie, à l'analphabétisme et sont victimes de la morbidité et de la mortalité liées à la grossesse, et un grand nombre d'entre elles meurent à l'accouchement au moment où elles donnent la vie. Il est important d'étudier toutes les législations en vigueur et d'amender l'ensemble des dispositions qui sont défavorables aux femmes ou qui restreignent l'égalité. Outre le fait qu'elles souffrent de l'absence d'égalité entre les sexes, les femmes partout sur le continent souffrent en silence de la violence fondée sur le sexe. La violence domestique et sexuelle ne devrait pas être tolérée et des lois pour punir les coupables devraient être promulguées. Les femmes devraient être habilitées à la violence domestique et les jeunes filles devraient être en mesure de grandir avec du respect de soi.

Inutile de dire que les dirigeants africains, les gouvernements et la société civile sont conscients des lacunes dans la mise en œuvre des objectifs de la CIPD. Deux facteurs ont, entre autres, contribué à l'absence de progrès notables : le manque de ressources et le poids de la bureaucratie.

En ce qui concerne les ressources, même si les donateurs ont promis d'augmenter leur appui à la santé en matière de reproduction à la Conférence du Caire, leurs contributions ont, en réalité, diminué pendant la majeure partie de la décennie qui a suivi le Caire. La hausse de l'Aide publique au développement (APD) qui a été amorcée en 2002 doit être saluée, même si la plupart des donateurs sont encore loin d'atteindre les 0,7% du PNB qui doivent

être consacrés à l'APD, que l'Assemblée générale des Nations unies a recommandé en 1970. Au moment où la mondialisation, la baisse des prix des matières premières des pays en développement et la hausse des prix du pétrole créent des problèmes supplémentaires pour la plupart des économies africaines. L'Afrique lance un appel aux donateurs pour qu'ils augmentent leur soutien aux pays africains afin qu'ils puissent atteindre les objectifs de la CIPD et des OMD.

Des ressources additionnelles au niveau national devaient être mises à la disposition de la santé en général et de la santé et des droits sexuels et de reproduction en particulier. Les chefs d'Etat et de gouvernement ont déjà promis que 15% de leur budget national seraient alloués à la santé. Il est à présent temps de transformer cette promesse en réalité budgétaire.

S'agissant de la gouvernance, la lutte entre les différents secteurs de l'administration et l'absence d'une gestion rentable ont entraîné le maintien des programmes verticaux dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et empêché l'intégration de leurs services. Afin de donner un élan à une telle entreprise, il est important de mettre en place un mécanisme de coordination au niveau le plus élevé du gouvernement de chaque Etat membre.

5. Annexes

Annexe I: Déclaration

Reconnaissant les liens importants qui existent entre la dynamique de la population, la pauvreté, la productivité, la santé notamment la santé sexuelle et reproductive, les droits de l'homme et l'égalité des sexes ainsi que leurs effets sur le développement durable tel qu'indiqué dans le Programme d'action de la Conférence internationale pour la population et le développement (CIPD), le programme d'action de Beijing de 1995 et la Déclaration Millénaire des Nations Unies de 2000, et notant que la plupart de ces accords n'ont pas été mis en œuvre de façon satisfaisante ;

Reconnaissant que la santé sexuelle et reproductive est une composante importante du droit à la santé, des droits de l'homme et des programmes de développement et qu'il est une partie intégrante des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ;

Conscients des liens étroits qui existent entre l'inégalité entre les sexes, le mauvais état de santé des femmes, la violence à l'égard des femmes et le manque d'accès aux informations et services sur la santé en matière de reproduction ainsi que de la nécessité de surmonter les préjugés généralisés à l'encontre des femmes afin de trouver des solutions plus équitables et efficaces pour le développement national ;

Considérant la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979), la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981), la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant africain (1990), la Déclaration de Dakar/Ngor sur la population, la famille et le développement durable (1992), la Déclaration de la SADC sur le genre et le développement (1997, 1998), le Protocole de la SADC sur la santé (1999) et les Déclarations d'Abuja, de Maseru et de Maputo (2001, 2003) ;

Conscients que le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) adopté par l'Union africaine en tant que stratégie de développement, constitue un engagement fort et partagé par tous les Etats en ce qui concerne l'éradication de toute urgence de la pauvreté et pour la réalisation de la croissance et du développement durable ;

Encouragés par le fait que la nouvelle Vision, la Mission et le Cadre stratégique de l'Union africaine ont reconnu l'importance de la santé sexuelle et reproductive pour le succès du programme de développement africain ;

Concernés par le taux élevé de la mortalité maternelle, les forts taux de prévalence des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, les taux de prévalence élevés du VIH/SIDA et les taux en augmentation de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant ;

Considérant la feuille de route de l'Union africaine/du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique en vue d'accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile et conscients de l'engagement que nous avons pris dans la Déclaration d'Abuja de 2001 de lutter contre le paludisme, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes ainsi que de la Stratégie du NEPAD de l'UA dans le domaine de la santé ;

Concernés par la détresse des adolescents et des jeunes adultes qui ont un accès limité aux services de santé sexuelle et reproductive alors qu'ils sont confrontés au fardeau des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH et le SIDA, la violence sexuelle et autres problèmes liés à leur santé et droits sexuels et de reproduction qui menacent leur vie ;

Reconnaissant que les programmes en faveur des jeunes sont importants dans la recherche de solutions à leur vulnérabilité aux infections sexuellement transmissibles (IST) et aux infections à Virus immunodéficientaire humain (VIH), aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et aux grossesses non désirées et conscients des avantages découlant des investissements réalisés dans le développement et la santé des jeunes, notamment leur santé sexuelle et reproductive ;

Alarmés par les effets de la pandémie du VIH/SIDA en expansion rapide, reconnaissant que les investissements dans les programmes et services de la santé sexuelle et reproductive sont les principaux points d'entrée pour la lutte contre le VIH et conscients de la nécessité de renforcer la prévention en ce qui concerne la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant ;

Alarmés par l'exode de plus en plus grand du personnel de santé formé et qualifié et les conséquences pour la mise en œuvre des différentes stratégies adoptées dans le domaine de la santé et pour les objectifs de développement que nous nous sommes fixés ;

Ayant examiné la situation qui prévaut dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive en Afrique et ayant pris connaissance de l'intégration insuffisante de la santé sexuelle et reproductive dans le Plan d'action du NEPAD en général et de la composante de la santé en particulier;

Nous réaffirmons par la présente notre engagement ferme et irrévocable d'œuvrer collectivement en vue de l'intégration pleine et entière de la santé sexuelle et reproductive dans la stratégie du NEPAD de l'UA dans le domaine de la santé et de prendre toutes les mesures nécessaires pour accélérer la mise en œuvre des politiques pertinentes pour son application dans nos pays, y compris mais non limité à ce qui suit:

Œuvrer en vue de la réalisation de l'engagement que nous avons pris d'allouer 15% de nos budgets nationaux à la santé (Déclaration d'Abuja, 2001);

Augmenter les efforts pour atteindre le Objectifs du Millénaire pour le développement qui consistent à réduire les taux de mortalité maternelle et infantile;

Veiller à ce que les politiques et actions dans le domaine de la santé et des droits sexuels et de reproduction suivent une approche du cours de la vie qui prenne en compte l'évolution continue qui va de la naissance à la vie adulte en passant par l'enfance et l'adolescence;

Veiller à ce que les besoins des jeunes filles, des adolescents et des femmes dans le domaine de la santé ne soient pas négligés après l'âge de la procréation;

Associer les adolescents aux programmes de santé en matière de reproduction qui leur sont destinés à toutes les étapes de la conception, de la mise en œuvre, du contrôle et de l'évaluation;

Augmenter les efforts pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement qui consistent à stopper la propagation du VIH et du SIDA, du paludisme et de la tuberculose d'ici à 2015 et à commencer à en renverser la tendance;

Augmenter de 30% d'ici à 2015, les taux d'utilisation des contraceptifs;

Parler aux hommes aussi bien de leurs besoins dans le domaine de la santé et de leur responsabilité partagée en tant que mari, partenaire et père;

Plaider pour l'intégration de la santé et des droits sexuels et de reproduction dans tous les accords conclus en vue du développement socio-économique;

Renforcer les partenariats pour améliorer les résultats obtenus dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive avec les communautés, les administrations locales, les réseaux des jeunes, la société civile, les communautés économiques régionales, les Etats membres, les institutions des Nations Unies et d'autres partenaires de développement;

Collaborer avec les parties concernées au niveau national et les partenaires régionaux et internationaux pour assurer un soutien politique, financier et matériel pour les projets et programmes de santé en matière de reproduction;

Intégrer les initiatives dans les domaines de la santé et des droits sexuels et de reproduction, de l'égalité entre les sexes et de l'autonomisation des jeunes dans les structures du NEPAD et des autres institutions africaines pertinentes;

Renforcer les structures existantes pour promouvoir la santé et les droits sexuels et de reproduction, l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des jeunes au sein de l'Union africaine;

Mettre en place des mécanismes pour une base de données harmonisée et normalisée qui permette de meilleur contrôle et évaluation des politiques et programmes dans le domaine de la santé et des droits sexuels et de reproduction dans l'ensemble de la sous région;

Soutenir les échanges d'expérience, d'expertise et de meilleures pratiques Sud Sud dans le domaine de la santé et des droits sexuels et de reproduction;

Nous nous appliquerons à:

Réaliser l'harmonisation des politiques en vigueur dans des "feuilles de route" pertinentes et spécifiques au niveau national qui traitent de manière coordonnée les problèmes de la santé sexuelle et reproductive, en vue de faciliter la mobilisation des ressources afin de veiller à ce que les politiques soient sous tendues par une analyse sexospécifique qui est ventilée par âge et par sexe.

Mettre en place des systèmes de santé forts et équitables en vue d'éliminer les disparités actuelles dans l'accès aux services de santé en matière de reproduction ainsi

que leur utilisation, en mettent en particulier l'accent sur les besoins des femmes et des jeunes.

Renforcer les systèmes de santé pour assurer un accès universel aux services de santé de base, notamment les services destinés à promouvoir la santé infantile et maternelle, à soutenir la santé sexuelle et reproductive et à lutter contre la tuberculose et le paludisme.

Encourager les politiques dans le domaine de la santé et des droits sexuels et de reproduction, notamment les politiques destinées à faciliter l'accès aux services de prévention, de réduction, de traitement et soins pour le VIH et le SIDA, la planification familiale, la santé de la mère et du nourrisson et la prévention des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions chez les adultes et les jeunes dans la sous région.

Nous engageons à veiller à la révision des législations nationales afin qu'elles soient favorables aux femmes et aux jeunes et qu'elles soient en conformité avec les accords internationaux et les protocoles de l'UA pertinents, pour garantir la réalisation de la santé et des droits sexuels et de reproduction des femmes et des adolescents afin d'assurer l'égalité pleine et entière entre les sexes pour l'ensemble des citoyens.

Créer un environnement favorable pour davantage d'investissements privés et publics et de partenariats dans le système de santé, afin de trouver des solutions adéquates au développement des ressources humaines, des infrastructures et de l'approvisionnement des produits de base en vue de prestations efficaces dans le domaine de la santé.

Renforcer les mécanismes de coordination et de partenariat avec la société civile, notamment les organisations non gouvernementales, l'ensemble de la communauté, les organisations religieuses et le secteur privé pour couvrir tous les niveaux de l'administration (national, régional, de district) en vue d'un développement durable.

Assurer le développement et avoir recours aux cadres de contrôle et d'évaluation appropriés, notamment ceux qui ont trait à l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive qui mesure les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs de développement dans le domaine de la santé internationalement acceptés, en vue de déterminer les programmes rentables et d'obtenir de meilleurs résultats dans les domaines de la santé et de l'alimentation

Annexe II : Cadre de politique¹

1- Législation dans le domaine de la Santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé primaire

Considérant l'insuffisance des cadres existants dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive et législatifs, les Etats membres devraient renforcer, les lois en vigueur, en vue d'adopter de nouvelles lois pour la défense des droits sexuels et de la procréation, en tenant compte des spécificités africaines et d'une meilleure application des lois.

2 - Intégration des services liés à la Santé sexuelle et reproductive

Compte tenu de la gravité des problèmes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, notamment des niveaux très élevés de la mortalité maternelle et infantile et des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, les pays africains devront intégrer les services de santé sexuelle et reproductive dans un ensemble d'activités minimales à tous les niveaux de la pyramide de la santé, avec un accent particulier sur la planification familiale, les soins obstétricaux d'urgence et d'aide à la petite enfance.

3 - Communication dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive

Il est important de noter que la langue est un véhicule clé et indispensable pour une communication efficace et effective, notamment dans la lutte contre les maladies. A cet égard, il est nécessaire de mettre en place des stratégies de communication appropriées qui prennent en compte l'âge, le sexe, la religion et la culture dans toutes ses manifestations. Il est également essentiel de renforcer les systèmes de communication et de sensibilisation, afin d'intégrer les langues locales dans les stratégies et programmes de communication pour le changement de comportement et pour permettre aux programmes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive d'avoir accès aux médias du grand public.

4 - Prévisions budgétaires pour les activités dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive

Considérant l'importance de la santé sexuelle et reproductive pour le bien-être des populations et des familles et de son impact sur le développement et la réduction de la pauvreté, les pays devraient respecter leur engagement

¹ Les Principes directeurs liés aux éléments de ce cadre de politique sont contenus dans l'Annexe III, le plan d'activité.

d'allouer au moins 15% de leur budget national au secteur de la santé et fournir des ressources suffisantes aux programmes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive

5 - Intégration des questions sexospécifiques dans les programmes de développement

C'est un fait établi qu'il existe des disparités tenaces entre les hommes et les femmes en Afrique et que leurs poids sur l'utilisation des services et sur l'accès aux informations dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive est immense. Il s'avère donc indispensable de toujours œuvrer en vue d'intégrer les questions sexospécifiques dans tous les programmes de développement des Etats membres respectifs.

6 - Santé sexuelle et reproductive des jeunes

Compte tenu de la persistance des problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes et de leurs répercussions négatives, il est essentiel de renforcer la qualité des services en faveur des jeunes et leur accès à l'information afin de satisfaire leurs besoins spécifiques et d'adopter des lois appropriées pour leur développement avec un accent particulier sur la jeunesse rurale.

7 - La lutte contre le VIH/SIDA

La prévalence généralisée et la propagation rapide de la pandémie du VIH/SIDA en Afrique, de même que l'influence négative de la pandémie sur le développement de l'Afrique sont ressentis par toutes les couches de la société africaine. Même si les efforts entrepris précédemment pour limiter la propagation de la pandémie et pour réduire ses conséquences négatives sont encourageants, beaucoup reste à faire pour enregistrer des succès dans la réalisation des OMD et aussi pour mettre en œuvre les engagements pris par les dirigeants africains. A cet égard, les Etats membres devront mettre en place des services abordables de conseils, de dépistage volontaire, de transmission du VIH de la mère à l'enfant, de prévention et d'accès aux traitements pour des personnes infectées. Ils doivent également renforcer les soins et les traitements, en particulier pour les groupes les plus vulnérables de la société : les femmes, les enfants, les personnes âgées et les handicapés. Pour terminer, ils devront sensibiliser ceux qui n'ont pas encore été infectés aux dangers des comportements à risque.

8 - Renforcement des capacités de la Commission de l'Union africaine

Compte tenu de l'engagement pris par la Commission de l'UA de promouvoir la santé en général et la santé reproductive en particulier, tel que reflété dans sa vision, sa mission et son cadre stratégique, il est indispensable de renforcer les capacités de la Commission pour une coordination, une sensibilisation, un contrôle et une évaluation efficaces des programmes et des actions dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive en Afrique.

9 - Création d'une unité de la santé sexuelle et reproductive au sein du NEPAD

L'importance d'un partenariat a été soulignée dans un certain nombre de forums régionaux et internationaux, notamment la DND, la CIPD, les OMD et d'autres. L'Afrique a beaucoup bénéficié de son étroite collaboration avec ses partenaires et continuera de le faire, étant donné que les problèmes auxquels le continent est confronté sont trop importants pour être résolus sans aide. Mieux, l'ampleur des besoins dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive non satisfaite est énorme et il s'avère nécessaire d'impliquer les partenaires internationaux, les organisations de la société civile, le secteur privé et les communautés locales dans la résolution des problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive. Il est donc important de poursuivre la mise en place des partenariats forts avec tous ces organes, afin de permettre un financement suffisant des services de santé sexuelle et reproductive en Afrique.

10 - Etablissement d'une journée de sensibilisation à la mortalité maternelle et infantile en Afrique

Considérant les taux très élevés de morbidité et de mortalité maternelle et infantile, et des faibles taux de prévalence des contraceptifs dans la région, nous sommes déterminés à établir une journée de sensibilisation à la mortalité maternelle et infantile en Afrique.

11- Etablissement d'une journée de la santé des adolescents et des jeunes en Afrique

L'Afrique est un continent jeune. Toutefois, les populations jeunes représentent la majorité des victimes des problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive. Promouvoir la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et les jeunes est la pierre angulaire du processus de développement durable. Il est donc nécessaire d'établir une journée de réflexion et d'orientation sur la santé des jeunes et des adolescents en Afrique (Résolution de la 26^{ème} réunion des Ministres africains de la santé tenue à Tripoli en avril 2003) et de créer une unité de la « Jeunesse » au sein de l'Union africaine et des organisations sous régionales.

Annexe III. Plan d'activité

Le projet de plan d'activité ci-après a été mis au point en tenant compte de l'examen des problèmes dans le domaine de la santé et des droits sexuels et de reproduction, le projet de déclaration et les projets de résolutions. Le plan est axé sur 10 domaines stratégiques :

- Accroissement des ressources destinées aux programmes dans le domaine de la santé et des droits sexuels et de reproduction ;
- Traduction des engagements pris dans le cadre de la CIDP dans les lois nationales ;
- Réduction de la mortalité maternelle ;
- Réduction de la mortalité infantile et enfantine ;
- Santé et droits sexuels et de reproduction des jeunes ;
- Lutte contre le VIH/SIDA ;
- Elargissement de l'utilisation des contraceptifs ;
- Diminution des niveaux des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions ;
- Mutilations génitales féminines ;
- Violence fondée sur le sexe.

Pour chaque domaine stratégique, un certain nombre d'actions prioritaires sont proposées. Cette liste n'est pas exhaustive et peut être enrichie par l'ajout d'actions couronnées de succès, qui ont été initiées dans l'ensemble de l'Afrique.

Pour terminer, des listes de contrôle sélectionnées pour assurer le suivi des progrès réalisés sont proposées. Certaines portent sur les indicateurs internationalement reconnus. D'autres indicateurs pourraient être ajoutés selon les conditions spécifiques de chaque pays.

Plan d'action

Cible stratégique: Accroître les ressources destinées à la santé et aux droits sexuels et de reproduction (SDSR):

Principaux problèmes

- Faiblesse de la dotation budgétaire allouée à la santé en général et à la santé et aux droits sexuels et de reproduction en particulier.
- De nombreuses consultations sous régionales ont recommandé que les sommes allouées à la santé soient augmentées de 15% et que celles allouées à la santé et aux droits sexuels et de reproduction le soient également. Toutefois, de telles augmentations ne devraient pas donner lieu à des programmes verticaux.
- Les pays donateurs n'ont pas respecté leur engagement de faire passer à 7% de leur PNB, le niveau de leur soutien au développement

Cible stratégique	Actions prioritaires	Liste de contrôle des progrès réalisés
<p>1. Accroître les ressources destinées à la santé et aux droits sexuels et de reproduction</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accroître de 15% le budget national de la santé. • Accorder la priorité à la santé reproductive en vue d'accroître les ressources pour la santé reproductive et accélérer ainsi la réalisation des OMD. • Mettre en place un fonds national pour la santé et les droits sexuels et de reproduction. • Rationaliser les dépenses du Ministère de la santé afin de d'allouer des fonds supplémentaires à la santé et aux sexuels et de reproduction. • Lancer des programmes pour le partage des coûts le cas échéant. • Soutenir les ONG de la société civile pour les prestations de services. • Amener les donateurs à apporter leur soutien grâce à une comptabilité transparente. • Collaborer avec les donateurs pour qu'ils respectent l'engagement qu'ils ont pris de consacrer 7% de leur PNB au développement. • Demander aux donateurs d'harmoniser leurs besoins de notification. • Promouvoir les partenariats avec les parties prenantes nationales et internationales afin de mobiliser des ressources pour la santé reproductive. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays qui ont augmenté leur budget consacré à la santé. • Pourcentage du budget de l'État alloué à la santé. • Pourcentage du budget de la santé alloué à la santé et aux droits sexuels et de reproduction. • Dépenses annuelles de la santé par habitant. • Financement disponible. • Recouvrement et partage des coûts en place. • Accords de collaboration avec les centres privés et les ONG. • Comptes vérifiés publiés. • Organisation de voyages d'études à l'intention des donateurs. • Proposer aux donateurs un système de notification unique en fonction de leurs besoins

Cible stratégique: Traduction des engagements pris au titre de la CIPD en politiques et réglementations.

- Bien que la plupart des pays africains aient approuvé le Programme d'action de la CIP (PA/CIPD) ainsi que les autres instruments de la santé et des droits sexuels et de reproduction, aucun de ces accords et engagement n'a été systématiquement introduit dans les législations nationales.
- La feuille de route destinée à accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile adoptée par la majorité des pays africains attend d'être respectée systématiquement.
- Les protocoles relatifs à la santé et aux droits sexuels et de reproduction convenus au niveau international n'ont pas été intégrés dans les réglementations et les procédures pertinentes.
- Faibles capacités humaines et techniques pour une collecte et une analyse systématique des données en vue d'élaborer des politiques et des réglementations éclairées.
- Faibles capacités de contrôle et d'évaluation.

Cible stratégique	Actions prioritaires	Liste de contrôle des progrès réalisés
<p>2. Traduction des engagements pris au titre de la CIPD en politiques et réglementations.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Harmoniser les politiques de santé en matière de reproduction au niveau de l'Union africaine. • Mobiliser la volonté politique à cet effet. • Examiner les législations en vigueur afin de: <ul style="list-style-type: none"> - Amender les lois et réglementations qui sont contraires aux engagements pris dans le cadre du PA/CIPD et des OMD. - Sensibiliser les autorités pertinentes aux niveaux national, régional et du district à la nécessité d'appliquer les législations nouvelles et révisées. • Renforcer les capacités dans les domaines de la collecte, de l'analyse et de la gestion de l'information. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un modèle pour la politique dans le domaine de la santé en matière de reproduction au niveau du continent. • Examen du processus en place. • Nouvelles législations et réglementations approuvées • Lancement de séminaires de sensibilisation et de formation • Contrôle et évaluation des procédures en vigueur.

Cible stratégique: Intégration de la santé et des droits sexuels et de reproduction dans les services requis.

- Malgré l'appel lancé dans le PA/CIPD pour que la santé et les droits sexuels et de reproduction soient intégrés dans tous les aspects du système de santé, les structures de ce système continuent de suivre une approche verticale en ce qui concerne les interventions dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproduction.
- Dans plusieurs pays, le soutien apporté dans les déclarations à la santé et aux droits sexuels et de reproduction n'a pas été traduit en actions positives en ce qui concerne l'intégration et l'augmentation des fonds.
- Seuls un petit nombre de pays ont notifié la mise en œuvre des objectifs de la CIPD. Seuls huit pays africains ont accompli des progrès significatifs à cet égard.

Cible stratégique	Actions prioritaires	Liste de contrôle des progrès réalisés
<p>Intégration de la santé et des droits sexuels et de reproduction dans les services requis</p>	<p>Assembler tous les indicateurs et données pertinents afin d'obtenir une image réaliste de la situation qui prévaut dans le domaine de la santé et des droits sexuels et de reproduction aux niveaux national, régional et du district et de réaliser une enquête initiale qui servira à évaluer les progrès réalisés.</p>	<p>Base de données existante sur la santé et les droits sexuels et de reproduction.</p>

Cible stratégique: Réduire la mortalité et la morbidité maternelles.

- Les taux de mortalité maternelle en Afrique restent élevés: en moyenne 400 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux atteint 900 dans certains pays.
- Le risque pour toute la vie pour cause de décès maternels est de 1 pour 16 en Afrique subsaharienne.
- Le manque de personnel de santé qualifié au moment de l'accouchement est l'un des facteurs.
- L'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions est également un autre facteur.
- L'absence d'infrastructures et de transport approprié pour réagir face aux urgences obstétriques.

Cible stratégique	Actions prioritaires	Liste de contrôle des progrès réalisés
<p>3. Réduire la mortalité et la morbidité maternelles</p>	<p>Accroître l'accès aux prestations de soins de santé maternelle grâce à la collaboration entre les acteurs public, privé et des ONG dans le domaine de la santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse et accouchement sans risque: Former et retenir le personnel qualifié pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum immédiate. • Vérification de la mortalité maternelle au niveau national: Mise en place d'un système de surveillance de la mortalité pour avoir des données sur la mortalité maternelle. • Gestion standardisée des situations obstétriques: Adhérer aux normes internationales pertinentes et aux protocoles cliniques¹. • Système de santé: Mettre en place des normes et des services de soins obstétriques d'urgence • Service d'orientation: Fournir des transports d'urgence et/ou mobiliser la communauté pour assurer le transport en cas de complications potentiellement mortelles. • Initiative pour les produits de la sécurité de la santé reproductive : Inclure les produits de la santé reproductive dans la liste des médicaments essentiels pour améliorer la qualité des soins et réduire la morbidité et la mortalité de la santé reproductive. <p>Mettre en œuvre la feuille de route en vue de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et du nouveau-né.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de femmes qui se rendent dans des centres de santé pour des soins pré et post natal. • Taux de mortalité maternelle. • Pourcentage des naissances assistées par un personnel de santé qualifié. • Accords de collaboration en vigueur. • Nombre de structures pour des soins d'obstétrique d'urgence nouvellement créés. • Nombre de véhicules pour le transport d'urgence.

¹ Se référer au manuel de l'OMS sur la grossesse, l'accouchement, les soins au nouveau-né et aux soins post-nataux

<p>Cible stratégique: Réduire des deux tiers, le taux de mortalité des moins de cinq ans d'ici à 2015.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les taux de mortalité infantile et infantine restent élevés en Afrique. • Les taux de mortalité infantile variant entre 16 et 177 avec une moyenne de 88,5 pour 1000 naissances vivantes. • Les taux de mortalité infantine variant entre 52 et 282 avec une moyenne de 89 pour 1000 naissances vivantes. • 45 pays n'ont pas encore atteint l'objectif de moins de 70 décès pour 1,000 naissances vivantes fixé pour l'année 2000. 		
<p>Cible stratégique</p> <p>4. Réduire des deux tiers, le taux de mortalité des moins de cinq ans d'ici à 2015.</p>	<p>Actions prioritaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse et accouchement sans risque: Assurer les soins de personnel qualifié pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum immédiate. • Alimentation des nourrissons: Encourager l'allaitement exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois, puis compléter l'allaitement au sein par de la vitamine A pour les deux années suivantes. Encourager les aliments complémentaires et la nourriture pour les enfants de moins de 5 ans. • Vaccination: Accroître la couverture PEV à plus de 80%; notamment la vaccination contre la rougeole et le tétanos. • Diarrhée: Encourager l'utilisation de routine de SRO, en plus des suppléments thérapeutiques de zinc et des antibiotiques pour la dysenterie. • Pneumonie et septicémie: Encourager la gestion intégrée de la pneumonie chez l'enfant et de la septicémie néonatale à l'aide des antibiotiques appropriés aux niveaux des communautés et des centres de santé. • Paludisme: encourager l'utilisation des moustiquaires imprégnées, inciter au traitement du paludisme, pendant la grossesse et l'enfance, de même que le traitement antipaludique préventif intermittent pour les femmes enceintes. • Prévention et soins du VIH/SIDA: Intégrer la prévention et la gestion du VIH/SIDA, notamment la prestation de services de PMTCT et le traitement des infections opportunistes prénatales et les accouchements sans problèmes. • Taux de mortalité néonatale: Fournir des services de soins néonataux de qualité dans toutes les maternités pour faire face aux urgences néonatales. 	<p>Liste de contrôle des progrès réalisés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévalence des enfants présentant une insuffisance pondérale • Taux de mortalité des moins de cinq ans • Taux de mortalité infantile • Pourcentage des enfants de moins de un an vaccinés contre la rougeole • Campagne pour la maternité sans risque en vigueur • Progrès réalisés dans le traitement de la pneumonie, du paludisme et du VIH/SIDA

Cible stratégique	Actions prioritaires	Liste de contrôle des progrès réalisés
<p>5. Santé et droits sexuels et de reproduction pour les jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les jeunes âgés de 15 à 19 ans représentent plus de 20% de la population en Afrique. • Ils courent le risque des grossesses non souhaitées et de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions. • Le pourcentage de fécondité des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans est de 107 pour 1 000 femmes. 	<p>Introduire et/ou renforcer l'éducation sexuelle dans les activités à l'école et en dehors de l'école.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner aux jeunes femmes la possibilité de dire NON. • Permettre aux jeunes d'avoir accès aux informations aux conseils et aux services dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. • Mettre en place et élargir des services en faveur des jeunes et s'assurer qu'ils sont abordables et accessibles pour les jeunes ruraux. • Faire participer les garçons aux questions et services de la santé reproductive. • Plaidoyer pour les lois contre les pratiques nuisibles et assurer leur application. <p>Prise en charge, traitement et services pour les jeunes.</p>	<p>Liste de contrôle des progrès réalisés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manuels d'éducation sexuelle disponibles. • Ratio des grossesses non souhaitées. • Nombre de services en faveur des jeunes disponibles. • Taux de fécondité chez les femmes âgées de 15 à 19 ans (naissances/1000 dans le groupe d'âge). • Lois contre les pratiques traditionnelles nuisibles, appliquées. • Proportion des incidents de pratiques traditionnelles nuisibles signalée et ayant fait l'objet de poursuites judiciaires par an.
<p>6. Lutte contre le VIH/SIDA</p> <p>Principaux problèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prévalence varie entre 2 et 38%. • Seules 11% des personnes infectées ont accès aux anti-rétroviraux. • 6 à 11% de jeunes femmes et 3 à 6% de jeunes homes sont infectés par le VIH en Afrique subsaharienne. • Prise en charge, traitement et services. 	<ul style="list-style-type: none"> • Accélérer l'intégration de la prévention et des soins contre le VIH/SIDA dans les services de santé sexuelle et reproductive à tous les niveaux du système de santé. • Accorder une attention spéciale aux femmes enceintes afin de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. • Renforcer la capacité des ONG à traiter de la prévention et des soins pour le VIH/SIDA. • Accroître la distribution des préservatifs. • Combattre les campagnes négatives contre les préservatifs. • Sensibiliser les communautés aux conséquences de la sexualité à risque et intégrer les PEP dans les programmes de FP. • Sensibiliser le personnel de santé pour qu'ils traitent sans préjugés les personnes vivant avec le VIH/SIDA. • Intégrer la gestion du VIH/SIDA dans les services de santé sexuelle et reproductive et vice versa. • Gestion des infections opportunistes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de centres de santé où l'intégration a été réalisée. • Prévalence du VIH chez les femmes en âge de procréer. • Pourcentage des personnes vivant avec le VIH/SIDA. • Pourcentage des personnes vivant avec le VIH qui utilisent des anti-rétroviraux. • Taux d'utilisation du préservatif par rapport au taux de prévalence des contraceptifs. • Pénurie de préservatifs. • Nombre d'enfants rendus orphelins pour cause de VIH/SIDA et ceux rendus vulnérables à l'infection par le VIH.

Cible stratégique	Actions prioritaires	Liste de contrôle des progrès réalisés
<p>7. Accroître les services de planification familiale et l'utilisation des contraceptifs.</p> <p><u>Principaux problèmes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible taux de prévalence des contraceptifs. • Importance des besoins en planification familiale non satisfaits évalués à 24%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Annuler les législations et les réglementations qui empêchent la fourniture et l'élargissement des services de planification familiale. • Encourager les homes à prendre leur responsabilité en matière de planification familiale. • Fournir un grand choix de méthodes de planification familiale. • Elaborer et élargir des programmes à base communautaire en vue d'accroître l'accès aux services. • Inclure les produits de la planification familiale dans la liste des médicaments essentiels pour encourager l'approvisionnement de routine. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure législative pour faciliter l'accès aux services de la planification familiale, • Logistique d'approvisionnement en contraceptifs disponible. • Distribution de contraceptifs masculins et féminins.
<p>8. Réduire les niveaux des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions.</p> <p><u>Principaux problèmes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence pouvant atteindre 28% dans certaines parties de l'Afrique. • Avortements pratiqués dans de mauvaises conditions entraînant 13% à 40% de décès maternels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner et amender les législations et réglementations en vue de créer un environnement favorable afin d'éviter les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. • Encourager une discussion responsable pour démystifier les tabous sur l'avortement. • Former les professionnels de la santé pour qu'ils abordent les sans préjugés, les problèmes liés à l'avortement. • Encourager le développement des soins après l'avortement et l'utilisation des techniques d'aspiration des menstrues par le vide dans le cadre des soins de santé publique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Législations positives en place. • Taux de mortalité découlant des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions • Programmes de sensibilisation en place.

Cible stratégique	Actions prioritaires	Liste de contrôle des progrès réalisés
<p>9. Egalité entre les sexes.</p> <p><u>Principaux problèmes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inégalités généralisées. • Engagements au titre de l'égalité non soutenus par des changements dans les législations. • Absence de données sur les inégalités dans différents domaines d'activité. 	<p>Examiner les législations en vigueur afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amender les législations et réglementations qui ne sont pas favorables à l'égalité entre les sexes. - Introduire des dispositions constitutionnelles et juridiques qui instituent l'égalité entre les sexes. - Mettre fin à la discrimination dans les domaines de l'éducation, l'emploi et des opportunités. <ul style="list-style-type: none"> • Ventiler les données par sexe afin d'identifier les disparités entre les sexes et de leur trouver des solutions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner les progrès déjà accomplis. • Amender les législations adoptées.
<p>10. Violence fondée sur le sexe.</p> <p><u>Principaux problèmes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe aucune donnée alors que le problème est généralisé. • Existence d'un vide juridique en ce qui concerne la violence fondée sur le sexe. • Phénomène toléré dans certains environnements socioculturels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la sensibilisation en ce qui concerne la violence fondée sur le sexe dans les programmes et services de la santé et des droits sexuels et de reproduction. • Inclure dans les programmes de formation des aspects liés à la violence fondée sur le sexe tels que la détection des cas de mauvais traitements, le soutien, le traitement et l'orientation. • Donner aux femmes la possibilité d'exposer les cas de violence fondée sur le sexe et de les amener devant les tribunaux. • Encourager la recherche sur la violence fondée sur le sexe. • Plaidoyer pour la protection légale de la violence fondée sur le sexe et son application effective. 	<ul style="list-style-type: none"> • Services de soutien en place. • Principes directeurs qui traitent de la violence fondée sur le sexe mis au point et distribués. • Sensibilisation des juristes. • Législations traitant de la violence fondée sur le sexe en place.

Cible stratégique	Actions prioritaires	Liste de contrôle des progrès réalisés
<p>11. Promouvoir la participation des garçons dans les programmes de santé reproductive</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre les cliniques de santé de la reproduction favorable aux hommes. • Améliorer l'accessibilité des garçons aux services de santé reproductive. • Promouvoir la participation des garçons à l'enregistrement ANC. • Plaidoyer pour les employeurs afin de permettre aux hommes d'accompagner leurs épouses dans les cliniques de santé reproductive. • Lancer et renforcer les programmes d'éducation à la santé de la reproduction au niveau de la communauté destinés aux hommes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Importance des services de santé reproductive disponibles pour les hommes. • Connaissances des hommes sur les questions de santé de la reproduction. • Nombre d'hommes accédant aux services de santé reproductive.
<p>12. Préoccupations de la maturité chez les hommes et les femmes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration de la gestion de la ménopause et de l'andropause et des dysfonctionnements sexuels dans les services de santé reproductive. • Campagnes médiatiques pour fournir l'information sur les symptômes de la ménopause, de l'andropause, des dysfonctionnements sexuels et leur gestion. • Mobilisation et sensibilisation de la communauté à l'utilisation des services. • Dépistage des cancers des systèmes génitaux pour les hommes et les femmes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Services d'information, d'éducation et de communication sur les symptômes et les signes de la ménopause et de l'andropause, en place. • Services de conseils pour la gestion des symptômes et des signes de la ménopause et de l'andropause en place. • Services cliniques pour le dépistage et le traitement définitif, en place.

Annexe IV :

***DECISION SUR LE CADRE D'ORIENTATION CONTINENTAL POUR LA PROMOTION DES DROITS ET DE LA SANTE EN MATIERE DE SEXUALITE ET DE PROCREATION EN AFRIQUE**

DOC. EX.CL/225(VIII)

Le Conseil exécutif,

1. **PREND NOTE** du rapport de la deuxième session de la Conférence des ministres africains de la santé;
2. **RECONNAIT** les efforts déployés par les différentes institutions des Nations Unies, les organisations internationales, les partenaires du développement, et les ONG pour aider les Etats membres à promouvoir la santé maternelle et infantile ;
3. **RECONNAIT EGALEMENT** les droits et le rôle de la santé en matière de procréation dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et des objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD).
4. **FAIT SIEN** le cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation en Afrique.
5. **EXHORTE** les Etats membres à affecter des ressources suffisantes pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile.
6. **EXHORTE EN OUTRE** les Etats membres à intégrer la santé en matière de procréation (SP) dans les programmes sanitaires nationaux en établissant des liens entre les Programmes de santé en matière de procréation, les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et autres programmes de soins de santé primaires, à s'inspirer du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation en Afrique ;
7. **LANCE UN APPEL** à la Communauté internationale pour qu'elle continue de fournir l'assistance nécessaire pour la réalisation des objectifs contenus dans le cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation en Afrique ;
8. **DEMANDE** à la Commission, en collaboration avec le FNUAP, l'OMS, l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'IPPF, de mener une campagne de sensibilisation sur la mise en œuvre du cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation en Afrique et de soumettre tous les deux ans un rapport intérimaire au Conseil exécutif.

* *Les Délégations de l'Algérie, Djibouti, l'Egypte, la Libye, la Somalie, le Soudan et la Tunisie ont émis des réserves sur le titre et certaines parties du contenu de la décision.*