



## **Le plan d'Action sur la Santé Sexuelle et Reproductrice et les Droits (le Plan d'Action de Maputo)**



**COMMISSION DE L'UNION AFRICAINE**

**AFRICAN UNION**

**الاتحاد الأفريقي**



**UNION AFRICAINE**

**UNIÃO AFRICANA**

---

Addis Ababa, ETHIOPIA P.O. Box 3243 Tel: 251-115 517 700 Fax: 251-11-5 517844  
Website : [www.africa-union.org](http://www.africa-union.org)

---

**SESSION SPÉCIALE DE LA CONFÉRENCE DES MINISTRES  
DE LA SANTÉ DE L'UNION AFRICAINE  
MAPUTO, MOZAMBIQUE  
18 – 22 SEPTEMBRE 2006**

**Sp/Min/CAMH/5(I)**

**Thème : « *Accès universel aux services intégrés de santé en  
matière de sexualité et de reproduction en Afrique* »**

**Plan d'action de Maputo  
pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental  
pour la promotion des droits et de la santé en matière  
de sexualité et de reproduction en Afrique  
2007-2010**

## **REMERCIEMENTS**

Le tableau de la couverture a été peint par un artiste Ethiopien, ASNAKE MELESSE  
. Galerie Makush. Addis Ababa. Juillet 2006

## Avant-propos

La Commission de l'Union africaine se félicite de l'approbation par les ministres de la Santé de l'UA, lors de leur session spéciale tenue au Mozambique en septembre 2006, du Plan d'action sur la Santé et les droits sexuels et de reproduction (Plan d'action de Maputo), qui a été ensuite approuvé par le Conseil exécutif de l'UA et entériné par le Sommet lui-même à la 8ème session ordinaire de l'Assemblée des Chefs d'Etat et de gouvernements africains, tenue à Addis-Abeba, Ethiopie, en janvier 2007.

Il m'est agréable de noter que l'Union africaine a été en mesure d'élaborer et d'approuver, en moins d'une année, un Plan concret, assorti des estimations des coûts pour sa mise en oeuvre, à l'issue de l'adoption (en janvier 2006) du Cadre Directeur continental pour la promotion de la santé et des droits sexuels et de reproduction. Il convient de se féliciter d'un suivi si rapide d'un instrument d'orientation politique, dans le cadre du travail de la Commission. La Session spéciale des ministres de la santé de l'UA, qui ont examiné et approuvé le Plan en septembre 2006 à Maputo, a été presque sans précédent avec la participation de 49 des 53 pays africains, de 38 agences multilatérales et bilatérales, ainsi que des représentants des CER, des institutions privées et des membres de la société civile.

A cet égard, je voudrais exprimer mes sincères remerciements tout d'abord aux ministres de la Santé de l'UA, aux experts des Etats membres ainsi qu'aux autres promoteurs d'une meilleure santé pour tous, pour les résultats positifs découlant du Plan d'action.

Le plan offre aux Etats membres de l'Union africaine, tant un outil de gestion que de mobilisation de ressources en vue de la mise en oeuvre des objectifs applicables et appropriés conformément aux différentes priorités nationales.

En tant que promoteur du développement, de la croissance et de la prospérité de l'Afrique, la Commission est pleinement consciente de l'importance de la macro économie de la santé, y compris la santé en matière de reproduction, notamment la manière dont elle pourrait favoriser la promotion des femmes et de la famille partout dans le monde et particulièrement en Afrique où la mortalité maternelle est la plus élevée et où la charge de morbidité et de la mauvaise santé demeure un des défis majeurs lancés au développement de la plupart des pays de notre continent. L'Afrique est en droit de se féliciter d'avoir doté ses populations d'instruments continentaux propres à réduire la charge de morbidité.

Au nom de la Commission et en mon nom propre, je voudrais également exprimer ma gratitude à tous nos partenaires, y compris la Commission Européenne, le FNUAP, l'IPPF, la Fondation de Bill Gates et ceux qui ont fait montre d'engagement dans le cadre de la mise en oeuvre du Cadre Directeur continental pour la promotion de la santé et des droits sexuels et de reproduction (SRH). La Commission attend un partenariat productif et s'engage à assumer son rôle de coordonnateur de tous les efforts déployés dans le cadre de la mise en oeuvre du Plan d'action par les pays.

Maître Beince Gwanas  
Commissaire en charge des Affaires sociales

## INTRODUCTION

1. Reconnaissant que les pays africains risquent de ne pas atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) s'ils n'améliorent pas de manière significative l'état de santé de leurs populations en matière de sexualité et de reproduction, qui est essentiel pour la réalisation de l'OMD 1 à savoir la réduction de la pauvreté, la deuxième session ordinaire de la Conférence des ministres africains de la Santé, réunie à Gaborone, au Botswana, en octobre 2005, a adopté le Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique, qui a été entérinée par le Sommet des chefs d'Etat de l'Union africaine en janvier 2006.

2. Le Cadre d'orientation continental traite des problèmes de santé de la reproduction auxquels l'Afrique est confrontée. Il appelle également au renforcement de la composante du secteur de la santé en augmentant l'allocation des ressources à la santé, afin d'améliorer l'accès aux services. Il préconise en outre l'intégration de la dimension genre dans les programmes de développement socioéconomique ainsi que la sécurité des produits de santé de la reproduction. Par ailleurs, les ministres de la santé de l'Union africaine ont recommandé que les SDRS doivent compter parmi les six premières priorités du secteur de la santé. En harmonie avec la recommandation ministérielle, les conclusions du Sommet mondial qui s'était tenu en septembre 2005 à New York avaient réitéré la nécessité de réaliser l'accès universel aux services, y compris l'accès aux services de santé en matière de reproduction.

3. Les ministres de la santé de l'Union africaine ont par ailleurs convoqué une session spéciale de leur conférence pour discuter des questions relatives à l'amélioration de la santé en matière de sexualité et de reproduction, et de la nécessité d'élaborer un Plan d'action (PA) concret, assorti de coûts pour la mise en œuvre du Cadre. Cette décision a été entérinée par le Sommet des chefs d'Etat et de gouvernement à Khartoum, au Soudan, en janvier 2006.

4. La Déclaration de Gaborone sur la feuille de route vers l'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge souligne, entre autres, la nécessité de mettre en place un système intégré de prestation de soins de santé basé sur un paquet essentiel de soins de santé, et l'élaboration d'un plan de développement de la santé assorti de coûts.

5. Le Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de santé en matière de sexualité et de reproduction vise à amener le continent vers l'objectif de l'accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique d'ici à 2015. Il s'agit d'un plan à court terme pour la période allant jusqu'à 2010 basée sur neuf (9) domaines d'activités à savoir l'intégration des services de santé en matière de sexualité et de reproduction (SDRS) dans les soins de santé primaire (SSP), la réorientation de la planification familiale, les services en faveur des jeunes, l'avortement dans des mauvaises conditions d'hygiène, l'accouchement sans risque, la mobilisation des ressources, la sécurité des produits de santé, le suivi et

l'évaluation. Le Plan, dans son contexte entier, est centré sur les SSR tel que préconisé dans le Plan d'action de 1994 de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui contient l'approche du cycle de vie. Ces éléments de la SDSR comportent la santé en matière de sexualité et de reproduction pour les adolescents, l'accouchement sans risque et les soins au nouveau-né, les soins de l'avortement<sup>1</sup>, la planification familiale, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles notamment IST/VIH/SIDA, la prévention et la gestion de la stérilité, la prévention et le traitement des cancers de l'appareil reproductif, la préoccupation concernant la vie des garçons, des filles, des hommes et des femmes, la santé des femmes et le développement, y compris la réduction de la violence liée à l'égalité entre les hommes et les femmes, la communication entre personnes et les services d'orientation et l'éducation sanitaire.

6. Le Plan s'inspire des meilleures pratiques et des interventions efficaces, et préconise des solutions à la vulnérabilité sous toutes ces formes, de l'inégalité entre hommes et femmes de la vie des communautés rurales et des jeunes des groupes spécifiques vulnérables tels que les personnes déplacées, les migrants et les réfugiés. Il reconnaît la nécessité de créer un environnement propice, de faire participer la communauté et les femmes ainsi que le rôle des hommes.

7. Tout en reconnaissant la nécessité d'accorder la priorité à la SDSR, le Plan indique que ce domaine doit être basé sur un système efficace de santé, doté de ressources financières et humaines suffisantes sans lesquelles les interventions de la SDSR ne seraient aboutir à moins de résoudre la crise. Il importe par conséquent de mobiliser les ressources nationales pour soutenir les programmes de santé, y compris le respect de l'engagement d'Abuja de 2001 d'augmenter à au moins 15% du budget national, l'allocation des ressources aux secteurs de la santé.

8. Tout en reconnaissant les circonstances spécifiques à chaque pays, le Plan est essentiellement élargi et flexible pour s'adapter aux cas de chaque pays. Il préconise un certain nombre d'actions principales mais ne limite pas les pays et ne demandent pas aux pays ayant déjà des stratégies de recommencer de nouveau. En revanche, il encourage tous les pays à réviser leurs plans sur la base du Plan d'action afin d'identifier les lacunes et les domaines qui méritent d'être améliorés. Dans le même temps, le Plan, tout en se concentrant sur l'action des pays, traite d'un ensemble de rôle dans les huit domaines d'activités de l'Union africaine, des communautés économiques régionales et des partenaires continentaux et internationaux. Il évoque également le rôle de la société civile et du secteur privé dans le cadre des programmes nationaux. Le Plan met en exergue les indicateurs de suivi des progrès à ces différents niveaux.

9. En dehors du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction, le Plan traite également de la Déclaration de Gaborone sur la Feuille de route pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins, de l'engagement de Brazzaville sur l'accélération de l'accès universel et de l'appel d'Abuja pour une action accélérée en faveur de l'accès universel aux services de lutte contre IST/VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme en Afrique.

<sup>1</sup> L'avortement tel que décrit au paragraphe 8.25 du Plan d'action de la CIPD comporte la prévention contre l'avortement, la gestion des conséquences de l'avortement et l'avortement sans risque là où la loi ne l'interdit pas.

## **RAISON D'ETRE DU PLAN D'ACTION**

10. Les conditions de santé de la reproduction ravagent le continent africain : 25 millions d'Africains infectés par le virus VIH ; 12 millions d'orphelins du SIDA ; 2 millions de décès pour cause de SIDA chaque année, les femmes sont de plus en plus affectées du fait de la féminisation de l'épidémie : 1 million de décès maternels et néonataux chaque année ; une femme africaine a 1 chance sur 16 de mourir en couches ; le taux élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale avec une croissance démographique rapide souvent supérieur à la croissance économique et la croissance des services sociaux de base (éducation et santé, ce qui contribue au cercle vicieux de la pauvreté et aux conditions de santé précaires. La réalisation de l'OMD 1 à savoir la réduction de la pauvreté et la prestation de services SDR se renforcent mutuellement.

11. Aujourd'hui, moins d'un tiers des Africains ont accès aux services de santé en matière de reproduction. Selon les tendances actuelles et si les conditions ne changent pas, l'Afrique n'atteindra pas l'accès universel des services de santé de la reproduction. Le défi étant de taille, nous devons redoubler nos efforts et accélérer les programmes visant à accélérer le processus d'accès et à réaliser, d'ici à 2015, l'objectif de l'accès aux services de santé de la reproduction.

12. L'Engagement pris à Brazzaville, en mars 2006, de passer à l'accès universel reconnaît, entre autres :

- i. l'importance de la construction d'infrastructures durables et du renforcement des systèmes et des capacités à tous les niveaux du système de soins de santé pour une lutte exceptionnelle contre IST/VIH/SIDA ;
- ii. que les médicaments et autres produits de base sont des droits humains et devraient être disponibles et accessibles à toute personne qui en a besoin en Afrique.

13. L'Appel d'Abuja pour une action rapide vers l'accès universel aux services de lutte contre IST/VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme en Afrique invite aussi au renforcement des systèmes de santé et à la promotion de l'intégration des services de lutte contre IST/VIH/SIDA dans les soins de santé primaires. Cet Appel a été réitéré à la session spéciale de l'Assemblée générale sur IST/VIH/SIDA tenue en 2006.

14. Tout ce qui précède est conforme au consensus réalisé lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue il y a de cela une décennie, et rappelle l'urgence nécessaire de redoubler d'efforts pour assurer l'accès universel à la SDR.

15. Le projet de Plan d'action tient compte de la pénurie grandissante de personnel de soins de santé et des menaces à la production et à la disponibilité des médicaments génériques. Par conséquent, une section entière est consacrée au

renforcement des capacités et une autre à la question de la disponibilité des produits.

## **BUT PRIMORDIAL**

16. L'objectif ultime de ce Plan d'action de Maputo est d'amener les gouvernements africains, la société civile, le secteur privé et tous les partenaires au développement du continent à unir leurs forces et redoubler d'efforts afin d'assurer ensemble la mise en œuvre effective de la politique continentale en réalisant l'accès universel à la santé en matière de sexualité et de reproduction d'ici à 2015 dans tous les pays africains.

17. La mise en œuvre du Cadre de politique en matière de santé sexuelle et génésique se fera à travers les stratégies essentielles suivantes :

- i. Intégrer les programmes et services SDRS et de lutte contre IST/VIH/SIDA et IST, y compris les cancers de l'appareil reproductif afin de maximiser l'efficacité de l'utilisation des ressources et réaliser la synergie complémentaire des deux stratégies ;
- ii. Repositionner la planification familiale comme volet essentiel pour atteindre les OMD dans le domaine de la santé ;
- iii. Œuvrer à la satisfaction des besoins en santé sexuelle et génésique des adolescents et des jeunes et en faire un volet essentiel de la santé sexuelle et génésique ;
- iv. Lutter contre l'avortement à risque ;
- v. Offrir des services de qualité à des coûts abordables afin de promouvoir la maternité sans risque, la survie de l'enfant et la santé maternelle, infantile et juvénile ;
- vi. Renforcer la coopération africaine Sud-Sud en vue de la réalisation des objectifs de la CIPD et les OMD en Afrique.

18. Le Plan d'action comprend des questions transversales telles que :

- L'accroissement des ressources nationales pour la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction ;
- L'inclusion des hommes en tant que partenaires essentiels aux programmes SDRS ;
- L'adoption d'une approche multisectorielle de la SDRS ;
- La promotion de l'implication et de la participation des communautés ;



- Le renforcement de la sécurité des produits de santé de la reproduction, avec un accent particulier sur la planification familiale, les services d'orientation et les soins obstétricaux d'urgence ;
- L'instauration de la recherche opérationnelle pour une action basée sur des résultats et la mise en place d'outils efficaces de suivi pour évaluer constamment les progrès réalisés dans la mise en œuvre du présent Plan d'action ;
- L'intégration de la nutrition dans les services SDSR et de la lutte contre IST/VIH/SIDA en particulier pour les femmes enceintes et les enfants en incluant la nutrition dans les programmes scolaires, l'institutionnalisation de l'enrichissement des aliments ;
- La participation des familles et des communautés ;
- La participation des ministères de la santé dans le règlement des conflits,
- L'équité dans la prestation de services dans les zones rurales et les zones urbaines.

19. Les estimations faites dans le présent Plan d'action représentent les besoins globaux pour la prestation de services de SDSR de qualité et à des coûts abordables sur le continent pendant la période de quatre ans allant de 2007 à 2010. Ce Plan d'action sera essentiellement financé par les ressources nationales et le reste devra être mobilisé.

### **GROUPES CIBLES PRIORITAIRES**

20. La santé en matière de reproduction englobe toute l'espérance de vie d'un individu, depuis la conception jusqu'à l'âge avancé et en tant que tel, les services SDSR doivent être fournis à tout ce qui en a besoin. La priorité sera accordée aux hommes et aux femmes en âge de procréer, aux nouveau-nés, aux jeunes, à la communauté rurale, à la population mobile et aux populations à travers les frontières, aux personnes déplacées et aux autres groupes marginalisés.

### **RESULTATS ESCOMPTEES**

21. Ce programme d'action offrira aux pays un cadre dont ils pourront s'inspirer. L'élaboration de nouvelles stratégies ne sera plus nécessaire ; il s'agira tout simplement d'intégrer des éléments de cette stratégie dans celles déjà existantes.

### **EVALUATION DES COUTS DU PLAN D'ACTION**

22. Des estimations préliminaires ont été faites pour les coûts directs de prestation des services requis pour évoluer progressivement vers l'accès universel aux services de santé en matière de sexualité et de reproduction d'ici à l'an 2015 (à

savoir la planification familiale, la maternité sans risque, la santé du nouveau-né et les interventions de lutte contre les infections sexuellement transmissibles). 3,5 milliards de \$EU sont requis pour les services de santé en matière de sexualité et de reproduction pour l'Afrique en 2007 et un montant total de 16 milliards de \$EU jusqu'en 2010.

23. La révision et la mise à jour des estimations préliminaires, en y incorporant les résultats des statistiques nationales sont nécessaires (voir annexe). Il s'agit de résultats provisoires qui dépendent des détails contenus dans l'annexe. Ces résultats révèlent également que les économies réalisées sur les autres interventions en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, sont de loin supérieur à la croissance négligeable dans les dépenses au titre de la prévalence de la planification familiale.

24. Ces estimations doivent être révisées et plus tard mises à jour sur la base de l'expérience acquise dans la mise en œuvre des programmes. Toutefois, le plus important est que les plans nationaux contiennent des définitions détaillées des interventions appropriées pour répondre aux besoins nationaux en services de santé en matière de sexualité et de reproduction, et que les investissements reflètent et renforcent les capacités nationales pour leur mise en œuvre et leur suivi.

25. Toutefois, il convient d'adhérer aux principes de l'analyse en cours, en faisant en sorte que les plans visent à réaliser, d'ici à 2015, l'accès universel aux services de santé de la reproduction. Il est nécessaire d'accroître l'investissement et l'action en vue d'augmenter les ressources humaines pour la santé ; ces plans et estimations prévoient les ressources pour le renforcement du système de santé y compris les allocations de fonds pour financer le suivi, la supervision, les fonctions de santé publique, l'action de la communauté et autres fonctions d'appui nécessaires pour lesquels les ressources additionnelles seront nécessaires pour financer les éléments qui ne sont pas prévus (investissements de capitaux) pour les secteurs autres que la santé qui soutiennent et aident à la réalisation des objectifs relatifs à la santé, y compris les objectifs du millénaire pour le développement. Les estimations actuelles sont à titre indicatif pour ce qui est des efforts requis et doivent permettre de mobiliser la réaction appropriée des gouvernements, des bailleurs de fonds, de la société civile et du secteur privé.

**Estimations des coûts pour la mise en œuvre pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique 2007–2010**

Résultats	Actions stratégiques	Indicateurs de suivi des progrès
<b>1. Les services SSR et de lutte contre le VIH, les IST, le paludisme sont intégrés dans les soins de santé primaires</b>		
<b>1.1 Plaidoyer/ politiques</b>	1.1.1a Intégrer la SDSR et la lutte contre IST/VIH/SIDA et le paludisme dans les principaux documents d'orientation et les plans nationaux en matière de santé.	1.1.1b Nombre de pays ayant des documents d'orientation et des plans nationaux intégrés sur les SSR, la lutte contre IST/VIH/SIDA et le paludisme.
	1.1.2a Mettre au point des politiques et des cadres juridiques pour la lutte contre IST/VIH/SIDA en appui à la prévention appropriée et intégrée IST/VIH/SIDA et paludisme, aux options de soins et de traitement pour inclure les femmes enceintes, les mères, les enfants, les familles et les personnes vivants avec le VIH et le SIDA.	1.1.2b Nombre de pays ayant mis en place des politiques et des cadres juridiques pour garantir l'accès aux options de soins et de traitement intégrés du VIH/SIDA/IST et du paludisme, pour les femmes enceintes, les mères, les enfants, les familles et les personnes vivant avec les VIH et le SIDA.
	1.1.3a Mettre au point et/ou mettre en œuvre des stratégies incluant les communautés pour traiter de la violence basée sur le genre, les mariages précoces et les pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations génitales féminines (MGF) en collaboration avec les autres parties prenantes	1.1.3bi Nombre de pays ayant mis au point et mettant en œuvre des stratégies qui traitent de la violence basée sur le genre.  1.1.3bii Législations en place sur la violence basée sur le genre.
	1.1.4a Entreprendre la recherche, mettre au point et/ou mettre en œuvre des stratégies pour traiter des mariages précoces et des pratiques traditionnelles néfastes (PTN) telles que les mutilations génitales féminines (MGF).	1.1.4b Nombre de pays ayant des programmes traitant des PTN.

Résultats	Actions stratégiques	Indicateurs de suivi des progrès
	1.1.5a Incorporer la gestion de la violence basée sur le genre dans les programmes de formation des agents de santé et des prestataires de services juridiques.	1.1.5b Nombre de pays ayant des programmes contenant des composantes relatives à la violence basée sur le genre.
	1.1.6a Formuler des politiques susceptibles de garantir l'accès aux préservatifs en particulier aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA.	1.1.6b Nombre de pays ayant des politiques qui garantissent l'accès aux préservatifs en particulier aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA.
	1.1.7a Formuler des politiques susceptibles de promouvoir la participation de la société civile et du secteur privé à la prestation de services SDRS dans le cadre des programmes nationaux.	1.1.7b Nombre de pays ayant et mettant en œuvre des politiques sur le partenariat secteur public et secteur privé relatifs aux SDRS.
	1.1.8a Encourager les efforts multisectoriels en vue de créer un environnement favorable à la promotion des politiques et programmes nationaux SDRS.	1.1.8b Pays ayant des plans multisectoriels en appui à la SDRS.
	1.1.9a Mettre au point et mettre en œuvre des stratégies susceptibles de réduire les pratiques traditionnelles néfastes.	1.1.9b Nombre de pays ayant des programmes et des politiques traitant les pratiques traditionnelles néfastes.
<b>1.2 Renforcement des capacités</b>	1.2.1a Mener des évaluations détaillées sur les systèmes de prestation de services de soins de santé afin d'évaluer les besoins en gestion de l'infrastructure et en ressources pour l'intégration effective des services de SDRS et de lutte contre VIH/SIDA/IST.	1.2.1b Nombre de PPS fournissant des services intégrés de la SDRS et de lutte contre IST/VIH/SIDA.
	1.2.2a Réviser les programmes de formation des prestataires de services pour incorporer l'intégration des services SDRS aux services de lutte contre IST/VIH/SIDA et de nutrition.	1.2.2b Nombre d'institutions de formation ayant intégré dans leurs programmes les services SDRS, de lutte contre IST/VIH/SIDA et la nutrition.
	1.2.3a Assurer la formation avant et en cours d'emploi aux prestataires de services de santé pour les services intégrés SDRS et de lutte contre IST/VIH/SIDA et le paludisme.	1.2.3b. Nombre de prestataires de services ayant reçu une formation en SDRS et en services de lutte contre IST/VIH/SIDA et le paludisme.
	1.2.4a Réviser la structure et réorganiser la prestation de services en vue de prestation efficace de services intégrés.	1.2.4b Nombre de programmes d'ajustement structurel (PAS) fournissant des services intégrés.
	1.2.5a Elaborer un plan de ressources humaines pour la formation de différents cadres pour les absorber localement : déploiement, utilisation et maintien en fonction du personnel de santé à tous les niveaux.	1.2.5b Proportion d'agents de santé par population.

Résultats	Actions stratégiques	Indicateurs de suivi des progrès
1.3 <b>Services</b>	1.3.1a Garantir l'accès à la prise en charge psychosociologique et au dépistage de routine du VIH et des IST, à la planification familiale et aux services de soins de santé de la mère, du nouveau-né et des cancers de l'appareil reproductif.	1.3.1b Pourcentage des PPS offrant des services de routine de prise en charge psychosociologique et de dépistage, de planification familiale, de soins de santé de la mère, du nouveau-né et du traitement des cancers de l'appareil reproductif.
	1.3.2a Intégrer la prévention, la gestion et le traitement complets du VIH/IST dans le paquet de services de SDR, y compris la double protection.	1.3.2b Pourcentage des PPS offrant des services intégrés de prévention, de gestion et de traitement du VIH.
	1.3.3a Garantir l'accès aux services de lutte contre la violence basée sur le genre, y compris la gestion de l'abus sexuel, la contraception d'urgence et la prophylaxie après l'exposition au VIH et le traitement des IST de manière intégrée et coordonnée.	1.3.3b Pourcentage des PPS offrant des services de lutte contre les IST, d'entretien de motivation et d'éducation et de conseil pour les victimes de la violence basée sur le genre.
	1.3.4a Garantir l'intégration des services de prévention et de traitement de la stérilité.	1.3.4a Prévalence de la stérilité.
	1.3.5a Fournir l'information appropriée sur la prestation de services intégrés de SDR et de lutte contre IST/VIH/SIDA.	1.3.5b Disponibilité généralisée d'informations appropriées sur la prestation de services intégrés de la SDR et de lutte contre IST/VIH/SIDA.
	1.3.6a Fournir des services qui répondent aux besoins en SDR de toutes les personnes, y compris les groupes vulnérables et les populations mobiles en particulier les femmes migrantes, les personnes déplacées et les personnes en situations de conflit.	1.3.6b Services intégrés de la SDR aux groupes cibles.
	1.3.7a Elaborer et mettre en œuvre des programmes qui garantissent le partenariat, l'appui et la participation des hommes aux services SDR.	1.3.7b Pourcentage d'hommes ayant des attitudes favorables vis-à-vis des SDR (planification familiale, accouchements assistés).
	1.3.8a Fournir des services de dépistage et de traitement du cancer de l'appareil reproductif.	1.3.8b Proportion de lieux de prestation de services offrant des services de dépistage et de traitement des cancers de l'appareil reproductif pour hommes et femmes.
	1.3.9a Fournir des services du traitement des problèmes de santé à l'âge adulte aussi bien des femmes que des hommes, de la ménopause et de l'andropause.	1.3.9b Proportion de lieux de prestation de services offrant le traitement des problèmes de santé à l'âge adulte pour hommes et femmes.
	1.3.10a Intégrer les programmes d'éducation, de nutrition et de supplémentation des aliments à la formation et aux services SDR et de lutte contre les IST/VIH/SIDA.	1.3.10bi Taux de prévalence des insuffisances pondérales par tranches d'âge.  1.3.10bii Prévalence d'anémie pendant la grossesse.

Résultats	Actions stratégiques	Indicateurs de suivi des progrès
	1.3.11a Mettre au point et mettre en œuvre des stratégies pour assurer la sécurité sanguine.	1.3.11b Nombre de lieux de prestation de services ayant dotés de facilités d'analyse du sang.
<b>2. Services SDSR et de lutte contre IST/VIH/SIDA aux communautés, renforcés.</b>	<p>2.1.1a Renforcer les capacités des structures communautaires et des réseaux d'orientation pour garantir la gamme complète des services SDSR et de lutte contre IST/VIH/SIDA dans les lieux de prestation de services.</p> <p>2.1.2a Renforcer les capacités de toutes les catégories de prestataires de services de SDSR (notamment les infirmiers, les accoucheuses traditionnelles, les distributeurs de préservatifs etc.) en vue de l'intégration efficace d'une prestation de services de SDSR et de lutte contre IST/VIH/SIDA.</p>	<p>2.1.1b Statistiques sur les ressources humaines.</p> <p>2.1.2b Nombre de pays assurant la prestation de services intégrés SDSR et de lutte contre IST/VIH/SIDA.</p>
	2.1.3a Renforcer les capacités des communautés et les habiliter à établir des partenariats judicieux dans les lieux de prestation de services de SDSR, afin d'améliorer la lutte contre IST/VIH/SIDA au niveau communautaire.	2.1.3b Nombre de lieux de prestation de services en partenariat avec les communautés.
	2.1.4a Mettre au point et mettre en œuvre des stratégies pour la communication sur le changement de comportement aux fins de mobilisation et d'éducation de la communauté sur la promotion et l'utilisation des services intégrés de nutrition, de SDSR et de lutte contre IST/VIH/SIDA et le paludisme.	<p>2.1.4bi Nombre de pays ayant mis en point une stratégie intégrée de communications en matière de changement de comportement.</p> <p>2.1.4bii Pourcentage de connaissances en SSR et en services de nutrition et de lutte contre IST/VIH/SIDA et le paludisme.</p>
<b>3. La planification familiale est repositionnée comme stratégie essentielle pour réaliser les OMD</b>		
<b>3.1 Plaidoyer/ politiques</b>	<p>3.1.1a Mobiliser la volonté politique et le leadership en vue de la prestation de services de qualité en matière de planification familiale.</p> <p>3.1.2a Formuler et/ou mettre en œuvre des politiques/législations qui tiennent compte du genre et de la culture pour garantir l'accès universel aux services de planification familiale de qualité.</p>	<p>3.1.1b Proportion du budget de la SSR alloué à la planification familiale.</p> <p>3.1.2b Nombre de législations, de protocoles et de plans directeurs favorables à la planification familiale.</p>

Résultats	Actions stratégiques	Indicateurs de suivi des progrès
3.2 Mobilisation sociale	3.2.1a Formuler ou mettre en œuvre des structures et des systèmes pour accroître à la planification familiale.  3.2.2a Former les fournisseurs de soins de santé pour la prestation de services intégrés de planification familiale.	3.2.1bi Pays ayant des structures fonctionnels pour la prestation des services de planification familiale.  3.2.1bii Proportion de prestataires de services formés en planification familiale.
<b>3.3 Prestation de services</b>	3.3.1a Mettre en place des mécanismes d'information appropriée, qui tiennent compte du genre et de la culture en vue de renforcer les connaissances en planification familiale des populations cibles.	3.3.1b Niveau de connaissances en planification familiale des hommes et des femmes.
	3.3.2a Mettre en place des systèmes pour accroître les services de planification familiale, y compris la distribution à la communauté et autres modèles de prestation de services.	3.3.2b Proportion de lieux de prestation de services offrant une gamme de service de planification familiale.
	3.3.3a Intégrer et fournir des services de planification familiale en temps que composante du paquet santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.	3.3.3bi Couple-Année de reproduction.  3.3.3bii Couple-Année de protection.  3.3.3biii Besoins non satisfaits en planification familiale.  3.3.3biv Pourcentage de clients ayant accès à la planification familiale par le biais de mécanismes communautaires et de modèles alternatifs.
<b>4. Repositionnement des services de SDSR en tant que principale stratégie pour la responsabilisation, le développement et le bien-être des jeunes.</b>		
<b>4.1 Plaidoyer/ politiques</b>	4.1.1a Renforcer la mise en œuvre et/ou plaider pour l'adoption de politiques qui favorisent la prestation de services spécialisés de SDSR qui visent à satisfaire les besoins réels des jeunes.	4.1.1b Nombre de pays mettant en œuvre des politiques favorables à la prestation de services de SSR aux jeunes.
	4.1.2a Introduire une Journée africaine de SDSR pour les jeunes.	4.1.2b Nombre de pays célébrant la Journée africaine de SDSR pour les jeunes.
	4.1.3a Célébrer une Journée africaine des services de SDSR pour les jeunes.	4.1.3b Nombre de pays célébrant la Journée africaine des services SDSR pour les jeunes.

Résultats	Actions stratégiques	Indicateurs de suivi des progrès
<b>4.2 Renforcement des capacités</b>	4.2.1a Elaborer et mettre en œuvre des stratégies d'information et de communication qui encouragent à la fois l'abstinence sexuelle et l'utilisation des préservatifs comme stratégies efficaces de lutte contre IST/VIH/SIDA et des grossesses non désirées et lier l'information à la prestation de services.	4.2.1b Nombre de pays ayant des stratégies d'information, d'éducation et de communication/ communication en matière de changement de comportement susceptibles de promouvoir l'abstinence et l'utilisation de préservatifs.
	4.2.2a Renforcer les capacités des PPS et des prestataires de services de tous les niveaux en vue d'un paquet complet qui tient compte du genre dans les soins aux jeunes.	4.2.2b Nombre de pays offrant des services conviviaux aux jeunes dans leurs programmes de formation.
	4.2.3a Mettre au point et mettre en œuvre des stratégies d'informations, d'éducation et de communication à l'intention des parents et des éducateurs à communiquer aux jeunes.	4.2.3b Nombre de pays ayant des stratégies d'information, d'éducation et de communication pour les jeunes.
<b>4.3 Prestation de services</b>	4.3.1a Evaluer/instituer/renforcer la prestation de services conviviaux aux jeunes au niveau des PPS.	4.3.1bi Pourcentage de jeunes ayant la connaissance de l'abstinence et de l'utilisation de préservatifs.
	4.3.2a Intégrer les services conviviaux aux jeunes, y compris la promotion de l'abstinence et des méthodes de double méthode dans les services déjà existants.	4.3.1bii Nombre de PPS offrant des services conviviaux aux jeunes par rapport à l'effectif de la population. 4.3.2bi Pourcentage d'utilisation de préservatifs chez les jeunes. 4.3.2bii Taux de grossesse chez les adolescents.
	4.3.3a Mettre en place d'autres mécanismes de prestation de services pour atteindre les jeunes, y compris les services d'extension, l'éducation par les pairs, la distribution de contraceptives dans les communautés et la commercialisation.	4.3.3b Taux de fécondité chez les adolescents en tant que proportion de la fécondité parmi la population.
	4.3.4a Assurer l'éducation sexuelle des jeunes dans les écoles et hors des écoles.	4.3.4b Age pour le commencement de la vie sexuelle.
	4.3.5a Encourager la forte participation des jeunes, et notamment des jeunes vivant avec le VIH et le SIDA et des communautés au positionnement et à la prestation de services conviviaux aux jeunes.	4.3.5b Niveau de participation des jeunes, et notamment des jeunes vivant avec le VIH ET LE SIDA et des communautés au positionnement et dans la prestation de services conviviaux aux jeunes.



<b>5. Incidence de l'avortement à risques réduite</b>		
<b>5.1 Plaidoyer/ politiques</b>	<p>5.1.1a Compiler et diffuser des données sur l'ampleur et les conséquences de l'avortement à risque.</p> <p>5.1.2a Adopter des politiques et des cadres juridiques pour réduire l'incidence de l'avortement à risques.</p> <p>5.1.3a Préparer et mettre en œuvre des plans d'action nationaux pour réduire l'incidence des grossesses non désirées et des avortements à risques.</p>	<p>5.1.1b Nombre de pays ayant publié des rapports sur la gravité et les conséquences de l'avortement à risque.</p> <p>5.1.2b Nombre de pays ayant des cadres juridiques /cadres d'orientation sur l'avortement.</p> <p>5.1.3b Nombre de pays mettant en œuvre des plans d'action pour réduire les grossesses non désirées et les avortements à risques.</p>
<b>5.2 Renforcement des capacités</b>	<p>5.2.1a Former les prestataires de services pour la prestation de services en soins d'avortements sans risques dans les pays où la loi l'autorise.</p> <p>5.2.2a Rénover et équiper les installations pour fournir les services intégrés en soins liés à l'avortement.</p>	<p>5.2.1bi Nombre d'installations fournissant des services de soins de santé pour l'avortement sans risque.</p> <p>5.2.1bii Taux de mortalité maternelle lié à l'avortement.</p>
<b>5.3 Prestation de services</b>	<p>5.3.1a Offrir des services d'avortement sans risque dans le cadre des dispositions de la loi.</p> <p>5.3.2a Eduquer les communautés sur les services d'avortement disponibles dans le respect des lois nationales.</p> <p>5.3.3a Former les agents de santé à la prévention et à la gestion des avortements à risques.</p>	<p>5.3.1b Nombre de structures sanitaires offrant des services d'avortement sans risques</p> <p>5.3.2b Nombre de pays dont les communautés sont informées des programmes existants.</p> <p>5.3.3b Nombre de pays disposant d'une masse critique des prestataires de services.</p>
<b>6. Accès accru aux services de qualité de maternité sans risque et de survie de l'enfant</b>		
<b>6.1 Plaidoyer</b>	<p>6.1.1a Elaborer et/ou mettre en œuvre la feuille de route pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales.</p> <p>6.1.2a Célébrer une Journée africaine de la maternité sans risque.</p>	<p>6.1.1b Nombre de pays ayant élaboré des feuilles de route pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales.</p> <p>6.1.2b Nombre de pays commémorant la Journée africaine de la maternité sans risque.</p>

	6.1.3a Intensifier les campagnes de vaccination contre le tétanos chez la mère et le nouveau-né.	
<b>6.2 Renforcement des capacités</b>	<p>6.2.1a Mettre au point et mettre en œuvre les stratégies nationales de production rapides, de déploiement et de maintien en fonction des sages-femmes, y compris l'harmonisation et l'accréditation des programmes de formation au niveau régional.</p> <p>6.2.2a Intégrer les soins obstétriques et néonataux d'urgence dans la formation initiale de prestataires de services.</p> <p>6.2.3a Mettre en place des systèmes pour le transport des femmes ayant des complications obstétricales et gynécologiques, y compris le renforcement du système de référence.</p>	<p>6.2.1bi Nombre de sages-femmes par population.</p> <p>6.2.1bii Couverture des accouchements par le personnel qualifié.</p> <p>6.2.2b Nombre de pays ayant incorporé dans leurs programmes de formation initiale des modules les soins obstétriques et néonataux d'urgence.</p> <p>6.2.3b Nombre de pays ayant un système de référence fonctionnel de la communauté vers les structures de santé.</p>
	6.2.4a Renforcer la formation des cadres moyens de la santé.	6.2.4b Nombre de cadres moyens par population.
	6.2.5a Echange de personnel dans le cadre de la coopération sud-sud.	6.2.5b Nombre de pays s'échangeant du personnel.
<b>6.3 Prestation de services</b>	6.3.1a Etendre les services de maternité sans risque grâce à la mise en œuvre de la Feuille de route pour la réduction de la morbidité et mortalité néonatales et maternelles.	<p>6.3.1bi Taux de mortalité maternelle (TMM).</p> <p>6.3.1bii Taux de mortalité néonatale.</p> <p>6.3.1biii Nombre de structures sanitaires par 500 milles habitants assurant les soins obstétriques et néonataux d'urgence.</p>
	6.3.2a Etendre les services de soins néonataux, y compris la création des services de réanimation des nouveau-nés dans les maternités.	6.3.2b Taux de mortalité périnatale.
	6.3.3a Accroître le taux de couverture des services de survie de l'enfant (programme élargi de vaccination [PEV], solutions de réhydratation orale [SRO]), l'initiation précoce à l'allaitement maternel et autres interventions nutritionnelles appropriées (consultations postnatales).	<p>6.3.3bi Couverture vaccinale à l'âge d'un an.</p> <p>6.3.3bii Prévalence de poids faibles chez les enfants.</p>
	6.3.4a Adopter la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).	<p>6.3.4bi Protocoles sur les PCIME disponibles.</p> <p>6.3.4bii Taux de mortalité infantile.</p>

		6.3.4biii Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.
	6.3.5a Mettre en place des mécanismes de fourniture de sang sécurisé.	6.3.5b Proportion des services obstétricaux et néonataux d'urgence ayant accès au sang sécurisé.
	6.3.6a Intégrer les services de nutrition et de lutte contre IST/VIH/SIDA et du paludisme dans les soins d'obstétrique.	6.3.5bi Taux de prévalence des infections de VIH chez les nouveau-nés.  6.3.5bii Proportion des cas de paludisme traités dans les 24 heures.
<b>7. Ressources accrues pour les services de SDSR</b>		
<i>7.1 Plaidoyer/Politique</i>	7.1.1a Mettre en œuvre la Déclaration d'Abuja des chefs d'Etat sur l'allocation d'au moins 15 % des budgets nationaux à la santé en général et l'octroi d'une proportion appropriée de cette allocation à la SDSR.  7.1.2a Sensibiliser l'opinion pour faire de la SDSR une priorité dans les Documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP) et les autres plans de développement nationaux.  7.1.3a Exhorter les donateurs et les partenaires au développement à accroître leur assistance aux programmes de la SDSR	7.1.1bi Nombre de pays qui allouent 15 % de leur budget national à la santé.  7.1.1bii Pourcentage des budgets de la santé alloué à la SDSR.  7.1.2bi Nombre de pays ayant leur SDSR dans leur DSRP ou dans leurs programmes de développement nationaux.  7.1.2bii Pourcentage des budgets pour la santé alloués sur le plan national à la SDSR  7.1.3b Pourcentage du budget total pour la SDSR mobilisé auprès des donateurs/partenaires au développement
<i>7.2 Renforcement des capacités</i>	7.2.1a Etablir des partenariats avec des institutions locales et internationales, le secteur privé et les organisations de la société civile en vue d'une assistance technique et financière et pour la promotion du processus de la mise en œuvre du Plan d'action	7.2.1b Nombre de partenariats établis avec chaque secteur
	7.2.2a Institutionnaliser le Compte national pour la santé (CNS)	7.2.2b Nombre de pays ayant mis à jour leur CNS
	7.2.3a Elaborer et mettre en œuvre une stratégie des ressources humaines pour orienter, former, affecter et garder le personnel évoluant dans le système de la santé.	7.2.3b Nombre de personnel par 100.000 personnes

<p><b>8. Stratégies instituées pour la sécurité des produits de santé de la reproduction et pour toutes les composantes y afférentes réalisées</b></p>		
<p><i>8.1 Plaidoyer</i></p>	<p>8.1.1a Mettre au point des stratégies et plans d'action nationaux/régionaux pour la fourniture et la distribution de produits de santé de la reproduction.</p> <p>8.1.2a Créer un comité national et/ou régional pour les services de soins de santé de la reproduction</p> <p>8.1.3a Elaborer une stratégie et des plans d'actions sur le plan national - là où cela s'avérait nécessaire – et régional pour la les services de soins de santé de la reproduction</p> <p>7.1.4a Réviser les listes de médicaments essentiels pour y inclure les produits de santé de la reproduction.</p> <p>7.1.5a Créer une ligne budgétaire pour les produits de santé de la reproduction.</p>	<p>8.1.1b Nombre de pays ayant les plans pour les services de soins de santé de la reproduction</p> <p>8.1.2b Nombre de pays/régions ayant des comités nationaux/régionaux chargés des services de soins de santé de la reproduction</p> <p>8.1.3b Une stratégie et un(des) plan(s) d'action régionaux/nationaux pour la sécurité des produits de la santé de reproduction est en place.</p> <p>8.1.4b Nombre de pays ayant inclus les produits de santé de la reproduction dans leur liste de médicaments essentiels.</p> <p>8.1.5bi Pourcentage du budget de la santé alloué aux produits de santé de la reproduction.</p> <p>8.1.5bii Nombre de pays ayant une ligne budgétaire nationale pour pour la sécurité des produits de santé de reproduction.</p>
<p><i>8.2. Renforcement des capacités</i></p>	<p>8.2.1a Elaborer et mettre en œuvre les Systèmes de Gestion de la Logistique (SGL) pour les services de soins de santé de reproduction</p> <p>8.2.2a Former le personnel approprié en SGL pour les services de soins de santé de reproduction</p>	<p>8.2.1b Nombre de pays ayant maintenu et mis à jour régulièrement des statistiques sur le stockage et l'écoulement des produits</p> <p>8.2.2b Nombre de pays connaissant une rupture de stock.</p>

	8.2.3a Mettre en place un système efficace de gestion pour toute la gamme de produits.	8.2.3b Nombre de pays ayant mis en place des systèmes de gestion des produits.
	8.2.4a Promouvoir la capacité des pays à acheter en gros à travers le regroupement des commandes aux niveaux national et régional.	8.2.4b Nombre de pays ayant des systèmes intégrés d'achat et d'approvisionnement en gros.
	8.2.5a Assurer la formation du personnel en gestion des produits de santé de la reproduction.	8.2.5b Nombre de personnes ayant reçu une formation en gestion des systèmes d'appui logistique.
<b>9. Mécanismes de suivi, d'évaluation et de coordination pour le Plan d'action - réalisés</b>		
<i>9.1 Plaidoyer/Politique</i>	9.1.1a Plaidoyer pour l'allocation de ressources nationales aux recensements réguliers, aux enquêtes sur la santé des populations et aux rapports sur les taux annuels de mortalité maternelle.	9.1.1b Nombre de pays opérant des recensements réguliers, enquêtes sur la santé des populations et rapports sur les taux annuels de mortalité maternelle.
<i>9.2 Renforcement des capacités</i>	9.2.1a Créer un système continental de suivi pour collecter, analyser et diffuser les données reçues des pays.	9.2.1b Un mécanisme et une base de données sur le plan continental pour suivre le Plan d'action – sont mis en place.
<i>9.3 Collecte et utilisation des données</i>	9.3.1a Institutionnaliser le suivi et l'évaluation aux niveaux de l'administration publique et des ONG et mobiliser les ressources humaines et financières pour l'appuyer.	9.3.1b Nombre de pays disposant de systèmes institutionnalisés de suivi et d'évaluation.
	9.3.2a Collecter, analyser et diffuser l'information minimum requise au niveau national pour constituer une base de données continentale.	9.3.2b Nombre de pays ayant soumis dans les délais des informations à la base de données continentale.
	9.3.3a Appuyer la recherche opérationnelle pour des actions avisées.	9.3.3b Nombre de pays utilisant des recherches opérationnelles dans leur système de planification.
	9.3.4a. Collaborer avec les Nations Unies et les bailleurs de fonds dans le cadre pour harmoniser les systèmes de collecte de données afin d'assurer la cohérence.	9.3.4b Système de collecte de données harmonisé – mis en place
	9.3.5a Mettre en place des mécanismes de coordination pour suivre et évaluer l'allocation effective des ressources et l'application des lois.	9.3.5b Nombre de pays capables de suivre et d'évaluer l'allocation des ressources et l'application des lois.

	<p>9.3.6a Institutionnaliser des mécanismes de change et de partage de meilleures pratiques, y compris les échanges de techniques Sud-Sud.</p>	<p>9.3.6bi Nombre d'institutions ayant établi des partenariats stratégiques formels pour les échanges techniques</p> <p>9.3.6bii Site internet pour les meilleures pratiques – mis en place et maintenu</p>
	<p>9.3.7a Elaborer et/ou mettre en œuvre une structure et un mécanisme de coordination et de supervision pour la mise en œuvre de la SDSR aux niveaux régional et national.</p>	<p>9.3.7bi Nombre de pays ayant une structure de coordination opérationnelle et un mécanisme en place</p> <p>9.3.7bii Structure et mécanisme de coordination – mis en place.</p>

## **ROLE DES PARTIES PRENANTES**

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

26. L'Union africaine doit, entre autres, être à l'avant-garde de la campagne en faveur de la mobilisation des ressources, du suivi, de l'évaluation, de la vulgarisation des meilleures pratiques et de l'harmonisation des politiques et stratégies.

### **(b) Communautés économiques régionales**

27. Les Communautés économiques régionales doivent, entre autres, fournir un appui technique aux Etats membres, y compris la formation en santé de la reproduction, mobiliser des ressources accrues pour la santé en matière de sexualité et de reproduction, harmoniser la mise en œuvre des plans d'action nationaux, suivre le progrès, identifier et partager les meilleures pratiques.

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

28. Les Etats membres doivent adopter et mettre en œuvre le Plan d'action pour l'opérationnalisation du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique. Ils mèneront des campagnes de sensibilisation, de mobilisation de ressources et de prévisions budgétaires pour assurer la participation, le suivi et l'évaluation. Ils inviteront également la société civile et le secteur privé à participer aux programmes nationaux.

### **(d) Les partenaires**

29. Les partenaires nationaux et locaux au développement, la société civile et le secteur privé doivent identifier, au niveau national, les besoins nécessaires à la mise en œuvre du Plan d'action et fournir l'appui financier et technique nécessaire pour la mise en œuvre des plans d'action. L'Etat aura la responsabilité de coordonner les partenaires.

## **CONCLUSION**

30. Les dirigeants africains ont l'obligation civique de répondre aux besoins en services de santé en matière de sexualité et de reproduction de leurs populations. Le présent Plan d'action témoigne clairement de leur engagement à promouvoir les services de santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique.

## **ANNEXE**

### **Méthodologie et résultats des coûts des services de SDSR**

1. Les estimations budgétaires avaient été faites en utilisant les informations disponibles sur le plan national ajoutées aux totaux des régions. Les coûts reflètent les exigences des services d'approvisionnement direct susceptibles de réaliser les objectifs fixés par la CIPD et ceux de l'OMD. Des ajustements ont été faits ensuite sur les coûts directs obtenus.

2. Ces ajustements consistent à multiplier par deux les salaires du personnel médical et paramédical afin d'accroître le degré d'engagement, de garantir leur maintien en fonctions tout en ayant recours à d'autres mesures d'incitation non rémunérées, à la motivation et au service de qualité : les problèmes courants aussi bien du temps de l'OUA que de l'Union africaine incluent les délibérations. Les ajustements prennent en compte 37% des ajustements sur les éléments suivants ajoutés aux coûts directs globaux, y compris les salaires : un système de gestion de renforcement des capacités (y compris la gestion financière) à concurrence de 20%, l'amélioration, le suivi, l'évaluation, et le maintien de la qualité à concurrence de 15% ; et le renforcement des capacités en ce qui concerne la recherche et le développement à une concurrence de 2%. A cela, s'ajoute une augmentation de 67% nécessaire au titre des frais généraux (le personnel d'appui, l'électricité, etc. et la maintenance), les services de santé publique (y compris les frais générés par la demande de la communauté) et les exigences réglementaires. Au total, ces additions reflètent l'effort requis pour la prestation de services directs, le développement de services de santé et nombre d'activités cruciales d'appui.

3. Les interventions dans le cadre de la prévention relative à la santé en matière de sexualité et de reproduction ont été évaluées en spécifiant la part des activités de prévention identifiées de l'ONUSIDA qui relèvent du domaine de la SDSR. Par exemple, tous les réseaux de distribution de préservatifs et de gestion des IST, les parts essentielles concernant les jeunes et les interventions spéciales au niveau de la population et des petites parts concernant les interventions relatives à des cas d'expositions néfastes et à la sûreté des produits sanguins (en ce qui concerne le cas précité, il faudrait y ajouter une estimation de la proportion des transfusions nécessaires pour les cas d'hémorragie maternelle) ont été pris en compte. Des ressources additionnelles seraient nécessaires pour les autres proportions de services de prévention, de traitement, de soins et d'appui.

4. Annexe : le Tableau 1 reflète l'évaluation des besoins en prestation de services de santé en matière de sexualité et de reproduction calculés sur la base des analyses faites au niveau national selon deux scénarios: (1) la projection de la variante moyenne de la baisse de la fécondité pendant la période de 1997 à 2010 faite par la Division des Nations Unies en charge de la population, et (2) les degrés de fécondité et de prévalence en matière de contraception associés à l'élimination progressive des besoins actuels non satisfaits dans le cadre de la planification familiale avant 2015. Les résultats présentés pour ce dernier scénario prennent en compte l'augmentation de la prévalence au début de la courbe d'évolution.



Annexe

**Tableau 1 : Besoins en ressources pour la prestation directe de services de santé génésique, maternelle et infantile en Afrique (2007-2010)**

**Scénarios de prévision d'écart moyens et de satisfaction de besoins en instance avec ou sans ajustement de systèmes (en millions de \$ EU)**

	2007	2008	2009	2010	2007-2010
<b>ECART MOYEN</b>					
Frais de personnel					
Planification familiale	29,2	31,5	33,8	36,2	130,6
Soins anténataux et accouchements normaux	281,5	308,2	335,1	362,0	1 286,7
Plus santé maternelle/infantile*	156,0	178,1	198,5	217,8	750,5
IST	55,4	61,9	68,5	75,2	261,1
<b>Total Frais de personnel</b>	<b>522,2</b>	<b>579,7</b>	<b>635,9</b>	<b>691,2</b>	<b>2 429,0</b>
Frais de médicaments/fournitures					
Planification familiale	85,5	92,3	99,3	106,5	383,6
Soins anténataux et accouchements normaux	360,6	381,3	402,0	422,5	1 566,4
Plus santé maternelle/infantile*	216,7	252,3	286,2	319,2	1 074,4
IST	23,6	26,3	29,1	32,0	111,0
<b>Total médicaments/fournitures</b>	<b>686,3</b>	<b>752,2</b>	<b>816,6</b>	<b>880,2</b>	<b>3 135,4</b>
<b>Total général (avec ajustement des salaires)</b>	<b>1 730,7</b>	<b>1 911,5</b>	<b>2 088,4</b>	<b>2 262,7</b>	<b>7 993,3</b>
<b>TOTAL GENERAL (avec ajustement des systèmes)</b>	<b>3 530,5</b>	<b>3 899,5</b>	<b>4 260,3</b>	<b>4 616,0</b>	<b>16 306,4</b>
<b>BESOINS NON SATISFAITS</b>					
Frais de personnel					
Planification familiale	30,4	33,3	36,3	39,5	139,5
Soins anténataux et accouchements normaux	279,4	303,5	327,4	350,9	1 261,3
Plus santé maternelle/infantile*	155,0	175,8	194,7	212,2	737,7
IST	55,4	61,9	68,5	75,2	261,1
<b>Total Frais de personnel</b>	<b>520,2</b>	<b>574,6</b>	<b>627</b>	<b>677,8</b>	<b>2 399,6</b>
Frais de médicaments/fournitures					
Planification familiale	88,3	97,2	106,4	116,0	407,9
Soins anténataux et accouchements normaux	358,0	375,8	393,1	410,0	1 536,9
Plus santé maternelle/infantile*	215,3	248,9	280,6	310,8	1 055,6
IST	23,6	26,3	29,1	32,0	111,0
<b>Total médicaments/fournitures</b>	<b>685,1</b>	<b>748,2</b>	<b>809,2</b>	<b>868,8</b>	<b>3 111,4</b>
<b>Total général (avec ajustement des salaires)</b>	<b>1 725,6</b>	<b>1 897,4</b>	<b>2 063,2</b>	<b>2 224,4</b>	<b>7 910,7</b>
<b>TOTAL GENERAL (avec ajustement des systèmes)</b>	<b>3 520,2</b>	<b>3 870,8</b>	<b>4 208,9</b>	<b>4 537,8</b>	<b>16 137,7</b>

\* Les interventions additionnelles pour la santé de mère et du nouveau-né comportent les soins obstétriques d'urgence, la santé du nouveau-né et l'état de santé de la mère.

\*\* Les frais additionnels de préservatifs au titre de la lutte contre le VIH et le SIDA ne sont pas inclus.

5. Le total général pour la SDS et la lutte contre le VIH et le SIDA correspond aux dépenses per capita qui passent de 6,03 milliards \$EU à 8,14 milliards \$EU (des 34 \$EU per capita fixés par l'UA pour les besoins en santé au cours de la période considérée). A titre comparatif, les dépenses en 2005 pour la SDSR sont estimées environ de 2\$EU par capita. Il s'agit des estimations faites par les experts sur la base des hypothèses que nous avons utilisées.

