

Trêve d'engagements, dorénavant il faut passer aux actes !
Communiqué de la Consultation des experts de la société civile en matière de la santé
maternelle et infantile et la santé sexuelle et de procréation en Afrique du 17 au 18 avril
2010 a Addis Abeba , Ethiopie.

Nous les membres de la société civile participant à la 'Consultation des experts de la société civile dans le domaine de la santé maternelle et infantile et la santé sexuelle et de procréation en Afrique qui a eu lieu du 17 au 18 avril 2010 à Addis Ababa, Ethiopie, organisée sous l'égide de la Coalition SOAWR (Solidarité avec les droits de la femme africaine, Réseau des femmes africaines pour le développement et la communication (FEMNET) Akina Mama wa Afrika (AMwA), ABANTU for Development, le Bureau Afrique de l'IPPF, l'Alliance Ipas-Afrique, l'Alliance save the Children, Abantu for Development et la Campagne des Nations Unies pour le Millénaire de concert avec la Commission de l'Union africaine afin d'évaluer l'état d'avancement en matière de la réduction de la mortalité maternelle et infantile et de la mise en œuvre du Cadre directeur continental de la santé sexuelle et de procréation (Plan d'action de Maputo 2007-10) :

Saluons les Gouvernements africains d'être engagés en abordant la santé maternelle néonatales et infantile conformément au *Protocole sur les droits de la femme en Afrique, à la Charte africaine la jeunesse, au Cadre continental directeur de la santé sexuelle et de procréation (Plan d' Action de Maputo 2007-10) et à la Charte africaine sur les droits et le bien-être de l'enfant*. . Nous saluons en outre l'Union africaine pour avoir déclaré les mortalités maternelle, néonatale et infantile des questions urgentes exigeant des actions urgentes proportionnées ;

Félicitons les pays qui ont lancé la Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (la campagne CARMMA) et qui ont pris des mesures censées aborder la santé maternelle, néonatale et infantile au niveau national selon les pratiques modèles ci-dessous.

Or, il reste beaucoup à faire

Nous prions instamment tous les Gouvernements africains et les parties prenantes pertinentes d'assurer les questions suivantes :

Prioriser la sante sexuelle et de procréation des adolescents (SSPA)

- Prioriser les besoins en SSPA des adolescents et des jeunes femmes en élaborant des politiques, programmes et lignes directrices dans le but de leur faciliter l'accès au service globaux de santé et de réduire l'impact des avortements dangereux ;
- Offrir l'éducation et les services sexuels globaux pour la santé sexuelle et de procréation de la jeunesse

Repositionner et prioriser le planning familial

- A la lumière de l'OMD 5 cible b, promouvoir l'accès à la contraception et la santé sexuelle et de procréation (SSP) dont le planning familial les préservatifs masculins et féminins, la contraception d'urgence aussi bien aux hommes qu'aux femmes en tant que priorité de développement moyennant l'implication complète des jeunes et en se basant sur des approches sensibles à la culture, la mobilisation de la communauté et l'implication de la gent masculine.

Avortement dangereux.

- Les motifs d'avortement légal doivent être élargis en supprimant les lois existantes pénalisant l'avortement et en assurant l'accès aux avortements sans risque selon les critères permis par les lois en vigueur;
- Assurer la couverture globale des services de soins suite aux avortements sans risque.

Renforcer les systèmes de santé en accordant la priorité à la santé maternelle, néonatale et infantile(SMNI)

- Assurer la disponibilité et l'accès aux mesures essentielles à savoir les services de bonne qualité pour la sante de procréation, les soins prénataux et le personnel qualifiée assistant aux accouchements ;
- Adopter des mesures et des incitations pour garder le personnel médical et éviter la fuite des cerveaux ;
- Former un cadre moyen des prestataires des soins, surtout les sage-femmes, accoucheuses qualifiées et des infirmières communautaires qui peuvent être affectées dans des zones défavorisées pour prodiguer des soins obstétriques et néonataux urgents, la nutrition adéquate, les soins post natals pour des nourrices et des nouveaux nés.

Eliminer des pratiques traditionnelles néfastes

- Assurer la promulgation et l'application des lois destinées à éliminer la mutilation génitale féminine même celles effectuées par le personnel médical et des lois et de politiques sur l'âge minimum du mariage de 18ans en conformité avec les engagements régionaux et internationaux censés respecter les droits fondamentaux de la jeune fille et d'éviter des risques liés aux mariages des mineures et les grossesses des adolescentes.

Lutter contre la violence faite aux femmes et aux filles

- Promulguer et renforcer des lois abordant la violence faite au sujet de la VFF recommandées à l'occasion du Sixième Forum pour le développement de l'Afrique (ADFVI) pour ce qui concerne l'action sur légalité de genre, la responsabilisation de la femme tout en mettant un terme à la violence faite aux femmes
- Accorder l'accompagnement social et psychologique ainsi que des récompenses aux victimes de la violence.

Rupture de stock en produits SSP

- Inclure les produits et le matériel sur la liste des médicaments essentiels
- Mettre en place des stratégies pour aborder le manque de personnel et assurer le bon fonctionnement de l'approvisionnement et la distribution des médicaments et du matériel, la qualité des soins et l'accessibilité financière.
- appliquer des politiques et des lois réprimant la contrefaçon des médicaments sans pour autant bloquer l'accès aux médicaments génériques.

Paludisme

- Continuer d'étendre et de subventionner la couverture des moustiquaires imprégnés (MI) et d'aborder les problèmes relatifs à l'achat des médicaments contre le paludisme et la gestion des chaînes d'approvisionnement.

Intégrer le VIH/SIDA /IST au sein des interventions SSP

- Renforcer la méthode de prévention et l'accès aux médicaments de prophylaxie post-exposition
- Renforcer la prévention de la transmission du VIH/Sida des parents aux enfants dans le cadre des programmes des soins maternels et infantiles.
- Accroître le taux de couverture de prévention de la transmission des parents aux enfants et des services des traitements en pédiatrie de la moyenne actuelle de 30 à 40% à la cible convenue sur le plan mondial de 80% et assurer les services de haute qualité .

Partenariats publics-privés.

- Le secteur privé en tant que partenaire clé doit être impliqué dans la planification, la prise de décisions et la mobilisation des ressources destinées au domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile. Il faut une stratégie claire étayant les liens avec le secteur privé sur plusieurs plans et pour de différentes responsabilités.
- Assurer un cadre réglementaire qui doit garantir au sein du secteur privé, les services de qualité en matière de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), de la formation des prestataires du privé et la disponibilité des produits pour le planning familial et la santé de procréation.

Financement

- Mise à l'échelle des ressources allouées à la santé pour atteindre l'engagement maximum de 15 % entériné par les dirigeants africains à Abuja dont 4% du total de 15% étant affectées aux interventions de la santé maternelle et de procréation afin d'aborder les avortements dangereux dans les budgets nationaux et des systèmes de santé.
- Prioriser un pourcentage spécifique des ressources à affecter au domaine de la santé néonatale et infantile dans le 15% du budget de la santé.
- Renforcer l'accès aux services SMNI par le biais des programmes d'assurance axés sur les communautés dans le contexte du cadre de politique sociale de l'UA ;
- Appliquer des politiques de la tolérance zéro à la corruption dans le secteur de la santé.

Mise en œuvre, suivi et évaluation.

- Exiger la notification des décès maternels et néonataux ;
- Développer et renforcer les systèmes de suivi et évaluation et d'information en matière de la SSP et la santé infantile en mettant l'accent sur la collecte, le traitement, l'analyse et la dissémination des données désagrégées par sexe.
- Prolonger la durée du *Cadre directeur continental sur la santé sexuelle et de procréation (le Plan d'action de Maputo 2007-2010)* à 2015 ;
- Elaborer et mettre en œuvre les plans nationaux d'action sur la SMNI basés sur des priorités nationales et proposer de mécanismes pour la présentation annuelle des rapports sur l'état d'avancement au niveau national et pendant les sessions biennuelles de la Conférence de l'UA des Ministres de la santé.

Engagements de la société civile :

- Renforcer la collaboration à l'intérieur du secteur afin d'engager la responsabilité des Gouvernements concernant leurs promesses envers la SSP et la SMNI ;
- Renforcer la coordination des interventions et des campagnes avec les Gouvernements et le secteur privé pour éviter le double emploi et le gaspillage des ressources ;

- Continuer à fournir l'information et les services en SSP et en VIH aux femmes, aux adolescents, aux handicapés et d'autres couches défavorisées ;
- Continuer à préconiser les choix faits en toute connaissance de cause et la prise de décisions personnelle en matière des droits et la sante sexuelle et de procréation et des approches globales à la prévention.
- Continuer à mener des campagnes pour mettre fin à toutes les formes de discrimination contre les femmes et les filles.

Addis Ababa, Ethiopia April 18, 2010

Abantu for Development
African Women's Development and Communication Network (FEMNET)
Akina Mama wa Afrika
Alliance for Reproductive Health Rights, Ghana
Association Burundaise pour le Bien-être Familial (ABUBEF)
Association Nigérienne pour le Bien Etre Familial
(ANBEF) Niger
Association Rwandaise pour le Bien-Etre Familial (ARBEF) Rwanda
Campaign to End Paediatric HIV/AIDS – (CEPA)
DSW Ethiopia
East African Sub-Regional Support Initiative for the Advancement of Women (EASSI)
Family Guidance Association of Ethiopia
Fair Play for Africa Campaign
Federation of Women Lawyers, Kenya
Ipas Africa Alliance
IPPF-Africa Region
Kenya Treatment Access Movement (KETAM)
Oxfam
Save the Children International
Solidarity for African Women's Rights Coalition (SOAWR)
The Rosebush Foundation
UN Millennium Campaign -Africa
Young Women's Christian Association (YWCA), Benin

Note :

1. Des cibles spécifiques cherchant à promouvoir la santé sexuelle de procréation dont la santé maternelle, infantile néonatale figurent dans des plans d'action et de engagements souscrits par les Gouvernements africains dans le cadre du *Plan d'action de Maputo sur les droits et la santé sexuelle et de procréation 2007-1010*, le *Protocole à la Charte africaine sur les droits de la femme en Afrique(2003)*; la *Charte africaine de la jeunesse, la Déclaration solennelle sur l'égalité du genre en Afrique (2004)*, la *Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes(2001)*, la *Charte africaine sur les droits et le bien être de l' enfant(1990)*, la *Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard de la femme (CEDEF)(1979)* ;la *Déclaration de Vienne sur les droits humains (1993)* ; la *Conference internationale sur la Population et le développement (Plan d'Action de la CIPD 1994)* ;la *Déclaration et la Plateforme de Beijing d'Action (1995)* et la *Déclaration du Millénaire (200)* entre autres ;

2. Des lacunes significatives persistent entre la politique générale et la pratique. Il est à déplorer qu'aujourd'hui les mères et les nouveaux nés courent les mêmes risques à leur survie, signalés il y a plus de deux décennies, les pires perspectives se trouvant dans les pays aux prises avec le SIDA, les conflits et la pauvreté. Très peu de progrès a été accompli dans le cadre de la riposte pour veiller à ce que les femmes et les filles africaines accèdent aux droits et aux services de la sante sexuelle et de procréation. Par conséquent, des complications obstétriques évitables et qui peuvent être dépistées et prises en charge à savoir l'hémorragie du post partum, les infections, l'éclampsie, l'anémie (exacerbée par le paludisme et le VIH) l'obstruction du travail ou le travail prolongé et les complications des avortements à risque représentent la grande majorité des décès maternels.
3. Il y a eu très peu de progrès vers la réduction des décès des enfants de moins de cinq ans et la mortalité infantile. L'Afrique subsaharienne représente la moitié de tous les décès des enfants de moins de cinq ans. Pour les nouveaux nés, il y a de graves risques sanitaires posés par des infections sévères à savoir la sepsie/pneumonie, le tétanos et la diarrhée auquel s'ajoutent d l'asphyxie et les naissances prématurées. Environ un enfant sur sept meurt avant le cinquième anniversaire dû aux faibles interventions pour la survie des enfants- l'emploi des moustiquaires imprégnés (pour éviter le paludisme) la nutrition, le traitement antirétroviral pour les femmes enceintes séropositives, l'allaitement exclusif et l'immunisation.
4. 36, 000 femmes et filles africains meurent chaque année des avortements dangereux soit 14% de tous les décès maternels dans la région, le pourcentage est plus élevé dans beaucoup de pays. Presque 60 pour cent des décès annuels des suites des avortements a risqué en Afrique surviennent chez des femmes et ds fille de moins de 25 ans (OMS 2007).Cependant, dans beaucoup de pays africains, des lois en vigueur pénalisent l'avortement niant aux femmes l'accès à l'avortement sans risques.
5. Le droit qu'a la femme africaine à ses droits sexuels et de procréation est entravé et compliqué par d'autres questions relatives aux droits humains: l'accès inadéquat à l'information, à l'éducation et au services nécessaires pour assurer la santé sexuelle, la violence sexuelle, les pratiques et coutumes traditionnelles néfastes qui jouent sur la santé des femmes et des enfants (à savoir les mariages forcés et le divorce);
6. L'amélioration de la santé, de la santé sexuelle et de procréation contribue à la croissance économique, à l'égalité sociale, a l'égalité du genre et à la gouvernance démocratique et ainsi les femmes, les familles et les sociétés en bénéficient énormément. La santé et les droits de procréation revêtent une importance capitale pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Pratiques modèles

- En 2001 le Malawi a introduit une initiative essentielle en santé qui comprenait : des vaccins pour enfants, le traitement pour les maladies de l'enfance comme la tuberculose, la schistosomiase, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques ; la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles ; la prévention et la prise en charge de la malnutrition ; la prise en charge des infections oculaires, otitiques et cutanées .Depuis lors, l'initiative, comprend le services néonataux. Les bailleurs ont été invités à se concerter pour le financement el' enveloppe. Le Malawi a fait une refonte des formations sanitaires et il a formée des

contingents de prestataires communautaires ; des adjoints aux cliniciens s'occupent des césariennes d'urgence en l'absence des obstétriciens. Les effectifs des infirmières ont été renforcés avec le temps, la proportion s'améliorant d'une infirmière par 4000 habitants en 2005 à une infirmière par 3000 habitants en 2008. Le Malawi est sur la bonne voie pour atteindre l'OMD sur les décès infantiles. En 15 ans, le taux de mortalité des moins de cinq ans a baissé de presque 50% à 122/1000. La mortalité maternelle est en baisse mais il est toujours élevé, se chiffrant à environ 800/100,000 naissances vivantes.

- L'Ouganda en 2005, la Côte d'Ivoire en 2008 et l'île Maurice en 2007, ont reformulé leur politiques démographiques respectives et on institué des feuilles de route pour accélérer la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles.
- Le Botswana implique les hommes dans ses interventions en santé sexuelle et de procréation.
- La République Unie de Tanzanie et l'île Maurice fournissent des moustiquaires imprégnés aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans en plus des soins santé maternels et infantiles gratuits.
- The United Republic of Tanzania and Mauritius provide pregnant women and children under-five with treated mosquito nets, in addition to free maternal and child health services.
- La Namibie fournit des services de santé favorables aux adolescents et elle organise des ateliers ayant pour thème le genre et la santé de procréation.
- La Côte d'Ivoire a réparé ses structures en fournissant les soins obstétriques d'urgence et elle a fourni en matériel 135 structures de santé comprenant des installations pour la santé de procréation.
- Le Botswana, l'Ouganda et le Zimbabwe offrent des préservatifs féminins gratuits.
- La Namibie a formé des jeunes pairs-éducateurs et promoteurs du préservatif si bien qu'environ 64% des jeunes du groupe d'âge 15 à 10 ans s'en servent pendant leur premiers rapports sexuels par rapport au chiffre de 53 pour cent chez les hommes adultes.
- La mutilation génitale féminine est expressément abordée dans des lois promulguées au Burkina Faso, en Mauritanie et au Niger.
- L'Algérie, les îles Comores, le Congo, la Gambie le Maroc et la Tunisie ont élaborée des stratégies nationales de lutte contre la VFF.
- Les Gouvernements du Malawi et de la République Unie de Tanzanie ont adopté des budgets tenant compte du genre et des initiatives des Cours des Compte intégrant les analyses économiques sensibles au genre dans leurs plans budgétaires.
- L'analyse des budgets tenant compte du genre a été effectuée dans le secteur sanitaire au Mozambique particulièrement en matière des frais de l'usager.
- Depuis des années, le Rwanda, qui est doté d'un Gouvernement engagé et qui compte des militantes solides qui n'ont cesse de faire le plaidoyer pour la sante féminine et l'implication de la communauté, a triplé l'emploi de la contraception moderne, les accoucheuses qualifiées ont augmenté en presque 50% et plus de la moitié des accouchements ont lieu dans les structures de santé.
- Au Ghana, le Gouvernement a accepté les demandes faites par les militantes de la santé féminine et il a décidé que les femmes enceintes ne seront plus obligées a faire de versements dans les programmes nationaux de l'assurance santé mais qu'elles auront l'accès aux soins prénatals et aux accouchements gratuits.
- Au Mozambique, en Tanzanie, en Ethiopie, en Zambie et en ile Maurice, davantage de sages femmes qualifiées apprennent des techniques plus avancées. L'Egypte et la Tunisie ont réduit de moitié la mortalité maternelle et accroissant l'accès au planning familial et en déployant des accoucheuses qualifiant pour des soins obstétriques d'urgence. Les

militantes de la santé féminine ont joué un rôle clé en déclenchant l'action de sensibilisation au sujet de l'égalité de genre, action qui a entraîné ces changements.

- Le taux de mortalité maternelle en Egypte est assez bas grâce aux démarches entreprises pour améliorer les installations hospitalières en les équipant, et au renforcement de la sensibilisation communautaire concernant les banques de sang, l'accroissement du planning familial et les soins prénatals. En 2008 le Gouvernement égyptien a promulgué des lois interdisant les mutilations génitales féminines et les mariages des filles de moins de 18 ans étant donné que les MGF et les mariages précoces portent atteinte à la santé de procréation.
- Au Kenya le système des sages femmes communautaires est en place afin d'apporter les soins maternels et des nouveaux nés à domicile à travers le cadre des sages femmes domiciliaires. Cette stratégie focalise sur la responsabilisation des sages-femmes à la retraite qui habitent au sein de la communauté pour qu'elles aident les femmes pendant les grossesses et qu'elles s'occupent des petites complications et des évacuations vers les hôpitaux de référence si besoin est.
- En Ethiopie et en Afrique du Sud, les avortements médicalisés constituent des formes légales de réduire la mortalité maternelle.
- A Djibouti, les femmes se sont organisées pour la mise sur pied d'un fonds communautaire pour la santé. Le fonds finance des visites pendant la grossesse, les premiers soins pendant l'accouchement dont le transport pour assurer un accouchement sans risques.
- Au Mozambique, les associations féminines ont mené une campagne réussie pour relever l'âge légal du mariage à 16 ans pour le consentement des parents et à 18 ans sans consentement des parents.
- En Egypte, en Ethiopie, en Côte d'Ivoire au Mali et au Nigeria, beaucoup plus de filles fréquentent l'école, beaucoup plus de naissances sont assistées d'un personnel qualifié de la santé et plus des femmes et des couples mariés se servent du planning familial. Il y a une action poussée de la société civile pour l'élimination de la mutilation génitale féminine.
- En Ouganda, les femmes et leurs accompagnants reçoivent une aide pour l'hébergement pas loin de la structure de santé et attendant la date prévue de l'accouchement.
- Au Maroc, le transport gratuit est offert aux structures obstétriques en milieu rural.