



# ACCÉLÉRER L'ACCÈS UNIVERSEL À LA SANTÉ SEXUELLE ET GÉNÉSIQUE

## PROGRAMME D'ACTION POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



*«La santé génésique est un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, dans toutes les questions liées à l'appareil reproducteur et à ses fonctions et processus.» CIPD 1994*



**Organisation  
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Afrique**

# **ACCÉLÉRER L'ACCÈS UNIVERSEL À LA SANTÉ SEXUELLE ET GÉNÉSIQUE**

## **PROGRAMME D'ACTION POUR LA RÉGION AFRICAINNE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
Bureau régional de l'Afrique  
Brazzaville • 2013**

© Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique, 2013

Les publications de l’Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole n° 2 de la Convention pour la Protection du Droit d’Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de la Bibliothèque du Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique, Boîte Postale 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100 ou +242 065 081 114; télécopie : +47 241 39501; courriel : [afrobooks@afro.who.int](mailto:afrobooks@afro.who.int)). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n’impliquent de la part de l’Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l’objet d’un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n’implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l’Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d’autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu’il s’agit d’un nom déposé.

L’Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l’exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l’interprétation des informations qu’elle contient et de l’utilisation qui en est faite. L’OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l’utilisation de ces informations.

Imprimé en République du Congo

## Sommaire

	<b>Page</b>
Préface .....	iv
Remerciements.....	v
Résumé d'orientation .....	vi
Introduction .....	1
Enjeux et défis .....	2
Domaines et actions prioritaires pour réaliser l'accès universel à la santé sexuelle et génésique .....	5
Actions proposées dans le cadre du Programme d'action de la Région africaine .....	5
Rôles et responsabilités .....	11
Suivi et évaluation.....	12
Appel à l'action.....	13
Annexes .....	14
Références .....	20

## Préface

Les progrès réalisés dans la Région africaine vers l'accès universel à la santé sexuelle et génésique, tel que prévu dans le cadre du cinquième objectif du Millénaire pour le développement (OMD 5), restent en deçà des attentes. À seulement deux ans de 2015, année d'échéance des objectifs du Millénaire pour le développement, bon nombre de nos pays ne sont toujours pas en passe d'atteindre ces objectifs. Un grand nombre de femmes et d'enfants continuent de décéder des suites de maladies que l'on peut facilement prévenir ou traiter. Tel est le problème urgent qui devrait mobiliser toute notre énergie et enclencher une dynamique forte pour la poursuite du plaidoyer en faveur de l'égal accès des femmes et des enfants aux services de santé sexuelle et génésique de qualité.

L'adoption par les États Membres de la stratégie régionale pour la santé sexuelle et génésique en 1998 a été le tournant décisif de la campagne visant à promouvoir la santé pour tous en Afrique. La stratégie a favorisé une collaboration régionale et mondiale de haut niveau, sans précédent, tout comme l'émergence de plusieurs initiatives portant sur divers domaines thématiques et centrées sur la promotion d'approches innovantes et exhaustives des soins de santé génésique couvrant la santé périnatale et de la mère, les grossesses non désirées, la prévention et le contrôle des infections sexuellement transmises, notamment le VIH/sida et le cancer du col de l'utérus, la réduction des mutilations sexuelles féminines, la violence domestique et sexuelle.

Depuis lors, bien des initiatives ont été engagées, mais leur mise à l'échelle n'a pas été suffisante pour créer une différence majeure en matière de santé génésique dans la Région. Les efforts visant à améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans la Région africaine sont entravés par : i) l'accès insuffisant aux services de santé de la mère et de l'enfant de qualité, conjugué à la répartition inégale de ces services; ii) l'insuffisance des ressources financières; iii) l'insuffisance de capacités humaines qualifiées et une capacité institutionnelle limitée; iv) la faiblesse des systèmes d'information sanitaire qui ne peuvent pas suivre les progrès réalisés; et v) l'implication et la participation communautaires limitées.

En collaboration avec les partenaires, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a élaboré un document de programme régional, intitulé «*Accélération de l'accès universel à la santé sexuelle et génésique : programme d'action pour la Région africaine de l'OMS*», afin de mettre l'accent sur quelques actions prioritaires axées sur l'optimisation de la fourniture des principales interventions qui permettent d'accélérer l'atteinte de l'accès universel à la santé sexuelle et génésique dans la Région africaine.

Le présent document est un agenda collectif pour l'action qui a pour vocation d'accélérer les progrès réalisés en Afrique vers l'accès universel à la santé sexuelle et génésique, et qui ouvre notamment la voie à l'atteinte de l'objectif du Millénaire pour le développement 5-b.

Je forme le vœu que cet agenda régional nous fasse à nouveau comprendre que nous devons impérativement fournir un appui aux pays pour qu'ils puissent accélérer les progrès vers l'atteinte des cibles des OMD dans les années à venir.

*Dr Tigest Mengestu Ketsela,*

*Directeur, Groupe organique Promotion de la santé*

*Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique*

## Remerciements

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) tient à remercier toutes celles et tous ceux qui ont consacré leur savoir-faire, leur expérience et leur temps à l'élaboration du présent programme. De manière particulière, l'OMS reconnaît les contributions de l'ensemble des individus et des institutions qui ont pris part à la consultation régionale sur le programme d'action régional pour l'accès universel à la santé sexuelle et génésique, qui s'est tenue à Nairobi (Kenya), notamment :

- **les représentants de ministères de la Santé** des pays suivants : Angola, Botswana, République démocratique du Congo, Éthiopie, Ghana, Kenya, Liberia, Madagascar, Mali, Mozambique, Nigeria et Zimbabwe;
- **les partenaires** suivants : Fondation David et Lucile Packard; Centre de recherche pour la population africaine et la santé (APHRC); Africa Family Health; la Communauté sanitaire de l'Afrique de l'Est, centrale et australe (ECSA); Fédération des Associations de Sages-femmes d'Afrique Centrale et de l'Ouest (FASFACO); Family Health International; Intrahealth; Ipas; Marie Stopes International; Association internationale des Femmes-Médecins (MWIA); Pathfinder International; Population Council; Population Council, Kenya; Planned Parenthood Federation of America (PPFA); Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO); Institut pour la santé génésique de l'Université de Georgetown; Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA); Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF); Agence des États-Unis pour le développement international (USAID);
- **le consultant** : Professeur Joseph Kasonde.

Le présent document a été élaboré sous la supervision de l'unité *Pour une grossesse à moindre risque* du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS/AFRO), avec des contributions inestimables d'autres collègues du Groupe organique Promotion de la santé, de l'équipe Santé génésique et recherche du Siège de l'OMS (WHO/RHR), des équipes d'appui interpays (EAIP) pour l'Afrique de l'Ouest, centrale, de l'Est et australe, et des bureaux de pays de l'OMS au Cameroun, en Éthiopie, au Kenya, au Mozambique, en Sierra Leone, au Sénégal et en Ouganda.

L'OMS exprime sa gratitude à la Fondation David et Lucile Packard pour sa contribution financière en appui à l'élaboration du présent document et des activités connexes menées par le programme Santé familiale et génésique.

## Résumé d'orientation

La santé de la femme et de l'enfant n'a pas connu d'amélioration majeure dans la Région africaine au cours de ces deux dernières décennies pour ce qui concerne la santé sexuelle et génésique. En 2010, le ratio moyen de mortalité maternelle dans la Région africaine était estimé à 480 décès de mères pour 100 000 naissances vivantes, tandis que les ratios correspondants pour tous les pays en développement étaient de 240 décès de mères pour 100 000 naissances vivantes. Pour atteindre le cinquième objectif du Millénaire pour développement (OMD 5), le ratio de mortalité maternelle devrait baisser à un rythme de 5,5 % par an. Or, dans la Région africaine, le rythme de diminution était de 2,7 % uniquement sur toute la période allant de 1990 à 2010, ce qui n'est guère suffisant. Par ailleurs, l'épidémie de VIH continue d'avoir un impact négatif significatif sur la santé de la mère et de l'enfant, surtout dans les pays d'Afrique subsaharienne, les plus fortement touchés, où la contribution du VIH à la mortalité maternelle était estimée à 10 % en 2010<sup>1</sup>.

L'adoption par les États Membres de la stratégie régionale pour la santé sexuelle et génésique en 1998 a marqué un tournant décisif dans l'effort visant à assurer la santé pour tous en Afrique. En effet, cette stratégie a entraîné un niveau élevé et sans précédent de collaboration régionale et mondiale. Elle est devenue la principale stratégie pour de nombreuses initiatives traitant de domaines thématiques ou soutenant les approches innovantes et globales des soins de santé génésique couvrant des domaines comme la santé maternelle et périnatale; la santé sexuelle et génésique de l'adolescent; les grossesses non désirées; la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, VIH/sida compris; la prévention du cancer du col de l'utérus; la réduction des taux de mutilations génitales féminines et de la violence domestique et sexuelle.

Depuis lors, plusieurs initiatives ont été formulées, mais leur mise à l'échelle n'a pas été suffisamment poussée pour changer la situation de la santé génésique dans la Région. Les efforts visant à améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans la Région africaine de l'OMS sont limités par : i) l'accès insuffisant aux soins de qualité en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que la répartition inégale de ces soins; ii) l'insuffisance de ressources financières; iii) l'insuffisance de capacités humaines qualifiées et institutionnelles; iv) la faiblesse des systèmes d'information sanitaire qui n'arrivent pas à assurer le suivi des progrès réalisés; v) la faible implication et participation des communautés.

Les mesures prioritaires proposées dans le programme d'action régional visent à renforcer l'engagement des États Membres et des partenaires en faveur de la santé sexuelle et génésique, afin d'accélérer les progrès vers l'atteinte des OMD, en particulier l'OMD 4 et l'OMD 5. Ce programme d'action porte principalement sur cinq domaines thématiques prioritaires, à savoir : la santé de la mère et du nouveau-né; la planification familiale; les pratiques néfastes, au nombre desquelles les mutilations génitales féminines (MGF); la prévention des avortements à risque, des infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH/sida et le cancer du col de l'utérus. Face à la nécessité d'accélérer la mise en œuvre d'interventions essentielles reposant sur des bases factuelles, cinq domaines d'action sur lesquels l'on doit se concentrer ont été proposés aux États Membres pour résoudre les questions liées : i) à la gouvernance; ii) à la prestation de services de santé; iii) aux ressources humaines; iv) aux ressources financières; v) à l'information sanitaire.

L'adoption et la mise en œuvre du programme d'action régional par les États Membres permettront de mettre à l'échelle les interventions essentielles destinées à accélérer les progrès vers l'atteinte de l'ODD 5 d'ici 2015. Un engagement politique fort et une grande appropriation sont les bases de la mise à l'échelle rapide et de la viabilité des interventions visant à réaliser l'accès universel aux soins de santé sexuelle et génésique. Le programme d'action régional nécessitera un partenariat solide et une implication des ministères des finances, de l'éducation et d'autres secteurs pertinents, ainsi qu'une collaboration des acteurs non gouvernementaux, des organisations de la société civile, des universitaires, des associations professionnelles, des groupes de défense des droits de l'homme, des associations féminines, des responsables politiques, religieux et communautaires.





## Introduction

La santé de la mère et de l'enfant ne s'est pas beaucoup améliorée dans la Région africaine ces deux dernières décennies. Cette lenteur dans les progrès réalisés se reflète dans le fait que très peu de pays sont en bonne voie pour atteindre le quatrième et le cinquième objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), en particulier en ce qui concerne la santé sexuelle et génésique<sup>1</sup>. Certes, plusieurs initiatives bien intentionnées ont été lancées, mais leur mise à l'échelle n'a pas été suffisamment poussée pour faire évoluer le *statu quo*, dans la mesure où les pays sont confrontés à une multitude d'écueils dans la lutte contre le mauvais état sanitaire des femmes et des enfants.

Par rapport aux autres pays du monde, la Région africaine continue d'être à la traîne dans le domaine de la santé sexuelle et génésique. Par exemple, en 2010, le ratio moyen de mortalité maternelle dans la Région africaine a baissé à 480 décès de mères pour 100 000 naissances vivantes, tandis que la moyenne pour tous les pays en développement était de 240 décès de mères pour 100 000 naissances vivantes<sup>1,2</sup>. En vue de réaliser l'OMD 5 dans la Région africaine, le ratio de mortalité maternelle devrait baisser à un rythme de 5,5 % par an. Or, le taux de mortalité maternelle a diminué uniquement de 2,7 % par an au cours de la période allant de 1990 à 2010. Le taux de prévalence de la contraception dans la Région africaine était de 12 % en 1990. Il s'est accru à 24 % en 2010, tandis que les besoins non satisfaits de planification familiale sont restés élevés, se situant à un taux de 26,5 % en 1990 et de 25 % en 2010. Le taux de natalité des adolescentes est demeuré élevé dans la Région africaine, avec un taux de 117 décès pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans, contre un taux mondial de 50 décès pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans en 2010, selon l'estimation mondiale.<sup>2</sup> En outre, les données pour 22 pays d'Afrique subsaharienne pour la période allant de 1998 à 2009 montrent que les femmes âgées mariées, ou celles âgées de 15 à 19 ans vivant en concubinage, enregistraient des niveaux plus bas d'utilisation de contraceptifs (10 %) par rapport à l'ensemble des femmes en âge de procréer (20 %)<sup>3</sup>.

En 1998<sup>4</sup>, les États Membres ont adopté à l'unanimité la stratégie régionale sur la santé sexuelle et génésique pour la période allant de 1998 à 2007. Ce fut un tournant décisif dans l'effort visant à assurer la santé pour tous dans la Région africaine. Cette stratégie a favorisé un niveau élevé de collaboration régionale et mondiale et est devenue une stratégie globale pour plusieurs initiatives traitant de domaines thématiques ou promouvant des approches innovantes de santé sexuelle et génésique couvrant la santé maternelle et périnatale, la santé sexuelle et génésique de l'adolescente, les grossesses non désirées, les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH/sida, le cancer du col de l'utérus, les mutilations génitales féminines et la violence domestique et sexuelle.<sup>4</sup> L'adoption, par la cinquante-septième Assemblée mondiale de la santé<sup>5</sup>, de la stratégie mondiale de l'OMS pour la santé génésique en 2004, l'élaboration de la feuille de route pour accélérer l'atteinte des OMD liés à la santé de la mère et du nouveau-né dans la Région africaine<sup>6</sup>, adoptée en 2004 par le Comité régional pour l'Afrique et l'approbation, en 2007, de la stratégie de survie de l'enfant pour la Région africaine, liée à la santé sexuelle et génésique<sup>7</sup>, attestent d'une plus grande reconnaissance de l'importance de la santé sexuelle et génésique.

Ces actes majeurs ont été suivis de l'adoption, par la Commission de l'Union africaine<sup>8</sup>, du Plan d'action pour les droits de santé sexuelle et génésique (Plan d'action de Maputo), de l'adoption de la Déclaration d'Alger par la Conférence des ministres sur la recherche en santé en 2008, qui invite les pays africains à élaborer des plans détaillés pour la recherche et

l'information sanitaires<sup>9</sup> et la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires<sup>10</sup>. Par ailleurs, en 2009, l'Union africaine a lancé une Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA).<sup>11</sup> Tous ces cadres internationaux et régionaux soutiennent la réalisation de la santé sexuelle et génésique, y compris la garantie de son inclusion dans le système national de planification, de budgétisation et de suivi et le renforcement des capacités des systèmes de santé pour exécuter les interventions de santé sexuelle et génésique à différents niveaux de la prestation de services de santé.

En dépit de tous ces efforts, avec un intervalle de seulement trois ans nous séparant de l'année d'échéance qu'est 2015, la situation de la santé sexuelle et génésique demeure préoccupante. La Stratégie mondiale du Secrétaire général des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant<sup>12</sup>, que les États Membres se sont engagés à mettre en œuvre, requiert une action urgente pour l'atteinte de l'ODD 5.

Dans ce contexte, le Bureau de l'OMS pour la Région africaine, en collaboration avec des partenaires, a élaboré un programme d'action régional intitulé : «*Accélérer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique : Stratégie pour la Région africaine de l'OMS*». À travers un processus consultatif, l'OMS et ses partenaires ont convenu d'axer leurs efforts sur quelques actions prioritaires, en accordant de l'attention aux nouvelles approches destinées à optimiser l'exécution des principales interventions visant à accélérer la réalisation de l'accès universel à la santé sexuelle et génésique dans la Région africaine. Le programme d'action régional porte sur cinq domaines thématiques : la santé de la mère et du nouveau-né; la planification familiale; les pratiques néfastes, notamment les mutilations génitales féminines (MGF); la prévention de l'avortement à risque, des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH/sida; et le cancer du col de l'utérus. Il décline ainsi les actions prioritaires pour l'accès universel à la santé sexuelle et génésique, axées sur les piliers suivants de renforcement du système de santé : i) la gouvernance; ii) les prestations de services de santé; iii) les ressources humaines; iv) le financement de la santé; v) l'information sanitaire<sup>13</sup>.

Le processus d'élaboration de la stratégie régionale s'est déroulé en trois phases. La phase I concerne l'élaboration de l'avant-projet de programme d'action régional, la phase II la consultation avec les experts issus des pays et les partenaires, tandis que la phase III implique l'approbation pour la mise en œuvre par les États Membres. La stratégie régionale fournira des orientations plus poussées aux programmes nationaux exécutés par les États Membres et les partenaires, en vue de réexaminer leurs programmes pour mettre à l'échelle les interventions de santé sexuelle et génésique.

## Enjeux et défis

Les efforts visant à améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans la Région africaine sont entravés par le manque de convergence entre les politiques et la mise en œuvre des programmes, ce qui se traduit par une mauvaise performance des programmes et le manque de mécanismes de responsabilisation. On relève en outre un accès insuffisant aux services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de qualité et une sous-utilisation de ces services. De surcroît, les ressources financières sont insuffisantes (les ressources extérieures sont imprévisibles, non durables et ne sont pas alignées sur les priorités des pays, les ressources intérieures sont inadéquates et ne sont pas utilisées de façon efficiente et

équitable), les ressources humaines qualifiées et les capacités institutionnelles sont insuffisantes, les systèmes d'information sanitaire trop défaillants pour assurer le suivi des progrès; enfin, l'implication des communautés demeure insuffisante.

**Gouvernance :** la bonne gouvernance pour la santé sexuelle et génésique dans la Région africaine nécessiterait la cohérence des politiques (il faut inclure la santé dans toutes les politiques) qui visent à résoudre les problèmes liés la santé sexuelle et génésique dans tous les groupes de populations<sup>14</sup>. D'autres caractéristiques de la bonne gouvernance comprennent la participation des communautés, le rôle moteur, les partenariats et alliances entre divers secteurs, l'engagement politique et l'obligation de rendre compte des politiques, tandis que les rôles et attributions sont définis pour soutenir les actions convenues.

À ce jour, les initiatives en matière de santé sexuelle et génésique restent fragmentées, en ce qui concerne la planification et la mise en œuvre. Le déficit de mise en œuvre est dû à l'incohérence des politiques se traduisant par des écarts entre les engagements nationaux et l'allocation réelle de ressources pour la mise en œuvre d'interventions de santé sexuelle et génésique, entraînant ainsi une traduction très approximative des engagements en actions. Certes, le secteur de la santé peut résoudre les causes médicales de la mauvaise santé sexuelle et génésique, mais les causes sous-jacentes, par exemple le bon état des routes pour faciliter l'accès aux structures de référence, doivent être résolues par une approche multisectorielle intégrée. Outre l'incohérence entre les politiques, on note également une incohérence dans le dialogue visant à identifier les priorités de santé sexuelle et génésique et les stratégies efficaces entre les acteurs concernés, y compris les pouvoirs publics, les communautés, la société civile et les partenaires internationaux.

La faible sensibilisation du public aux questions de santé sexuelle et génésique limite l'implication des communautés et des responsables locaux dans l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions de santé sexuelle et génésique. L'absence de mécanisme établi pour impliquer les individus, les ménages et les communautés dans toutes les phases du cycle des programmes freine les avancées vers l'accès universel à des interventions de santé sexuelle et génésique de qualité.

**Prestation de services de santé :** Les efforts visant à améliorer la santé sexuelle et génésique dans la Région sont entravés par l'accès insuffisant aux services de santé sexuelle et génésique de qualité et la répartition inéquitable de ces services. Par exemple, la couverture des accouchements assistés par des agents de santé qualifiés dans la plupart des pays de la Région africaine oscille entre 3 % et 75 % pour les habitants de zones rurales et entre 45 % et 97 % pour les citadins. L'accès varie également selon le niveau de richesse, allant de 1 % pour le quintile le plus bas (les pauvres) à 98 % pour le quintile le plus élevé (les riches)<sup>2</sup>.



Les principales entraves à la santé sexuelle et génésique sont essentiellement l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, l'inadéquation des infrastructures, des équipements, des médicaments et des technologies médicales. Ces facteurs sont aggravés par le manque de supervision et la faible implication et participation des communautés. Parmi les autres écueils à l'accès universel à la santé sexuelle et génésique figurent la non-complétude des services

offerts et le manque de prestations de services intégrées, entraînant des inadéquations entre les besoins de services de santé sexuelle et génésique de la population et la fourniture réelle de services.

**Ressources humaines :** L'une des causes sous-jacentes de la mauvaise qualité des services de santé sexuelle et génésique, surtout en ce qui concerne la santé de la mère et du nouveau-né, tient au manque de prestataires de services de santé qualifiés. Dans sa section sur les ressources humaines pour la santé, le Rapport sur la santé dans le monde 2006 relève que la Région africaine accuse une grave pénurie de médecins, de personnels infirmiers et obstétricaux, qui sont les principaux prestataires de services de santé sexuelle et génésique. Cette pénurie était estimée à 817 992 agents, ce qui nécessite une augmentation de 139 % pour combler les niveaux actuels de déficits<sup>15</sup>.

Le déficit en ressources humaines pour la santé dans les pays de la Région africaine est principalement lié à la formation inadaptée et aux possibilités limitées de formation continue des prestataires de soins de santé. Ce déficit s'explique également par des différences entre zones urbaines et zones rurales au niveau de la quantité et de la qualité du personnel, par des politiques et programmes inappropriés de fidélisation des personnels de santé, par de mauvais systèmes d'information sur les ressources humaines, par la mauvaise évaluation des performances et de la responsabilisation et par des réglementations inopérantes des pratiques.

**Financement de la santé :** Le sous-investissement dans la santé en général et la santé sexuelle et génésique en particulier constitue l'une des causes majeures de l'incapacité des systèmes de santé des pays de la Région africaine à fournir des services de santé sexuelle et génésique accessibles et de qualité pour résoudre le problème de la mauvaise performance des indicateurs de santé sexuelle et génésique. En 2001, les gouvernements africains ont adopté la Déclaration d'Abuja, qui recommande aux États africains d'allouer au moins 15 % du budget national au secteur de la santé. Malheureusement, en 2010, cette cible avait été atteinte uniquement par 5 pays sur 46, tandis que 21 pays sur 46 allouaient entre 10 % et 15 %<sup>16</sup> de leurs budgets nationaux à la santé. En conséquence, le financement des interventions prioritaires visant à assurer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique a été insuffisant. Au cours de ces dernières années, le nombre d'initiatives relatives à la santé sexuelle et génésique s'est considérablement accru et les gouvernements se heurtent à des difficultés pour coordonner les différentes sources de financement et assurer le suivi des fonds disponibles pour la santé sexuelle et génésique. On note également une faible capacité des systèmes de santé à absorber le financement, une appropriation nationale insuffisante et une responsabilisation faible, aussi bien pour les donateurs que pour les gouvernements.

Le paiement direct des soins de santé, la forme la plus importante de financement du système de santé dans la Région, a conduit à une baisse générale de l'utilisation des services de santé, principalement pour les femmes, car elles dépendent souvent des ressources et des décisions des hommes pour accéder en temps opportun aux services.

**Information sanitaire :** la mauvaise information sanitaire limite la capacité nationale à suivre les progrès dans l'atteinte des cibles fixées en matière de santé sexuelle et génésique et à prendre les décisions spécifiques et appropriées visant à optimiser l'aptitude du système de santé à mettre à l'échelle les interventions essentielles de santé sexuelle et génésique. Le manque de données précises sur l'information sanitaire compromet la possibilité d'établir un lien entre les ressources et leurs résultats, aboutissements et impacts. La quasi-totalité des pays de la Région africaine sont confrontés aux problèmes continus de qualité, d'exactitude,

d'exhaustivité, de ventilation des données et d'établissement en temps voulu de rapports sur la santé sexuelle et génésique. En outre, les données de la communauté et du secteur privé ne sont pas suffisamment prises en compte dans le système national.

Les données sur de nombreuses questions importantes liées à la santé sexuelle et génésique, telles que le cancer du col de l'utérus, les infections sexuellement transmissibles (IST), la stérilité, la syphilis congénitale, les mutilations génitales féminines (MGF) et l'avortement, ne sont, en général, pas incluses dans le système d'information de la gestion sanitaire (SIGS) de routine. Dans la plupart des cas, le manque de coordination entre les programmes, par exemple entre la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et la planification familiale, donne lieu à des systèmes verticaux et parallèles, alourdissant ainsi le fardeau de l'établissement de rapports.

## Domaines et actions prioritaires pour assurer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique

Au regard de la nécessité d'accélérer la mise en œuvre d'interventions essentielles fondées sur des bases factuelles pour assurer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique et atteindre les OMD 4 et 5<sup>17</sup>, cinq domaines d'action prioritaires sont proposés pour être conduits par les ministères de la Santé, tout en renforçant la coordination au sein et à l'extérieur de ce département ministériel. Il s'agit : i) de la gouvernance; ii) de la prestation de services de santé; iii) des ressources humaines; iv) du financement de la santé; v) de l'information sanitaire.



## Actions proposées dans le cadre du Programme d'action de la Région africaine

**Gouvernance** : renforcer la gouvernance en matière de santé sexuelle et génésique requiert non seulement un engagement politique fort, mais nécessite que les gouvernements, les divers secteurs pertinents, d'autres organisations sociales et les citoyens s'impliquent mutuellement dans la prise de décision afin de favoriser l'appropriation et une approche multisectorielle permettant d'assurer une mise à l'échelle rapide et la durabilité des interventions visant à instaurer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique. Le renforcement de la gouvernance doit être impulsé dans les plus hautes sphères politiques de l'État, par exemple à la présidence de la République ou dans les Services du Premier ministre, pour montrer l'impact significatif que la santé sexuelle et génésique peut avoir dans le développement socioéconomique et pour obtenir un appui permettant d'accélérer les progrès. Les actions requises sont les suivantes :

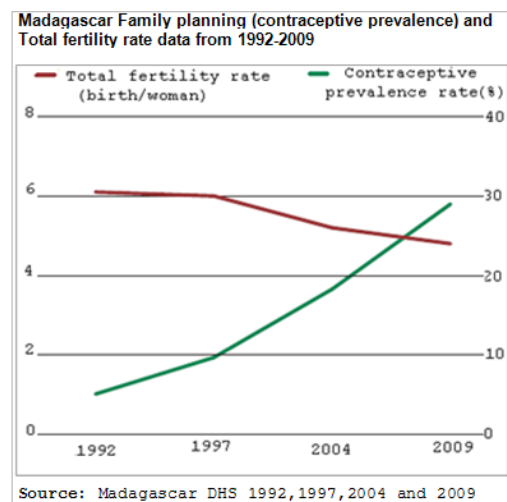
- renforcer la coordination multisectorielle entre ministères et organismes pertinents, dans des domaines comme la santé, les finances, le genre, les affaires sociales et la justice, et accroître le financement pour obtenir des services complets de santé génésique;

- élaborer un plan de santé sexuelle et génésique chiffré, assorti de cibles nationales fondées sur des bases factuelles, qui doit être prioritaire dans les processus de planification du secteur de la santé, les plans nationaux intégrés de développement et en adéquation avec les cadres politiques et législatifs existants;
- mettre en place un cadre de responsabilisation pour le suivi des progrès et des performances et pour le financement du programme de santé sexuelle et génésique;
- promouvoir l'autonomisation des communautés dans les activités de santé sexuelle et génésique, dans le cadre du renforcement du leadership et de l'autonomisation des individus, des ménages et des communautés, pour leur permettre d'exiger des services de santé sexuelle et génésique de qualité;
- impliquer les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, tels que les organismes de professionnels de la santé, les experts en droit, les groupes de défense des droits de l'homme, les associations féminines, les dirigeants politiques (y compris de partis politiques), les responsables religieux et les dirigeants communautaires dans la promotion de la cause de la santé sexuelle et génésique.

En dépit des problèmes de gouvernance, il existe des exemples de meilleures pratiques existants qui montrent que la traduction de l'engagement en action a permis d'améliorer les programmes. Par exemple, Madagascar a pu améliorer le taux de prévalence de la contraception de 5,1 % à 29 % en 17 ans (encadré 1).

#### Encadré 1 : Enseignements tirés du succès de la planification familiale à Madagascar

*Le taux de prévalence de la contraception à Madagascar s'est accru, passant de 5,1 % en 1992 à 29 % en 2009, selon les enquêtes démographiques et de santé<sup>18,19</sup>. Le programme attribue le succès au rôle moteur solide joué au plus haut niveau du gouvernement, à l'inclusion de la cible de planification familiale dans les plans nationaux de développement et à la livraison gratuite de contraceptifs dans toutes les formations sanitaires publiques. Par ailleurs, la collaboration multisectorielle efficace et les campagnes de sensibilisation aux niveaux national et communautaire impliquant les responsables de communautés et des femmes ont joué un rôle majeur dans la réussite du programme.*



**Prestation de services de santé :** Une gamme d'éléments devrait être intégrée dans les mesures visant à garantir l'accès universel à la santé sexuelle et génésique. Ce sont notamment la disponibilité, l'accessibilité et des services de santé sexuelle et génésique essentiels intégrés et de qualité. Les mesures requises consistent à :

- mettre en œuvre et porter à l'échelle un ensemble intégré de services de santé sexuelle et génésique de qualité, dans un continuum de soins comprenant la planification familiale, la prévention de la violence sexuelle et la prise en charge des survivants de

violence, les soins post-avortement, le dépistage du cancer, la prévention et la prise en charge des IST/VIH, la prévention des MGF et la prise en charge de ses complications, la santé génésique de l'adolescente et la nutrition;

- élaborer et mettre en œuvre des stratégies/plans de mobilisation communautaire, y compris des interventions de communication pour le changement de comportement, visant à accroître l'utilisation des services de santé sexuelle et génésique;
- renforcer les capacités de gestion des prestations de services et institutionnaliser les mécanismes d'assurance-qualité, pour garantir la disponibilité d'établissements de santé fonctionnels et la sécurité des produits pour la santé sexuelle et génésique (y compris la fabrication locale de médicaments, de produits et de fournitures médicales pour la santé sexuelle et génésique);
- élaborer et mettre en œuvre des plans intégrés de suivi et de supervision portant sur les paquets d'interventions essentielles en matière de santé sexuelle et génésique à tous les niveaux, afin de garantir des prestations de services de santé sexuelle et génésique efficaces et de qualité.

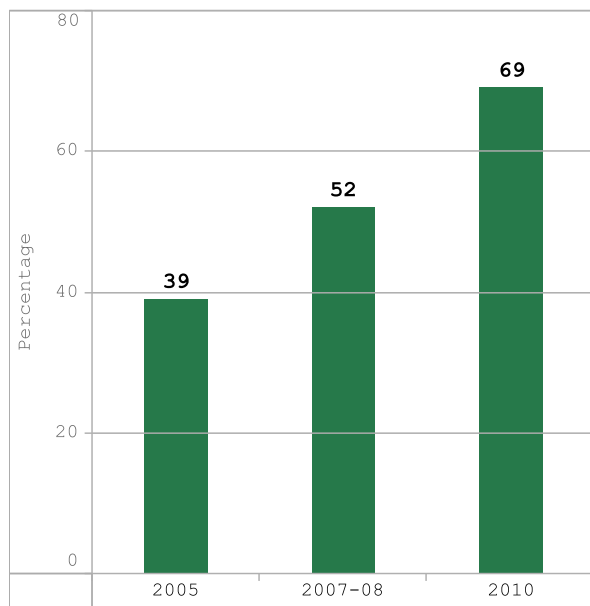
Le Rwanda est un exemple de pays où l'autonomisation dans la prestation de services a entraîné une augmentation rapide de l'accès à l'assistance des accouchements par des agents de santé qualifiés, de 39 % à 69 % en 5 ans (encadré 2).

**Encadré 2 : Stratégies du Rwanda pour l'augmentation de la présence de personnel qualifié lors des accouchements**

*Au cours de la période allant de 2005 à 2010, le Rwanda a enregistré une augmentation sensible de la présence de personnel qualifié lors des accouchements, passée de 39 % à 69%<sup>20</sup>. Cette augmentation résultait d'un certain nombre de facteurs, à savoir : l'engagement au plus haut niveau de l'État et l'application de politiques d'exonérations; l'élaboration d'une feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale; la mise en place d'une politique de rémunération basée sur le rendement à tous les niveaux, y compris communautaire; une gestion plus rationnelle des approvisionnements, garantissant aux formations sanitaires la disponibilité de l'équipement, des produits et du personnel qualifié essentiels; l'amélioration de la communication à travers les TIC et l'amélioration du système de référence; la coordination et la gestion à tous les niveaux de prestations de services.*

*L'augmentation de la proportion des naissances assistées par des agents qualifiés a considérablement contribué à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Rwanda.*

**Trend in Skilled Attendants from 2005 to 201**



Source: Rwanda DHS for 2005, 2007 and 2010



**Ressources humaines** : Pour résoudre les problèmes inhérents aux ressources humaines pour la santé, il faut tenir compte de la nécessité de garantir un continuum de soins pour l'individu et la fourniture de soins intégrés afin de satisfaire globalement les besoins en matière de santé génésique. Pour y parvenir, les pays doivent disposer d'un large éventail de professionnels de santé : médecins, personnels infirmiers, sages-femmes et professionnels paramédicaux. Les actions à mener sont les suivantes :

- élaborer et mettre en œuvre des politiques visant à garantir la formation appropriée et la répartition équitable des prestataires de services de santé sexuelle et génésique et leur fidélisation (par exemple, des approches à multiples volets associant la formation décentralisée et la gestion des ressources humaines, ainsi que des règles de rotation des effectifs des zones urbaines aux zones rurales et la fourniture d'incitations et de motivations accrues);
- examiner et actualiser les programmes de formation initiale et continue, pour une approche de formation basée sur l'acquisition de compétences, y compris les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et la santé sexuelle et génésique (technologie de contraception, gestion de la chaîne d'approvisionnement, prise en charge des IST/VIH/sida, prise en charge des MGF, réparation des fistules, prise en charge des violences sexuelles et fondées sur le genre, dépistage des cancers de l'appareil de reproduction et soins post-avortement);
- renforcer la capacité des institutions de formation à assurer une éducation et une formation de qualité fondées sur l'acquisition de compétences, par l'élaboration et l'adoption de normes, règles, pratiques, normes d'accréditation, de suivi et de supervision réguliers;
- renforcer les compétences pour la supervision facilitante intégrée à tous les niveaux et pour tous les domaines de travail;
- entreprendre un inventaire régulier des compétences en santé de reproduction, sur la base des systèmes d'information fonctionnels sur les ressources humaines, en vue d'assurer la convergence entre le perfectionnement des compétences et les besoins de services de santé génésique.

Les efforts visant à résoudre les problèmes inhérents aux ressources humaines ont produit des résultats positifs dans l'amélioration de la situation des ressources humaines dans certains pays. Citons, à titre d'exemple, le Programme d'urgence pour les ressources humaines au Malawi (voir encadré 3).

**Encadré 3 : Enseignements tirés de l'expérience du Programme d'urgence pour les ressources humaines du Malawi (EHRP)<sup>21</sup>**

*En avril 2004, le ministère de la Santé du Malawi a présenté la situation des ressources humaines du pays comme «proche de l'effondrement». Les effectifs sanitaires disponibles étaient largement insuffisants, à telle enseigne que tous les personnels de santé disponibles étaient submergés par la demande de services découlant de la croissance démographique et des niveaux élevés de prévalence du VIH, conjointement avec l'exode de personnels infirmiers et de médecins hors des frontières nationales<sup>22</sup>. En collaboration avec les partenaires, dans le cadre de l'approche sectorielle (SWAp), le ministère de la Santé a élaboré un Programme d'urgence pour les ressources humaines pour la période 2004-2009. Les composantes du programme comprenaient :*

- *l'amélioration des mesures incitatives pour le recrutement et la fidélisation du personnel dans les hôpitaux publics et missionnaires, en leur octroyant une augmentation de 52 % du salaire imposé;*
- *l'extension de plus de 50 % de la capacité de formation, y compris le doublement du nombre de personnels infirmiers et le triplement du nombre de médecins et de cliniciens inscrits dans les institutions de formation;*
- *le recours aux médecins et aux personnels infirmiers diplômés bénévoles internationaux, en guise de mesure palliative pour pourvoir aux postes critiques;*
- *la fourniture d'une assistance technique internationale pour renforcer les capacités et les compétences au sein du ministère de la Santé;*
- *la mise en place de capacités plus solides de suivi et d'évaluation des ressources humaines.*

*En 2009, le ministère de la Santé a entrepris une évaluation du programme, qui a montré que l'EHRP a contribué à une augmentation du nombre de professionnels de santé dans les 11 catégories d'emploi prioritaires. Le nombre total de professionnels de santé s'est accru de 53 %, passant de 5453 en 2004 à 8369 en 2009. Le nombre de médecins, lui, est passé de 43 médecins en 2004 à 241 médecins (soit une augmentation de 460 %) en 2009 et le nombre de personnels infirmiers a augmenté de 36 %. Cette augmentation a contribué à l'utilisation accrue de services prioritaires, qui s'est traduite par une hausse de 49 % du taux d'utilisation des services ambulatoires de réadaptation (SAR); de 15 % du nombre d'accouchements à moindre risque; de 7 % d'augmentation des CPN (consultation prénatale); de 10 % de la couverture par la vaccination; et de 18 % du taux de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du virus.*

*Les enseignements tirés de la mise en œuvre du programme sont les suivants :*

- *l'engagement du gouvernement à jouer le rôle moteur et à s'appropriier le programme est essentiel;*
- *la mise en œuvre d'un plan exhaustif sur les ressources humaines requiert la collaboration et l'engagement de parties prenantes multisectorielles;*
- *la mise en œuvre d'interventions d'urgence à court terme et d'interventions à plus long terme doit être combinée pour être efficace;*
- *la planification de la durabilité doit être prise en compte dès le début du programme;*
- *un système intégré et fonctionnel de gestion des ressources humaines (gestion du recrutement, du déploiement, des affectations, de la promotion, des rendements) est le fondement de la mise en œuvre de la stratégie pour les ressources humaines.*

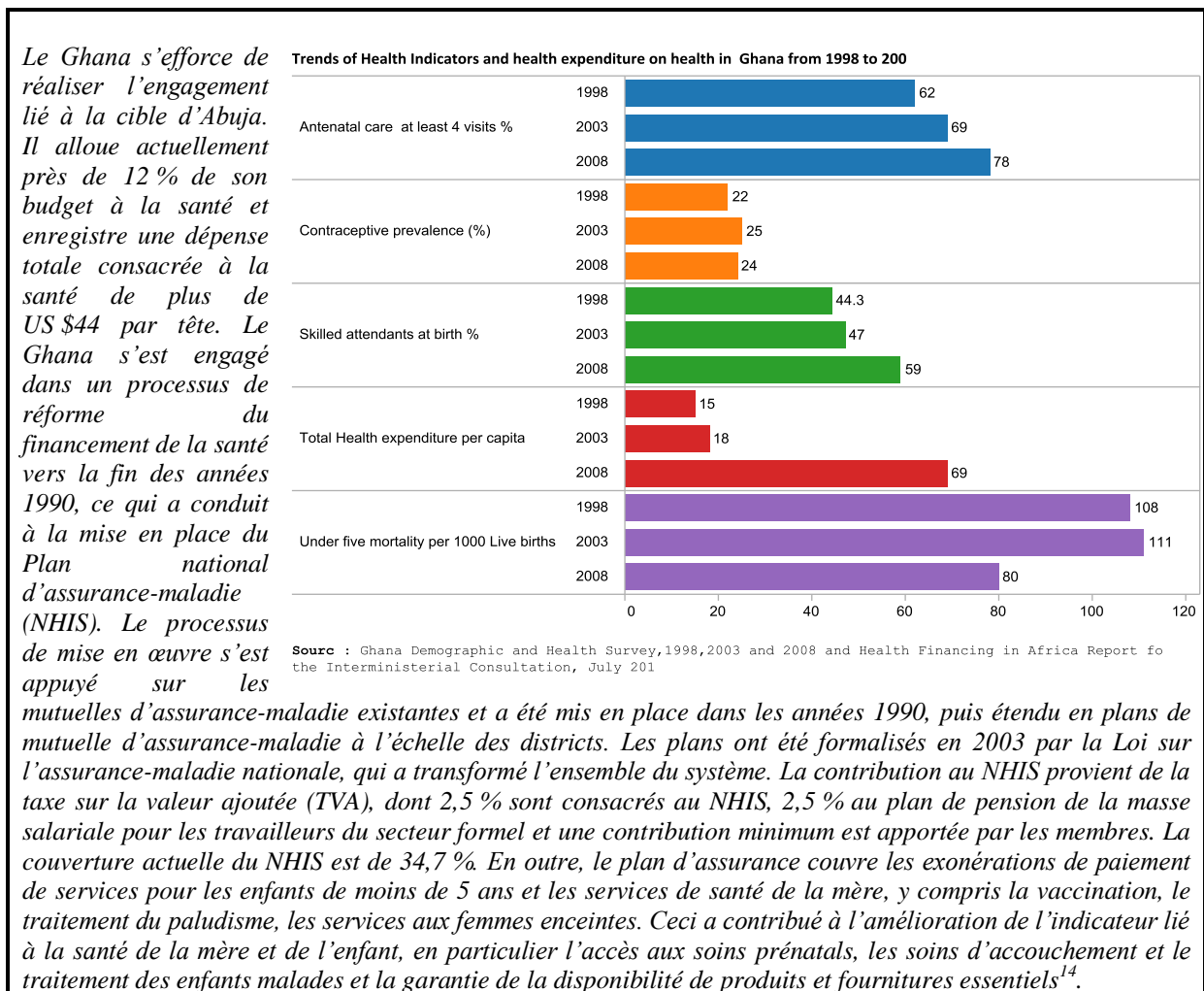
**Financement de la santé** : en vue de fournir des services durables et de qualité, les fonds devraient être obtenus pour améliorer l'infrastructure, la disponibilité des équipements et produits médicaux, la formation, la supervision et l'encadrement. Pour accroître le financement destiné à la santé sexuelle et génésique, les mesures requises sont les suivantes :

- *accroître le financement national pour la santé, en gardant à l'esprit la cible d'Abuja (allocation d'au moins 15 % du budget national au secteur de la santé) pour assurer le financement suffisant du plan chiffré de santé sexuelle et génésique;*
- *institutionnaliser les comptes de la santé aux niveaux national et du district, y compris des comptes auxiliaires sur la santé sexuelle et génésique, pour garantir le suivi et le contrôle des fonds alloués à la santé sexuelle et génésique, en vue de faciliter la responsabilisation des pouvoirs publics et des organismes partenaires, ainsi que l'harmonisation, l'alignement et le plaidoyer en faveur de l'accroissement des ressources, conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide;*

- mettre en place des mécanismes de protection sociale pour protéger les ménages des paiements directs pour la santé ( par exemple, l'assurance-santé communautaire);
- stabiliser le financement des produits de santé sexuelle et génésique, des technologies et des systèmes d'information sanitaire et les intégrer dans les budgets nationaux.

Dans certains pays, l'institutionnalisation des plans de prépaiement a amélioré l'accès aux services de santé, en particulier les services de santé de la mère et de l'enfant. À titre d'exemple, l'encadré 4 ci-après présente les programmes de prépaiement au Ghana.

**Encadré 4 : Expérience du Ghana en matière d'organisation de plans de prépaiement pour l'amélioration de l'accès aux services de santé**



**Information sanitaire :** la notion d'«une meilleure information pour de meilleurs résultats» a été reconnue aux niveaux mondial et régional et mentionnée dans le Rapport de la Commission du Secrétaire général des Nations Unies sur l'information et la responsabilisation<sup>23</sup>. Le cadre de responsabilisation<sup>24</sup> publié par la Commission de l'information et de la responsabilisation met en exergue les trois processus interdépendants que sont le *contrôle*, le *revue* et l'*action*, qui visent l'apprentissage et l'amélioration continus. Afin de renforcer le système d'information pour le suivi des résultats de la santé sexuelle et génésique, les mesures ci-après s'avèrent nécessaires :

- renforcer les capacités de collecte et d'analyse des données sur l'état de santé, ses principaux déterminants et le fonctionnement des services de santé aux niveaux des localités, des districts et du pays, avec des ressources humaines appropriées et qualifiées et l'équipement requis;
- renforcer l'intégration dans le SIGS existant des données relatives à la planification familiale, aux IST et au VIH/sida, au cancer du col de l'utérus, à la stérilité et aux pratiques néfastes, ainsi que des données issues des communautés et du secteur privé;
- mettre en place et renforcer le système d'enregistrement des naissances, des décès et des causes de décès et institutionnaliser les registres de mortalité maternelle au niveau national, ainsi que les registres des cas «où il s'en est fallu de peu» et rendre obligatoire la déclaration des décès maternels et périnatals;
- ventiler les principaux indicateurs sur la santé génésique, de la mère et de l'enfant selon le genre, le quintile le plus pauvre, l'âge, le lieu de résidence (zone urbaine ou rurale), la situation géographique, l'ethnie et le niveau d'instruction, entre autres paramètres d'équité;
- faire de la recherche sur la santé une priorité nationale et utiliser les résultats de la recherche pour éclairer les politiques et programmes de santé sexuelle et génésique;
- assurer le suivi et établir des rapports annuels sur un ensemble d'indicateurs essentiels, afin de mieux mesurer les progrès réalisés dans le sens de l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement 1 (cible c), 4, 5 et 6.

## Rôles et responsabilités

La nécessité de mieux planifier, organiser, gérer, contrôler et accroître l'investissement dans les programmes de santé sexuelle et génésique en vue d'une mise en œuvre efficace des interventions essentielles requiert l'adoption d'une approche concertée par les gouvernements, les partenaires et la communauté au sens large, avec une définition claire des rôles et responsabilités des divers intervenants.

### États Membres

Les gouvernements jouant le rôle de chef de file garantiront des mesures harmonisées et coordonnées pour accélérer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique et accroître la responsabilisation en vue :

- d'élaborer et de mettre en œuvre un plan national d'accélération de la santé sexuelle et génésique priorisé et budgétisé;
- de faciliter la coordination, la collaboration et le partenariat entre toutes les parties prenantes, y compris les universitaires, les organisations de soins de santé, le secteur privé, la société civile, les personnels de santé, les donateurs, les familles et les communautés, aux niveaux local et national;
- de mettre en place un mécanisme de mobilisation de ressources adéquates et de garantir leur emploi à bon escient;

- d'introduire ou d'amender la législation et les politiques, conformément aux principes de droit à la santé sexuelle et génésique, pour assurer un accès optimal et promouvoir l'utilisation des services de santé sexuelle et génésique;
- d'effectuer des recherches et d'utiliser les résultats obtenus pour examiner et actualiser les politiques et programmes de santé sexuelle et génésique;
- de promouvoir des interventions multisectorielles impliquant le secteur de la santé et les autres secteurs connexes (éducation, routes/transport, etc.).

## **Partenaires**

L'OMS et ses partenaires contribueront au renforcement des programmes nationaux exhaustifs et intégrés de santé sexuelle et génésique, en fournissant un appui à tous les États Membres pour les aider à :

- mettre en œuvre et porter à l'échelle des paquets intégrés de services de santé sexuelle et génésique;
- renforcer la capacité institutionnelle et gestionnaire;
- renforcer la capacité de mobilisation des ressources;
- renforcer le mécanisme de suivi et d'évaluation, ainsi que les systèmes de gestion de l'information sanitaire;
- produire des informations et des bases factuelles pour soutenir l'élaboration, la planification et la mise en œuvre de programmes et le suivi des progrès accomplis;
- faciliter le travail en réseau, la documentation, le partage d'expériences et les revues conjointes.

## **Suivi et évaluation**

Les pays devraient renforcer leurs processus de suivi et évaluation pour obtenir en temps voulu des données fiables et de qualité qui permettront d'évaluer régulièrement les progrès réalisés et de préparer les rapports annuels à utiliser aux niveaux national et régional. Un ensemble d'indicateurs essentiels standardisés<sup>25,26</sup> (voir annexes) sera utilisé pour assurer le suivi et l'évaluation du programme d'action régional.

Des travaux de recherche opérationnelle seront menés pour mieux appréhender les goulots d'étranglement et mettre au point de nouvelles approches susceptibles d'améliorer les prestations de services de santé sexuelle et génésique.

Pour suivre les avancées en matière de santé sexuelle et génésique, la Région africaine doit s'inspirer d'autres initiatives en cours, telles que la revue des feuilles de route nationales, les observatoires régionaux et nationaux de la santé, le Compte à rebours vers 2015, la stratégie mondiale du Secrétaire général des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant<sup>12</sup> et la Commission sur le Cadre d'information et de responsabilisation. Les progrès feront l'objet de suivi annuel, en collaboration avec tous les partenaires. Un rapport d'état d'avancement sera présenté lors de chaque réunion du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

## Appel à l'action

L'adoption par les pays africains de l'action prioritaire proposée dans le programme d'action régional et sa mise en œuvre, ainsi que son intensification amplifiera la dynamique en faveur de l'atteinte de l'ODD 5 d'ici 2015. La stratégie régionale invite les États Membres et les partenaires à soutenir la mise en œuvre des actions proposées pour garantir l'accès universel à la santé sexuelle et génésique.

Pour y parvenir, il faut un engagement politique fort, une appropriation et la durabilité des interventions visant à assurer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique. Il faut également créer un environnement dynamique pour un appui fort aux initiatives de santé sexuelle et génésique fondées sur les droits. De même, il faut impérativement que les ministres de la Santé, ceux des Finances, de l'Éducation et d'autres secteurs, ainsi que des acteurs non gouvernementaux, des organisations de la société civile, des groupes de défense des droits de l'homme, des associations féminines, des responsables politiques, sans oublier des responsables religieux et communautaires, s'impliquent fortement dans la promotion de l'accès universel à la santé sexuelle et génésique.

## Annexes

### Annexe 1 : Cadre proposé pour le suivi de la santé sexuelle et génésique axé sur un certain nombre d'indicateurs

N°	Indicateur	Valeur en 2010	Catégorie	Définition	Mesure		Source de données
					Numérateur	Dénominateur	
1	<b>Ratio de mortalité maternelle (RMM)</b>	480 pour 100 000	Résultat/ Impact	Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes	Totalité des décès maternels survenant dans une période (en général une année)	Nombre total de naissances vivantes survenant dans la même période	a) Enregistrement des données d'état civil; b) Données basées sur les établissements de santé; c) Sondages ou surveillance démographiques; d) Recensement
2	<b>Taux de mortalité des moins de 5 ans</b>	119 pour 1000 naissances vivantes	Résultat/ Impact	Probabilité de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire	Non applicable <sup>5</sup>	Non applicable <sup>5</sup>	a) Enregistrement des données d'état civil; b) Données de recensement de la population; c) Enquêtes démographiques.
3	<b>Taux de mortalité infantile</b>	75 pour 1000 naissances vivantes	Résultat /Impact	Probabilité de décès avant le premier anniversaire	Non applicable <sup>5</sup>	Non applicable <sup>5</sup>	a) Enregistrement des données d'état civil; b) Données de recensement de la population; c) Enquêtes démographiques.
4	<b>Taux de mortalité néonatale<sup>5</sup></b>	34 pour 1000 naissances vivantes	Résultat/ Impact	Nombre de décès de nourrissons jusqu'à 28 jours après l'accouchement pour 1000 naissances vivantes	Nombre total de décès de nourrissons survenant jusqu'à 28 jours après l'accouchement x 1000	Nombre total de naissances	a) Enregistrement des données d'état civil; b) Sondages ou surveillance démographiques.
5	<b>Taux de mortalité périnatale<sup>1</sup></b>	59 pour 1000 décès	Résultat/ Impact	Nombre de décès périnataux pour 1000 naissances au total	Nombre total de décès périnataux x 1000	Nombre total de naissances	a) Enregistrement des données d'état civil; b) Sondages ou surveillance démographiques.
6	<b>Taux de prévalence de la contraception</b>	24 %	Résultat/ Impact	Proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui utilisent (ou dont les partenaires utilisent) une méthode contraceptive à un moment donné dans le temps	Nombre de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui utilisent (ou dont les partenaires utilisent) une méthode contraceptive à un moment donné dans le temps	Nombre total de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) au même moment dans le temps	Données d'enquêtes démographiques
7	<b>Taux de natalité chez les adolescentes</b>	117 pour 1000	Résultat/ Impact	Nombre de naissances vivantes pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Nombre total de naissances vivantes chez les femmes de 15 à 19 ans dans une période spécifiée (en général une année) x 1000	Nombre total de femmes âgées de 15 à 19 ans dans la même période	a) Enregistrement des données d'état civil; b) Données basées sur les établissements de santé; c) Sondages ou surveillance démographiques; d) Recensement
8	<b>Taux de fécondité total</b>	4,8	Résultat/ Impact	Nombre de naissances qu'une femme aurait à la fin de sa vie reproductive si elle connaissait le taux	Somme des sept TFA (pour les tranches d'âge de 5 ans : 15 à 19 ans; 20 à 24 ans; 25 à 29 ans; 30 à	1000	a) Enregistrement des données d'état civil; b) Données de recensement de la population; c) enquêtes démographiques.

<sup>i</sup> La période périnatale commence après 22 semaines franches (soit 154 jours) de gestation et prend fin 7 jours après l'accouchement.

				de fécondité par âge (TFA) <sup>ii</sup> prévalant de 15 à 49 ans	34 ans; 35 à 39 ans; 40 à 45 ans; 45 à 49 ans) x 5		
9	<b>Pourcentage de femmes déclarant avoir subi une mutilation génitale féminine (MGF), ventilé selon la tranche d'âge</b>	41 %	Résultat	Pourcentage de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui déclarent avoir subi une mutilation génitale féminine, désagrégé par tranches d'âge de 5 ans dans une période donnée	Nombre de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui déclarent avoir subi une mutilation génitale féminine, désagrégé par tranches d'âge de 5 ans dans une période donnée x 100	Nombre total de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) désagrégé par tranches d'âge de 5 ans dans la même période	a) SIS; b) Données d'enquêtes démographiques
10	<b>Besoins non satisfaits en planification familiale</b>	25 %	Accès/demande	Proportion de toutes les femmes courant un risque de grossesse et désireuses d'espacer ou de limiter leur procréation qui n'utilisent actuellement aucune méthode de contraception	<i>Non applicable</i> <sup>iii</sup>	<i>Non applicable</i>	Enquêtes démographiques
11	<b>Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié<sup>iv</sup></b>	48 %	Utilisation des services	Proportion de naissances assistées par des agents qualifiés (personnel)	Nombre de naissances vivantes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans dans la période spécifiée assistées par du personnel qualifié pendant l'accouchement (médecins, infirmiers/infirmières, sages-femmes ou sages-femmes auxiliaires) pendant une période spécifiée x 100	Nombre total de naissances vivantes pendant la même période	a) SIS; b) Données d'enquêtes démographiques.
12	<b>Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de soins prénatals, assurés par du personnel qualifié</b>	44 %	Utilisation des services	Proportion de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de soins prénatals, durant leur grossesse, assurés par du personnel qualifié	Nombre de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de soins prénatals, durant leur grossesse, assurés par du personnel qualifié, au cours d'une période spécifiée x 100	Nombre total de naissances vivantes pendant la même période	a) SIS; b) Données d'enquêtes démographiques.
13	<b>Pourcentage d'accouchements dans des</b>	48 %	Utilisation des services	Pourcentage d'accouchements survenant dans des	Nombre d'accouchements survenant dans	Nombre total d'accouchements survenant dans	a) Enregistrement des données d'état civil; b) Sondages ou

<sup>ii</sup> TFA= Naissances dans une année chez les femmes âgées de X / Nombre de femmes âgées de X ans à mi-année.

<sup>iii</sup> La formule de calcul du besoin non satisfait de contraception se définit selon une méthodologie particulière d'enquête.

<sup>iv</sup> **Personnel qualifié** – «agent de santé professionnel accrédité, tel qu'une sage-femme, un médecin ou un infirmier, qui a été éduqué et formé pour être performant dans les compétences nécessaires pour prendre en charge des grossesses normales (sans complication), l'accouchement et la période post-natale immédiate et dans l'identification, la prise en charge et l'orientation des complications chez les femmes et les nouveau-nés». Rendre la grossesse plus sûre : le rôle critique de l'agent qualifié. Déclaration conjointe de l'OMS, ICM et FIGO. MPS/RHR/WHO Genève, 2004



	établissements de santé			établissements de santé	des établissements de santé au cours d'une période spécifiée x 100	une même période	surveillance démographiques.
14	<b>Pourcentage d'accouchements par césarienne</b>	4 %	Utilisation des services	Pourcentage d'accouchements par rapport à tous les accouchements	Nombre total de césariennes au cours d'une période spécifiée x 100	Nombre total d'accouchements dans une même période	a) SIS; b) Données d'enquêtes démographiques.
15	<b>Pourcentage de femmes enceintes fréquentant des centres prénatals dépistés de la syphilis</b>	59 %	Utilisation des services	Pourcentage de femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans fréquentant des centres prénatals dépistés de la syphilis	Nombre de femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans fréquentant des centres prénatals dépistés de la syphilis au cours d'une période spécifique x 100	Nombre total de femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans fréquentant des centres prénatals dépistés de la syphilis dans une même période	a) SIS; b) Données d'enquêtes démographiques.
16	<b>Pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu 2 ou davantage de doses de vaccin antitétanique</b>	80 %	Utilisation des services	Pourcentage de femmes enceintes qui sont vaccinées contre le tétanos	Nombre de femmes enceintes qui sont vaccinées contre le tétanos au cours d'une période spécifiée x 100	Nombre total de femmes enceintes dans une même période	a) SIS; b) Données d'enquêtes démographiques.
17	<b>Démarrage précoce de l'allaitement maternel</b>	46 %	Utilisation des services	Pourcentage de nouveau-nés allaités dans un délai maximum d'une heure après l'accouchement	Nombre de femmes ayant eu des naissances vivantes au cours des X années précédant l'enquête et qui ont mis leurs nouveau-nés sous allaitement maternel en l'espace d'une heure après l'accouchement	Nombre total de femmes ayant eu des naissances vivantes au cours des X années précédant l'enquête	a) SIS; b) Données d'enquêtes démographiques
18	<b>Taux d'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois</b>	33 %	Utilisation des services	Proportion de nourrissons de 0 à 5 mois sous allaitement maternel exclusif	Nombre de nourrissons de 0 à 5 mois sous allaitement maternel exclusif pendant la journée précédente	Nombre total de nourrissons de 0 à 5 mois couverts par l'enquête	a) SIS; b) Données d'enquêtes démographiques
19	<b>Proportion de femmes enceintes dépistées du VIH</b>	42 %	Utilisation des services	Proportion de femmes enceintes dépistées du VIH	Nombre de femmes enceintes dépistées du VIH au cours d'une période spécifique x 100	Nombre total de femmes enceintes fréquentant un centre de soins prénatals durant la même période	a) SIS; b) Données d'enquêtes démographiques
20	<b>Femmes enceintes VIH-positives suivant un traitement antirétroviral (ARV) pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH</b>	50 %	Utilisation des services	Pourcentage de femmes enceintes VIH-positives suivant un traitement antirétroviral (ARV) pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH	Nombre de femmes enceintes VIH-positives suivant un traitement antirétroviral (ARV) au cours des 12 derniers mois pour réduire le risque de transmission mère-enfant au cours d'une période spécifique x 100	Estimations brutes du nombre de femmes enceintes VIH-positives	a) SIS; b) Données d'enquêtes démographiques

21	<b>Nourrissons de mères séropositives sous ARV – pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH – à la naissance</b>	42 %	Utilisation des services	Pourcentage de nourrissons exposés au VIH sous ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant	Nombre d'enfants exposés au VIH sous ARV au cours d'une période spécifique	Nombre total d'enfants vivants exposés au VIH nés de femmes VIH-positives durant la période spécifique	Données du SIS ( <i>pour le numérateur</i> ); et données de recensement ( <i>pour le dénominateur</i> )
22	<b>Notification obligatoire des décès maternels</b>	Pas de données	Apports	Notification obligatoire des décès maternels (oui/non)	Non applicable	Non applicable	Documents de politique
<b>Indicateurs relatifs au système de santé et à la politique de la santé</b>							
23	<b>Politique (ou stratégie) nationale de santé sexuelle et génésique/SMNE</b>	46 (oui)	Apports	Existence d'une politique/stratégie nationale de SR/SMNE (oui/non)	Non applicable	Non applicable	Examen de la politique
24	<b>Existence d'une politique de dépistage du cancer du col de l'utérus</b>	Pas de données	Apports	Existence d'une politique relative au dépistage du cancer du col de l'utérus (oui/non)	Non applicable	Non applicable	Documents de politique
25	<b>Budget du gouvernement alloué à la santé</b>	46 (oui)	Résultat/ Impact	Part en pourcentage du budget du gouvernement allouée à la santé	Montant des fonds alloués à la santé durant une période spécifique	Budget gouvernemental total dans la période spécifiée	Archives administratives, comptes nationaux de la santé, PER
26	<b>Pourcentage des dépenses publiques consacrées à la santé génésique</b>	Pas de données	Résultat	Pourcentage des dépenses publiques consacrées à la santé génésique	Montant des dépenses publiques consacrées à la santé génésique au cours d'une période spécifiée X 100	Montant des dépenses publiques totales consacrées à la santé dans la même période	Archives administratives.
27	<b>Allocation budgétaire réservée aux produits de santé sexuelle et génésique dans le budget national ou autres sources contrôlées au niveau national</b>	Pas de données	Apports	Existence d'un budget consacré aux produits de santé sexuelle et génésique (oui/non)	Non applicable	Non applicable	Archives administratives, comptes nationaux de la santé, PER

**Annexe 2 : Interventions essentielles fondées sur des bases factuelles visant à réduire la mortalité en rapport avec la santé génésique, la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et à promouvoir la santé génésique**

Continuum de soins	Adolescence et période préalable à la grossesse	Grossesse (soins prénatals)	Accouchements	Soins postnataux (mères)	Soins postnataux (nouveau-nés)	Petite enfance et enfance
<p><b>Tous les niveaux :</b></p> <p><b>Communautaire Primaire Orientation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planification familiale (conseil, méthodes hormonales et stériles)</li> <li>Prévenir et gérer les infections sexuellement transmissibles, le VIH</li> <li>Enrichissement/ supplémentation en acide folique pour prévenir les lésions du tube neural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supplémentation en fer et en acide folique</li> <li>Vaccin antitétanique</li> <li>Prévention et prise en charge du paludisme à l'aide de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de médicaments antipaludéens</li> <li>Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles et du VIH, y compris avec les médicaments antirétroviraux</li> <li>Supplémentation en calcium pour prévenir l'hypertension (forte tension artérielle)</li> <li>Interventions pour cesser de fumer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utérotonique prophylactique pour prévenir l'hémorragie post-partum (saignement excessif après l'accouchement)</li> <li>Prendre en charge l'hémorragie post-partum en ayant recours au massage utérin et à l'utérotonique</li> <li>Soutien social pendant l'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseil de planification familiale et contraceptifs</li> <li>Conseil de nutrition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soins thermiques immédiats (pour tenir le bébé au chaud)</li> <li>Démarrage de l'allaitement précoce (dans la première heure)</li> <li>Hygiène du cordon et soins cutanés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Allaitement maternel exclusif pendant 6 mois. Allaitement maternel continu et alimentation complémentaire à partir de 6 mois</li> <li>Prévention et prise en charge du paludisme de l'enfant; supplémentation en vitamine A à partir de l'âge de 6 mois</li> <li>Vaccination de routine plus <i>H.influenzae</i>, vaccins antiméningococcique, antipneumococcique et antirovirus</li> <li>Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère</li> <li>Prise en charge de la pneumonie chez l'enfant</li> <li>Prise en charge de la diarrhée</li> </ul>
<p><b>Primaires et orientation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planification familiale (méthode hormonale, stérilet et certaines méthodes chirurgicales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépistage pour le traitement de la syphilis</li> <li>Aspirine à faible dose pour prévenir la pré-éclampsie</li> <li>médicaments antihypertenseurs (pour traiter l'hypertension)</li> <li>Sulfate de magnésium pour l'éclampsie</li> <li>Antibiotiques pour la rupture prématurée des membranes</li> <li>Corticostéroïdes pour prévenir le syndrome de détresse respiratoire chez les bébés prématurés</li> <li>Avortement sans risque</li> <li>Soins post-avortement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge active de la troisième phase du travail (pour expulser le placenta) afin d'empêcher l'hémorragie post-partum (<i>comme décrit ci-dessus, plus traction contrôlée du cordon</i>)</li> <li>Prise en charge de l'hémorragie post-partum (<i>comme décrit ci-dessus, plus extraction manuelle du placenta</i>)</li> <li>Dépister et prendre en charge le VIH (si non encore dépisté)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépister et démarrer ou poursuivre la thérapie antirétrovirale du VIH</li> <li>Traiter l'anémie maternelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réanimation néonatale avec un sac et un masque (des bébés qui ne respirent pas à la naissance) par des professionnels de santé</li> <li>Soins maternels de type kangourou pour les bébés nés avant terme (prématurés) et pour ceux pesant moins de 2000 g</li> <li>Soutien complémentaire pour l'alimentation des bébés de petits poids et des bébés prématurés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soins intégrés des enfants infectés ou exposés au VIH</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge des nouveau-nés atteints de jaunisse (bébés «jaunes»)</li> <li>• Démarrer la thérapie antirétrovirale prophylactique pour les bébés exposés au VIH</li> </ul>	
<b>Orientation *</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planification familiale (méthodes chirurgicales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire la mauvaise présentation à terme avec la version par manœuvres externes</li> <li>• Déclenchement artificiel du travail pour prendre en charge la rupture prématurée des membranes à terme (déclencher le travail)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accouchement par césarienne sur la base d'indications maternelles/fœtales (pour sauver la vie de la mère/du bébé)</li> <li>• Antibiotique prophylactique pour les accouchements par césarienne</li> <li>• Déclenchement du travail pour les grossesses prolongées (déclencher le travail)</li> <li>• Prise en charge de l'hémorragie post-partum (<i>comme décrit ci-dessus, plus procédures chirurgicales</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détecter et prendre en charge la septicémie post-partum (infections graves après la naissance)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thérapie antibiotique présomptive pour les nouveau-nés courant le risque d'une infection bactérienne</li> <li>• Recours au surfactant exogène (médicaments respiratoires) pour prévenir le syndrome du stress respiratoire chez les bébés prématurés</li> <li>• Ventilation à pression positive continue (CPAP) pour gérer le syndrome du stress respiratoire chez les bébés</li> <li>• Prise en charge de la septicémie, de la méningite et de la pneumonie néonatales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge de la méningite</li> </ul>
<b>Stratégies communautaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visites à domicile des femmes et d'enfants dans tout le continuum de soins</li> <li>• Groupes de femmes</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>* Les interventions de planning familial au niveau des orientations intègrent celles fournies au niveau primaire</li> </ul>		

**Adolescence/avant la grossesse – grossesse - accouchement – mère et nouveau-né en situation postnatale - enfance**

## Références

- 1 OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale. Tendances de la mortalité maternelle de 1990 à 2010, OMS, Genève, 2012.
- 2 Statistiques sanitaires mondiales 2012. OMS, Genève, 2012.
- 3 Rapport des Nations Unies sur les OMD pour 2011.
- 4 Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Afrique. Stratégie de santé reproductive pour la région africaine, de 1998 à 2007, Harare, 1998.
- 5 Stratégie de santé reproductive pour accélérer les progrès dans le sens de l'atteinte des buts et cibles de développement international, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
- 6 Feuille de route pour l'accélération de l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement liée à la santé maternelle et néonatale dans la Région africaine, AFR/RC54/INF/DOC.6, Brazzaville, 2004.
- 7 Survie de l'enfant : une stratégie pour la Région africaine, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2007, AFR/RC56/R2, Addis-Abeba, 2006.
- 8 Union africaine. Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du cadre de politique continentale pour les droits de santé sexuelle et reproductive 2007-2010. Addis-Abeba, Éthiopie, 2006.
- 9 Déclaration d'Alger, Conférence ministérielle sur la recherche en santé dans la Région africaine : réduire le fossé afin d'améliorer la santé de l'Afrique, 2008.
- 10 Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire. Burkina Faso, 2008.
- 11 Union africaine. Campagne sur la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), 2009.
- 12 Ban Ki-moon, Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. New York, Nations Unies, 2010.
- 13 Organisation mondiale de la Santé, Accès universel à la santé reproductive : accélérer les mesures visant à renforcer les progrès dans l'atteinte de l'Objectif du millénaire pour le développement 5 par la promotion de la cible 5B, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
- 14 Graham, J. et al. Principes de bonne gouvernance au 21<sup>ème</sup> siècle. Dossier de politique n°15. New York, PNUD, 2003.
- 15 Rapport 2006 sur la santé dans le monde : Œuvrer ensemble pour la santé. Organisation mondiale de la Santé, 2006.
- 16 État du financement de la santé dans la Région africaine, document de discussion pour la conférence interministérielle : réalisation de résultats pour l'optimisation des ressources financières consacrées à la santé, 4-5 juillet 2012, Tunis, Tunisie, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.
- 17 Organisation mondiale de la Santé, Stratégie de santé reproductive pour accélérer les progrès dans le sens de l'atteinte des buts et cibles de développement international. OMS, Genève, 2010.
- 18 Enquêtes démographiques et de santé de Madagascar, 1992, 1997, 2004 et 2009.
- 19 Rapport de la décennie sur le compte à rebours jusqu'en 2015 (2000-2010) : état des lieux de la santé maternelle, néonatale et infantile. Rapport 2010.
- 20 Enquêtes démographiques et de santé du Rwanda, 2005, 2007-2008 et 2010.
- 21 Ministère de la Santé, Malawi et sciences de gestion pour la santé : rapport final sur l'évaluation du Programme d'urgence pour les ressources humaines, juillet 2012.
- 22 Ministère de la Santé, République du Malawi : ressources humaines dans le secteur de la santé : vers une solution. Blantyre, 2004.
- 23 Commission sur l'information et l'obligation redditionnelle concernant la santé de la femme et de l'enfant, Tenir les promesses, Mesurer les résultats, Rapport de l'Organisation mondiale de la Santé, 2011.
- 24 Obligation redditionnelle des pays au titre du Cadre pour la femme et l'enfant : guide d'utilisation de l'outil d'autoévaluation, OMS, Genève, 2012.
- 25 Indicateurs de santé reproductive : directives pour leur production, interprétation et analyse aux fins du suivi mondial, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
- 26 Suivi au niveau national de la réalisation de l'accès universel à la santé reproductive : considérations conceptuelles des pratiques et indicateurs connexes – rapport d'une Consultation technique OMS/UNFPA, du 13 au 15 mars 2007, Genève.