

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

---

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone 115-517700 Fax 115-517844  
Website: [www.au.int](http://www.au.int)

---

SA16952

**REUNION D'EXPERTS DU GROUPE DE  
TRAVAIL DU COMITE TECHNIQUE SPECIALISE  
SUR LA SANTE, LA POPULATION ET LA LUTTE  
CONTRE LA DROGUE**

**25 - 26 AVRIL 2016, ADDIS-ABEBA**

**REUNION DES MINISTRES DE LA SANTE  
GENÈVE, 21 MAI 2016**

**PLAN D'ACTION DE MAPUTO 2016 – 2030**

**COMMISSION DE L'UNION AFRICAINE**

**Accès universel aux services de santé sexuelle et aux  
droits liés à la reproduction en Afrique**



**PLAN D'ACTION DE MAPUTO 2016-2030**

**POUR L'OPERATIONNALISATION DU CADRE STRATEGIQUE  
CONTINENTAL POUR LA SANTÉ SEXUELLE ET LES DROITS  
LIÉS A LA REPRODUCTION**

## PLAN D'ACTION DE MAPUTO 2016-2030

### POUR L'OPERATIONNALISATION DU CADRE STRATEGIQUE CONTINENTAL POUR LA SANTÉ SEXUELLE ET LES DROITS LIÉS A LA REPRODUCTION

#### Introduction

1. Reconnaissant que les pays africains ont fait des progrès considérables dans la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement(OMD) visant à améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile et à assurer l'accès universel aux services de santé sexuelle et aux droits liés à la reproduction, bien que n'ayant pas réalisé tous les objectifs, le Cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction adopté par la 2<sup>ème</sup> session ordinaire de la Conférence des ministres africains de la Santé tenue en octobre 2005 à Gaborone (Botswana), approuvé par les chefs d'État de l'UA en janvier 2006, demeure pertinent en tant que cadre pour la réalisation de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, du dividende démographique, des aspirations de l'Agenda 2063 et des objectifs de développement énoncés dans les objectifs de développement durable.
2. À Gaborone, les ministres de la Santé de l'UA ont également appelé à l'élaboration d'un Plan d'action solide et chiffré pour la mise en œuvre du Cadre stratégique continental. Cette décision a été approuvée par le Sommet des chefs d'État et de gouvernement en janvier 2006, à Khartoum (Soudan) et a abouti à l'élaboration du Plan d'action de Maputo (MPoA) 2007-2010 dont la mise en œuvre a été prolongée par la 15<sup>ème</sup> session ordinaire de la Conférence jusqu'en 2015 pour être conforme aux Objectifs finaux du Millénaire pour le développement.
3. Le MPoA 2007-2015 a expiré en 2015 au moment où le plan de l'Union africaine pour la transformation structurelle de l'Afrique au cours des cinquante prochaines années, « l'Agenda 2063 »: L'Afrique que nous voulons» et son plan décennal de mise en œuvre sont en place pour influencer et accélérer la transformation et le développement de l'Afrique au-delà de 2015. Un examen détaillé de la mise en œuvre, des réalisations, des défis et des lacunes du MPoA 2007 - 2015 a été mené pour étoffer l'orientation politique continentale post 2015 sur la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR). L'évaluation du plan a été effectuée sur la base des sept aspirations et de six principaux piliers stratégiques de l'Agenda 2063 et de la position africaine commune, respectivement.
4. De plus, le Plan d'action de Maputo révisé 2016-2030 sur la santé sexuelle et reproductive reste compatible avec l'Agenda 2063 de l'Afrique qui appelle à une Afrique prospère basée sur la croissance inclusive et le développement durable; un continent intégré, politiquement uni, fondé sur les idéaux du panafricanisme; une Afrique de la bonne gouvernance et du respect des droits de l'homme, de justice et de la primauté du droit; une Afrique pacifique et sécurisée; une Afrique ayant une forte identité culturelle, des valeurs et l'éthique; une Afrique dont le développement est axé sur les personnes

et comptant notamment sur le potentiel de ses femmes et de ses jeunes; et une Afrique en tant qu'un partenaire fort, résilient et influent sur la scène internationale.

5. Ces aspirations montrent une forte convergence avec les six piliers de la position commune africaine sur l'Agenda de développement post-2015 et s'appuieront sur les dix interventions stratégiques du Cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction, à savoir : l'augmentation des ressources pour les programmes de SDRS, la traduction de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et des engagements de Beijing + 20 en législation nationale, ainsi que les politiques de SDRS, y compris en continuant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles en mettant fin à tous les décès maternels, néonataux et infantiles évitables, assurant la lutte contre le VIH / SIDA, promouvant l'utilisation des contraceptifs, réduisant ainsi les niveaux de l'avortement dans des mauvaises conditions sanitaires, mettant un terme au mariage précoce et forcé des enfants, éradiquant la mutilation génitale des femmes, évitant la violence fondée sur le sexe et assurant l'accès des adolescents et des jeunes à la santé sexuelle et en matière de reproduction (SSR).

6. Cette version révisée du Plan d'action de Maputo 2016-2030 pour la mise en œuvre du Cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction va dans le sens du Plan d'action de Maputo 2007-2015 et cherche à avancer le continent vers la réalisation de l'objectif de l'accès universel aux services de santé sexuelle et de reproduction en Afrique au-delà de 2015. Il s'agit d'un plan à long terme pour la période allant jusqu'en 2030, s'articulant sur neuf domaines d'action qui sont : l'engagement politique, le leadership et la gouvernance; la législation sur la santé; le financement /les investissements dans la santé ; le renforcement des services de santé / développement des ressources humaines; les partenariats et les collaborations; l'information et l'éducation ; la responsabilité / le suivi et l'évaluation ; l'investissement dans les populations vulnérables et marginalisées et l'amélioration de la SDRS pour les adolescents et les jeunes. Le plan est fondé sur la SDRS dans tout son contexte tel que défini à la CIPD / MPoA 1994 et la CIPD + 20, en tenant compte de l'approche du cycle de vie. Ces éléments de SDRS comprennent la santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA), la santé maternelle et les soins du nouveau-né, les services d'avortement médicalisé, la planification familiale, la prévention et la gestion des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH / SIDA; la prévention et la gestion de la stérilité, la prévention et la gestion des cancers du système reproducteur, la recherche de solutions aux préoccupations des hommes et des femmes au milieu de leur vie, la santé et le développement, la réduction de la violence fondée sur le sexe, la communication et les conseils interpersonnels, et l'éducation sanitaire.

7. En plus du Cadre stratégique continental pour la promotion de la santé sexuelle et reproductive, le Plan d'action 2016-2030 prend en compte les résultats des conclusions de l'examen de la Déclaration de Gaborone sur la feuille de route relative à l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins, l'Engagement de Brazzaville sur l'intensification de l'accès universel et l'Appel d'Abuja pour une action accélérée vers l'accès universel aux services de IST / VIH / SIDA, tuberculose et paludisme en Afrique, et a également tiré des enseignements des questions contenues dans l'Agenda 2063 et son plan décennal de mise en œuvre, les objectifs de

développement durable (ODD), la Conférence de Rio + 20, la CIPD + 20 et la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

**8.** Tout en reconnaissant la nécessité de mettre l'accent sur la SSR, le Plan révisé reconnaît que tout ceci doit être intégré dans un système de santé efficace doté d'infrastructures, de ressources financières et humaines suffisantes, et que les interventions de la SSR seront entravées tant que la crise ne sera pas résolue dans ces domaines. Il convient donc de mobiliser des ressources nationales pour soutenir les programmes de santé, y compris le respect des engagements d'Abuja.

**9.** Le plan révisé est vaste et flexible pour permettre une adaptation au niveau des pays, en reconnaissant les circonstances particulières des Etats membres de l'UA. Il fournit un ensemble d'actions clés qui ne limitent pas les pays, et n'exigent pas que ceux qui ont déjà des stratégies repartent à zéro ; il encourage plutôt tous les pays à revoir leurs plans par rapport à ce nouveau plan d'action en vue d'identifier les lacunes et les domaines à améliorer. En même temps, le plan, bien que centré sur les mesures des pays, se fonde dans certains segments des neuf domaines d'action pour l'Union africaine, les communautés économiques régionales et les partenaires continentaux et internationaux. Il reconnaît également le rôle de la société civile et du secteur privé dans le cadre des programmes nationaux. Le plan définit les indicateurs permettant de suivre les progrès à ces différents niveaux.

### **Justification**

**10.** Bien que la pauvreté extrême ait considérablement diminué au cours des deux dernières décennies, le nombre de personnes vivant dans la pauvreté extrême reste trop élevé en dépit de la réalisation du premier objectif du Millénaire pour le développement de réduire le taux de pauvreté de 1990 de moitié d'ici 2015- cinq années avant l'échéance, en 2010. Au niveau mondial, le nombre de personnes vivant dans l'extrême pauvreté a diminué de plus de moitié, passant de 1,9 milliard en 1990 à 836 millions en 2015<sup>1</sup>. En 1990, près de la moitié de la population dans les pays en développement vivait avec moins de 1,25 dollar par jour ; ce taux est tombé à 14 pour cent en 2015 (1). Le taux de pauvreté en Afrique au sud du Sahara a chuté de 28%, mais reste encore très élevé à 41%. (1)

**11.** Les priorités concurrentes pour les ressources des gouvernements et l'incapacité des donateurs internationaux de respecter leurs engagements ont mené à un financement inadéquat pour un meilleur accès aux services de la SDR<sup>2</sup>. Une moyenne de 10,5% au lieu des 15% prévus dans l'engagement d'Abuja pour les dépenses publiques est actuellement allouée aux services de santé sur le continent<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Rapport 2015 sur les Objectifs du millénaire pour le développement

<sup>2</sup> Projet de flux de ressources, 2006, Flux de ressources financières pour les activités de la population en 2004  
*UNAIDS/Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute*

<sup>3</sup> Rapport 2015 sur l'examen du MPoA

**12.** Les taux de mortalité maternelle, néonatale et des moins de cinq ans restent élevés à 510 pour 100.000 naissances vivantes (1), 28 pour 1000 naissances vivantes (3) et 86 pour 1000 naissances vivantes respectivement (1). Certains indicateurs de santé reproductive et de santé des enfants, bien qu'une amélioration soit observée, restent en deçà des objectifs escomptés. L'assistance qualifiée à l'accouchement est de plus de 25% en dessous du taux de 80% attendu, tandis que le taux de prévalence de la contraception et des besoins non satisfaits de planification familiale reste à 28% et 24% respectivement (1). Seulement 12% des femmes enceintes qui nécessitent des services obstétricaux d'urgence les reçoivent. Le taux de vaccination est de 10% en dessous de la cible prévue de 90%, tandis que le retard de croissance reste élevé à 34% (3).

**13.** Le paludisme, le VIH et la tuberculose affectent encore un nombre important de femmes et d'enfants sur le continent en dépit des améliorations observées au cours des années. L'Afrique sub-saharienne avait à la fois la plus grande proportion de personnes vivant avec le VIH et la plus forte augmentation du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral (ART). Toutefois, la région compte également 78 pour cent des personnes vivant avec le VIH dans les régions en développement qui ne reçoivent pas l'ART. Quatre-vingt pour cent des décès dus au paludisme surviennent dans 17 pays seulement, principalement en Afrique, tandis que le manque de stratégies efficaces (par exemple un vaccin post-exposition ou un traitement pour une infection tuberculeuse latente) pour prévenir la réactivation de la maladie chez plus de 2 milliards de personnes qui sont estimées avoir été infectées par le *mycobacterium tuberculosis*, limite l'impact des efforts déployés actuellement pour réduire l'incidence de la tuberculose<sup>4</sup>

**14.** Par ailleurs, les inégalités entre les hommes et les femmes restent profondément ancrées dans la région. Les femmes continuent d'être victimes de discrimination dans l'accès au travail, les actifs économiques et la participation à la prise de décision publique et privée et sont également plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que les hommes. Environ trois quarts des hommes en âge de travailler participent à la population active, contre seulement la moitié des femmes en âge de travailler, tandis que les femmes gagnent 24 pour cent de moins que les hommes<sup>4</sup>.

**15.** Il est généralement reconnu que la santé, notamment les droits à la santé sexuelle et reproductive (SDSR) est une condition préalable, un résultat et un indicateur de tous les aspects du développement durable, et que les objectifs du développement durable ne peuvent être atteints qu'en l'absence de la morbidité maternelle, néonatale et infantile évitable. Au fil des années, l'Afrique a fait des progrès importants pour réaliser l'accès universel à la SDSR, même si ces progrès restent lents et inégaux. Toutefois, beaucoup reste encore à faire d'où l'introduction des objectifs pour le développement durable (ODD) 3 et 5.

---

<sup>4</sup> Rapport 2015 sur les Objectifs du millénaire pour le développement

## Objectif global

**16.** Pour les gouvernements africains, la société civile, le secteur privé et tous les partenaires de développement multisectoriels, l'objectif global de ce Plan d'action est d'unir leurs forces et de redoubler d'efforts afin qu'ensemble, la mise en œuvre effective du Cadre stratégique continental sur la SDR soit réalisée afin de mettre un terme aux décès maternels, néonataux, infantiles et des adolescents qui sont évitables, de renforcer l'utilisation des contraceptifs, de réduire les taux des avortements à risque, de mettre fin au mariage des enfants, d'éliminer les pratiques traditionnelles néfastes telles que la mutilation génitale des femmes, d'éviter la violence sexiste et d'assurer l'accès des adolescents et des jeunes à la SSR d'ici 2030 dans tous les pays d'Afrique. Cela contribuera à une Afrique prospère basée sur la croissance inclusive et le développement durable et sur une Afrique dont le développement est axé sur les personnes, en comptant surtout sur le potentiel de ses femmes et de ses jeunes. Par ailleurs, le plan contribuera à la réalisation des objectifs de la SDR énoncés dans les ODD et la Stratégie mondiale sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

**17.** Les principales stratégies pour l'opérationnalisation du Cadre stratégique de la SDR comprennent :

**i) L'amélioration de l'engagement politique, le leadership et la bonne gouvernance**

- Cela implique l'adoption et l'appropriation du MPoA 2016 à 2030 aux niveaux continental, régional et national, de traduire la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA) en plans de développement, budgets et plans stratégiques de réduction de politique aux niveaux continental, régional et national (DSRP) et de tenir les dirigeants politiques responsables de la réalisation des cibles visées dans les déclarations mondiales et régionales, les cadres politiques et les programmes de développement ciblant la SRMNIA.

ii) Institutionnalisation de la législation et des politiques de santé pour améliorer l'accès aux services de la SRMNIA - Cela impliquera la suppression des obstacles juridiques, réglementaires et politiques limitant l'accès des adolescents et des jeunes aux produits, programmes et services de la SSR ; la rationalisation des cadres législatifs, des politiques et des stratégies opérationnelles qui régissent les partenariats et les collaborations dans le secteur de la santé; l'adoption, la révision et l'application des lois qui interdisent les mariages précoces et forcés et garantissent l'accès à des avortements sûrs dans toute la mesure des lois et des politiques nationales.

iii) L'augmentation du financement et des investissements pour la santé grâce à : l'amélioration de la mobilisation des ressources pour la SRMNIA par le biais des mécanismes innovants de financement de la santé et la mise en place des mécanismes de protection sociale; l'identification et

l'institutionnalisation des lignes budgétaires et des allocations budgétaires pour les interventions et les programmes essentiels et rentables de la SRMNIA et l'encouragement et le soutien des Etats membres à investir dans les infrastructures de santé, la fabrication locale des médicaments, des équipements de santé et des consommables.

- iv) **Assurer l'égalité entre les hommes et les femmes, l'autonomisation des femmes et des filles et le respect des droits de l'homme en:** protégeant les droits des femmes, des hommes, des adolescents et des jeunes afin d'être en mesure d'avoir un contrôle et de prendre des décisions librement et de manière responsable sur les questions liées à la santé sexuelle et reproductive, sans coercition, discrimination et violence; éradiquant la mutilation génitale des femmes / excision et autres pratiques néfastes, et en éliminant toutes les formes de discrimination et de violence à l'encontre des filles; mettant fin à la violence fondée sur le sexe; et en promouvant les valeurs sociales d'égalité, de non-discrimination et la résolution non violente des conflits.
- v) **Améliorer l'information, l'éducation et la communication sur la SDR à travers :** l'institution de la communication effective de changement de comportement et des mécanismes de partage d'informations qui favorisent la SRMNIA; le ciblage des adolescents et des jeunes ( tant en milieu scolaire qu'en dehors du milieu scolaire) avec une éducation appropriée à leurs âges, complète et sensible à leur culture sur la santé sexuelle et reproductive, qui appelle la participation des parents et des communautés; la promotion et la facilitation de la communication entre les fournisseurs de soins de santé, y compris les éducateurs pairs à différents niveaux; une large diffusion des informations sur la SRMNIA; et la promotion de la mobilisation communautaire pour qu'elle participe à la SRMNIA, un accent particulier étant mis sur la participation des hommes.
- vi) **Investir dans les besoins en SDR des adolescents, des jeunes et d'autres populations vulnérables et marginalisées** (dont les enfants, les orphelins, les personnes âgées, les jeunes, les personnes handicapées, les populations rurales, les personnes déplacées et les migrants) en améliorant l'accès aux services et à l'information de qualité sur la SRMNIA en faveur des jeunes, y compris la vaccination contre le VPH et la planification familiale par la fourniture de services de SSR de qualité sensible aux adolescents; fournir aux jeunes une éducation sexuelle complète qui tienne compte de leurs âges et de leurs cultures et les référer aux services de SSR; interdire le mariage des enfants et d'autres pratiques traditionnelles dangereuses; investir pour améliorer le statut SSR des pauvres; et habiliter la communauté et appuyer leurs efforts pour relever leurs défis de la SRMNIA et faire avancer l'inclusion. De plus, la réponse d'urgence efficace serait assurée dans les situations humanitaires et précaires, tout en continuant les services de routine en faveur des femmes, des enfants et des adolescents.

- vii) **Optimiser le fonctionnement du système de santé et améliorer les ressources humaines pour la SRMNIA en assurant une couverture de santé universelle par** : Le renforcement des systèmes de soins de santé primaires en liant les services complets, de qualité SRMNIA, de VIH / SIDA, du paludisme / TB à tous les niveaux du système de santé; Le renforcement des systèmes de référence pour la SRMNIA intégrée, les services de VIH / SIDA / MST et le paludisme / tuberculose; assurer la disponibilité de la plus vaste gamme possible de médicaments / produits médicaux pour la SRMNIA; élargir l'accès aux interventions de santé à fort impact comme la vaccination; l'assistance qualifiée à l'accouchement et les soins de qualité, y compris l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) pour les mères, les nouveau-nés et les enfants et l'accès à la contraception; rechercher des solutions au fardeau croissant des cancers en matière de reproduction; Redoubler d'efforts pour mettre fin à la transmission verticale du VIH; mettre fin à la transmission du paludisme; atteindre l'excellence dans le développement des capacités, la formation, la rétention et le recrutement des ressources humaines et le renforcement des capacités d'intervention d'urgence à tous les niveaux du système de santé, conformément au Règlement sanitaire international.
- viii) **Améliorer les partenariats et les collaborations multisectorielles pour SRMNIA par**: la collaboration avec les partenaires de développement afin qu'ils honorent leur engagement de consacrer 0,7% de leur PNB au développement; œuvrer avec les partenaires à développer des cadres opérationnels et de financement qui tiennent compte des caractéristiques spécifiques de la SRMNIA et des priorités du continent, des sous-régions et des pays; l'élaboration de politiques qui favorisent la participation de la société civile, du secteur privé et des communautés dans la prestation des services de SRMNIA dans le cadre des programmes nationaux; et le renforcement de la coopération Sud-Sud, Nord-Sud, des partenariats triangulaires et de la coopération avec la diaspora dans la réalisation des objectifs de la SDR. Par ailleurs, le secteur de la santé devrait travailler de manière intégrée et coordonnée.
- ix) **Assurer la responsabilisation et le renforcement du suivi et de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation par** : L'établissement des cadres nationaux solides fondés sur des preuves intégrées de suivi et d'évaluation ; la mise en œuvre ou le renforcement des systèmes de MCDSD; l'élaboration d'une base de données de référence qui peut être utilisée pour suivre les progrès; développement / renforcement des systèmes de l'état civil; le renforcement des systèmes nationaux d'information sur la santé pour recueillir et publier les données désagrégées clé par âge / sexe de la SRMNIA; l'investissement dans la recherche et l'innovation pour satisfaire les priorités clés de santé et de développement social, entre autres, et le renforcement du système de suivi et d'évaluation du Plan d'action.

## Groupes cibles prioritaires

**18.** La santé reproductive englobe tout le cycle de vie d'un individu, de la naissance à la vieillesse, par conséquent, les services de la SSR doivent être assurés le long du continuum de soins à tous ceux qui en ont besoin. L'accent sera mis sur les femmes en âge de procréer, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les jeunes tant dans les zones rurales qu'urbaines, les populations mobiles, rurales, urbaines et transfrontalières, les personnes déplacées et d'autres groupes marginalisés.

## Résultats attendus

**19.** Ce plan d'action fournira un cadre à partir duquel les pays peuvent s'inspirer. Il ne sera pas nécessaire de créer de nouvelles stratégies, mais simplement d'incorporer les éléments de cette stratégie dans celles qui existent déjà. La mise en œuvre de ce plan d'action apportera des améliorations dans l'état de santé des femmes, des enfants et des jeunes et entraînera par conséquent des économies pour les familles et des économies plus importantes pour l'Afrique. Les produits et les résultats des plans détaillés qui figurent dans le Tableau 1 ne reflètent pas seulement les seules questions de la SRMNIA sur le continent, mais ils sont également conformes au Plan d'Action décennal de mise en œuvre 2063, aux ODD et à l'UNGS 2016-2030.

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

**20.** L'investissement dans la SRMNIA permettra aux individus et aux couples d'avoir une vie sexuelle saine, exempte de VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles ; d'avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent et quand ils le veulent, d'accoucher en toute sécurité et d'avoir des nouveau-nés en bonne santé. Bien que des progrès significatifs aient été réalisés dans la dernière décennie, l'Afrique reste loin derrière d'autres régions du monde s'agissant des mesures sur la santé sexuelle et reproductive.

**21.** Environ 58% des femmes qui veulent éviter une grossesse n'ont pas recours aux méthodes de contraception efficaces et représentent une part disproportionnée de 93% des grossesses<sup>5</sup> non désirées. Soixante-six pour cent des personnes les plus pauvres en Afrique n'ont pas accès aux services de santé pour les soins prénatals (4+) et l'accouchement, tandis que 78% des femmes et des nouveau-nés qui ont besoin de soins suite aux complications médicales de la grossesse et de l'accouchement et les complications pendant et peu de temps après l'accouchement ne les reçoivent pas. De plus, 73% des femmes enceintes vivant avec le VIH ne reçoivent pas les médicaments antirétroviraux qui permettraient de protéger leur santé et d'éviter la transmission du VIH<sup>6</sup> mère -enfant. Ces besoins non satisfaits constitueraient la base pour le calcul du coût dans le scénario de besoins non satisfaits (voir le tableau 3).

<sup>5</sup> Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up. The Costs and benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health. Décembre 2014

<sup>6</sup> Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up. Investing in Sexual and Reproductive Health in Sub-Saharan Africa. Décembre 2014

**22.** À la fin de 2014 Il a été estimé que le coût total des soins de santé reproductive en Afrique serait de 17.2 milliards de dollars par an. Ce coût comportait 3,2 milliards de dollars si tous les besoins des contraceptifs des femmes sont satisfaites, 11,2 milliards de dollars pour les soins liés à la grossesse, 3.1 milliard de dollars pour les soins du VIH de la mère et nouveau-né jusqu'à six semaines après l'accouchement pour les personnes vivant avec le VIH et 0.7 milliard de dollars pour les soins pour les IST couvrant quatre majeures IST curables (chlamydia, gonorrhée, syphilis, trichomonase)<sup>7</sup>.

**23.** Le coût total de la santé SRMNIA en Afrique est constitué de coûts directs et indirects. Les coûts directs comportent le coût des médicaments / fournitures et les coûts afférents au personnel ou aux agents de santé. Les coûts indirects incluent de nombreux types de soutien du programme, tels que la supervision et la formation du personnel, l'information et l'éducation sur la planification familiale, les services de construction et de maintenance, le développement et l'entretien des systèmes d'approvisionnement des produits, et d'autres programmes et la gestion managériale<sup>6</sup>. Les moyennes des coûts directs et indirects pour la fourniture des niveaux actuels de soins, l'amélioration des soins pour les utilisateurs actuels et 100% des besoins de la SRMNIA ont été calculées. Les coûts directs comptent pour près de 40%, tandis que les coûts indirects constituent près de 60%. Les coûts afférents au personnel constituent 36% des coûts directs en ce qui concerne la planification familiale, tandis que pour les autres soins de SRMNIA, le coût afférent au personnel constitue 64% des coûts directs. <sup>6</sup>

**24.** L'année de base pour le calcul des coûts de cette MPOA est 2015. Le coût total de la SRMNIA pour 2015 a été extrapolée à partir de celui de décembre 2014. <sup>6</sup> ; ajusté pour l'inflation (0,1%) en 2015<sup>8</sup>. Par conséquent, le coût total de la fourniture de 100% de la SRMNIA en Afrique était de 17 670 000 000 dollars en 2015 (Tableau 2). L'estimation des coûts pour la MPOA au titre de 2016-2030 a été calculé en ajustant le coût à l'année de base pour l'inflation annuelle (1,49% pour 2016, 2,37% pour 2017, 2,54 pour 2018, 2,33% pour 2019, 2,31% pour 2020, 2,00% pour la période 2021 à 2025 et 2,25% pour la période 2026 à 2.030 <sup>8</sup>, et les changements en matière de fécondité et de la population (sur la base des projections des variances moyennes des Nations Unies réalisées en 2015) <sup>9</sup>. Selon ces projections, la population africaine augmentera de 493million de personnes en 2030 du nombre de 1.186 milliards de personnes en 2015, sur la base des changements de fécondité prévalant au cours de la période de 2.015 à 2.030. Cela implique qu'il y aura une augmentation annuelle moyenne de 33 millions de personnes par an. Il est toutefois estimé que pour offrir à toutes les femmes de la région un ensemble complet de soins qui comprenant des services modernes de planification familiale ; les soins maternels et néonataux et les soins de VIH/IST 18 dollars par personne seront requis<sup>7</sup>. Cela implique que l'ajustement des augmentations démographiques fondées sur les projections des variances moyennes des Nations Unies sera de 0,59 dollars par an.

<sup>7</sup> <http://www.statista.com/statistics/244983/projected-inflation-rate-in-the-united-states/>

<sup>8</sup> <http://www.tradingeconomics.com/united-states/inflation-cpi>

<sup>9</sup> United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP.241.

**25.** Les estimations des coûts pour ce MPOA reflètent les exigences pour les soins de la SRMNIA selon deux scénarios : (1) le coût lorsque les besoins en soins de la SRMNIA de toutes les femmes sont satisfaits (2) le coût nécessaire pour fournir les besoins des femmes en soins non satisfaits de la SRMNIA sur le continent. Après tous les ajustements, un total de 318 milliards de dollars sera nécessaire de 2016 à 2030 pour répondre aux besoins de la SRMNIA sur le continent (Tableau 2), tandis que 182 milliards de dollars seront nécessaires pour couvrir les besoins non satisfaits de la SRMNIA sur le continent (Tableau 3). Ces estimations devraient être révisées et mises à jour en se basant sur l'expérience acquise dans la mise en œuvre des programmes et de nouvelles preuves. Toutefois, ce qui est le plus important est que les plans nationaux contiennent des définitions détaillées des interventions appropriées pour répondre aux besoins nationaux en matière de santé sexuelle et reproductive et que les investissements reflètent et à améliorent les capacités nationales pour leur mise en œuvre et suivi.

**26.** Toutefois, les principes de l'analyse en cours doivent être respectés, y compris le fait que les plans devraient viser la réalisation de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive d'ici 2030, l'augmentation des investissements et des mesures pour améliorer les ressources humaines dans le domaine de la santé, ces plans et devis comprennent les ressources pour renforcer le système de santé, y compris les allocations pour le suivi, la supervision, les fonctions publiques de santé de base, l'action communautaire et d'autres fonctions de soutien nécessaires, que des ressources supplémentaires seront nécessaires pour traiter les éléments explicitement non inclus (tels que les investissements en capital) et que d'autres investissements seront nécessaires dans des secteurs autres que la santé qui soutient et avance les progrès vers les objectifs liés à la santé, y compris ceux relatifs aux objectifs de développement durable. Les estimations actuelles indiquent l'ampleur de l'effort nécessaire et devraient permettre une réponse appropriée des gouvernements, des donateurs, de la société civile et du secteur privé.

**Tableau 1 : Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction -2016-2030-**

| <b>Orientation stratégique</b>  | <b>Actions prioritaires</b>  | <b>Indicateurs de suivi des progrès</b>  |
|---|--|--|
| 1. Améliorer l'engagement politique, le leadership et la gouvernance en faveur de la SRMNIA (Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent) | 1.1 Vulgariser le Plan d'action de Maputo 2016-2030 aux niveaux continental, régional et national  | Présence d'une feuille de route chiffrée pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néo-natale et infantile  |
|   | 1.2 Intégrer la santé maternelle, néo-natale, infantile et de l'adolescent dans d'autres services de santé   | Existence de Cadres et de Plans stratégiques nationaux de santé qui intègrent des services en matière de SRMNIA, VIH/SIDA/IST, paludisme.  |
|   | 1.3 Élaborer une stratégie de communication et un plan de mise en œuvre pour le Plan d'action de Maputo 2016-2030  | Mise en place d'une stratégie de communication et d'un plan de mise en œuvre du Plan d'action de Maputo  |
|   | 1.4 Haut niveau d'engagement et de leadership et politique en faveur de la SRMNIA  | Nombre de pays ayant atteint les engagements continentaux/ mondiaux en faveur de la SRMNIA<br><br>Proportion du budget de santé des pays affectés à la SRMNIA<br><br>Proportion de pays dont les comptes nationaux de santé assurent le suivi des allocations et des dépenses en matière de la SRMNIA                |
| 2. Elaborer une législation en matière de santé pour soutenir la SRMNIA   | 2.1 Supprimer les obstacles juridiques, réglementaires et politiques limitant l'accès aux produits, programmes et services de santé sexuelle et reproductive de base | Nombre de pays disposant de lois et de règlements qui garantissent l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, à l'information et à l'éducation à toutes les femmes de 15 à 49 ans<br><br>Existence de cadres politiques, juridiques et réglementaires pour soutenir les services de SRMNIA pour les jeunes |
|   | 2.2 Élaborer et mettre en œuvre des cadres juridiques et politiques qui empêchent le mariage des enfants   | Pourcentage des États membres ayant des stratégies et des plans d'action nationaux visant à mettre fin au mariage des enfants<br><br>Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou vivant en couple avant 18 ans ou prévalence du mariage des enfants  |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | 2.3 Mettre en œuvre des politiques, stratégies et plans d'action visant à réduire les grossesses non désirées et les avortements à risque  | Nombre de pays qui préparent un rapport de situation sur l'avortement à risque<br><br>Proportion des avortements à risque  |
|   | 2.4 Développer des cadres juridiques, des stratégies et des programmes qui traitent de la violence basée sur le genre (VBG)  | Prévalence de la VBG<br><br>Proportion de cas de VBG portés devant les tribunaux<br><br>Nombre de pays ayant des programmes qui traitent de la VBG   |
| 3. Egalité entre les hommes et les femmes, autonomisation et droits humains | 3.1 Des jeunes et des adolescents et lutter contre la violence sexuelle et basée sur le genre  | Proportion des femmes et des jeunes filles (de 15 à 49 ans) ayant eu une relation dans laquelle elles ont été soumises à la violence physique et/ou sexuelle par un partenaire intime actuel ou passé au cours des 12 derniers mois<br><br>Proportion de femmes et de filles (agées 15 à 49 ans) victimes de violences sexuelles par des personnes autres que leur partenaire intime, depuis l'âge de 15 ans     |
|   | 3.2 Éradiquer la pratique des mutilations génitales/excision féminines et autres pratiques traditionnelles néfastes  | Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont subi des mutilations génitales/excision féminines, par groupe d'âge  |
| 4. Améliorer l'information, l'éducation et la communication sur la SSR      | 4.1 Cibler les enfants, les adolescents et les jeunes scolarisés et non scolarisés ayant une éducation sexuelle complète tenant compte de leur âge et de leur spécificité culturelle qui implique les parents et les communautés | Pourcentage d'enfants, d'adolescents et de jeunes scolarisés et non scolarisés qui participent aux programmes complets d'éducation sexuelle  |
|   | 4.2 Instituer une communication efficace sur le changement de comportement et des mécanismes de partage pour promouvoir les services de SSR, notamment des initiatives visant à réduire les inégalités entre les sexes           | Nombre de pays mettant en œuvre une stratégie de communication globale sur la SRMNIA qui intègre des initiatives visant à réduire les inégalités entre les sexes, les pratiques traditionnelles néfastes et la VBG<br><br>Pourcentage de femmes âgées entre 15 et 49 ans qui prennent des décisions éclairées en matière de relations sexuelles, d'utilisation des contraceptifs, et de soins de santé génésique |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | 4.3 Encourager la participation de la communauté à la SRMNIA, avec un accent particulier sur la participation des hommes.   | Pourcentage d'hommes qui accompagnent leurs épouses, les enfants et les adolescents aux services de SRMNIA  |
| 5. Investir dans les adolescents, les jeunes et autres populations vulnérables et marginalisées                    | 5.1 Améliorer l'accès et l'utilisation des services de SSR de qualité pour les jeunes et les adolescents, notamment la vaccination contre le VPH  | Proportion de jeunes ayant accès aux services de SSR<br><br>Taux de natalité chez les adolescentes (10-14 ans et 15-19 ans)<br><br>Prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans<br><br>Proportion de filles vaccinées avec 3 doses de vaccin contre le VPH dès l'âge de 15 ans<br><br>Taux de prévalence de la contraception |
|  | 5.2 Veiller à ce que tous les garçons et les filles aient accès jusqu'à son terme, à un enseignement primaire et secondaire gratuit, équitable et de bonne qualité  | Pourcentage d'enfants/jeunes qui atteignent au moins un niveau minimum de compétence (a) pour la lecture et (b) les mathématiques au terme de chaque niveau d'enseignement  |
|  | 5.3 Investir dans les pauvres et les marginalisés et leur donner les moyens de faire face à leurs défis en matière de SRMNIA  | Pourcentage des populations les plus à risque (notamment les réfugiés et autres personnes déplacées) bénéficiant de services liés à la SRMNIA et au VIH   |
| 6. Optimiser le fonctionnement du système de santé et améliorer les ressources humaines nécessaires pour la SRMNIA | 6.1 Renforcer les systèmes de soins de santé primaires en intégrant des services complets et de qualité, en matière de la SRMNIA VIH/SIDA, paludisme/tuberculose, en particulier à tous les niveaux du système de santé | Existence de cadres et plans nationaux sur des initiatives de santé intégrant des services de SRMNIA, VIH/SIDA/IST et paludisme/tuberculose   |
|  | 6.2 Renforcer les systèmes de référence pour les services de la SRMNIA  | Nombre de pays ayant des systèmes de référence spécialisés pour les services de SRMNIA  |
|  | 6.3 Assurer la disponibilité de la gamme la plus large de médicaments et de produits pour la SRMNIA   | Couverture des interventions de dépistage (vaccination complète des enfants, thérapie ARV, traitement de la tuberculose, assistance du personnel qualifié lors des accouchements)   |
|  | 6.4 Élargir l'accès aux interventions de santé à fort impact telles que la vaccination ;  | Taux de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes   |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <p>l'assistance du personnel qualifié lors des accouchements et les soins de qualité, notamment les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) pour les mères, les nouveau-nés et les enfants et l'accès à la contraception</p> | <p>Taux de mortalité néonatale pour 1.00 naissances vivantes</p> <p>Taux de mortinatalité (et taux de mortinatalité intrapartum)</p> <p>Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes</p> <p>Satisfaction des besoins de planification familiale</p> <p>Pourcentage d'enfants recevant tous les vaccins (tel que recommandé par les calendriers nationaux de vaccination)</p> <p>Prévalence du retard de croissance (taille par rapport à l'âge &lt;-2 ET) chez les enfants de moins de cinq ans</p> <p>Prévalence d'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans</p> <p>Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié</p> <p>Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans et de nouveau-nés ayant bénéficié d'un bilan de santé dans les 2 jours suivant l'accouchement</p> <p>Nombre d'établissements pour 500.000 fournissant des soins obstétriques d'urgence de base et complets (de base et complets)</p> |
|  | <p>6.5 S'attaquer au fardeau de plus en plus lourd des cancers des organes reproducteurs, notamment les cancers du sein, du col de l'utérus et de la prostate en investissant dans des stratégies de prévention, y compris le</p>     | <p>Proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans qui déclarent avoir subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus</p> <p>Existence d'une politique nationale relative au cancer des organes reproducteurs</p>   |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | vaccin contre le VPH et le dépistage systématique, le traitement précoce au niveau des soins primaires, et des transferts fiables vers des services de soins plus spécialisés | Proportion des filles vaccinées avec 3 doses de vaccin contre le VPH dès l'âge de 15 ans   |
|  | 6.6 Redoubler les efforts visant à éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant  | <p>Pourcentage de femmes enceintes fréquentant des CPN ayant subi un test pour le VIH et connaissant leurs résultats (données disponibles pour « Les femmes enceintes testées pour le VIH »)</p> <p>Pourcentage de nourrissons infectés nés de mères séropositives</p> <p>Pourcentage de femmes enceintes séropositives recevant des médicaments antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH</p>   |
|  | 6.7 Renouveler et renforcer la lutte contre le paludisme  | <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII la nuit précédente</p> <p>Proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant de la fièvre au cours des deux dernières semaines qui ont subi un prélèvement sur le doigt ou sur le talon</p> <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant de la fièvre au cours de 2 dernières semaines qui ont reçu un traitement antipaludique dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre, conformément à la politique nationale</p> <p>Proportion de femmes ayant reçu trois doses ou plus de traitement préventif intermittent lors des visites prénatales pendant leur dernière grossesse</p> |
|  | 6.8 Améliorer le recrutement, le développement et la formation, la motivation et la fidélisation du personnel de santé  | Nombre de professionnels de la santé pour 100.000 habitants (Ventilé par cadre et par région géographique)   |
|  | 6.9 Mettre en œuvre le Règlement sanitaire international 2005   | Nombre de pays qui ont pleinement conformés aux exigences de l'IRG 2005  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 7. Améliorer les partenariats et les collaborations avec le secteur privé, les communautés, d'autres secteurs extra sanitaires, les OSC et autres partenaires | 7.1 Accroître et harmoniser les ressources financières extérieures conformément aux engagements mondiaux   | <p>Pourcentage du budget total mobilisé auprès des donateurs/partenaires de développement pour la SRMNIA</p> <p>Nombre/pourcentage de partenaires de développement ayant des cadres opérationnels et de financement conformes aux priorités continentales, sous régionales et nationales de la SRMNIA</p>   |
|   | 7.2 Élaborer des politiques qui encouragent la participation de la société civile, du secteur privé et des communautés dans la prestation des services de SRMNIA dans les programmes nationaux   | Proportion de pays mettant en œuvre des politiques sur le partenariat public-privé en matière de Santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR)   |
|   | 7.3 Renforcer les partenariats triangulaires Sud-Sud, Nord-Sud et la Coopération de la diaspora dans la réalisation des objectifs de SDSR (notamment l'institutionnalisation des échanges techniques et le partage des meilleures pratiques) | <p>Nombre d'institutions ayant établi des partenariats stratégiques formels en vue d'échanges techniques</p> <p>Mise en place de Forum pour le partage des meilleures pratiques</p>   |
| 8. Assurer la responsabilisation et renforcer le suivi et l'évaluation, la recherche et l'innovation  | 8.1 Mettre en place une solide recherche nationale intégrée fondée sur les résultats, l'innovation et les systèmes de suivi et d'évaluation intégrant des enquêtes démographiques  | <p>Nombre de pays disposant de systèmes nationaux intégrés de Recherche, d'Innovation, de Suivi et d'Evaluation</p> <p>Nombre de pays disposant d'un système intégré de S &amp; E national qui prend en compte les tendances du marché des actions</p> <p>Nombre de pays disposant de systèmes nationaux intégrés de Recherche, d'Innovation, de Suivi et d'Evaluation qui intègrent des mécanismes permettant le suivi des ressources financières destinées à la SRMNIA</p> <p>Enquêtes auprès des ménages et évaluations des prestations de services effectuées régulièrement</p> |
|   | 8.2 Mettre en œuvre ou renforcer les systèmes MCDSR qui surveillent, évaluent et tiennent compte de tous les   | Nombre de pays ayant institutionnalisé les systèmes MCDSR   |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | facteurs qui contribuent à la dégradation de la santé maternelle, notamment ceux qui ont trait à la prestation de services, à l'accès et aux obstacles socio-culturels/inégalités liés au sexe         |  |
|  | 8.3 Développer/Renforcer l'état civil et les systèmes de statistiques démographiques   | Pourcentage d'enfants de moins de 5 dont les naissances ont été enregistrées auprès de l'autorité civile<br><br>Enregistrement de la naissance [et du décès]   |
|  | 8.4 Renforcer la recherche et l'innovation   | Pourcentage du budget national alloué à la santé et à l'innovation   |
|  | 8.5 Renforcer le suivi, l'établissement de rapports et la responsabilisation par rapport au Plan d'Action de Maputo  | Mise en place d'un mécanisme continental de responsabilisation pour le Plan d'Action de Maputo   |
| 9. Accroître le financement et les investissements en matière de santé | 9.1 Accroître les ressources nationales pour la santé en garantissant l'approfondissement et l'inclusion financière  | Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses totales de l'Etat<br><br>Dépenses publiques de santé par habitant<br><br>Pourcentage des besoins financiers totaux nécessaires à la SRMNIA mobilisé auprès des sources nationales  |
|  | 9.2 Identifier et mettre en place des lignes budgétaires et des allocations budgétaires pour des interventions et des programmes essentiels et d'un meilleur rapport coût-efficacité en matière de SSR | Existence de lignes budgétaires pour les interventions essentielles/d'un meilleur rapport coût-efficacité dans le cadre du budget consacré aux SSR/SRMNIA  |
|  | 9.3 Suppression des frais d'utilisation pour les services SSR/SRMNIA et Institution de régimes de protection sociale innovants   | Frais de santé à la charge du patient/des ménages pour avoir accès ou obtenir des services (collectés par intermittence)<br><br>Fraction de la population protégée contre les dépenses de santé catastrophiques/appauvrissants<br><br>Pourcentage de la population couverte par les régimes de protection sociale, notamment l'assurance maladie |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | 9.4 Soutenir et encourager les Etats membres à investir dans les infrastructures médicales et la fabrication locale des équipements de santé, des médicaments et des consommables | Mise en place de cadres juridiques et politiques en vue de la production locale d'équipements de santé, des médicaments et de consommables<br><br>Existence de systèmes pour la production locale et la fourniture d'équipements de santé, de médicaments et de consommables |
|--|---|--|

**Tableau 2 : Besoins en ressources nécessaires pour la SRMNIA en Afrique (2016-2030). Scénario de projection des besoins non satisfaits, avec des ajustements du programme et du système (en milliards de \$ US)**

| <b>Tous les besoins satisfaits</b>       |              |              |              |              |              |              |                  |                  |                  |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>Libellé</b>                           | <b>2015</b>  | <b>2016</b>  | <b>2017</b>  | <b>2018</b>  | <b>2019</b>  | <b>2020</b>  | <b>2021-2025</b> | <b>2026-2030</b> | <b>2016-2030</b> |
| <b>Frais de personnel</b>                |              |              |              |              |              |              |                  |                  |                  |
| Planification familiale                  | 0,46         | 1,06         | 1,67         | 2,29         | 2,93         | 3,60         | 21,31            | 22,39            | 55,25            |
| Grossesse et soins du nouveau-né         | 2,81         | 2,85         | 2,92         | 2,99         | 3,66         | 4,34         | 25,09            | 26,25            | 68,10            |
| Soins/traitement du VIH                  | 0,44         | 0,45         | 0,46         | 0,47         | 1,08         | 1,70         | 11,62            | 12,48            | 28,26            |
| Traitement des IST                       | 0,10         | 0,10         | 0,10         | 0,11         | 0,70         | 1,31         | 9,67             | 10,48            | 22,48            |
| <b>Effectif total (A)</b>                | <b>3,81</b>  | <b>3,87</b>  | <b>3,96</b>  | <b>4,06</b>  | <b>4,75</b>  | <b>5,45</b>  | <b>30,79</b>     | <b>32,08</b>     | <b>84,96</b>     |
| <b>Médicaments et fournitures</b>        |              |              |              |              |              |              |                  |                  |                  |
| Planification familiale                  | 0,86         | 0,87         | 0,89         | 0,91         | 1,53         | 2,16         | 13,96            | 14,87            | 35,19            |
| Grossesse et soins du nouveau-né         | 1,66         | 1,68         | 1,72         | 1,76         | 2,40         | 3,05         | 18,52            | 19,53            | 48,65            |
| Soins/traitement du VIH                  | 0,83         | 0,84         | 0,86         | 0,88         | 1,50         | 2,13         | 13,81            | 14,72            | 34,74            |
| Traitement des IST                       | 0,19         | 0,19         | 0,19         | 0,20         | 0,80         | 1,41         | 10,16            | 10,99            | 23,94            |
| <b>Total médicaments/fournitures (B)</b> | <b>3,53</b>  | <b>3,58</b>  | <b>3,66</b>  | <b>3,76</b>  | <b>4,44</b>  | <b>5,13</b>  | <b>29,16</b>     | <b>30,41</b>     | <b>80,14</b>     |
| <b>Programme et systèmes (C)</b>         | <b>10,33</b> | <b>10,48</b> | <b>10,73</b> | 11,01        | 11,86        | 12,72        | 67,86            | 69,98            | 194,64           |
|  |              |              |              |              |              |              |                  |                  |                  |
| <b>Total général (A+B+C)</b>             | <b>17,67</b> | <b>17,93</b> | <b>18,36</b> | <b>18,82</b> | <b>19,86</b> | <b>20,91</b> | <b>109,61</b>    | <b>112,67</b>    | <b>318,16</b>    |

**Tableau 3: Besoins en ressources nécessaires pour la SRMNIA en Afrique (2016-2030), Scénario de projection des besoins non satisfaits, avec des ajustements du programme et du système (en milliards de \$ US)**

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

## **ROLE DES PARTIES PRENANTES**

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

1. L'Union africaine entreprendra un plaidoyer de haut niveau pour assurer l'engagement politique et le leadership du plan, plaider en faveur d'un accroissement des ressources en faveur de la SRMNIA, identifier et partager les meilleures pratiques. De plus, la Commission veillera à ce que les politiques et les stratégies entre les Etats membres soient harmonisées avec les instruments continentaux et mondiaux et mettra en place un mécanisme de suivi, d'établissement de rapports et de reddition de comptes pour le plan en vertu duquel des évaluations des progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan seront assurées tous les deux ans, cinq ans, dix ans et en fin de parcours. Des plates-formes de données et de meilleures pratiques seront organisées par la Commission de l'Union africaine pour soutenir le mécanisme de suivi, d'établissement de rapports et de reddition de comptes

### **b) Les Communautés économiques régionales**

2. Les Communautés économiques régionales devront, entre autres, mener un plaidoyer de haut niveau, fournir un appui technique aux Etats membres, notamment la formation dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, plaider en faveur d'un accroissement des ressources consacrées à la santé sexuelle et reproductive, harmoniser la mise en œuvre des plans d'action nationaux, suivre les progrès accomplis chaque année, identifier et partager les meilleures pratiques

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

3. Les États membres intégreront et mettront en œuvre le Plan de mise en œuvre du cadre d'orientation continental pour la SDSR. Ils mettront en place le plaidoyer, la mobilisation des ressources et des crédits budgétaires comme preuve de leur appropriation et surveilleront la mise en œuvre du plan sur une base annuelle. Ils inviteront également la société civile, le secteur privé et d'autres secteurs extra-sanitaires (éducation, eau et assainissement, environnement, travail et emploi, etc.) et les groupes religieux à participer aux programmes nationaux et à s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé qui ont une incidence sur les résultats de la SSR,

### **d) Les partenaires**

4. Conformément au principe de Paris, les organisations multilatérales et bilatérales, les organisations de la société civile nationales et internationales et d'autres partenaires de développement adapteront leurs plans d'assistance et de coopération financière et technique aux priorités et besoins nationaux et régionaux pour la mise en œuvre du plan d'action.

## CONCLUSION

5. Les dirigeants africains ont l'obligation civique de répondre aux besoins et aux droits de leurs populations en matière de santé sexuelle et reproductive. Ce plan d'action démontre clairement leur engagement à faire progresser la santé et les droits sexuels et reproductifs en Afrique,

## BIBLIOGRAPHIE

1. The World Bank Group 2016, Poverty Overview 7<sup>th</sup> October 2015, <http://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview>
2. Resource Flows Project, 2006, A financial resource flows for population activities in 2004, *UNFPA/UNAIDS/Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute*,
3. African Union Maputo Plan of Action (MPoA) Review Report, 2015
4. The United Nations, New York 2015: The Millennium Development Goal Report 2015, [http://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG 2015](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%2015.pdf)
5. Singh S, Darroch JE, Ashford LS, Adding it up, The Costs and benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health, December 2014
6. Singh S, Darroch JE, Ashford LS, Adding it up, Investing in Sexual and Reproductive Health in Sub-Saharan Africa, December 2014
7. Statista, Projected Annual Inflation rate in the United States from 2008 to 2020, <http://www.statista.com/statistics/244983/projected-inflation-rate-in-the-united-states/>
8. Trading Economics, The United States Inflation rates from 1914 to 2016, <http://www.tradingeconomics.com/united-states/inflation-cpi>
9. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015), *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*, Working Paper No, ESA/P/WP,241,
10. Indicators and a Monitoring Framework for the Sustainable Development Goals, Launching a data revolution for the *SDGs: A report to the Secretary-General of the United Nations by the Leadership Council of the Sustainable Development Solutions Network*, May 2015
11. Monitoring & Evaluation Indicator Reference Guide, Department of Social Affairs, African Union Commission, July 2011
12. Bertrand J,T and Escudero G, 2002, *Compendium of Indicators for Evaluating Reproductive Health Programmes*, August 2002, Measure Evaluation Manual Series, No, 6, Volumes 1 & 2,
13. UNFPA and Centre for Reproductive Rights, *Reproductive Rights: A Tool for Monitoring State Obligations*, [www.reproductiverights.org](http://www.reproductiverights.org)
14. Grittner A,B, 2013, *Results based Financing: Evidence from performance -based financing in the health sector*, Deutsches Institut für Entwicklungspolitik gGmbH
15. Ashraf A, Kane TT, Shahriar A, Khuda-e –B, 1999, *Male involvement in Reproductive Health Services in Bangladesh: A Review*, ICDDR, B: Centre for Health and Population Research, Mohakhali Dhaka 1212 Bangladesh, ICDDR,B 199, Special Publication No,94
16. World Health Organization, 2008, *Toolkit on Monitoring Health Systems Strengthening: Health Systems Financing*
17. World Health Organization, 2008, *Toolkit on Monitoring Health Systems Strengthening: Health Systems Governance*
18. Sara Pacqué-Margolis, Crystal Ng, and Sylvia Kauffman, Intra-Health International, 2011, *Human Resource for health indicator Compendium*, USAID, Capacity Plus,

19. World Health Organization, 2010, *Report of the meeting on HPV Vaccine Coverage and Impact Monitoring* 16-17 November 2009 Geneva, Switzerland
20. Williams K, Warren C, and Askew I, 2010, *Planning and Implementing an Essential Package of Sexual and Reproductive Health Services: Guidance for Integrating Family Planning and STI/RTI with other Reproductive Health and Primary Health Services*
21. Results of the list of indicators reviewed at the second IAEG-SDG meeting, 2<sup>nd</sup> November 2015
22. Sexual and Reproductive Health and Rights Continental Policy Framework, African Union Commission 2006,