



STRATÉGIE POUR LES DROITS ET LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DANS LA RÉGION DE LA SADC

2019 – 2030



Tableau de bord pour les Droits et la Santé Sexuelle et Génésique dans la Région de la SADC pour Accélérer la Stratégie de la SDR dans la Région de la SADC 2019 – 2030.

Secrétariat de la Communauté de Développement d’Afrique Australe (SADC)

Plot 54385 CBD Square

Private/Bag 0095

Gaborone, Botswana

Tél: +267 395 7863

Email: registry@sadc.int

Site web: www.sadc.int

Twitter: @SADC_NEWS

Facebook@sadc.int

YouTube: youtube.com/sadc.int

©SADC, 2019

ISBN xxxxxxxxxxxxxx

Les informations dans cette publication peuvent être reproduites, utilisées et partagées avec la pleine reconnaissance de l’éditeur; SADC

Citation: *Tableau de Bord pour les Droits et la Santé Sexuelle et Génésique dans la Région de la SADC pour Accélérer la Stratégie de la SDR dans la Région de la SADC 2019 – 2030*. Gaborone, Botswana, 2019

A propos de la SADC

la Communauté de Développement d’Afrique Australe (SADC) est une organisation fondée et entretenue par des pays en Afrique australe qui visent à promouvoir la coopération socio-économique, politique et sécuritaire parmi ses Etats Membres et encourager l’intégration régionale afin d’atteindre la paix, la stabilité et la richesse. Les Etats Membres de la SADC sont l’Angola, le Botswana, la République Démocratique du Congo, l’Union des Comores, le Lesotho, Madagascar, le Malawi, Maurice, le Mozambique, la Namibie, les Seychelles, l’Afrique du Sud, le Swaziland, la République Unie de Tanzanie, de Zambie et du Zimbabwe.

› TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	4
Préface.....	5
Acronymes	6
Glossaire des termes	7
Resumé Directif	10
1. Introduction.....	15
2. Le Contexte de SDSR dans la SADC.....	16
3. La Stratégie de la SADC pour la SDSR 2019 – 2030.....	23
Le Processus de l'élaboration de la Stratégie	23
L'Objectif	24
La Portée et champ d'application de la Stratégie SADC SDSR.....	24
Approche Stratégique	25
La Vision.....	25
Les Bénéficiaires.....	25
Les Principes	25
Les Résultats de la SDSR dans la région.....	26
Le Cadre pour accélérer les Résultats de la SDSR.....	27
A. Le leadership novateur qui accélère vigoureusement le programme Régional de la SDSR.....	27
B. L'Alignement de la politique des États Membres et des Cadres juridiques avec les engagements mondiaux et régionaux et des normes internationales relatives aux droits de l'homme	27
C. La Couverture sanitaire universelle et le renforcement des systèmes de santé dans les États Membres qui comprennent le programme essentiel de la SDSR	29
D. Le Suivi et L'Évaluation pour un Impact renforcé et une politique fondée sur des preuves, la planification et la prestation des services.....	31
4. Les Modalités de la mise en œuvre afin d'accélérer, de faire avancer et de réaliser les engagements de la SDSR	32
4.1 Les États membres de la SADC, la société civile, les organisations non gouvernementales, les adolescents, la jeunesse et les populations clés sont mutuellement responsables pour réaliser cette Stratégie.....	32
4.2. Le Secrétariat de la SADC et ses partenaires stratégiques soutiennent la domestication de la Stratégie SADC SDSR 2019 – 2030	33
4.3. Le Secrétariat et ses partenaires stratégiques contrôlent et soutiennent les États membres pour collecter les données et rendre compte du progrès en utilisant le tableau de bord.....	34
5. La Mise en œuvre	35
6. Les Références	36
1. Les Annexes	38
Annexe 1: Localiser la Stratégie de SDSR pour 2018 – 2030 au sein des cadres régionaux, continentaux et mondiaux.....	38

› REMERCIEMENTS

La Stratégie pour les Droits et la Santé Sexuelle Reproductive (SDSR) dans la Région de la SADC (2019 – 2030) a été rendue possible par la collaboration des États Membres de la Communauté de Développement d’Afrique Australe (la SADC) du Secrétariat et des diverses parties prenantes.

Le Secrétariat remercie toutes les contributions, en particulier le leadership des Ministères de la Santé d’Eswatini, de la Namibie et de l’Afrique du Sud, qui ont fourni l’orientation stratégique et le soutien au travail du Comité Technique composé des représentants d’agences de L’ONU, de SheDecides, de la société civile et des organisations dirigées par la jeunesse qui ont mené le développement de la stratégie.

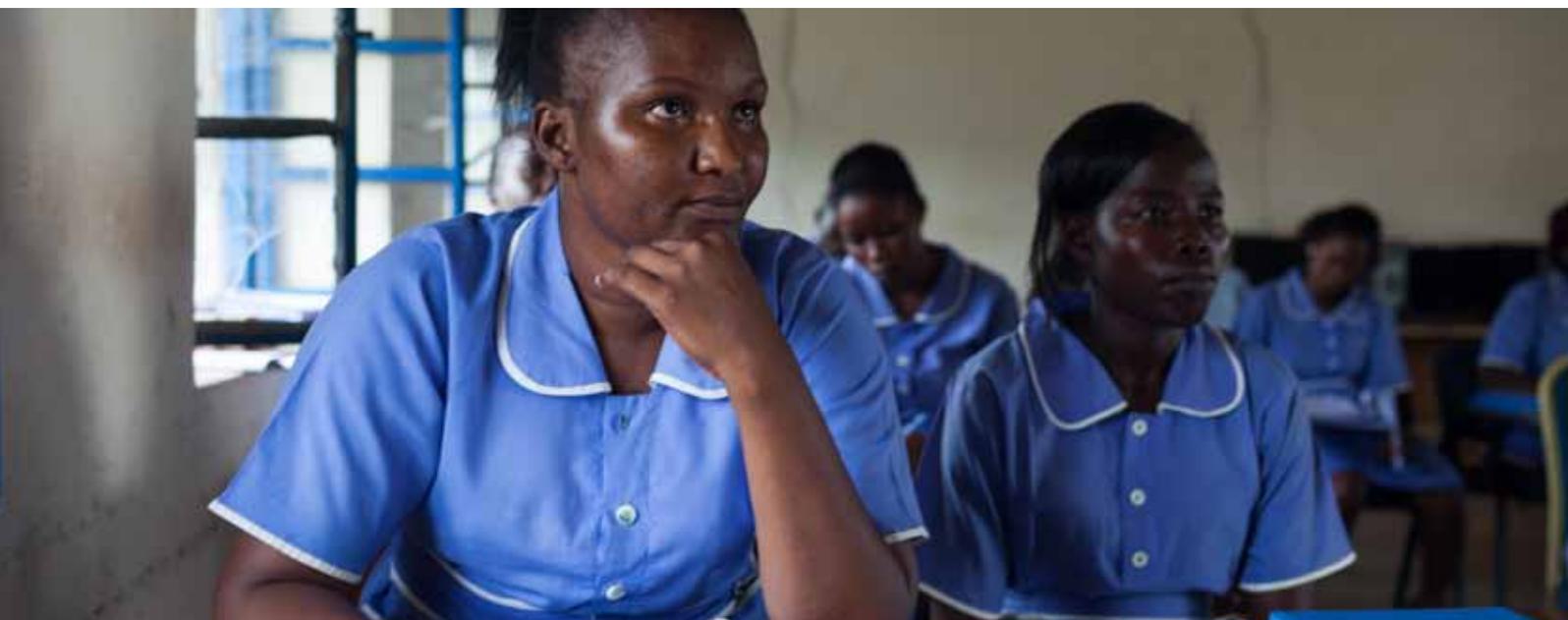
Nous remercions la contribution des représentants des Ministères de la Santé, de l’Éducation, du Genre ainsi que de la Jeunesse des 15 États membres de la SADC, les partenaires de la société civile de l’Afrique Australe, les organisations dirigées par la jeunesse qui ont participé à la Consultation Technique et qui ont travaillé en étroite collaboration afin de bâtir un consensus et fournir des contributions qui ont abouti à l’élaboration de cette stratégie. Nous remercions également avec beaucoup de gratitude les contributions par les Directeurs du Conseil National du Sida des états membres de la SADC.

Nous sommes reconnaissants pour le leadership fourni par le mouvement mondial SheDecides dans l’élaboration de cette Stratégie et tableau de bord. SheDecides est un mouvement politique mondial qui encourage le changement, stimulé par des actions

dans des communautés et s’articulant autour de la jeunesse. La vision de SheDecides est guidée par le Manifeste SheDecides qui cherche à promouvoir et améliorer le droit fondamental de chaque fille et de chaque femme pour avoir l’agence et d’accéder aux informations, à l’éducation et aux services dont elle a besoin et qu’elle mérite pour réaliser son potentiel dans la vie. Nous remercions aussi avec gratitude le leadership des Champions de SheDecides dans la région en particulier le Ministre de la Santé de l’Afrique du Sud, M. Motsoaledi et le Ministre de la Santé et des Services sociaux de la Namibie, M. Haufiku, ainsi que le Président du mouvement de SheDecides, Tikhala Itaye du Malawi.

Le Secrétariat remercie le Secrétariat de la Communauté D’Afrique de l’Est et son partenaire stratégique le Programme de Systèmes d’Informations de Santé (PSIS), l’Université d’Oslo, en Norvège pour le soutien technique qu’ils ont fourni. Nous exprimons notre sincère gratitude au Programme 2gether 4 SRHR [ensemble pour le SDSR], un programme régional conjoint des Nations unies qui rassemble les efforts combinés de l’ONUSIDA, du FNUAP, de l’UNICEF et de l’OMS et du Programme NOS Droits, Nos Vies, Notre Futur de l’UNESCO pour leur assistance technique dans l’élaboration de cette Stratégie SDSR pour la Région de la SADC et du tableau de bord correspondant.

Nous exprimons également notre gratitude aux gouvernements et au peuple Suédois et Danois pour leur soutien constant du renforcement des droits et de la santé sexuelle et reproductive de tous les peuples dans la région de la SADC.



› PRÉFACE

La région de la SADC a fait d'importants progrès dans l'amélioration des droits et de la santé sexuelle et reproductive (SSDR) pendant la période des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Ceux-ci ont inclus l'augmentation de l'espérance de vie, la diminution des taux de nouvelles infections et décès par le VIH, l'augmentation de l'usage de méthodes contraceptives, et la réduction des taux de la mortalité maternelle et infantile. Ces succès furent guidés par la Stratégie SSDR de la SADC (2005 – 2016) et par les efforts des états membres pour améliorer la qualité de vie de toutes leurs populations.

L'adoption de cette Stratégie SSDR pour la Région de la SADC (2019 – 2030) par les Ministres de la Santé de la SADC, signifie l'engagement collectif de tous les états membres à améliorer la santé et le bien-être de tous les citoyens de la SADC. Ceci met l'accent sur l'amélioration de la santé et des droits sexuels et reproductifs et l'élimination de la violence liée au genre, en mettant l'accent sur les femmes enceintes, les adolescents et les jeunes, les hommes et les garçons et les populations clés et à éliminer la violence sexiste et basée sur le genre et à adresser les droits et la santé sexuelle et reproductive.

Cette stratégie tournée vers l'avenir représente notre vision collective d'une région où tout le monde est capable d'exercer et de satisfaire ses droits et sa santé sexuelle et reproductive. Elle présente quatre approches pour stimuler le progrès, qui incluent: une gestion audacieuse, l'alignement des cadres légaux et des politiques sur les normes internationales des droits de l'homme, le renforcement des systèmes de santé et assurer une couverture sanitaire universelle qui incorpore la gamme complète de services SSDR, et le

renforcement du suivi et de l'évaluation pour informer une politique basée sur les indices, la programmation et la prestation de services.

Le tableau de bord est un outil qui permettra de suivre le progrès pour s'assurer que nous tiendrons nos engagements de 2030. Elle souligne les secteurs où les États Membres sont sur la bonne voie, et les zones où une action corrective doit être prise, et facilitera le partage des pratiques émergentes et prometteuses pour accélérer l'action.

La stratégie est exhaustive, les objectifs sont ambitieux et la réalisation de ces objectifs exige un effort collaboratif des États Membres, de la société civile, et de nos partenaires internationaux de développement. Notre effort collectif dans le développement de cette stratégie fournit un tremplin pour que la région atteigne la vision partagée de ne laisser personne pour compte, et d'une région de la SADC où tout le monde peut jouir d'une vie sexuelle et reproductive saine et peut exercer ses droits SSR, d'ici 2030.

Le Secrétariat de la SADC est reconnaissant du processus collaboratif impliquant tous les Ministères de la Santé, de l'Éducation, du Genre et de la Jeunesse des 16 États Membres, des Directeurs des Conseils Nationaux pour le SIDA, des organisations de la société civile d'Afrique Australe, de SheDecides et de nos partenaires du système des Nations Unis.

Dr Stegormena Lawrence Tax

Secrétaire Exécutif De La SADC



ACRONYMES

AMS	L'Assemblée Mondiale de la Santé
CIM	La Commission Intégrée des Ministres
CIPD/ PDA	La Conférence Internationale sur la Population et le Développement/ Plan d'Action
CP	Consultation prénatale
DSHPS	Le Développement Social et Humain et les Programmes Spéciaux
EM	Les États Membres
ESC	Éducation sexuelle complète
FNUAP	Le Fonds des Nations pour la Population
IST	Les Infections Sexuellement Transmises
ODD	Les Objectifs de Développement Durable
ODD	Les Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	L'Organisation Mondiale de la Santé
OMS/ AFRO	L'Organisation Mondiale de la Santé/ Le Bureau Régional d'Afrique
ONG	Les Organisations Non-Gouvernementales
ONU	Les Nations Unies
ONU SIDA	Le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PAE	Prophylaxie Après Exposition
PF	Planification Familiale
PIC	Les Partenaires Internationaux de Coopération
PIRDS	Le Plan Indicatif Régional de Développement Stratégique
PNB	Produit National Brut
PNUD	Le Programme des Nations Unies pour le Développement

PTME	La Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'enfant
QCMF	La Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes
RDC	La République Démocratique du Congo
SAA	Les Soins Après Avortement
SADC	La Communauté de Développement de l'Afrique Australe
SDSR	Les Droits de la Santé Sexuelle et Reproductive
SDSRA	Les Droits et la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents
SDSRJA	Les Droits et la Santé Sexuelle et Reproductive des Jeunes et Adolescents
SIDA	Le syndrome d'immunodéficience acquise
SP	Soin Postnatal
SPT	Santé pour Tous
SR	La Santé Reproductive
SSAGN	La Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies
SSP	Les Soins de Santé Primaire
SSR	La Santé Sexuelle et Reproductive
TB	La Tuberculose
TMI	Le Taux de Mortalité infantile
TMM	Le Taux de Mortalité Maternelle
TPC	Le taux de Prévalence Contraceptive
UNESCO	L'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
UNICEF	Les Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Le Virus de l'immunodéficience Humaine
VS	La violence sexiste



› GLOSSAIRE DES TERMES¹

L'Adolescent: Personne âgée entre 10 – 19 ans.

Les Services de Santé adaptés aux Adolescents et aux Jeunes: Des services de santé qui sont à la fois sensibles et acceptables aux besoins des adolescents et des jeunes et fournis dans un environnement sans jugement, confidentiel et privé, aux moments et dans les lieux adaptés aux adolescents et aux jeunes.

L'Éducation sexuelle approfondie: Fourniture d'informations adaptées à l'âge, culturellement pertinentes, scientifiquement exactes, réalistes et sans jugement sur le sexe et les relations. L'éducation sexuelle offre des possibilités d'explorer ses propres valeurs et attitudes et de développer des compétences en matière de prise de décision, de communication et de réduction des risques concernant de nombreux aspects de la sexualité.

La Violence sexiste (VS): Tous les actes perpétrés contre les femmes, les hommes, les filles et les garçons en raison de leur sexe qui leur causent ou pourraient leur causer un préjudice physique, sexuel, psychologique, émotionnel ou économique, y compris la menace de réaliser de tels actes. Le VGB inclus l'imposition de restrictions arbitraires ou la privation des libertés fondamentales dans la vie privée ou publique en temps de paix et lors de situations de conflits armés ou autres.

L'intégration du genre²: Est définie par les Nations Unies comme le processus d'évaluation des conséquences pour les femmes et les hommes de toute action planifiée, y compris la législation, les politiques et les programmes, dans tous les domaines et à différents niveaux. Il s'agit d'une stratégie qui vise à inclure les préoccupations et les expériences des femmes et des hommes dans une dimension qui fait partie intégrante de la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes dans toutes les sphères politiques et sociales afin que les femmes et les hommes profitent de l'égalité, et que les inégalités ne se perpétuent pas. Le but ultime est l'égalité des sexes.

Les Soins de santé: Ce sont les services fournis aux individus ou aux communautés par les prestataires de services de santé dans le but de promouvoir, maintenir, surveiller, rétablir la santé et prévenir les maladies. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un état de bien-être physique,

mental et social complet et non simplement comme une absence de maladie ou d'infirmité. La santé est multidimensionnelle (anatomique, physiologique et mentale) et est largement définie culturellement.

Le Système de santé: Est La somme totale de toutes les organisations, les institutions et les ressources dont le but principal est d'assurer la prestation de services de qualité à tout le monde, quand et où ils en ont besoin. L'OMS identifie six composantes essentielles ou 'éléments constitutifs' d'un système de santé: (i) la prestation de services, (ii) le personnel de santé, (iii) les systèmes d'information sanitaire, (iv) l'accès aux médicaments essentiels, (v) les ressources financières et (vi) le leadership/la gouvernance.

Les droits de l'homme: Les droits inhérents à tous les êtres humains, indépendamment de la race, du sexe, de la nationalité, de l'ethnie, de la langue, de la religion ou de tout autre statut. Les droits de l'homme comprennent les droits civils, politiques, sociaux et économiques. Par exemple, ceux-ci incluent le droit à la vie et à la liberté, la protection contre l'esclavage et la torture, la liberté d'opinion et d'expression, le droit au travail et à l'éducation, etc. Toute personne a droit à ces droits, sans discrimination.

L'approche fondée sur les droits de l'homme³: Les attributs essentiels d'une approche fondée sur les droits de l'homme sont que le développement des politiques et des programmes devrait s'acquitter des droits de l'homme. Une approche fondée sur les droits de l'homme identifie les détenteurs de droits et leurs droits, les détenteurs des devoirs correspondants et leurs obligations et s'efforce à renforcer les capacités de détenteurs de droits pour faire leurs revendications et celle des détenteurs de droits à assumer leurs obligations. Les principes et les normes qui dérivent des traités internationaux de droits de l'homme devraient guider toute la coopération de développement et programmation dans tous les secteurs et dans toutes les phases du processus de programmation.

Les populations clés: Sont des groupes qui, en raison de comportements à risque plus élevés, sont exposés à un risque accru de VIH et à des faibles résultats SSR, quel que soit le type d'épidémie ou le contexte local. Ils ont aussi souvent des problèmes juridiques et sociaux liés à leurs comportements qui augmentent leur vulnérabilité au VIH et à des

¹ Les définitions sont tirées des Cadres existant de la Politique et Stratégie de la SADC, sauf indication contraire.

² Conseil Economique et Social de l'ONU (ECOSOC), *Résolution du Conseil Economique et Social de l'ONU 1997/2: Conclusions Acceptées*, 18 juillet 1997, 1997/2, disponible sur: <https://www.refworld.org/docid/4652c9fc2.html>.

³ OHCHR. (2006). Questions courantes posées sur l'approche fondée sur les droits de l'homme. Les Nations Unies. New York/Genève.

faibles résultats SSR. Aux fins de cette stratégie, les populations clés comprennent: 1) les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 2) les personnes incarcérées, 3) les consommateurs de drogues, 4) les travailleurs du sexe et 5) les personnes transgenres. Cela inclut les jeunes populations clés qui sont de plus en plus vulnérables au VIH et ont des besoins sexuels et reproductifs spécifiques. Les populations clés sont importantes pour la dynamique de la transmission du VIH. Ils sont également des partenaires essentiels pour une riposte efficace à l'épidémie.

L'approche du cycle de vie au SDR⁴: Reconnaître que les besoins de SDR des gens changent et évoluent durant la durée de leurs vies - ce qui exige que les services SDR offrent ' un continuum de soins ' - qui répond de manière appropriée et convenablement aux nouveaux besoins des personnes.

L'État Membre: Comme défini dans le traité de la Communauté de Développement de l'Afrique Australe.

La réaction multisectorielle⁵: L'approche multisectorielle se réfère à la collaboration délibérée parmi les divers groupes de parties prenantes (par exemple; le gouvernement, la société civile et le secteur privé) et d'autres secteurs (par exemple; la santé, l'environnement et l'économie) pour obtenir conjointement un résultat de politique. En engageant des secteurs multiples, les partenaires peuvent exploiter la connaissance, l'expertise, la portée et les ressources, profitant de leurs forces combinées et diverses alors qu'ils s'emploient conjointement à produire des meilleurs résultats de santé.

Les services de santé centrés sur les gens⁶: Placer les personnes et les communautés, et non les maladies au centre des systèmes de santé, et donner aux personnes les moyens de prendre en charge leur propre santé plutôt que d'être des bénéficiaires passifs des services.

Les soins de santé primaires⁷: Le soin de santé primaire est une approche de la santé et du bien-être touchant toute la société qui est centré sur les besoins et les préférences des individus, des familles et des communautés. Il adresse les larges facteurs déterminants de la santé et se focalise sur les aspects exhaustifs et liés de la santé et du bien-être physique, mentale et social.

Les droits en matière de reproduction: Les droits en matière de reproduction ont trait aux droits fondamentaux de tous les couples et de tous les individus de décider librement et de manière responsable du nombre, de l'espacement et du calendrier de leurs enfants et d'avoir les informations et les moyens de le faire. Ces droits comprennent le droit au plus haut niveau possible de santé sexuelle et reproductive et le droit de tous de prendre des décisions concernant la procréation, à l'abri de la discrimination, de la coercition et de la violence. Les droits en matière de reproduction sont énoncés dans la législation des États Membres de la SADC ainsi que dans les documents internationaux relatifs aux droits de l'homme.

L'approche fondée sur les droits: est un cadre conceptuel visant à garantir que les principes des droits de l'homme sont reflétés dans les politiques et les cadres de développement nationaux. Les droits de l'homme sont les normes minimales requises pour vivre dans la liberté et la dignité. Ils reposent sur les principes d'universalité, d'indivisibilité, d'interdépendance, d'égalité et de non-discrimination. Cela signifie que les droits universellement reconnus de tous les citoyens incluent le droit aux services, aux produits et aux informations de santé et que les États membres individuels ont l'obligation de veiller à ce que leurs citoyens exercent ce droit.

La santé sexuelle et reproductive: Un état de bien-être physique, mental et social complet dans tous les domaines liés au système de procréation et à la sexualité; ce n'est pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Pour que la santé sexuelle et génésique soit atteinte et maintenue, les droits en matière de santé sexuelle et de reproduction de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et accomplis. La santé sexuelle et reproductive exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, sans coercition, discrimination et violence.

La violence sexuelle sexiste: tout acte sexuel ou tout commentaire sexuel non souhaité ou toute avance utilisant la coercition, les menaces de violence ou la force physique, par toute personne, indépendamment de sa relation avec la victime, dans n'importe quel

⁴ FNUP Le Fonds des Nations pour la Population, Santé et développement génésiques, disponible <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>.

⁵ Salunka, S & Lal, D.K. (2017). ' L'approche multisectorielle pour promouvoir la santé publique '. Dans: *Journal indien de Santé publique*, vol 61, pp. 163 – 168, vol 61, pp. 163 – 168.

⁶ OMS. (2018) Quels sont les services de santé intégrés centrés sur l'être humain. Accessible à partir de: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>.

⁷ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Qu'est-ce que le Soin de Santé Primaire?* disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.

contexte. La violence sexuelle sexiste est généralement motivée par les différences de pouvoir et les normes de genre perçues. Cela inclut les rapports sexuels forcés, la contrainte sexuelle et le viol d'hommes et de femmes adultes et adolescents, ainsi que les abus sexuels et les viols commis sur des enfants.

Les droits sexuels: ce sont les droits de l'homme spécifiquement liés à la sexualité et qui sont articulés par les lois nationales, les documents internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres conventions internationales. Les droits sexuels visent à garantir que tous puissent exprimer leur sexualité sans aucune contrainte, discrimination et violence.

La Couverture sanitaire universelle⁸: Elle est définie comme assurant à toutes les personnes l'accès aux services de santé nécessaires (y compris la prévention, la promotion, le traitement, la rééducation et les soins palliatifs) de qualité suffisante pour être efficace tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières.

Les populations vulnérables: Ce sont de groupes de personnes particulièrement vulnérables à l'infection du

VIH dans certaines situations ou contextes, tels que les adolescents (en particulier les adolescentes d'Afrique subsaharienne), les orphelins, les enfants des rues, les personnes handicapées et les travailleurs migrants et mobiles. Ces populations ne sont pas affectées uniformément par le VIH dans tous les pays et pour toutes les épidémies. Cette stratégie ne s'adresse pas spécifiquement aux populations vulnérables, mais elle fait état des vulnérabilités spécifiques des jeunes populations clés.

Jeunes populations clés: Les personnes âgées de 15 à 24 ans qui, en raison de certains comportements à risque plus élevé, courent un risque accru de contracter le VIH, quel que soit le type d'épidémie ou le contexte local. Ils ont aussi souvent des problèmes juridiques et sociaux liés à leurs comportements qui augmentent leur vulnérabilité au VIH. Aux fins de cette stratégie, les populations clés incluent: 1) les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 2) les personnes incarcérées, 3) les consommateurs de drogue, 4) les travailleurs du sexe et 5) les transgenres.

Jeunes: Les personnes entre 15 et 24 ans.



⁸ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Couverture Sanitaire Universelle*, disponible sur: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1OMS (2016).

› RÉSUMÉ DIRECTIF

Le Secrétariat de la SADC a facilité l'élaboration de la Stratégie sur les Droits et la Santé Sexuelle et Reproductive (SDSR) dans la Communauté de Développement de l'Afrique Australe (SADC) (2019 – 2030) ainsi que du tableau de bord. Cela a été fait conformément aux procédures de la SADC par le biais d'un processus de consultation et avec l'appui technique du Programme des Nations Unies 'ensemble pour la SDSR' (l'ONUSIDA, le FNUP, l'UNICEF et l'OMS), de l'UNESCO, de SheDecides, de la société civile régionale et des organisations dirigées par la jeunesse. Le processus a compris:

- i) La création d'un Groupe de Travail Technique chargé de superviser l'élaboration des documents, sous la direction des ministères de la santé du Royaume d'Eswatini, de la Namibie et de l'Afrique du Sud;
- ii) Une Consultation Technique Régionale avec des représentants des ministères de la Santé, de l'Éducation, du Genre et de la Jeunesse des États membres de la SADC, des partenaires régionaux de la société civile et des organisations dirigées par les jeunes, fut convoquée du 4 au 6 septembre 2018 pour débattre du Projet de Stratégie et du Projet de Tableau de bord;

- iii) Examen et approbation des projets par les directeurs du CCN lors de leur réunion annuelle à Windhoek, en Namibie, le 3 octobre 2018;
- iv) Examen et approbation par les hauts responsables des ministères de la Santé et des entités apparentées au VIH lors de leur réunion à Windhoek, Namibie, du 5 au 7 novembre 2018.

Les SDSR dans la Région de la SADC (2019 – 2030) s'appuient sur les progrès réalisés, guidés par la *Stratégie de la SADC en matière de Santé Sexuelle et Reproductive (2006 – 2015)*, pour améliorer les Droits et la Santé Sexuelle et Reproductive (SDSR) durant la période des Objectifs de Développement du Millénaire. Les acquis inclus: la réduction de la mortalité maternelle, des décès liés au sida et des nouvelles infections du VIH.

Pourtant, malgré ces progrès, il reste encore beaucoup à faire pour améliorer les besoins des personnes en matière de SDSR pour que la région de la SADC continue de réduire la morbidité et la mortalité, libère son potentiel de développement humain, atteigne les Objectifs de Développement Durable (ODD) et les objectifs de la Convention du Plan d'action de l'Union africaine de Maputo 2016 – 2030.



D'un coup d'œil: Stratégie pour les SDSR dans la région de la SADC, 2019 – 2030

Objectif



Fournir un cadre de politique et de programmation aux États membres de la SADC afin d'accélérer la réalisation des droits et de la santé sexuelle et reproductive pour toutes les personnes vivant dans la région de la SADC.

Champ d'application



S'appuie sur le Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), les ODD, le Plan d'Action de Maputo 2016 – 2030 et la stratégie 2006 – 2015 de la SADC en matière de santé sexuelle et reproductive, basé sur la réflexion la plus récente sur le SDSR comme défini par la commission Lancet-Guttmacher sur l'Accélération des Progrès: le SDSR pour tous, et le manifeste du mouvement mondial SheDecides.

Vision



S'assurer que toutes les personnes dans la région de la SADC jouissent d'une vie sexuelle et reproductive saine, qu'elles bénéficient d'un accès, d'une couverture durable et de services SDSR, d'informations et d'une éducation de qualité, et qu'elles soient pleinement capables de concrétiser et d'exercer leurs droits SSG, en tant que composante intégrante du développement humain durable dans la région de la SADC.

Principes



- (a) Appropriation, leadership et ressources des États membres par la domestication et l'alignement sur les cadres nationaux;
- (b) Compléter et renforcer les stratégies, instruments et initiatives nationales existantes en matière de SDSR pour le développement humain durable dans la région;
- (c) Une participation active et significative de la société civile, des jeunes, des communautés et des personnes les plus touchées par des problèmes spécifiques de SDSR dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la stratégie;
- (d) Une approche multisectorielle pour exploiter au mieux les rôles, les responsabilités, les ressources et l'engagement des ministères, de la société civile, des structures de jeunesse, des agences de développement, du secteur privé et des établissements universitaires;
- (e) Une approche visionnaire, transformatrice et sensible au genre, qui prend en compte les différences induites par le genre et qui produit des résultats négatifs en matière de SSR;
- (f) Une approche axée sur les jeunes et adaptée à leurs besoins;
- (g) La Couverture sanitaire universelle - " n'exclure personne " - et l'égalité d'accès aux services de santé, y compris dans les situations humanitaires, sans risque de difficultés financières;
- (h) Une approche fondée sur les droits de l'homme concernant la prestation de services de santé sexuelle et reproductive, incluant le droit de toutes les personnes aux normes de santé atteignables les plus élevées;
- (i) Une approche inclusive du cycle de vie favorisant la prestation de services intégrés de haute qualité, complets et axés sur les personnes, qui atteignent ceux qui sont les plus difficiles à atteindre;
- (j) La concrétisation progressive de SDSR à travers la priorisation des réformes et des partenariats stratégiques en vue de résoudre des problèmes systémiques plus vastes;
- (k) La responsabilité mutuelle en ce qui concerne les résultats, en reconnaissant que le succès de cette stratégie nécessite que les États Membres, la société civile, les réseaux de jeunes et les populations clés et les partenaires de développement collaborent afin de faire avancer le programme.



Les résultats



Pour réaliser cette vision, les États membres de la SADC devront accélérer les progrès pour atteindre les résultats suivants:

1. Le taux de mortalité maternelle réduit à moins de 70 décès pour 100 000 nouveau-nés vivants (ODD 3.1.);
2. Le taux de mortalité des nouveau-nés réduit à moins de 12 décès pour 1 000 naissances (ODD 3.2.);
3. La fin du VIH et du sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 (ODD 3.3.);
4. L'Élimination de la violence sexuelle et sexiste et des autres pratiques préjudiciables, en particulier à l'égard des femmes et des filles (ODD 5.1, 5.2 et 5.3);
5. La Réduction du taux de grossesses non planifiées et d'avortements non médicalisés;
6. La Réduction du taux de grossesses précoces;
7. Garantie d'accès universel à des services de santé sexuelle et reproductive intégrés et complets, en particulier pour les jeunes, les femmes et les personnes clés et autres populations vulnérables, y compris dans des contextes humanitaires (ODD 3.7 et 5.6);
8. Les systèmes de santé, y compris les systèmes de santé communautaires, renforcés pour répondre aux besoins en matière de SSR. (ODD 5.6);
9. Un environnement favorable créé pour que les adolescents et les jeunes puissent faire des choix sains en matière de sexualité et de procréation qui amélioreront leur vie et leur bien-être (ODD 4.7 et 5.6);
10. L'Élimination des obstacles - notamment politiques, culturels, sociaux et économiques - qui entravent la réalisation des SDRS dans la région (ODD 5.1 et 5c).

Les stratégies: Les quatre stratégies principales pour favoriser les progrès dans la réalisation des dix résultats sont:

Leadership



A) Le Leadership innovant qui accélère courageusement le programme régional de SDRS. Les États membres devraient envisager de:

- > Éliminer les obstacles politiques, culturels, sociaux et économiques afin que toutes les personnes, en particulier les femmes et les filles, soient en mesure de prendre des décisions concernant leurs corps; notamment en éliminant le mariage des enfants et la violence sexiste, en veillant à ce que les personnes aient accès aux informations de SDRS, à l'éducation et aux services intégrés de qualité SDRS centrés sur l'être humain, (y compris les contraceptifs, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH);
- > Promouvoir l'égalité des sexes en élaborant des politiques et des stratégies qui impliquent les hommes et les garçons;
- > Fournir des ressources financières et humaines adéquates pour fournir des services intégrés de SDRS de qualité et centrés sur l'être humain;
- > La domestication de cette stratégie, dans le contexte de leurs environnements juridiques et politiques respectifs.

Politique et juridique Cadres



B) L'Alignement des cadres politiques et juridiques des États membres sur les engagements mondiaux et régionaux et les normes internationales des droits de l'homme. Les États membres devraient envisager de:

- > S'engager auprès des bénéficiaires, des chefs traditionnels, religieux et communautaires en ce qui concerne les lacunes juridiques et politiques en matière de SDRS et les impliquer de manière significative dans les révisions qui en résulteront, ainsi que dans leur mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation;
- > Définir et augmenter un ensemble national minimum d'interventions sociales, comportementales, structurelles et biomédicales pour les adolescents et les jeunes afin de réduire les grossesses précoces et non désirées, les avortements non médicalisés, les IST et le VIH;
- > Faire progresser les SDRS des adolescents et des jeunes en garantissant l'accès à des services de qualité et centrés sur l'être humain, et en renforçant la capacité du personnel de santé à fournir ces services;

**Politique
et juridique
Cadres**

A continué



- > Protéger les adolescents du mariage d'enfants en limitant l'âge du consentement au mariage à 18 ans, quel que soit leur genre;
- > Réduire la criminalisation des adolescents ayant des relations sexuelles consentues en organisant des consultations nationales qui tiennent compte des conséquences néfastes de l'âge du consentement sur le plan juridique et sur la prestation de services, et envisagent de réduire l'âge du consentement à 16 ans, sans distinction de sexe, en tenant compte des droits des adolescents et des jeunes à des relations sexuelles consentues et saines en fonction de leur capacité évolutive, et à inclure des dispositions relatives à l'âge rapproché (dites dispositions Romeo et Juliette);
 - > Définir et protéger le droit de toutes les personnes à la protection contre la violence sexuelle et sexiste;
 - > Élaborer des politiques sur la réadmission et la rétention des filles enceintes à l'école afin qu'elles puissent réaliser leur plein potentiel;
 - > Promouvoir l'égalité des sexes et élaborer des politiques, des stratégies et des programmes visant à impliquer les hommes et les garçons en tant que partenaires et en tant que personnes ayant leurs propres besoins en matière de SDRS;
 - > Reconnaître le besoin de services d'avortement médicalisés en tant que droit humain des femmes et explorer les moyens par lesquels l'environnement politique et juridique peut protéger la santé, la vie et les droits des femmes et des filles, tout en garantissant que les politiques facilitent la fourniture de soins complets après avortement dans tous les contextes.

**Couverture
Maladie
Universelle**



C) La couverture sanitaire universelle et le renforcement des systèmes de santé dans les États membres afin d'incorporer l'ensemble essentiel de programmes de SDRS. Les États membres devraient envisager de:

- > Relever les défis sociaux, économiques, culturels et systémiques afin que tous les citoyens aient un accès universel à des services de santé de qualité tout au long de leur cycle de vie;
- > Éliminer les obstacles financiers et autres obstacles pour assurer un accès équitable aux services de soins de santé, y compris l'ensemble des interventions en matière de santé sexuelle et reproductive telles que définies par la CIPD;
- > Éliminer les obstacles à l'éducation et créer des opportunités économiques, afin de rompre le cycle de la pauvreté intergénérationnelle et de tirer parti du dividende démographique;
- > S'assurer que les services répondent aux besoins spécifiques des hommes et des garçons en matière de SDRS;
- > Veiller à ce que les adolescents et les jeunes scolarisés et non scolarisés aient accès à une éducation sexuelle (ESC) de bonne qualité, complète, adaptée à l'âge, scientifiquement exacte, basée sur des compétences de vie pratique, avec des liens aux services de SSR adaptés aux jeunes;
- > Renforcer la capacité des éducateurs, des pairs éducateurs, et /de cadres similaires, pour fournir des services d'ESC de qualité fondés sur les compétences de vie pratique;
- > Investir dans les systèmes de soins de santé afin de fournir des services SDRS, intégrés et de qualité, axés sur l'être humain, notamment pour: augmenter le nombre et renforcer les capacités des travailleurs de la santé, en particulier des sages-femmes; mettre en place des programmes encourageant les jeunes à intégrer le personnel de santé; améliorer les infrastructures de santé; veiller à ce que les établissements de santé disposent du matériel, des produits et des fournitures nécessaires; renforcer les systèmes d'orientation des soins de santé et établir des liens entre les services de soins de santé et les structures communautaires.

Contrôle et évaluation



D) Le Suivi et l'évaluation pour un impact renforcé et basé sur des preuves. Les États membres devraient envisager de:

- > Prioriser, accélérer et rendre compte des progrès réalisés dans le tableau de bord annuel, le plan de suivi et d'évaluation et l'évaluation de cette stratégie en 2021, 2025 et 2029;
- > Mettre en place et / ou renforcer des systèmes nationaux multisectoriels de suivi, d'évaluation et de compte rendu pour suivre les progrès réalisés, avec des données ventilées par âge, sexe, population, groupe socio-économique et genre;
- > Intégration de divers outils de notification, dans la mesure du possible, afin de réduire le fardeau lié à la notification des agents de santé;
- > Investir dans un centre d'échange national pour toutes les données afin de permettre aux partenaires de se réunir, de suivre les progrès, d'identifier les lacunes et de réagir en conséquence;
- > Mise en place d'une plateforme régionale pour renforcer la collecte, l'analyse et la communication de données;
- > Créer un réseau régional de partage des connaissances pour (i) surveiller les tendances, (ii) façonner et accélérer les réponses aux problèmes émergents, (iii) partager les bonnes pratiques, et (iv) élaborer et informer un programme de recherche correspondant aux besoins des SDR au niveau régional.

Les modalités de la mise en œuvre



La stratégie définit les rôles et les responsabilités des différents acteurs de la région pour accélérer, faire avancer et concrétiser la vision et les résultats de cette stratégie pour les SDR dans la région de la SADC (2019 – 2030):

- > Les États membres de la SADC, la société civile, les organisations non gouvernementales, les adolescents et les jeunes et les populations clés doivent être tenus mutuellement responsables de la réalisation de cette stratégie;
- > Le secrétariat de la SADC et ses partenaires stratégiques doivent aider les États membres à intégrer la Stratégie pour les SDR dans la région de la SADC (2019 – 2030);
- > Le Secrétariat et les partenaires stratégiques doivent surveiller et aider les États membres à réunir des données et à rendre compte des progrès réalisés à l'aide du tableau de bord.



INTRODUCTION

Au cours de la dernière décennie, les États Membres de la Communauté de Développement de l'Afrique Australe (SADC) ont réalisé des progrès significatifs pour améliorer la santé sexuelle et reproductive (SSR), notamment la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH qui sont sous traitement, moins de décès dus aux maladies liées du Sida et une espérance de vie à la naissance qui augmente régulièrement dans la région. Selon l'ONUSIDA⁹, il y a eu 42 pour cent de décès en moins dus aux maladies liées au sida en 2017 qu'en 2010 et 29 pour cent en moins de nouvelles infections au VIH en 2017 par rapport à 2010 dans la région de la SADC. Malgré ces progrès, l'ampleur de l'épidémie continue d'être importante, les taux de mortalité maternelle restent très élevés par rapport aux cibles des Objectifs de Développement Durable (ODD),¹⁰ la violence sexiste (VS) est un défi important et la nécessité d'accélérer la réalisation d'une vie sexuelle et reproductive

saine pour tous les citoyens de la SADC¹¹ demeure primordiale.

La Stratégie des Droits et la Santé Sexuelle et Reproductive dans la Région de la SADC (2019 – 2030) soutiendra la vision du Plan de Développement Stratégique Indicatif Régional de la SADC (PDSIR) 2015 – 2020 pour un avenir partagé dans la communauté régionale qui assurera le bien-être économique, améliorera le niveau de vie et la qualité de vie, la liberté et la justice sociale ainsi que la paix et la sécurité pour ses peuples.¹²

La stratégie pour les SDSR dans la Région de la SADC (2019 – 2030) soutient cette vision en fournissant un cadre politique et de programmation pour améliorer les droits et la santé sexuelle et reproductive (SDSR) de toutes les personnes vivant dans la SADC et contribuer à ce que les États membres respectent les objectifs de développement durable et les engagements connexes.



⁹ ONUSIDA, Juin 2018.

¹⁰ SADC Baromètre du Protocole du Genre 2017.

¹¹ Plan d'activités de la SADC pour la santé sexuelle et génésique 2011 – 2015, déclaration d'objectif.

¹² Le Plan de Développement Stratégique Indicatif Régional de la SADC.

Créée en 1992, la SADC est une communauté économique régionale composée de 16 États¹³. Elle est engagée à l'intégration régionale en Afrique Australe au travers du développement économique, la paix et la sécurité.

La Stratégie de la Santé Sexuelle et Reproductive de la SADC (2006 – 2015) et le Plan de Développement lié (2011 – 2015) ont reconnu l'importance de s'adresser aux besoins et aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive en tant qu'élément essentiel pour concrétiser cette vision. Entre 2011 et 2015, elle a concentré ses efforts des États Membres fournissant des politiques SSR fondées sur les données factuelles, harmonisées, complètes, dotées de ressources durables, des programmes ainsi que des services.

Un certain nombre de politique régionale et mondiale ainsi que les directives stratégiques ont influencé la conception et la mise en œuvre de la stratégie SSR de la SADC 2006 – 2015: les Objectifs du Millénaire pour le Développement (ODD), la Stratégie Africaine pour la santé 2007 – 2015, le Protocole de la Charte des Droits de l'Homme et des Peuples sur les Droits des Femmes en Afrique, le Plan d'action de Maputo, le Protocole de la SADC sur la Santé 1999, le Cadre stratégique de la SADC sur le VIH et le SIDA 2010 – 2015 et le Protocole du genre et du développement de la SADC de 2008.

2.1 SDSR dans la Région de la SADC

La population totale de la région de la SADC était estimée à 327,2 millions en 2016. Le taux de croissance de la population de 2,6 pour cent¹⁴. Les inégalités sont énormes au sein et parmi les pays de la région de la SADC. Dans douze pays de la SADC, l'indice de développement humain (IDH) moyen est de 0,57 et est de 0,38 quand il est ajusté pour tenir compte de l'inégalité.¹⁵

Alors qu'aucune évaluation formelle de la stratégie de SDSR précédente n'a été réalisée, la région de la SADC a fait des progrès considérables dans la réalisation des défis de la SDSR auxquels la région est confrontée. L'espérance de vie à la naissance s'est améliorée durant les dix dernières années, avec une variation à travers la région¹⁶.

Le taux de fécondité total par femme est varié, avec une tendance générale à la baisse dans la plupart des pays, à l'exception de l'Angola, la Namibie, les Seychelles et du Zimbabwe. Le taux de prévalence de la contraception (TPC) varie du plus bas, 13 pour cent en Angola¹⁷, au plus élevé 54,6 pour cent en Afrique du Sud¹⁸ et 66,5 pour cent au Zimbabwe.¹⁹

En RDC, le TPC a augmenté de 6,8 pour cent à 19 pour cent²⁰. Selon l'ONUSIDA, les femmes pauvres et les femmes ayant un faible niveau d'instruction sont moins susceptibles d'avoir accès à la planification familiale²¹. Les jeunes femmes continuent d'être confrontées aux obstacles pour accéder aux services de SDSR. Seuls trois pays autorisent les adolescentes à accéder aux services de contraception avant l'âge de 12 ans.

Alors que les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un problème de santé publique important dans la région de la SADC, les statistiques complètes concernant la prévalence de diverses IST ou syndromes d'IST sont clairsemées.²² Selon l'OMS, la syphilis pendant la grossesse entraîne chaque année plus de 300,000 décès fœtaux et néonataux dans le monde²³; l'infection du papillomavirus humain est responsable pour environ 530,000 cas de cancer du col utérin et de 264,000 décès par cancer du col utérin chaque année. Les IST telles que la gonorrhée et la chlamydia sont des causes importantes d'infertilité dans le monde. La présence d'IST telles que la syphilis, la gonorrhée ou le

Contexte des SDSR dans la région de la SADC – En 2016, la région de la SADC abritait environ 327,2 millions de personnes, dont la majorité sont des enfants, adolescents et jeunes de moins de 24 ans. Pour récolter les fruits du dividende démographique, la région doit prioriser les besoins des adolescents et des jeunes en matière de SDSR.

¹³ L'Angola, le Botswana, Les Comores, la République Démocratique du Congo, l'Eswatini, le Lesotho, le Madagascar, le Malawi, l'île Maurice, le Mozambique, la Namibie, les Seychelles, l'Afrique du Sud, la République unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe.

¹⁴ Les Indicateurs Economiques et Sociaux, SADC 2016.

¹⁵ Rapport du développement humain en Afrique, 2016.

¹⁶ <https://www.sadc.int/about-sadc/overview/sadc-facts-figures/>.

¹⁷ Enquête sur les indicateurs multiples et la santé (IIMS) 2015 – 2016.

¹⁸ Enquête démographique et de santé en Afrique du Sud 2016/2017.

¹⁹ Enquête démographique et sanitaire du Zimbabwe (2015).

²⁰ Contribution faite par la RDC lors de la Consultation technique sur les SDSR, les 4 et 6 Septembre 2018.

²¹ Mise à jour mondial du Sida, ONUSIDA, 2018.

²² Le Cadre de la SADC pour la prévention et le contrôle des infections sexuellement transmissibles dans la région de la SADC 2010.

²³ OMS, Stratégie mondiale pour le secteur de la santé contre les infections transmissibles sexuellement 2016 – 2021.

virus de l'herpès simplex augmente considérablement le risque de contracter ou de transmettre le VIH.²⁴

Les enfants et les jeunes de moins de 24 ans constituent la majorité de la population vivant dans la région, à l'exception de l'île Maurice et des Seychelles. Pour que la région puisse tirer profit du dividende démographique, les investissements dans les droits et la santé sexuelle et reproductive, en particulier des adolescents et des jeunes, doivent être prioritaires afin de promouvoir son développement social et économique.

Un certain nombre de problèmes de développement humain compromettent les progrès de la région en matière de SDR. Celles-ci comprennent des niveaux élevés de dette extérieure en pourcentage du PNB et de faibles niveaux d'investissements nationaux dans les dépenses de santé. Le Malawi et le Swaziland sont les seuls pays de la SADC à avoir atteint l'objectif de la Déclaration d'Abuja de 15 pour cent exprimé en pourcentage des dépenses des administrations publiques consacrées à la santé.²⁵

La région a fait des progrès dans la mise en place de politiques, de législations et de cadres stratégiques et opérationnels régionaux et nationaux favorisant l'égalité des sexes.²⁶ Les gouvernements ont adopté diverses lois et politiques relatives à l'égalité des sexes pour lutter contre les inégalités et la violence sexiste.²⁷ Des progrès louables ont été accomplis dans l'élimination de la discrimination légale à l'égard des femmes, ouvrant ainsi la voie à la lutte contre l'inégalité entre les sexes. Les États Membres dotés d'une constitution qui promeuvent l'égalité des genres sont passés de sept à treize et les États membres qui défendent l'égalité des genres sont passés de neuf à treize entre 2009 et 2018.²⁸

En dépit de ces efforts, l'inégalité entre les sexes reste omniprésente. Elle est alimentée par les normes de genre et des systèmes de croyance qui relèguent les femmes et les filles à un statut inférieur et perpétuent des constructions de genre destructrices pour tous. L'inégalité entre les sexes étaye une série de mauvais résultats en matière de SDR, notamment le taux élevé de mortalité maternelle et infantile, le nombre disproportionné de jeunes femmes infectées par le VIH, les taux élevés de mariage précoces, les taux élevés de grossesses précoces et d'avortements non médicalisés, les faibles taux d'utilisation des contraceptifs et les niveaux élevés de violence basée sur le genre.

2.2. Le Taux de Mortalité Maternelle continue d'être à un niveau inacceptable

Les deux tiers des États Membres de la SADC ont progressé dans la réduction du taux de mortalité maternelle (TMM), mais il est peu probable que la région atteigne les cibles des ODD sans investissements significatifs dans les systèmes de prestation de santé. Ceux-ci incluent des ressources telles que des sages-femmes pour garantir des accouchements sans risques; des services obstétricaux d'urgence; l'augmentation de la consommation de contraceptifs; aborder les attitudes culturelles à l'égard de la grossesse, du travail et de l'accouchement; et l'amélioration de la qualité des soins pour lutter contre le paludisme et l'anémie²⁹.

Dans certains pays, le TMM est particulièrement élevé. En RDC, par exemple, le TMM est de 846 pour 100,000 nouveau-nés vivants. Le Zimbabwe dispose d'un TMM de 651 pour 100,000 nouveau-nés vivants, avec un risque de décès maternel estimé à 1 femme sur 37 qui décède des suites de la grossesse ou de la maternité³⁰.

Mortalité maternelle et néonatale – Une plus grande urgence est nécessaire pour lutter contre la mortalité maternelle et néonatale si la région veut atteindre les cibles des ODD. Cela comprend: l'augmentation du nombre d'agents de santé qualifiés, en particulier les sages-femmes; augmentation des visites aux consultations prénatales; réduire les distances des établissements de santé; réduire les grossesses non désirées et les décès liés aux avortements à risque, en particulier chez les adolescentes et les jeunes femmes.

²⁴ Ibid.

²⁵ Tableau de bord de l'Afrique sur le financement national de la santé.

²⁶ La Déclaration de la SADC sur le genre et le développement (1997) engage les chefs d'État à inscrire résolument les questions de parité hommes-femmes à l'ordre du jour du Programme d'action de la SADC et de l'Initiative de renforcement des communautés; abroger et réformer toutes les lois, modifier les constitutions, changer les pratiques sociales qui soumettent les femmes à la discrimination et promulguer des lois sensibles au genre; à protéger les droits fondamentaux des femmes et des enfants et à reconnaître, protéger et promouvoir les droits reproductifs et sexuels des femmes et des fillettes.

²⁷ Harmonisation des politiques de la CEA pour lutter contre la violence sexiste en Afrique australe 2013.

²⁸ Baromètre 2018 du Protocole sur le genre de la SADC.

²⁹ Moniteur du genre et du développement SADC, 2016.

³⁰ Enquête démographique et de santé du Zimbabwe 2015.

Réduire les distances jusqu'aux établissements de santé est une priorité essentielle pour améliorer la couverture, l'accessibilité et garantir que les accouchements sont gérés par des professionnels de la santé en cas de complications. En Tanzanie, au Malawi et en Zambie, les femmes ont signalé la distance qui les séparait des établissements de santé, le manque de fonds pour les conseils ou les traitements, et le fait de ne pas vouloir aller seules aux établissements de santé, comme principales difficultés de la prestation des établissements de santé.³¹

Les décès liés à un avortement non médicalisé constituent un facteur important de la mortalité maternelle dans la SADC. Au niveau mondial, environ 3.9 millions d'avortements non médicalisés ont lieu chaque année parmi des filles âgées entre 15 et 19 ans. Le nombre le plus élevé de décès maternels liés à l'avortement dans le monde se trouve en Afrique, où au moins 9 pour cent de tous les décès maternels étaient le résultat d'un avortement.³² La proportion de toutes les grossesses aboutissant à un avortement en Afrique australe est de 24 pour cent. Au Botswana, les complications liées aux soins post-avortement étaient la troisième cause de décès maternel.³³

L'OMS (2018) a souligné que la grossesse chez les adolescentes reste l'un des principaux contributeurs à la mortalité maternelle et infantile et aux cycles intergénérationnels de maladie et de pauvreté. Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la principale cause de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde. Les pays à revenu faible et intermédiaire représentent 99 pour cent des décès maternels chez les jeunes femmes de ce groupe d'âge.

2.3. Soin Prénatal, périnatal, et postnatal

Dans la région, un pourcentage élevé de femmes participe à au moins un service prénatal, mais moins

de la moitié des femmes enceintes assistent à toutes les quatre consultations.

De nombreux pays de la région ne sont pas en voie d'atteindre les objectifs en matière de mortalité néonatale.

Le taux de mortalité néonatale dans la région varie du taux plus élevé de 34 décès pour 1,000 nouveau-nés vivants, au plus bas de 12 pour 1,000 nouveau-nés vivants en Afrique du Sud et de 8 pour 1,000 nouveau-nés vivants à Maurice.

Une analyse basée sur les besoins de la main-d'œuvre disponible dans le domaine de la Santé Sexuelle, Reproductive, Maternelle, Néonatale et de l'Adolescence (SRMNAH) montre que l'île Maurice et l'Afrique du Sud disposent d'un nombre suffisant de personnel de santé disposant des compétences appropriées pour répondre à tous les besoins d'interventions essentielles de la SRMNAH. Le Lesotho signale une augmentation de la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant reçu des soins prénataux d'un prestataire qualifié, passant de 90 pour cent en 2004 à 95 pour cent en 2014.³⁴ La Tanzanie signale que même si 98 pour cent des femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans ont reçu des soins prénataux d'un prestataire qualifié, seulement une sur quatre a eu sa première visite au premier trimestre.³⁵

Selon l'OMS, près de la moitié des naissances en 2009 étaient des décès périnataux, qui pouvaient être évités par des soins obstétricaux de qualité. Les infections et les complications de la grossesse sont des facteurs déterminants de la mortalité néonatale. Un nombre insuffisant de personnel qualifié, notamment une pénurie de médecins spécialistes et de sages-femmes qualifiées, une pénurie de fournitures et d'équipements médicaux, des systèmes de référence inefficaces entraînant des retards dans la gestion des complications contribuent à la mortalité maternelle et néonatale dans la région.

VIH et SIDA – Des gains incroyables ont été réalisés dans la réduction des nouvelles infections à VIH, élargir l'accès au traitement et réduire les décès liés au sida. Les progrès peuvent être accélérés en abordant les normes socioculturelles et de genre, réduire les relations disparates selon l'âge, doter les jeunes de connaissances approfondies, l'augmentation des investissements dans les préservatifs, et lutter contre la stigmatisation, l'exclusion sociale et le manque d'accès aux services pour les populations clés.

³¹ Enquête démographique et de santé de la Zambie 2013/2014.

³² Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Grossesse des Adolescentes, disponible sur <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.

³³ Melese T, Habte D, Tsima BM, Mogobe KD, Nassali, MN (2018) Gestion des complications post-avortement au Botswana - Nécessité d'une approche normalisée. PLoS ONE 13 (2): e0192438. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192438>.

³⁴ Enquête démographique et de santé du Lesotho, 2014.

³⁵ Enquête démographique et de santé et l'indicateur de la malaria, Tanzanie 2015 – 2016.

Au Zimbabwe, 68 pour cent des mères ont été soumises à un contrôle postnatal, mais seulement 57 pour cent l'ont été dans les deux jours suivant l'accouchement (norme de la maternité sans risque), tandis que 32 pour cent n'ont subi aucun contrôle postnatal, avec des variations géographiques importantes.³⁶ En Tanzanie, un tiers des femmes ont reçu un examen postnatal dans les deux jours suivant l'accouchement, tandis que 63 pour cent n'ont pas reçu d'enregistrement postnatal dans les 41 jours suivant l'accouchement.³⁷ Au Malawi, 42 pour cent des mères ont passé un examen postnatal dans les deux premiers jours suivant la naissance, mais 50 pour cent n'ont reçu aucun examen postnatal.³⁸

2.4. Les niveaux de VIH et du SIDA dans la région continuent à avoir une incidence importante sur les résultats de toutes les SSR

Les nouvelles infections au VIH dans la région de la SADC sont passées de 950,000 [800,000 – 1,2 million] en 2010, à 680,000 [570,000 – 820,000] en 2017, soit une réduction de 29 pour cent. L'Afrique du Sud, le Mozambique et la République de Tanzanie sont les pays qui enregistrent le plus grand nombre de nouvelles infections au VIH (enfants et adultes), représentant 68 pour cent de toutes les nouvelles infections dans la région. Bien que le nombre de nouvelles infections à Madagascar soit également faible, l'augmentation de 154 pour cent des nouvelles infections depuis 2010 est préoccupante, tout comme l'augmentation de 6 pour cent au Botswana.

Les adolescentes et les jeunes femmes continuent d'être les principales victimes de l'épidémie. Le taux d'incidence chez les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique du Sud est de 1,51 pour cent, contre 0,49 chez les adolescents et les garçons,³⁹ mais ce sont les jeunes hommes qui risquent le plus de mourir

des maladies liées au sida. Le nombre de nouvelles infections chez AGYW est de 170,000 (98,000 à 130,000), selon les estimations de l'ONUSIDA pour 2018. Les nouvelles infections chez les adolescentes et les décès chez les jeunes hommes sont dus en particulier à des normes de genre dangereuses, aux relations de tranches d'âge disparates, aux faibles niveaux de connaissance de la prévention du VIH, aux faibles niveaux d'utilisation des préservatifs, et à la baisse des investissements en prévention primaire. La prévalence du VIH parmi les HSH et les travailleurs du sexe l'emporte sur celles de la population générale, alimentée par la stigmatisation, l'exclusion sociales, le manque d'accès aux services et les lois et mesures punitives.

La mortalité liée au sida dans la région de la SADC a diminué de 42 pour cent entre 2010 et 2017, passant de 540,000 [430,000 – 700,000] à 320,000 [250,000 – 410,000]. La principale raison de la baisse de la mortalité liée au sida dans la région est l'expansion de la couverture des traitements antirétroviraux (ARV) des personnes vivant avec le VIH, de sorte que 64 pour cent [58 – 72 pour cent] des personnes vivant avec le VIH reçoivent actuellement des médicaments antirétroviraux, soit environ 10,4 millions de personnes. C'est dans le traitement et la réalisation des objectifs 90-90-90⁴⁰ que la région a réalisé le plus de gains. Selon l'ONUSIDA, au moins quatre États Membres de la SADC ont déjà réalisé les 90 premiers.⁴¹ Sept pays ont réalisé le deuxième 90.⁴² Deux pays, le Botswana et le Lesotho, ont réalisé le troisième 90. Neuf pays⁴³ ont veillé à ce que les femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent un traitement pour prévenir la transmission mère-enfant, bien que la RDC et l'Angola soient loin derrière. L'Angola est le seul pays où la mortalité liée au Sida augmente de 29 pour cent, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à 26 pour cent et couverture des antirétroviraux pour les femmes enceintes à 34 pour cent.⁴⁴

La violence sexiste – Il existe une pénurie de données sur la violence basée sur le genre. Une étude dans six États membres indique que la prévalence de la VBG varie de 50 à 86% au cours de la vie des femmes. Il est nécessaire d'améliorer le signalement, l'accès aux services de santé, de soutien judiciaire et psychosocial pour les survivants.

³⁶ Enquête démographique et de santé du Zimbabwe, 2015.

³⁷ Enquête démographique et de santé et l'indicateur de la malaria, Tanzanie 2015 – 2016.

³⁸ Enquête démographique et de santé du Malawi, 2015 – 2016.

³⁹ HSRC. (2018). Cinquième enquête nationale sud-africaine sur la prévalence, l'incidence, le comportement et la communication du VIH, 2017. Pretoria.

⁴⁰ 90 pour cent de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut VIH, 90 pour cent de toutes les personnes chez lesquelles un diagnostic d'infection au VIH a été diagnostiqué recevront un traitement antirétroviral continu. La suppression virale est représentée à 90 pour cent des personnes sous traitement antirétroviral.

⁴¹ L'Eswatini, le Malawi, la Namibie et l'Afrique du Sud, source: ONUSIDA Global AIDS Update 2018.

⁴² Le Botswana, la RDC, l'Eswatini, le Lesotho, le Mozambique, la Namibie et le Zimbabwe, Source: ONUSIDA Global AIDS Update, 2018.

⁴³ Le Botswana, l'Eswatini, le Lesotho, le Malawi, la Namibie, l'Afrique du Sud, l'Ouganda, la Zambie, le Zimbabwe, Source: ONUSIDA Global AIDS Update, 2018.

⁴⁴ Fiches de renseignements sur le pays de l'ONUSIDA Angola, 2017.

Sous l'impulsion de la Coalition Mondiale pour la prévention du VIH, les États Membres définissent des stratégies pour accélérer la réduction des nouvelles infections, y compris la fixation d'objectifs. Plusieurs ont défini des ensembles d'interventions pour répondre à la vulnérabilité des adolescentes et des jeunes femmes, ces stratégies ne seront utiles que si elles reconnaissent les liens entre le VIH et les SDR.

Malgré ces progrès, la région accuse un retard considérable dans la réalisation des objectifs de prévention de la Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH (2016) et il est peu probable qu'elle atteigne ces objectifs, à moins d'initiatives visant à accélérer les progrès dans la région.

2.5. Violence sexiste constitue un défi de taille malgré la politique et la législation

La violence sexiste (VS) constitue un défi majeur dans tous les États Membres de la SADC, bien que la plupart des pays aient mis en place une législation pour y répondre. Le niveau de réponse juridique varie: le Botswana, Eswatini, le Lesotho, le Malawi, l'Afrique du Sud, la Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe ont élaboré des lois sur les infractions sexuelles et les sévices sexuels sur les femmes et les enfants, y compris en définissant les rapports avec les mineurs en dessous de l'âge du consentement comme agression sexuelle.⁴⁵ Une étude menée dans six États Membres⁴⁶ indique que la prévalence de la VS varie de 50 pour cent - 86 pour cent au cours de la vie d'une femme et la violence à l'égard d'un partenaire intime de 49 - 69 pour cent dans cinq des six pays.⁴⁷

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) du Zimbabwe de 2015 fait état de 35 pour cent de violence à l'égard du partenaire intime. Selon l'EDS 2016 de l'Afrique du Sud, une femme sur cinq a déjà été victime de violences physiques de la part d'un partenaire, les femmes plus jeunes et les femmes divorcées ou séparées étant plus susceptibles que les autres groupes de subir des violences physiques. L'EDS 2015/2016

au Malawi montre une augmentation de 28 pour cent en 2010 à 34 pour cent des femmes au Malawi qui subissent des violences physiques depuis l'âge de 5 ans.

La violence domestique est la forme la plus répandue de VS. Elle se déroule principalement à la maison et résulte de systèmes de croyance et de normes patriarcales profondément ancrés qui perpétuent l'idée que les femmes ont un statut social inférieur, mus par des constructions toxiques de la masculinité, qui engendrent des notions de supériorité et sanctionnent la violence au sein des relations et des familles. Il est reconnu que la violence sexiste a un coût économique pour les pays. Une étude menée à Maurice en 2017 avec l'aide du FNUAP a révélé que le coût économique de la violence entre partenaires intimes représentait 0,6 pour cent du PIB du pays, soit 5,7 millions de dollars US⁴⁸.

Le caractère normatif de la violence sexiste dans la région entretient les faibles niveaux de signalisation et un manque de respect de la législation.⁴⁹ Il souligne également l'importance d'une réponse multisectorielle dans laquelle les gouvernements, la société civile et les communautés travaillent en collaboration pour éliminer les systèmes de croyances, les pratiques et toutes les formes de VS.

Les cas de violence sexiste signalés ne reflètent pas exactement l'ampleur du problème. Les cas de VS signalés dans treize des États de la SADC reflètent des niveaux inégaux de signalisation de VS et des graves défauts en termes de disponibilité des données.⁵⁰ L'île Maurice a mis en place un Système d'Information sur la Violence Domestique pour traiter les problèmes de collecte de données et assurer le repérage et le suivi des cas signalés.

Dans des situations d'après conflit en Angola, en RDC et au Mozambique où le viol et les violences sexuelles, en particulier les viols de filles et de femmes ont eu lieu pendant le conflit, présente des difficultés particulières en matière de réadaptation et de soutien psychosocial

Les grossesses chez les adolescentes augmentent à un rythme alarmant. La région doit accélérer les efforts en faisant progresser l'éducation sexuelle complète, assurer l'accès à des services de SDR adaptés aux adolescents pour tous les adolescents et les jeunes, réduire les pratiques culturelles néfastes, notamment le mariage précoce des enfants, et donner aux jeunes femmes les moyens d'exercer leurs droits en matière de SSR.

⁴⁵ Moniteur Genre et développement de la SADC, 2016.

⁴⁶ Le Botswana, le Lesotho, l'île Maurice, l'Afrique du Sud, la Zambie, le Zimbabwe.

⁴⁷ Baromètre du protocole de la CDAА sur le genre, 2016.

⁴⁸ Évaluation quantitative de la violence entre partenaires intimes et des coûts économiques associés à Maurice. Consulté à partir de: [http://gender.govmu.org/English/Documents/2018/domestic pour cent 20violence_final_draft_RS_July_2017 pour cent 20 \(7\).pdf](http://gender.govmu.org/English/Documents/2018/domestic%20violence_final_draft_RS_July_2017%20(7).pdf). R.Sultan. (2017).

⁴⁹ Moniteur du genre et du développement SADC 2016.

⁵⁰ Moniteur du genre et du développement SADC 2016.

aux survivants souffrant de l'effondrement des moyens de subsistance et de traumatismes psychologiques graves.⁵¹ Les sécheresses prolongées et l'insécurité alimentaire de ces derniers temps ont montré que la VS a tendance à s'aggraver sous toutes ses formes – violence domestique, sexuelle, psychologique, exploitation et abus sexuels - aggravé par un accès réduit aux services de santé essentiels et d'urgence pour les mères et les nouveau-nés.

2.6. La Politique et l'environnement social ont un impact particulièrement négatif sur le SDSRJA

Les jeunes et les adolescents de la région font face à des défis importants de SDSR. Sept pays de la SADC ont fixé l'âge du consentement sexuel à 16 ans, quatre à 18 ans, quatre à 14 ans, la Tanzanie à 12 ans et les Comores à 13 ans⁵². En Angola, il existe un écart de deux ans entre l'âge de consentement pour les femmes et pour les hommes, et un écart de quatre ans en RDC, où l'âge pour les filles est fixé au même niveau que pour les garçons. Cela perpétue l'inégalité entre les sexes et renforce les normes de genre malsaines qui privent les filles de leurs droits.

Certains pays de la SADC, tel que la Namibie⁵³ ont fixé l'âge légal du consentement au mariage à 18 ans, tant pour les femmes que pour les hommes, mais d'autres pays ont des différences entre les sexes en ce qui concerne l'âge du consentement au mariage, comme les Seychelles, la Tanzanie, l'Angola et la RDC. En revanche, à Maurice, l'âge légal du consentement au mariage est de 18 ans, mais un adolescent peut se marier à 16 ans avec le consentement des parents et sous réserve de la validation d'un tribunal.

Même lorsque l'âge du consentement au mariage est de 18 ans, un nombre important de filles sont mariées avant l'âge de 18 ans. En RDC, il s'agit de 12 pour cent des filles de moins de 15 ans et 39 pour cent de celles entre 15 et 18 ans. Au Malawi, une fille sur deux est mariée avant l'âge de 18 ans et à Madagascar, quatre femmes sur dix âgées de 20 à 24 ans étaient mariées avant l'âge de 18 ans⁵⁴.

Le taux de natalité des adolescents dans la région va de 28 pour 1,000 à Maurice, 39 pour 1,000 au Botswana et 51 pour 1,000 en Afrique du Sud jusqu'à 166 pour 1,000 en Angola, 74 pour 1,000 aux Comores, à 144 pour mille naissances vivantes au Malawi, 154 pour 1,000 au Mozambique et 166 pour 1,000 en Angola⁵⁵.

Selon le Moniteur 2016 du Genre et du Développement de la SADC, le taux croissant des grossesses chez les adolescentes et l'impératif d'examiner les causes constituent une préoccupation croissante pour la région. La grossesse précoce est liée à une série de facteurs sociaux, culturels et économiques qui rendent les adolescentes particulièrement vulnérables aux débuts sexuels précoces et aux mariages précoces forcés. Les grossesses précoces contribuent aux niveaux élevés de mortalité maternelle dans les États Membres.

Selon l'IIMS 2015 – 2016, le pourcentage de femmes angolaises âgées de 15 à 19 ans qui tombent enceintes pour la première fois est de 54,7⁵⁶. Le taux de grossesse chez les adolescentes à Madagascar est supérieur à 40 pour cent.

L'adoption de l'engagement de l'ESA par les Ministres de la Santé, de l'Éducation et de la Jeunesse en décembre 2013 a galvanisé l'action en faveur de l'Éducation Sexuelle Complète (ESC): (i) 12 pays des 15 pays de la SADC indiquent que l'ESC / Compétences Essentielles sont fournies dans au moins 40 pour cent des écoles primaires et secondaires (ii) dans tous les pays, des programmes de formation d'ESC pour les enseignants sont mis en place; (iii) treize pays ont institutionnalisé des programmes de formation aux services de SDSR destinés aux travailleurs de la santé et aux travailleurs sociaux, (iv) 10 pays offrent le programme minimum standard de services SDSRJA⁵⁷. Un autre résultat positif, est l'utilisation accrue des services de soins prénataux par les mères adolescentes dans certains établissements de santé. Le déploiement du CSE, qui met fortement l'accent sur l'intégration des droits dans les programmes tout en établissant un lien clair avec les services SDSRJA, reste un élément essentiel d'une réponse accélérée à la SDSR dans la SADC.

⁵¹ Ibid.

⁵² Le tableau de bord de SheDecides en partenariat avec NDOH d'Afrique du Sud et UNFPA ESARO, 2017.

⁵³ La loi sur l'égalité des personnes mariées fixe un âge minimum clair de 16 ans et des procédures pour les mariages civils impliquant des enfants.

⁵⁴ ENSOMD 2012 – 2013.

⁵⁵ Enquête démographique et de santé 2015 – 2016 et enquête sur les indicateurs de paludisme, Tanzanie.

⁵⁶ Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MINSÁ), Ministério da Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MPDT) and ICF, 2017. *Key Findings of the 2015 – 16 Angola IIMS*. Luanda, Angola. Rockville, Maryland, U.S.A.: INE, MINSÁ, MPDT and ICF.

⁵⁷ L'UNESCO tient ses promesses faites aux jeunes d'aujourd'hui Aujourd'hui, bilan 2013 – 2015 - Engagement ministériel des pays d'Afrique orientale et australe pour une éducation à la sexualité complète et des services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes 2016.

2.7. Manque de ressources et les défis de capacité du système de santé est un obstacle important pour la réalisation de SDR

L'insuffisance des ressources et les problèmes plus vastes associés au système de santé constituent un obstacle à la réalisation des SDR dans la région. Les dépenses de santé actuelles (pourcentage du PIB) dans la région de la SADC sont inégales. Un certain nombre de pays ont enregistré une diminution, tels que l'Angola et les Seychelles, tandis que d'autres, tels que le Mozambique, la Namibie, le Lesotho et l'Afrique du Sud, ont augmenté leurs dépenses⁵⁸. Généralement, le développement économique est limité par une croissance relativement faible, un taux de chômage élevé et des exigences sociales énormes. Suite à une baisse de revenus publics en provenance des impôts, les budgets de la santé ont été mis à rude épreuve par d'autres demandes concurrentes.

Une infrastructure médiocre et peu conviviale limite l'accès à des services de SSR de qualité et la région se démène pour trouver des moyens de répondre à ces problèmes. Par exemple, la SADC a mis au point des outils pour aider les États Membres à intégrer les services de santé dans leur pays. Grâce à l'élaboration des Normes Minimales de la SADC pour l'Intégration du VIH et de la Santé Sexuelle et Reproductive dans la Région 2015 et du Plan d'Activité pour l'Intégration des Programmes de Lutte contre le VIH, la SSR, la Tuberculose et le Paludisme de la SADC pour 2016, des orientations stratégiques ont été fournies pour soutenir le processus de renforcement de l'intégration et de la rentabilité. Des stratégies telles que le transfert de tâches pour élargir l'accès et résoudre les goulets d'étranglement, tout en travaillant avec les communautés pour exploiter leur capacité à fournir des informations et un soutien important en matière de SDR, offrent des solutions à court terme aux problèmes plus vastes du système de santé.



⁵⁸ Tableau de bord de l'UA sur le financement national de la santé basé sur les données de 2014. Consulté de: https://au.int/sites/default/files/newsevents/workingdocuments/34086-wd-au_scorecard_-_final_english.pdf

LA STRATÉGIE POUR LA SANTÉ ET LES DROITS SEXUELS ET DE LA REPRODUCTION (2019 – 2030)

La Stratégie pour la Santé et les Droits Sexuels et de la Reproduction dans la Région de la SADC (2019 – 2030) s'appuie sur les progrès réalisés par les États Membres pour atteindre les cibles des OMD, tout en adressant les lacunes et les défis critiques qui continuent à influencer des mauvais résultats de santé sexuelle et reproductive et à constituer un frein au développement humain durable dans la région.

La stratégie vise à aligner les efforts régionaux visant à améliorer la santé sexuelle et reproductive de tous les peuples sur les développements mondiaux, continentaux et régionaux et à promouvoir une réponse intégrée et globale. Il s'agit notamment des Objectifs de Développement Durable (2015) et ces objectifs connexes, du Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, de la Plateforme d'Action de Beijing et des documents finaux de leurs conférences d'examen, les cibles de la Déclaration Politique sur le VIH / SIDA en 2016, l'Engagement International des Droits Économiques, Sociaux et Culturels, l'Agenda 2063, le Plan d'Action révisé de Maputo 2016 – 2030, la Stratégie Mondiale pour la Santé des Femmes, des Enfants et des Adolescents 2016 – 2030, la résolution AFR RC66-9, l'Engagement ESA, les Normes Minimales pour l'Intégration du VIH et de la Santé Sexuelle et Reproductive dans la région de la SADC, le Tableau de Bord de la SADC pour la Prévention du VIH et la Stratégie et le Cadre Régional de la SADC pour l'Action relatif à la Violence Sexuelle 2019 – 2030.⁵⁹

Cette stratégie pour les SDRS au sein de la SADC (2019 – 2030) vise à aider les États Membres à renforcer leur programmation SDRS en vue de la réalisation des résultats régionaux en matière de SDRS et à créer un cadre commun permettant aux partenaires de développement et à la société civile d'aligner leurs interventions.

Cette stratégie repose sur des bases factuelles, sur la base des priorités identifiées par les États Membres et alignée sur les engagements mondiaux, continentaux et régionaux. Il est soutenu par l'engagement politique et le leadership des Ministres de la Santé, de l'Éducation, du Genre et de la Jeunesse pour faire progresser une réponse multisectorielle qui promeut et accélère la SDRS de tous les habitants de la région de la SADC. Parallèlement à la stratégie, un tableau de bord régionale a été mise au point en même temps que la Stratégie en tant qu'outil stratégique de haut niveau permettant de suivre les progrès accomplis au niveau

politique dans la région de la SADC dans la mise en œuvre de la stratégie.

Processus de l'Élaboration de la Stratégie et du tableau de bord

Le processus de l'élaboration de la stratégie et du tableau de bord correspondant était le suivant:

- (1) Un comité technique a supervisé l'élaboration de la stratégie pour les SDRS dans la région SADC (2019 – 2030) et le tableau de bord. Le Comité Technique fut dirigé par la « Troïka » composée des Ministres de la Santé d'Eswatini (présidente sortante de la SADC), de la Namibie (nouvelle présidente de la SADC), et de l'Afrique du Sud (président de la SADC), le Secrétariat de la SADC, les représentants de l'ONUSIDA, du FNUAP, de l'UNICEF et de l'OMS, de l'UNESCO, SheDecides et des représentants d'organisations animées par des jeunes et de la société civile. Un appui technique supplémentaire pour l'élaboration du tableau de bord a été fourni par l'intermédiaire du Secrétariat de la Communauté de l'Afrique de l'Est et du Programme des Systèmes d'informations sur la Santé de l'Université d'Oslo, en Norvège. Le Comité Technique a fourni une orientation stratégique et des contributions pour réviser la stratégie SDRS de la SADC 2006 – 2015 et pour élaborer un tableau de bord SDRS conforme aux engagements pris aux niveaux mondial, continental et régional.
- (2) La stratégie s'appuyait sur une étude documentaire des engagements, stratégies et directives mondiales, continentales et régionales, et rapports nationaux disponibles, en vue de déterminer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs stratégiques et des priorités de la stratégie SDRS SADC 2006 – 2015, et d'identifier les questions clés à traiter dans cette Stratégie. Le tableau de bord correspondant s'inspire des engagements pris aux niveaux mondial, régional et continental, et repose sur un prototype élaboré avec SheDecides en 2017. Il est conçu comme un outil d'examen par les pairs et de reddition de comptes permettant d'accélérer la mise en place d'une SDRS dans la région.
- (3) Une consultation technique sur la stratégie en matière de SDRS dans la région de la SADC (2019 – 2030) et le tableau de bord ont été convoqués du 4 au 6 septembre 2018. Elle était

⁵⁹ Voir l'annexe 1

composée de responsables des SDSR issus des ministères de la Santé, de l'Éducation, du Genre et de la Jeunesse et d'Agents compétents S & E des ministères de la Santé, de représentants de SheDecides, de la société civile régionale et d'organisations dirigées par des jeunes. Les contributions de la consultation technique ont été examinées et intégrées par le Comité technique lors d'une réunion tenue à Johannesburg du 26 au 27 septembre 2018. Le projet final de cette

stratégie et du tableau de bord correspondant a été envoyé aux participants à la consultation technique pour organiser des consultations nationales pour s'impliquer dans le projet final.

- (4) La stratégie et le tableau de bord ont été présentés à la réunion de la SADC des directeurs du Conseil national sur le sida organisé à Windhoek, en Namibie, le 3 octobre 2018 et présentés aux hauts fonctionnaires de la SADC pour validation.

L'objectif



Cette stratégie fournit un cadre politique et de programmation aux États Membres pour accélérer la réalisation des droits et de la santé sexuelle et reproductive pour toutes les personnes vivant dans la SADC.

Le champ d'application et la couverture de la stratégie de la SADC SDSR



La stratégie pour les SDSR dans la région de la SADC (2019 – 2030) s'appuie sur le cadre de la CIPD, les ODD, la Déclaration politique sur le VIH / sida de 2016, le Plan d'action de Maputo 2016 – 2030, la Stratégie de la SDSR de la SADC 2005 – 2016, parmi d'autres, et est appuyé des réflexions les plus récentes sur les SDSR tels que définis par la Commission Lancet-Guttmacher sur l'accélération des progrès: La SDSR pour Tous, et le Manifeste du mouvement mondial SheDecides. Cette stratégie:

- > Met l'accent sur une approche multisectorielle des droits et de la santé sexuelle et reproductive et sur son importance pour le développement durable, l'égalité des sexes et le bien-être des SDSR de tous les habitants de la région de la SADC.⁶⁰
- > Souligne la nécessité d'un engagement politique solide et de ressources humaines et financières suffisantes pour que toutes les personnes, en particulier les adolescentes et les jeunes, les femmes, les hommes et les garçons, les populations clés, les migrants, les réfugiés, les populations mobiles et les personnes handicapées puissent exercer leurs droits; Le droit de SSR à prendre des décisions qui régissent leur corps, sans stigmatisation, discrimination, violence et contrainte, en fonction de leurs besoins spécifiques tout au long de leur cycle de vie.
- > Fournit une direction sur ce qui est nécessaire pour accélérer le programme de la SDS⁶¹, dans le contexte des cadres juridiques et politiques pertinents des États membres.
- > Faire appel aux États membres de fournir des informations et des services de SDSR accessibles et abordables à tous les individus qui en ont besoin, quels que soient leur âge, leur statut matrimonial, leur statut socioéconomique, leur race ou leur appartenance ethnique, leur orientation sexuelle ou leur identité de genre.
- > Adopte l'approche du cycle de vie de la SDSR.
- > Reconnaît le rôle crucial de l'éducation et de la protection sociale en tant que facteurs d'habilitation et de protection importants qui ont un impact positif sur les indicateurs clés de la santé et des droits à la reproduction.
- > Reconnaît les éléments clés suivants de la SDSR: santé maternelle et soins aux nouveau-nés; soins complets d'avortement médicalisé (y compris les soins postérieurs à l'avortement); planification familiale; prévention et gestion des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH; prévention et gestion de l'infertilité; prévention et prise en charge des cancers de l'organe reproducteur; répondre aux préoccupations de la moitié de la vie de tous; santé et développement; la réduction et la prévention de la violence sexiste, y compris la violence entre partenaires intimes, la violence sexuelle et l'exploitation sexuelle; mobilisation de la communauté, communication interpersonnelle, conseils et éducation sexuelle complète.

⁶⁰ La Commission Lancet *Accélérer les progrès - santé sexuelle et reproductive et droits pour tous: rapport de la Commission Guttmacher-Lancet, Mai 2018.*

⁶¹ Ibid.

› APPROCHE STRATÉGIQUE

La Vision



La Vision de cette stratégie est de veiller à ce que *toutes les peuples de la SADC jouissent d'une vie sexuelle et procréative saine, d'un accès durable, d'une couverture et de services de qualité, d'informations et d'une éducation durable, et puissent exercer pleinement leurs droits en matière de SSR, en tant que partie intégrante du développement durable humain dans la SADC.*

Les Bénéficiaires



Cette stratégie vise à répondre aux besoins en matière de SDRS de toutes les personnes de la région de la SADC, notamment: les adolescentes et les jeunes femmes, les femmes en âge de procréer, les hommes et les garçons, les populations clés, y compris les travailleuses du sexe, les drogués qui s'injectent et utilisent des drogues, les prisonniers, les HSH et LGBTQI, migrants, réfugiés, populations mobiles, personnes handicapées et victimes d'exploitation sexuelle.

Les Principes



Les principes qui étayent cette stratégie pour guider les États Membres sont:

- > **L'appropriation et le leadership des États membres** et le financement par la domestication et l'alignement avec les cadres nationaux.
- > **Compléter et renforcer les stratégies**, instruments et initiatives nationales existants en matière des SDRS pour un développement humain durable dans la région.
- > **Des partenariats solides** qui sont essentiels à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de cette stratégie, y compris **la participation active et significative de la société civile, de la jeunesse**, des communautés, des personnes les plus touchées par des problèmes spécifiques de SDRS et des partenaires de développement bilatéraux et multilatéraux.
- > **Une approche multisectorielle** pour exploiter au mieux les rôles, les responsabilités, les ressources et l'engagement des ministères, de la société civile, des structures de jeunesse, des agences de développement, du secteur privé et des établissements universitaires.
- > Encourager **la responsabilité mutuelle** pour la réalisation des résultats de la stratégie par les États membres, la société civile, les structures de jeunesse, les partenaires de développement et toutes les parties prenantes concernées.
- > **Une approche tenant compte de l'égalité des sexes, visionnaire et transformatrice** qui tient compte des différences liées au genre qui entraînent de mauvais résultats en matière de SSR, protège et promeut l'intégrité physique et l'autonomie, en particulier des femmes et des filles, et donne la priorité à la prestation des services.
- > **Une approche axée sur les jeunes et adaptée aux jeunes** afin que la région tire parti du dividende démographique et associe les plus touchés aux questions qui affectent leur propre santé et leur bien-être et accélère son développement économique et social.
- > Couverture sanitaire universelle - **ne laissant personne de côté** - et garantie de l'équité dans l'accès aux services de santé intégrés, y compris dans les situations d'aide humanitaire, sans risque de difficultés financières.
- > **Une approche fondée sur les droits de l'homme** pour les SDRS, y compris le droit de toutes les personnes au meilleur état de santé possible.
- > Une approche du cycle **de vie inclusif qui encourage la prestation des services intégrés de haute qualité, complets et centrés sur l'être humain, destinés aux personnes les plus difficiles à atteindre.**
- > **Réalisation progressive des SDRS** par la hiérarchisation des réformes et des partenariats stratégiques en vue de relever les défis systémiques plus vastes et de faciliter les interventions sur mesure, fondées sur des bases factuelles, qui répondent aux lacunes de la région.

**Les Résultats
de SDR dans
la Région d'ici
2030**



Pour atteindre cette vision, les États Membres de la SADC travailleront sur les résultats suivants en matière de SDR:

1. Réduire la mortalité maternelle à moins de 70 décès pour 100 000 des nouveau-nés vivants. (ODD 3.1)
2. Réduire la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances dans chaque pays. (ODD 3.2)
3. Éliminer Le VIH et le sida comme étant une menace pour la santé publique d'ici 2030. (ODD 3.3)
4. La violence sexuelle et sexiste et les autres pratiques préjudiciables, en particulier contre les femmes et les filles, sont éliminées. (ODD 5.1; ODD 5.2; ODD 5.3)
5. Réduire les niveaux de grossesses non planifiées et des avortements non médicalisés.
6. Les taux de grossesses précoces sont réduits.
7. Assurer l'accès universel aux services de SSR intégrés et complets, en particulier pour les jeunes, les femmes et les populations clés, y compris dans les situations de crise humanitaire. (ODD 3.7; ODD 5.6)
8. Renforcer les systèmes de santé pour répondre de manière adéquate aux besoins de SSR. (ODD 5.6)
9. Un environnement favorable est créé pour que les adolescents et les jeunes puissent faire des choix sains en matière de sexualité et de procréation qui améliorent leur vie et leur bien-être. (ODD 4.7; ODD 5.6)
10. Supprimer les obstacles, notamment politiques, culturels, sociaux et économiques, qui entravent la réalisation des SDR dans la région. (ODD 5.1; ODD 5c)



› STRATÉGIES POUR ACCÉLÉRER LES RÉSULTATS DE SDRS

Le cadre ci-dessous définit les stratégies de base qui permettront d'accélérer la réalisation des résultats stratégiques et les résultats de haut niveau que les États Membres devraient mettre en œuvre pour atteindre les huit résultats stratégiques en matière de SDRS d'ici 2030.

A. Le leadership innovateur qui accélère et avance hardiment le programme régional de SDRS

A.1. Des partenariats stratégiques visant à mettre en place une réponse multisectorielle, y compris des partenariats actifs avec la société civile et les communautés, sont déployés.

Réaliser la Vision de cette stratégie nécessite une *réponse multisectorielle*. Cela permet de reconnaître le rôle essentiel que les ministères de la santé, des finances/développement économique, les ministères de l'éducation, les ministères de la jeunesse, du genre, les ministères du développement social et les ministères de la justice doivent jouer pour que toutes les personnes atteignent leur SDRS. La réalisation de ces droits ne sera possible que si les gouvernements, la société civile et les communautés collaborent en tant que partenaires pour redéfinir et accélérer la réponse.

A.2 Un élan social et politique est exploité autour de l'entremise de tous, surtout les femmes et les filles, pour prendre des décisions concernant leur corps et leur santé, en éliminant les obstacles sociaux, culturels et économiques.

Les États Membres devraient affirmer les droits et la capacité de tous à prendre des décisions concernant leur corps, leur santé et leur vie. Les États Membres devraient délibérer sur la législation, les politiques et les stratégies mises en place, suivies et évaluées pour que tous puissent exercer ces droits et éliminer les pratiques préjudiciables, telles que les mariages précoces, les mutilations génitales féminines et la violence sexiste. Les dirigeants devraient également veiller à ce que toutes les personnes aient accès aux d'information, à l'éducation et à des services intégrés de qualité centrés sur la personne, fondés sur le principe des droits humains, afin de garantir l'accès universel aux services pour réduire la mortalité maternelle, l'accès universel aux contraceptifs, et la prévention et le traitement des nouvelles IST, y compris les nouvelles infections du VIH.

Les politiques, stratégies et programmes devraient être mis en place pour aider les hommes et les garçons, en tant que partenaires, de clients SDRS,

et d'agents de changement pour contester et à modifier les normes dominantes destructrices de la masculinité et du patriarcat, et d'inverser la tendance sur la mortalité maternelle, l'incidence du VIH, la VS et autres problèmes de santé liés à la SSR dans la SADC. Aborder l'inégalité des sexes en tant que moteur fondamental des résultats médiocres en matière de SDRS est essentiel pour accélérer le programme régional de SDRS.

A.3. Les budgets nationaux reflètent les engagements envers la SDRS.

Les gouvernements et tous les partenaires veillent à ce que des ressources financières adéquates soient dégagées, à ce que des investissements soient réalisés afin que les ressources humaines adéquates et les compétences requises soient disponibles pour que tous puissent accéder à des services d'information, d'éducation et de SDRS de qualité.

A.4. La domestication des engagements régionaux et mondiaux.

Les États Membres de la SADC devraient accélérer la domestication de cette stratégie en révisant leurs stratégies et programmes nationaux de SDRS. Ils devraient s'assurer que tous les efforts sont faits pour examiner et rendre compte régulièrement des progrès accomplis en ce qui concerne les indicateurs convenus dans les tableaux de bord correspondants et connexes, tel que le Tableau de Bord de la SADC sur la prévention du VIH et le Tableau de Bord de l'UA sur le Financement Domestique de la Santé. Les États Membres devraient assurer la domestication des documents de la SADC connexes, ce qui facilitera la mise en œuvre rapide de cette stratégie, y compris les normes minimales pour l'intégration de SDRS et du VIH; la stratégie de population clé de la SADC; Protocole de la SADC sur le genre et le développement (en particulier les articles 20, 21, 23, 24, 25, 26 et 27), la stratégie et le cadre d'action régionaux contre la violence sexiste de la SADC (2019 – 2030).

B. Alignement des cadres politiques et juridiques des États Membres sur les engagements mondiaux et régionaux et les normes internationales relatives aux droits de l'homme

B1. Les lois et politiques nationales qui protègent et promeuvent la SDRS des adolescents et des jeunes, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes, sont adoptées et mises en œuvre.

Pour accélérer les progrès dans la région, il faut s'engager à combler les lacunes juridiques et politiques qui entravent la réalisation des SDSR pour tous. Les États membres devraient envisager la participation significative de ceux que les lois, les politiques et les stratégies sont censées servir dans leur conception, leur mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation. Toutes les parties prenantes devraient travailler en collaboration pour définir un ensemble national minimum d'interventions sociales, comportementales, structurelles et biomédicales qui réduiront les grossesses précoces et non désirées, les avortements non médicalisés, les IST et le VIH chez les adolescents et les jeunes, et pour renforcer cet ensemble d'interventions.

Les États Membres sont encouragés de promouvoir les SDSR auprès des adolescents en:

- (i) S'assurant que tous les adolescents âgés de 12 ans puissent accéder aux services de SDSR, y compris les services de VIH (dépistage, conseils et accès aux traitements), les informations, les contraceptifs, les avortements médicalisés, renforcer les capacités des prestataires de soins de santé pour fournir des services dans le respect de l'intimité et de la confidentialité des adolescents;
- (ii) protéger les adolescents, et en particulier les adolescentes, des mariages précoces et forcés et limiter l'âge du consentement au mariage à 18 ans, indépendamment du sexe⁶²;
- iii) mener des consultations nationales pour examiner les implications juridiques de l'âge du consentement pour une activité sexuelle et envisager de réduire l'âge du consentement pour une activité sexuelle à 16 ans, sans distinction de sexe, en tenant compte des droits des adolescents et des jeunes à une vie sexuelle saine et consentante leurs relations en fonction de leur capacité évolutive. Cela peut inclure des dispositions relatives à l'âge rapproché (connues sous le nom de dispositions de Romeo et Juliette) visant à réduire la criminalisation des adolescents ayant des relations sexuelles consensuelles et l'accès aux services de SDSR pour tous les adolescents;
- iv) Les États Membres sont encouragés à intensifier leurs efforts concernant la loi type de la SADC sur le mariage des enfants et les interventions connexes afin de modifier les normes et les attitudes de la communauté qui enracinent cette pratique et

toute autre pratique culturelle nuisant à la santé et aux droits des filles, en fonction de leur contexte spécifique;

- v) Les États Membres sont encouragés à définir et à protéger le droit de toutes les personnes à la protection contre la violence sexuelle et sexiste, et à renforcer les systèmes nationaux de sécurité sociale et de protection facilitant la prise de décisions garantissant leur sécurité;
- vi) Les États membres devraient envisager des politiques en matière de réadmission et de rétention des filles enceintes dans les écoles afin qu'elles puissent réaliser leur plein potentiel.

B.2. Les lois et les politiques nationales qui fournissent un contexte favorable à la réalisation de toutes les SDSR sont adoptées et mises en œuvre de manière optimale.

Les lois et les politiques devraient permettre la réalisation des SDSR, promouvoir l'équité et l'égalité des sexes et contribuer à la protection de la dignité, de la santé et de la vie de tous les habitants de la SADC, en particulier des femmes et des filles. Dans le même temps, des efforts délibérés doivent être déployés pour faciliter l'élaboration de politiques sur les besoins et priorités des SDSR pour les hommes et les garçons de la région. Les États membres devraient faciliter la modification des lois et des politiques afin de protéger la SDSR de tous, en tenant compte de leur contexte national. Lorsque des lois et des politiques sont en place pour faire progresser la SDSR de toutes les personnes, mais ne sont pas mises en œuvre de manière optimale, les États membres devraient identifier les obstacles à une mise en œuvre optimale de ces lois et politiques, notamment en veillant à ce que les mandatés possèdent les compétences et les connaissances requises. Les États membres devraient associer de manière significative les bénéficiaires, les chefs traditionnels, religieux et communautaires lorsqu'ils envisagent de modifier les lois et les politiques afin de créer un environnement social, culturel et juridique propice aux SDSR. Le rôle des forces de l'ordre et des mesures visant à faciliter l'accès à la justice, par exemple dans les affaires de SGBV, est essentiel.

En 2010 – 2014, l'incidence estimée de l'avortement en Afrique et en Afrique australe était de 35 pour 1 000 femmes en âge de procréer. Les trois quarts des 6,9 millions d'avortements annuels estimés en Afrique ont été classés comme non sécurisés et près de la moitié

⁶² Voir l'article 20 du Protocole révisé de la SADC sur le genre et le développement (2019 – 2030): les États membres doivent adopter et appliquer une législation interdisant toutes les formes de violence sexiste; b) élaborer des stratégies pour prévenir et éliminer toutes les pratiques sociales et culturelles néfastes, telles que le mariage d'enfants, le mariage forcé, les grossesses précoces, l'esclavage et les mutilations génitales féminines; veiller à ce que les auteurs de violence sexiste, y compris de violence domestique, de viol, de féminicide, de harcèlement sexuel, de mutilation génitale féminine et de toute autre forme de violence sexiste soient jugés par un tribunal compétent.

(48 pour cent) ont été classés dans la catégorie «la moins sûre», qui était associée aux taux d'accidents mortels les plus élevés au monde. [1,2] En 2008, la dernière année ayant des estimations, l'Afrique affichait le taux d'avortements à risque le plus élevé (22 pour cent) chez les adolescentes (15 à 19 ans) au monde [3]. Au Botswana, 23 pour cent des décès maternels ont été attribués à des avortements non médicalisés.

Les avortements non médicalisés résultent souvent des obstacles politiques et juridiques auxquels les femmes et les filles de la région se heurtent lorsqu'elles ont besoin de services d'avortement médicalisés, ce qui contribue de manière significative aux taux élevés de mortalité maternelle dans la région. S'engager avec le besoin de services d'avortement médicalisés en tant que droit humain pour les femmes et explorer les moyens par lesquels l'environnement politique et juridique peut protéger la santé, la vie et les droits des femmes et des filles est un domaine important, tout en garantissant que les politiques facilitent les soins complets après l'avortement dans tous les contextes.

Une approche politique facilitant une approche multisectorielle, définissant les rôles et les responsabilités des ministères et des parties prenantes respectifs au sein des États membres et de la région, fournira des orientations importantes pour la mise en œuvre de cette stratégie.

C. La couverture sanitaire universelle et les systèmes de santé renforcés dans les États Membres intègrent le forfait essentiel de SDR

La couverture sanitaire universelle (CSU) est définie comme garantissant que toutes les personnes aient un accès équitable aux services de santé nécessaires (y compris prévention, promotion, traitement, réadaptation et palliation) de qualité suffisante pour être efficaces, tout en garantissant aussi que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières.⁶³ La CSU est essentielle pour atteindre les résultats de cette stratégie en matière de SDR.

C 1. Fournir un forfait de qualité, complet, intégré, de SSR, de GBV et de VIH/SIDA qui réponde aux besoins des femmes, des hommes, des adolescents, des jeunes et des populations clés dans la SADC.

Les États membres devraient prendre des mesures concrètes pour relever les nombreux défis sociaux, économiques, culturels et systémiques qui empêchent les femmes, les hommes, les adolescents, les populations clés, les migrants, les réfugiés, les

populations mobiles et les personnes handicapées d'atteindre leur SDR au cours de leur vie.

Cela comprend la suppression de tout obstacle financier et autre pour assurer l'accès universel à l'ensemble des interventions en matière de santé sexuelle et reproductive telles que définies par la CIPD: (i) éducation sexuelle complète; (ii) des conseils et des services pour une gamme de contraceptifs modernes, avec un nombre et des types de méthodes minimum définis; (iii) les soins prénataux, les accouchements et les soins postnataux, y compris les soins obstétricaux d'urgence et les soins aux nouveau-nés; (iv) services d'avortement sécurisé et traitement des complications de l'avortement à risque; (v) prévention et traitement du VIH (y compris l'utilisation de Prep pour les populations clés et ceux qui sont le plus à risque) et des autres infections sexuellement transmissibles;

vi) prévention, détection, services immédiats et aiguillage pour les cas de violence sexuelle et sexiste, y compris la fourniture de prophylactiques post exposition (PPE) et de contraceptifs d'urgence (vii) prévention, détection et prise en charge des cancers de la reproduction, en particulier du cancer du col utérin; (viii) information, conseil et services en matière de fécondité et d'infertilité et (ix) informations, conseils et services en matière de santé sexuelle et de bien-être mental et (x) participation des femmes, des hommes, des jeunes et des populations clés aux situations de catastrophe pour assurer l'accès universel à leurs besoins en SDR.

Compte tenu des niveaux d'inégalité économique dans la région,⁶⁴ l'accélération de la réponse à la SDR doit être axée sur la nécessité de rendre ses services accessibles à tous et d'éliminer tous les obstacles financiers et autres empêchant l'accès. Conscients du contexte économique et des défis du système de santé de la région, les États Membres devraient trouver des moyens de relever les défis systémiques en intégrant les services, en utilisant des modèles appropriés qui répondent à leur situation particulière et en établissant des partenariats stratégiques pour traiter les problèmes systémiques.

Les États membres devraient veiller à ce que les interventions en matière de SDR: i) répondent aux besoins de chaque personne, en particulier des adolescents et des jeunes, en fonction de leur âge, ii) suppriment les obstacles à l'éducation et créent des opportunités économiques permettant de rompre le cycle de la pauvreté intergénérationnelle et récolter les bénéfices du dividende démographique;⁶⁵ (iii) répondre aux besoins spécifiques des hommes et des

⁶³ OMS, 2018.

⁶⁴ Le rapport de la Banque mondiale (2018) indique que six des dix pays ayant le coefficient de Gini le plus élevé appartiennent à la SADC, à savoir. Afrique du Sud, Namibie, Botswana, Zambie, Lesotho et Eswatini.

⁶⁵ Stratégie du FNUAP sur les adolescents et les jeunes.

garçons en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris les besoins en matière de contraception, de prévention et de traitement du VIH et d'autres STIS, de dysfonctions sexuelles, de stérilité et de cancers masculins, et de briser les schémas malsains liés au genre qui ont faciliter une meilleure compréhension du rôle que doivent jouer les hommes et les garçons en tant que partenaires.

C.2. Livraison accélérée et améliorée d'une éducation sexuelle exhaustive à la jeunesse scolarisée et non scolarisée par les secteurs de l'éducation et de la jeunesse.

Les États Membres devraient veiller à ce que les jeunes et les adolescents soient préparés, soutenus et reçoivent l'éducation et toutes les informations et compétences nécessaires pour prendre des décisions saines et sûres concernant leur vie et leur avenir. Cela implique de veiller à ce que les adolescents et les jeunes scolarisés et non scolarisés aient accès à une éducation sexuelle complète (ESC) basée sur les compétences psychosociales, de qualité, complète et adaptée à leur âge, associée à des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) adaptée aux jeunes et plus largement au secteur de la jeunesse. Cela permettra de remédier aux niveaux de connaissance extrêmement bas des infections au VIH chez les adolescents et les jeunes; de réduire les grossesses précoces et non désirées; d'éliminer la VS et le mariage des enfants et sensibiliser l'opinion et lutter contre l'exploitation sexuelle des enfants et des adolescents.

Renforcer la capacité des éducateurs à tous les niveaux pour fournir un ESC axé sur les droits adaptés à l'âge, au genre et à la culture, comprenant des éléments fondamentaux de connaissances, compétences et valeurs comme préparation à l'âge adulte et dans la mesure du possible dans les programmes d'éducation et de formation continue à l'école. La création et le renforcement des capacités de ceux qui travaillent dans des interventions plus larges auprès des jeunes et de la communauté contribueront à renforcer la capacité des États Membres à atteindre les jeunes non scolarisés. Des approches créatives devraient être lancées pour renforcer la capacité des différentes formes de médias, y compris la radio, à jouer un rôle dans la sensibilisation des jeunes en particulier.

C.3. Des systèmes de santé renforcés pour fournir des services de SRHR intégrés de qualité dans un environnement propice.

Les États Membres devraient veiller à créer un environnement propice à la prestation des services

de SDRS intégrés de qualité et centrés sur l'être humain. Cela inclut: i) investir dans la capacité des prestataires de soins de santé à fournir des services de santé intégrés de qualité et centrés sur l'être humain, ii) assurer des soins de qualité, y compris le forfait minimum de services initiaux pour SDRS pendant les catastrophes humanitaires iii) mettre en place des programmes qui encouragent les jeunes à rejoindre la force de travail sanitaire et à augmenter le nombre de prestataires de soins de santé, en particulier les sages-femmes; iv) veiller à ce que tous les établissements de santé disposent des produits, fournitures et équipements nécessaires pour fournir l'ensemble des services de SDRS; v) investir dans l'extension de l'infrastructure de santé et remédier aux faiblesses infrastructurelles des installations actuelles qui entravent la dignité et la confidentialité des personnes, renforcent l'engagement communautaire et la sensibilisation; vi) garantir que la prestation des services de santé soit intégrée aux droits humains; avec des handicaps et sont sensibles au genre⁶⁶.

Le renforcement des partenariats public-privé est un facteur important pour répondre à l'amalgame de problèmes de capacités sanitaires auxquels la région est confrontée, notamment en ce qui concerne les compétences, les infrastructures et les ressources associées. Des mécanismes efficaces d'aiguillage dans l'ensemble du système de santé constituent un élément clé pour créer un environnement propice à l'accès aux services de soins de santé nécessaires. Les six éléments constitutifs du renforcement des systèmes de santé (prestation de services, personnel de santé, systèmes d'information sanitaire, accès aux médicaments essentiels, financement et leadership) constituent le fondement de l'amélioration des résultats en matière de SSR au niveau régional, national et des établissements.

La réalisation des SDRS nécessite une réponse multisectorielle non seulement au niveau national mais aussi au niveau de la prestation de services, où des liens devraient être établis entre la prestation des services de santé, les écoles et autres institutions tertiaires, et mouvements de la jeunesse avec les organismes d'application de la loi, en particulier concernant la VS, avec et avec les organisations professionnelles, traditionnelles et communautaires. En cas de réaction multisectorielle aux niveaux national, infranational et communautaire, il sera possible d'avoir un impact plus important à moyen et long terme et de positionner de manière optimale les États Membres pour atteindre les objectifs de cette stratégie.

⁶⁶ Stratégie globale, 2016 – 2030.

D. Suivi et évaluation de l'Impact renforcé et de la politique factuelle, programmation et prestation de service.

La mise en œuvre de cette stratégie SADC pour les SDSR sera suivie et évaluée à l'aide du tableau de bord SADC pour les SDSR, du plan S&E et des évaluations périodiques. Les ministères de la santé désigneront un responsable du suivi et de l'évaluation qui collaborera avec d'autres ministères, la société civile, des organisations dirigées par des jeunes, des personnes vivant avec le VIH et des réseaux de populations clés, avec l'appui des organismes des Nations Unies, pour récolter, analyser et faire rapport sur les progrès réalisés au niveau national au Secrétariat de la SADC.

D1. Les objectifs identifiés dans la stratégie SADC SDSR 2019 – 2030 sont hiérarchisés et rapidement suivis par les États membres.

Le tableau de bord SADC SDSR est un outil de responsabilité de haut niveau pour la revue par les pairs qui permet de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de cette stratégie. Le tableau de bord sera présenté à la réunion des ministres de la santé de la SADC, sur une base annuelle, afin d'accélérer la réalisation des engagements mondiaux, continentaux et régionaux.

Le plan de S&E comprend une série d'indicateurs permettant de suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre de cette stratégie, en s'appuyant sur les principes de la gestion axée sur les résultats. Les données de base seront collectées en 2019 et les progrès seront mesurés à travers les évaluations de cette stratégie.⁶⁷

D2: Systèmes nationaux de suivi et d'évaluation multisectoriels intégrés renforcés et basés sur des preuves.

Les États Membres sont encouragés à donner la priorité à la mise en place et au renforcement de systèmes nationaux multisectoriels intégrés de suivi, d'évaluation et de compte rendu afin de rassembler les éléments de preuve permettant de renforcer les politiques, la programmation, les ressources et les prestations de services.

Les États membres devraient renforcer la collecte de données, en veillant à ce que toutes les données nationales soient ventilées par âge, sexe, population et groupe socioéconomique, et inclure une analyse sexospécifique.

Les États membres devraient réduire que représente les rapports pour les agents de santé en recherchant des

moyens d'intégrer divers outils de rapport permettant aux agents de santé de démontrer dans quelle mesure les clients reçoivent des services intégrés centrés sur la personne qui répondent à leurs besoins individuels en matière de SDSR.

Les États membres devraient investir dans un centre d'échange national pour toutes les données permettant aux partenaires de se réunir et de suivre les progrès, d'identifier les lacunes et de réagir en conséquence. Les salles de situation nationales mises à l'essai dans six pays pourraient jouer un rôle clé dans ce processus.

Les États membres sont encouragés à évaluer la mise en œuvre des stratégies et des programmes nationaux de SDSR et à documenter les enseignements qui peuvent être amplifiés dans la région. La SADC et ses partenaires de développement évalueront cette stratégie en 2021, 2025 et 2029, en alignement avec l'évaluation du RISDP, les processus régionaux et mondiaux de SDSR.

D3: Renforcement des ripostes nationales et régionales grâce au partage d'expériences, de meilleures pratiques et d'informations.

Le Secrétariat de la SADC, en partenariat avec les partenaires de développement bilatéraux et multilatéraux, les institutions universitaires, la société civile régionale, les organisations dirigées par des jeunes et les réseaux de personnes vivant avec le VIH et de populations clés, devrait établir une plate-forme régionale pour renforcer la collecte, l'analyse et la communication de données à travers les membres États. Un réseau régional de partage des connaissances devrait être créé pour surveiller les tendances (i) façonner et accélérer la réponse aux problèmes émergents dans la région, notamment par le biais de la coopération Sud-Sud; (ii) partager les bonnes pratiques; (iii) élaborer et informer un programme de recherche SDSR adapté aux besoins des régions.



⁶⁷ Adapté de la section 3.3 des Principes directeurs. 12 Politique de la SADC pour l'élaboration, la planification, le suivi et l'évaluation de stratégies, 2012.

› MISE EN ŒUVRE DES MODALITÉS POUR ACCÉLÉRER, FAIRE AVANCER ET CONCRÉTISER LES ENGAGEMENTS EN MATIÈRE DE SDRS

4.1 Les États membres de la SADC, la société civile, les organisations non gouvernementales, les adolescents, les jeunes et les populations clés sont mutuellement responsables de la réalisation de cette stratégie.

Cette stratégie reconnaît que pour réaliser sa vision, il faut une réponse multisectorielle et une responsabilité mutuelle de toutes les parties prenantes. La mise en œuvre efficace de la stratégie régionale nécessitera la participation et l'appropriation d'un large éventail de parties prenantes, notamment les États membres, les organisations de la société civile, les communautés, les institutions de recherche, les partenaires de développement et le secrétariat de la SADC.

Les États Membres

- Mettre en place une entité de coordination multisectorielle comprenant la société civile, des réseaux de jeunes, d'adolescents et de populations clés, et des partenaires de développement, afin de domestiquer, mettre en œuvre, contrôler et évaluer leur stratégie nationale de SSR.
- Défendre les résultats et les stratégies en matière de SDRS par le biais d'un leadership audacieux et novateur qui relève les défis propres à chaque pays.
- Veiller à ce que le programme de SDRS défini par la CIPD et décrit dans le document soit fourni.⁶⁸
- Veiller à ce que le cadre juridique et politique soit propice à la réalisation de la SDRS pour toutes les couches de la population.
- Augmenter les budgets nationaux et les ressources pour la réalisation de la SDRS, dans les ministères concernés, tout en optimisant l'utilisation des ressources existantes et en mobilisant des ressources supplémentaires, si nécessaire.
- Soutenir la conception et la mise en œuvre d'interventions de développement des capacités dans les secteurs concernés, et plus particulièrement dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de la jeunesse.
- Établir et renforcer des partenariats et des réseaux stratégiques multisectoriels et associer de manière proactive la société civile, y compris les jeunes, les

réseaux de populations clés et les communautés à la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des stratégies nationales de SDRS.

- Promouvoir activement les SDRS en tant que clé pour la réalisation des objectifs des ODD, la protection de tous ceux qui vivent dans la SADC et la réalisation de l'égalité des sexes. Répondre aux besoins des personnes touchées par les catastrophes, des migrants et des personnes victimes de la traite des êtres humains est essentiel pour garantir la mise en place d'une bonne santé sexuelle et reproductive pour tous dans la région.
- Générer et partager des informations stratégiques représentant les points de vue de leurs parties prenantes afin d'éclairer l'élaboration de politiques, lois et stratégies pour la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de politiques et de programmes.
- Soumettre chaque année des versions complètes du tableau de bord à la réunion des ministres de la santé de la SADC.
- Participer aux évaluations de la stratégie SADC en matière de SSR, comme convenu, en 2021, 2025 et 2029.

La Société civile / les organisations non gouvernementales

- S'engager au sein des États membres et entre eux pour intégrer les stratégies et les produits de haut niveau dans leurs interventions de programmation et de plaidoyer.
- Plaider et promouvoir l'adaptation, la domestication, la mise en œuvre et le financement de la stratégie régionale.
- Développer des messages ciblés pour aborder les obstacles sociaux et culturels à la réalisation de la SDRS, en particulier en ce qui concerne l'autonomie sexuelle et reproductive des femmes et des filles et l'égalité des sexes plus généralement.
- Soutenir les processus de développement des capacités dans tous les secteurs.
- Veiller à ce que les communautés et les personnes les plus touchées par les problèmes participent

⁶⁸ Ceci est décrit dans le Pilier C.

intégralement à la conception et à la mise en œuvre des programmes.

- (f) Veiller à ce que les organisations de la société civile puissent fournir des services intégrés et liés au plan national SDSR.
- (g) Plaider en faveur de la mobilisation des ressources nécessaires pour s'attaquer aux principaux obstacles systémiques à la réalisation des SDSR.
- (h) Générer et partager des informations stratégiques représentant les points de vue de leurs parties prenantes afin d'éclairer l'élaboration de politiques, lois et stratégies pour la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de politiques et de programmes.

Les adolescents, les jeunes et les populations clés

- a) Les adolescents, les jeunes et les populations clés devraient participer à des forums régionaux, nationaux et sous-nationaux pour s'assurer que leurs opinions, préoccupations et problèmes sont pris en compte et pris en compte.
- b) Les adolescents, les jeunes et les populations clés devraient être engagés de manière significative au processus de production d'éléments de

preuve, à la conception et à la mise en œuvre de programmes et d'interventions, y compris l'ensemble minimal de services destinés à leur être bénéfique, et au processus de S&E.

4.2. Le secrétariat de la SADC et ses partenaires stratégiques appuient la domestication de la stratégie de la SADC relative aux SDSR 2019 – 2030

Le Secrétariat de la SADC, en collaboration avec ses partenaires stratégiques, devrait soutenir la réponse multisectorielle et la responsabilité mutuelle pour obtenir les résultats de cette stratégie.

Secrétariat de la SADC

- a) Assurer et encourager l'adaptation de la stratégie régionale à l'échelle régionale.
- b) Élaborer un plan de diffusion et de mise en œuvre de la stratégie régionale.
- c) Faciliter une intégration renforcée entre la stratégie de SDSR et les stratégies connexes telles que la stratégie de lutte contre la violence sexiste, la Stratégie du Développement de la Jeunesse et la Stratégie de Population Clé au niveau du suivi et de l'évaluation.



- d) Fournir un appui technique aux États Membres dans la mise en œuvre de la stratégie.
- e) Faciliter la mobilisation des ressources (financières et techniques) et les partenariats stratégiques autour des objectifs clés.
- f) Établir et coordonner la mise en œuvre de la stratégie régionale et le suivi des progrès, en utilisant le Tableau de Bord SDRS et le Cadre de S&E, avec une Équipe d'Évaluation qui peut fournir un soutien technique et un retour aux États Membres.
- g) Faciliter les informations sur les bonnes pratiques.

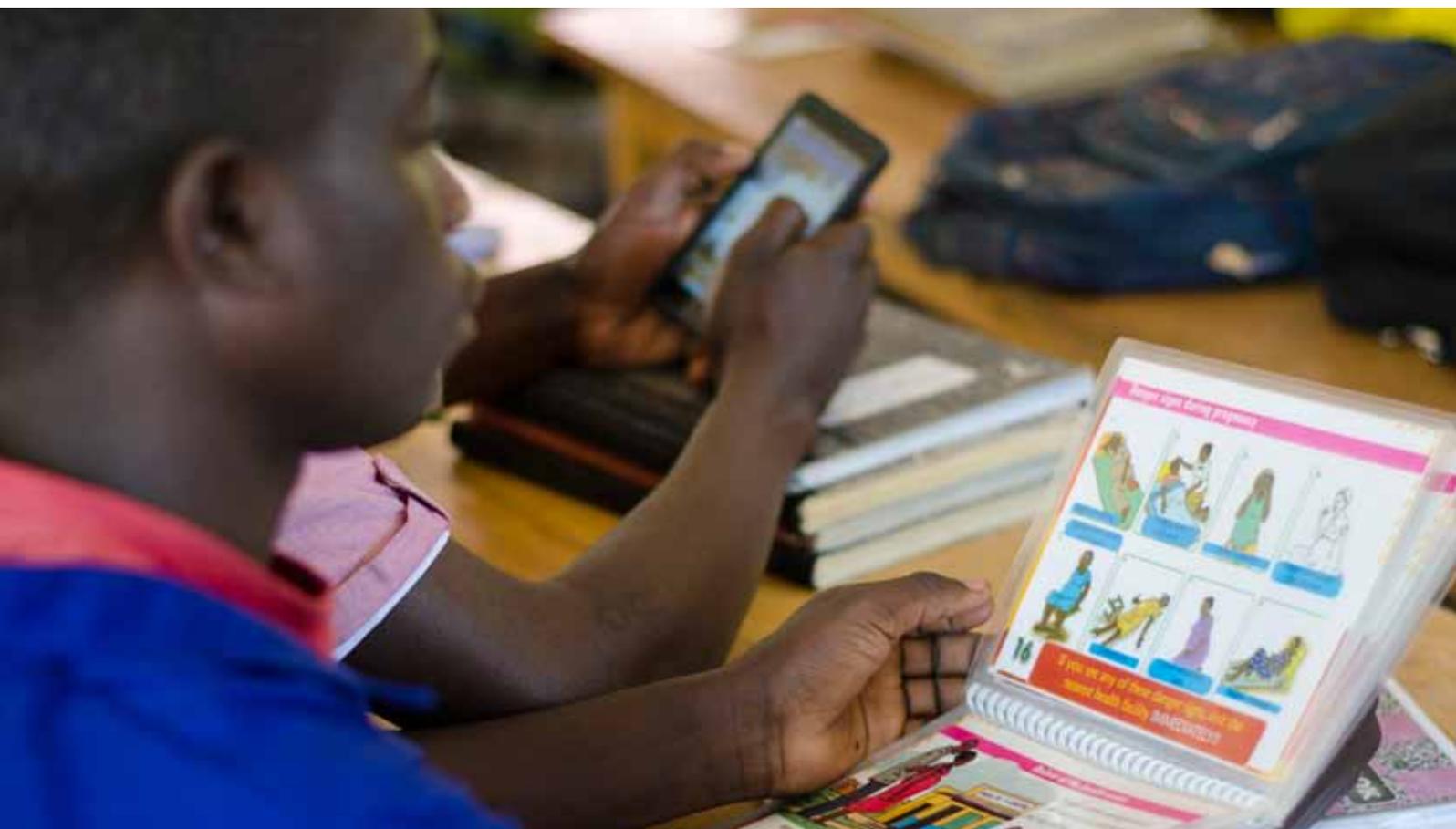
Les Partenaires de Développement

- a) Soutenir les actions régionales, nationales et sous-nationales en vue de domestiquer et de mettre en œuvre la stratégie régionale et de suivre les progrès avec la stratégie et le tableau de bord.
- b) Soutenir le développement des capacités du gouvernement (y compris des prestataires de soins de santé, des éducateurs, des travailleurs sociaux et des agents de la force publique), des organisations de la société civile, des jeunes et des adolescents et des groupes de population clés pour jouer leur rôle spécifique dans la mise en œuvre de la stratégie.

- c) Soutenir des plaidoyers factuels et des politiques nationales et des formulations de programme de services SSR et VIH axés sur les populations clés, les adolescents et la jeunesse.
- d) Soutenir les organisations de la société civile dans la formulation de stratégies de plaidoyer.
- e) Faciliter l'apprentissage et les échanges Sud-Sud sur l'élaboration de programmes normalisés et plaider en faveur d'un changement de l'environnement juridique et politique.

4.3. Le Secrétariat et ses partenaires stratégiques surveillent et aident les États Membres à récolter des données et rendre compte des progrès réalisés à l'aide du tableau de bord

Tous les partenaires, les États Membres, le Secrétariat de la SADC, les partenaires de développement, la société civile, les jeunes et les représentants des populations clés ont la responsabilité de suivre la mise en œuvre de cette stratégie, de faire rapport sur les progrès réalisés et de veiller à ce que des mises à jour périodiques soient fournies aux ministres de la santé de la région, comme convenu dans la stratégie.



› LA MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre et l'examen de cette stratégie sont alignés sur les intervalles de cinq ans du Plan Stratégique de Développement Intégré Régional. L'évaluation de cette stratégie se fera donc à des intervalles de temps alignés sur le RIDSP, à savoir 2021, 2023 et 2029 au moment de l'examen des cibles des ODD. L'élaboration de la stratégie SDSR 2019 – 2030 a été alignée sur l'élaboration d'un tableau d'évaluation qui constituera un outil important pour faciliter la responsabilisation des États Membres et les organismes régionaux disposant d'un cadre de référence commun pour mesurer et suivre les progrès accomplis vers des objectifs mutuellement convenus

et les cibles identifiées dans la stratégie de SDSR. Le tableau de bord facilitera les enquêtes comparatives dans la région, ce qui pourra inspirer davantage de bonnes pratiques et des enseignements plus cohérents entre les pays, tout en fournissant un cadre stratégique commun sur lequel les pays de la région pourraient se rallier.

Un plan de mise en œuvre complet et un cadre de suivi et d'évaluation seront élaborés et alignés sur les cadres de S&E de la SADC, tels que la stratégie sur la violence sexiste et les cadres de protocoles relatifs au genre et au développement.



- Africa Health, Human & Social Development Information Service (Afri-Dev. Info), & Africa Coalition on Maternal Newborn & Child Health. (2015). 2015 Africa Scorecard on Violence Against Women & Girls - Highlighting Male & Female Attitudes to Gender Based Violence - Including Adolescents.
- African Union. (2006). Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa.
- African Union Commission. (2006). Sexual and Reproductive Health and Rights Continental Policy Framework.
- African Union Commission. (2015). Maputo Plan of Action 2016 – 2030: Universal Access to Comprehensive Sexual and Reproductive Health Services in Africa.
- ALMA. (2011). ALMA Scorecard for Accountability and Action.
- Angola National Institute of Statistics (INE), Ministry of Health (MINSa), & Ministry of Planning and Territorial Development (MPDT). (2016). Multiple Indicator and Health Survey (2015 – 2016 IHMS): Teenage Fertility.
- Central Statistical Office (CSO) [Zambia], Ministry of Health (MOH) [Zambia], and ICF International. (2014). Zambia Demographic and Health Survey 2013 – 2014. Rockville, Maryland, USA: Central Statistical Office, Ministry of Health, and ICF International.
- Every Woman, Every Child. (2015). The Global Strategy for Women's Children's and Adolescents' Health (2016 – 2030).
- Guttman Institute. (2015). Sexual and Reproductive Health and Rights Indicators for the SDGs: Recommendations for inclusion in the Sustainable Development Goals and the post-2015 development process.
- Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and Children (MoHCDGEC), [Tanzania Mainland, Ministry of Health (MoH) [Zanzibar], National Bureau of Statistics (NBS), Office of the Chief Government Statistician (OCGS) and ICF. (2016). 2015 – 2016 TDHS-MIS Key Findings. Rockville, Maryland, USA: MoHCDGEC, MoH, NBS, OCGS, and ICF.
- Ministry of Health [Lesotho] and ICF International. 2016. Lesotho Demographic and Health Survey 2014. Maseru, Lesotho: Ministry of Health and ICF International.
- Müller, A., Spencer, S., Malunga, S. & Daskilewicz, K. (2016). "You can see there is no harmony between policies": service providers' knowledge on the law and policy framework governing adolescent HIV and sexual and reproductive healthcare in Zimbabwe (Research Brief). Cape Town: GHJRU, UCT.
- Namibia Country Report. (2018). The Addis Ababa Declaration on Population and Development in Africa Beyond 2014 (AADPD).
- National Statistical Office (NSO) [Malawi] and ICF. (2017). Malawi Demographic and Health Survey 2015 – 16. Zomba, Malawi, and Rockville, Maryland, USA. NSO and ICF.
- Republic of Kenya: Ministry of Health. (2016). Framework for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections in the SADC Region, 2nd ed. Nairobi.
- Republic of Mauritius. (2018). The Addis Ababa Declaration on Population and Development Beyond 2014 plus five and the ICPD+25 Review Report.
- SADC. (2009). Assessment Report on the Status of HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria Surveillance Systems in the SADC Region. Gaborone.
- SADC. (1997). Declaration on Gender and Development.
- SADC. (2010). Framework for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections in the SADC Region.
- SADC. (2018). Regional Gender Based Violence Strategy and Framework for Action (2019 – 2030).
- SADC. (2001). Regional Indicative Strategic Plan 6.
- SADC. (2018). Regional Strategy for HIV and Prevention, Treatment and Care and Sexual and Reproductive Health and Rights among Key Populations. Gaborone.
- SADC. (2008). Protocol on Gender and Development SADC., & SARDC. (2016). Gender and Development Monitor 2016. Gaborone, Harare SADC. (2015). Regional Minimum Standards and Brand for HIV and other Health Services along the Road Transport Corridors in the SADC Region.
- SADC. (1998). Protocol on Health.
- SADC. (2017). Selected Economic and Social Indicators, 2016. Johannesburg.
- SADC. (2012). Sexual and Reproductive Health Business Plan for the SADC Region 2011 – 2015: Version 3.
- SADC. (2017). Summary of the SADC Revised Regional Indicative Strategic Development Plan 2015 – 2020. Gaborone, Botswana.
- SADC Gender Protocol Alliance. (2017). Policy Brief: The SADC Protocol on Gender and Development and Agenda 2030. Johannesburg.
- SADC, & SARDC. (2016). SADC Gender and Development Monitor. Gaborone, Harare.
- Southern African Gender Protocol Alliance. (2018). SADC Gender Protocol 2018 Barometer. Johannesburg.
- SRHR Africa Trust. (2017). Age of Consent: Legal Review Tanzania Country Report.
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, Blum., R., et al. (2018). Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttman- Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, 391(10140), 2642-2692.
- Statistics South Africa. (2017). South Africa Demographic and Health Survey 2016: Key Indicator Report. Pretoria.
- The African Union Commission. (2015). AGENDA 2063, The Africa We Want, A Shared Strategic Framework for Inclusive Growth and Sustainable Development, First Ten-Year Implementation Plan 2014 – 2023.
- The Government of Lesotho. (2018). National Addis Ababa Declaration on Population and Development (AADPD) Plus Five Review Report.
- The Government of the Republic of Botswana. (2018). AADPD plus Five Botswana National Review Final Report.
- The Republic of Mozambique: Ministry of Planning and Development Maputo., & SADC. (2013). The Review of the

Twenty Years of Implementation of the International Conference on Population and Development (ICPD) Programme of Action (POA) in the Southern Africa Development Community (SADC) Region.

Torrone, E. A., Morrison, C. S., Chen, P., Kwok, C., Francis, S. C., Hayes, R. J., . . . Gottlieb, S. L. (2018). Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among women in sub-Saharan Africa: An individual participant data meta-analysis of 18 HIV prevention studies. *PLOS Medicine*, 15(6). doi:10.1371/journal.pmed.1002608

Tucker, P. (2012). *AIDS Accountability International*. MPOA Scorecard: An assessment of Southern African Development Community Responses and Reporting on Sexual and Reproductive Health and Rights.

UKaid. (2015). Changing Gender Norms: Monitoring and Evaluating Programmes and Projects.

UNECA. (2013). Policy Harmonization in Addressing Gender-Based Violence in Southern Africa. Lusaka.

UNAIDS. (2017). Global AIDS Monitoring 2018 Indicators for Monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on Ending AIDS.

UNAIDS. (2017). UNAIDS Data 2017.

UNAIDS., & WHO. (2015). Global Standards for Quality Health-care

Services for Adolescents.

United Nations Economic Commission for Africa. (2016). The Demographic Profile of African Countries.

UNESCO, UNFPA & UNAIDS. (2016). Fulfilling our Promise to Young People Today 2013 – 2015 Progress Review.

UNFPA. (2017). Analysis of the Sexual, Reproductive, Maternal, Newborn and Adolescent Health Workforce in East and Southern Africa.

UNFPA. (2017). Harmonizing the Legal Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights.

UNFPA. (2015). UNFPA Strategy on Adolescents and Youth: Towards Realizing the Full Potential of Adolescents and Youth.

UNICEF. (2015). Eastern and Southern Africa Regional Analysis Report 2014.

World Bank Group. 2018. Learning to Realize Education's Promise. Washington DC.

WHO. (2007). Global Strategy for The Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections 2006 – 2015. Geneva.

WHO. (2016). Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016 – 2030: Implementation in The African Region. WHO. (2016). Regional Committee for Africa, 66th session – Agenda item 6. Addis Ababa. P 3.

WHO. (2012). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd ed. Geneva.

WHO. (2011). The Abuja Declaration: Ten Years On.

Zimbabwe National Statistics Agency and ICF International. (2016). Zimbabwe Demographic and Health Survey 2015: Final Report. Rockville, Maryland, USA: Zimbabwe National Statistics Agency (ZIMSTAT) and ICF International.



Annexe 1: Localisation de la stratégie de SDSR 2018 – 2030 dans les cadres régionaux, continentaux et mondiaux

1. Politiques et Cadres de la SADC

1.1. Protocole de la SADC sur la santé (1999)

Le Protocole de la SADC sur la santé a pour objectif *d'harmoniser et de rationaliser les ressources dans la mise en œuvre et la réalisation des objectifs de santé dans la Région* et a été complété par un plan de mise en œuvre pour opérationnaliser sa mise en œuvre. L'article 10 sur le VIH et le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles, l'article 16 sur la santé génésique et l'article 17 sur l'enfance et la santé des adolescents sont les trois éléments directement liés à la SDSR qui constituaient le contexte de la stratégie précédente. Les sections ouvrent la voie à une série de politiques et de stratégies de la SADC liées à SDSR qui mettent l'accent sur l'intégration, l'harmonisation, le développement de stratégies pour réduire la mortalité maternelle et néonatale et donner aux hommes, femmes et communautés l'accès à des services sûrs, efficaces, abordables et acceptables méthodes de régulation de la fertilité⁶⁹.

1.2. Normes minimales pour l'intégration du VIH et de la santé sexuelle et génésique dans la région de la SADC

L'importance de lier la SSR et le VIH est devenue de plus en plus évidente dans le contexte de l'harmonisation, de la collaboration, de l'appel à une responsabilisation accrue, des problèmes de ressources et de la pression pour que les États Membres de la SADC atteignent les ODD. Les normes minimales sont un cadre qui fournit des orientations aux États Membres sur la programmation des services de SSR et de VIH, y compris des approches portant sur les déterminants sociaux de la santé ce qui entrave l'accès aux services de SSR et de VIH et leur adoption et fournit des orientations sur l'intégration de la SSR et du VIH au niveau des politiques, des systèmes, des installations et de la communauté⁷⁰. Il vise à comparer et harmoniser la fourniture d'interventions et de services intégrés de SSR et de VIH parmi les États Membres de la SADC en vue d'accélérer la prestation efficace et exhaustive de services de santé et de services sociaux connexes de qualité pour tous, sans distinction d'âge, d'orientation sexuelle, d'état civil et de sexe.

⁶⁹ Protocole de la SADC sur la santé 1999.

⁷⁰ Normes minimales de la SADC Intégration de la SSR et du VIH.

⁷¹ Guide de notation de la prévention du VIH de la SADC.

⁷² Stratégie régionale de la SADC pour la prévention, le traitement et les soins du VIH et les droits sexuels et reproductifs parmi les populations clés.

1.3. Tableau de Bord de Prévention du VIH pour la SADC 2020

Le tableau de bord de Prévention du VIH pour la SADC 2020 est un outil qui a été développé et approuvé par les ministres de la région pour aider le travail du Secrétariat de la SADC avec les autorités nationales de lutte contre le sida pour accélérer la mise en œuvre du programme de prévention et aligner les objectifs nationaux de prévention sur la réunion de haut niveau sur le VIH⁷¹. Vu que le progrès n'a pas été assez rapide à réduire les nouvelles infections au VIH, une approche ciblée par le biais du développement d'un tableau de bord pour suivre la prévention fut introduite pour responsabiliser les États Membres. Un cadre commun de résultats pour la mise en œuvre aux niveaux régional, national et infranational a servi de base au suivi des progrès et à la responsabilisation. Les indicateurs sont définis aux niveaux suivants: l'impact, le processus, la couverture, la sortie, le résultat, la politique et le financement.

1.4. Stratégie Régionale de la SADC pour la prévention, le traitement et les soins du VIH et la Santé et les Droits Sexuels et Reproductifs parmi les populations clés

Le but de la stratégie est de guider l'adoption et l'institutionnalisation d'un ensemble complet et standard qui aborde les défis uniques liés à la fourniture de droits et de services VIH et SSR équitables et efficaces aux populations clés de la SADC⁷². Il vise à augmenter ou à assurer la disponibilité des services de prévention, de traitement et de soins de SSR et de VIH à toutes les populations clés de la région SADC; à concevoir et à mettre en œuvre des stratégies holistiques couvrant le niveau de la politique, du juridique, de l'institutionnel et des installations; améliorer l'accès à des services VIH et de SSR de qualité et complets pour les populations clés de sorte que 90 pour cent des Membres des populations clés accèdent aux services, et d'assurer une mobilisation et une utilisation adéquate et durable des ressources pour les services de VIH et SSR pour les populations clés. Ces résultats anticipés sont alignés stratégiquement sur un programme plus large de SDSR pour la région: (i) la stigmatisation et la discrimination contre les populations clés aux points de prestation de services sont éliminées; (ii) la violence contre les populations clés est considérablement

réduite; (iii) Les programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de SSR et de VIH sont augmentée pour les populations clés, en particulier les jeunes populations clés, selon le forfait de base de services, sont fondées sur des données probantes et axées sur les résultats et (iv) une réduction des obstacles juridiques, politiques et culturels qui entravent l'accès des populations clés aux services de VIH et de SSR.

1.5. Plan d'activités de la SADC pour l'intégration des programmes VIH, SSR, tuberculose et paludisme 2016 – 2020

Le Plan d'activités de la SADC pour l'intégration des programmes VIH, SSR, tuberculose et paludisme est un outil qui guidera la mise en œuvre des activités régionales destinées à améliorer la mise en œuvre du VIH, de la SSR, de la tuberculose et du paludisme de manière intégrée et rentable.⁷³ Il vise à mettre en place une réponse régionale visant à créer un environnement favorable au Secrétariat de la SADC pour coordonner la fourniture de programmes et de services intégrés entre les États de la SADC afin d'accélérer la prestation efficace de services de santé et de services sociaux connexes de qualité et complets pour tous les Membres de la SADC. Le programme d'intégration de la SADC vise à résoudre les problèmes de santé de manière à *favoriser la coopération*, compte tenu du fardeau élevé que représentent les maladies transmissibles telles que le VIH, le paludisme et la tuberculose et les maladies non transmissibles telles que le cancer.

L'intégration vise à rassembler de manière holistique, aux niveaux de la législation, des politiques, de la programmation et de la prestation de services, afin de garantir que des services complets sont fournis de manière efficace et efficiente.

1.6. Protocole de la SADC sur le Genre et le Développement

Le Protocole de la SADC sur le genre et le développement vise à (i) assurer l'autonomisation des femmes, éliminer la discrimination et pour atteindre l'égalité des sexes et à l'équité par l'élaboration et la mise en œuvre de lois, politiques, programmes et projets sensibles au genre; (ii) harmoniser la mise en œuvre des divers instruments auxquels les États Membres de la SADC ont souscrit aux niveaux régionaux, continentaux et internationaux en matière d'égalité et d'équité entre les sexes; (iii) aborder les questions et les préoccupations émergentes en

matière de genre; (iv) définir des objectifs réalistes, mesurables, des délais pour atteindre l'égalité et à l'équité entre les sexes; (v) renforcer, suivre et évaluer les progrès réalisés par les États Membres pour atteindre les objectifs et les buts définis dans le Protocole et (vi) approfondir l'intégration régionale, parvenir à un développement durable et renforcer la construction communautaire.⁷⁴ La sixième partie intitulée La Violence Sexiste et la septième partie intitulée La Santé et les Droits Sexuels et Reproductifs sont particulièrement pertinentes pour cette stratégie, les articles 20, 21, 23, 24, 25, 26 et 27⁷⁵ étant particulièrement pertinents. Un cadre de suivi et d'évaluation a été mis au point pour suivre les progrès réalisés sur les articles respectifs du Protocole.

Les cadres énumérés ci-dessus constituent une feuille de route importante pour la manière dont la SADC a continué d'approfondir sa réponse de plus en plus intégrée et élargie aux problèmes de santé sexuelle et reproductive dans la région. Il souligne également la nécessité d'une réponse **accélérée** qui favorise **le renforcement de la responsabilité des États Membres** et un engagement accru en faveur de la réalisation de la SDRS et de la réalisation de l'égalité entre les sexes, essentiels pour obtenir des résultats SDRS positifs.

2. Réponse Continentale à la SSR

2.1. Africa 2063: l'Afrique Que Nous Voulons

En Mai 2013, l'Union Africaine s'est de nouveau consacrée à la vision d'une Afrique panafricaine intégrée, prospère et pacifique, animée par ses propres citoyens et représentant une force dynamique sur la scène internationale.⁷⁶ Les principaux résultats et objectifs de la transformation liés à la SDRS sont les suivants: (i) *les améliorations du niveau de vie*, la malnutrition, les décès maternels, infantiles et néonataux en 2013 seraient réduites de moitié; l'accès aux antirétroviraux sera automatique et la proportion de décès attribuable au VIH / sida et au paludisme aurait été réduite de moitié et (ii) Autonomiser les femmes, les jeunes et les enfants: toutes les formes de violence à l'égard des femmes auraient été réduites d'un tiers en 2023; toutes les normes sociales et pratiques coutumières préjudiciables auraient pris fin d'ici 2023 et le travail des enfants, l'exploitation, les mariages, le trafic et le travail des soldats auraient pris fin en 2023. Il fournit un cadre de développement humain durable plus large sur le continent qui met l'accent sur l'importance de la SDRS.

⁷³ Plan d'activités de la SADC pour l'intégration des programmes VIH, SRH, TB et paludisme 2016 – 2020.

⁷⁴ Protocole de la SADC sur le genre et le développement.

⁷⁵ Article 20 - juridique; Article 21 - Pratiques sociales, économiques, culturelles et politiques; Article 23 - services d'assistance; Article 24 - Formation des prestataires de services; Article 25 - Approches intégrées; Article 26 - Santé et droits sexuels et génésiques et Article 27 - VIH et sida.

⁷⁶ Agenda 2063 - Premier plan de mise en œuvre décennal 2014 – 2023.

2.2. Campagne pour Accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA)

La campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique a été lancée par l'Union africaine le 20 mai. Elle vise à: (i) *renforcer les efforts*, en particulier les meilleures pratiques, ce qui signifie rapporter, collecter et partager des informations sur diverses stratégies et initiatives mises en œuvre par les pays pour lutter contre la mortalité maternelle; (ii) *générer et fournir des données sur les décès maternels et néonataux*, ce qui signifie que tous les pays doivent tenir à jour les données sur la mortalité maternelle et infantile et en informer régulièrement les forums de la santé de l'UA; (iii) *mobiliser l'engagement politique et le soutien des principales parties prenantes*, notamment les autorités nationales et les communautés, afin de mobiliser des ressources nationales supplémentaires à l'appui de la santé maternelle et néonatale; (iv) *mobiliser les communautés* pour leur faire savoir que tout le monde a un rôle à jouer dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile et la réduction des décès maternels et infantiles, ce qui signifie que les efforts autour de la mortalité maternelle ne peuvent pas simplement rester dans le domaine des politiques et de la législation, mais doivent inclure un engagement créatif au niveau communautaire et (v) *accélération des actions visant à réduire la mortalité maternelle, infantile et juvénile en Afrique*, ce qui signifie que, compte tenu des propositions issues des meilleures pratiques, les gouvernements seront invités à prendre des mesures concrètes pour réformer et améliorer leurs systèmes de santé de manière appropriée.

2.3. Mise en œuvre de la Stratégie Mondiale pour la Santé des Enfants et des Adolescents en 2016 – 2030 dans la Région Africaine (AFR/RC66/9)

Dans le cadre de la Résolution AFR / RC66 / 9 du Comité Régional, les États Membres reconnaissent la charge disproportionnée que représente la charge de morbidité et de mortalité maternelles, néonatales et infantiles les plus lourdes que le continent exerce et s'aligne fermement sur les principaux changements introduits par la Stratégie mondiale, c'est-à-dire l'adoption d'une approche multisectorielle intégrée, axée sur le système de santé, aux programmes de santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents avec des systèmes de suivi et de responsabilisation renforcés pour guider le

déploiement⁷⁷. Il reconnaît que, malgré les nombreux engagements, résolutions et décisions pris par les États Membres pour améliorer la santé des femmes et des enfants, seuls 12 pays ont atteint la cible 4 des ODD, tandis que deux pays ont atteint la cible 5A et aucune n'a atteint la cible 5B sur l'accès universel à la santé génésique. Les actions prioritaires ont été proposées et adoptées par les États Membres pour faciliter la réalisation des objectifs convenus à l'échelle mondiale: (i) assurer l'appropriation et l'encadrement par les gouvernements des programmes et des initiatives;⁷⁸ (ii) instituer des mesures pour renforcer le système de santé⁷⁹ et (iii) renforcer les mécanismes d'action multisectorielle.

2.4. Plan d'action de Maputo 2016 – 2030

Le Plan d'Action Révisé de Maputo (MPoA) 2016 – 2030 pour la mise en œuvre du Cadre Stratégique Continental de SDRS cherche à faire avancer le continent vers l'objectif de l'accès universel aux services de SSR en Afrique au-delà de 2015.⁸⁰ Le cadre politique continental adopté par les chefs d'État africains en 2006 vise à intégrer les SDRS dans les soins de santé primaires pour accélérer la réalisation des ODD, à encourager la mise en œuvre de la recommandation d'Abuja pour accroître les ressources dans le secteur de la santé et renforcer la composante santé, et plus particulièrement la composante SSR, dans les initiatives de réduction de la pauvreté tout en intégrant les questions de genre dans les programmes socioéconomiques afin de contribuer à l'amélioration de la santé des femmes.⁸¹ Le MPoA reflète également les engagements politiques énoncés dans le Protocole de Maputo à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples sur les droits des femmes en Afrique.

Le MPoA repose sur neuf domaines d'action: l'engagement politique, le leadership et la gouvernance, la législation sanitaire; le financement/investissement dans la santé; le renforcement des services de santé / développement des ressources humaines; les partenariats et collaborations; l'information et l'éducation; la responsabilité, le suivi et l'évaluation; l'investissement dans les populations vulnérables et marginalisées et l'amélioration de la SDRS chez les adolescents et les jeunes.

Le plan repose sur une compréhension globale de la SDRS, telle que définie lors de la CIPD et de la CIPD + 20. Il inclut la SSR chez les adolescents;

⁷⁷ OMS - AFRO, AFR / RC66 / 9 juin 2016.

⁷⁸ Cette action consiste notamment à veiller à ce que les problèmes liés à l'AOC soient priorisés, à ce que les services soient fournis de manière universelle, globale, équitable et durable, à appliquer les politiques permettant d'améliorer la santé de l'AOC, à mobiliser des ressources suffisantes et à mettre en place des processus de responsabilisation nationaux et sous-nationaux pour un examen périodique et suivi ou progrès accomplis dans la réalisation des objectifs nationaux convenus.

⁷⁹ Cette action consiste notamment à assurer une couverture étendue des interventions de RMNCAH, des investissements durables pour le personnel de santé, une meilleure disponibilité des médicaments essentiels, des fournitures, des infrastructures et des équipements, une meilleure disponibilité des données de qualité pour éclairer la prise de décision et agir sur les déterminants sociaux, comportementaux, économiques et environnementaux critiques de la santé.

⁸⁰ Plan d'action de Maputo 2016 – 2030 pour la mise en œuvre du cadre politique continental pour la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction.

⁸¹ Commission pour la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction - Cadre d'action continental 2006, Union Africaine.

santé maternelle et soins néonataux; l'avortement médicalisé; le planning familial; la prévention et la gestion des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH; la prévention et la gestion de l'infertilité; la prévention et la gestion des cancers du système reproducteur; répondre aux préoccupations des hommes et des femmes au milieu de la vie; la santé et le développement; la réduction de la violence sexiste; la communication interpersonnelle et le conseil et l'éducation sanitaire.

2.5. Protocole de Maputo sur les Droits des Femmes en Afrique

Le Protocole de Maputo sur les droits des femmes en Afrique a reconnu que malgré la ratification de toute une série d'instruments africains et internationaux relatifs aux droits humains par la majorité des États parties et leur engagement solennel à éliminer toutes les formes de discrimination, les femmes en Afrique ont continué d'être victimes de discrimination et de pratiques néfastes.⁸² Le Protocole vise à veiller que les droits des femmes en Afrique soient promus, réalisés et protégés pour permettre aux femmes de jouir pleinement de tous leurs droits humains, tels que reconnus et approuvés par leurs instruments internationaux respectifs des droits de l'homme.⁸³

Compte tenu de l'intérêt général du Protocole, de nombreuses sections du document ont un impact sur la réalisation de la SDSR pour les femmes et les filles. Les articles particulièrement pertinents sont l'article 4, section 2, article (5), Élimination des pratiques préjudiciables, article (6), mariage. Article (12) Section 1 (c) et (d) et article 14, paragraphes (1) et (2.) L'article 14 en particulier énonce un engagement politique global visant à garantir que le droit à la santé des femmes, y compris la SDSR, soit respecté et promu.

2.6. Engagements de l'ESA

En 2013, les Ministres de l'Éducation et de la Santé de vingt pays d'Afrique orientale et australe ont convenu de collaborer à une vision des jeunes Africains qui sont des citoyens mondiaux du futur, qui sont des

décideurs éduqués, sains, résilients, socialement responsables et informés et ont la capacité de contribuer à leur communauté, pays et région⁸⁴.

Deux séries de cibles devaient être atteintes en 2015 et 2020 respectivement. En 2015, douze des quinze États Membres de la SADC déclarent fournir des compétences essentielles et CSE dans au moins 40 pour cent des écoles primaires et secondaires. Tous les pays déclarent avoir des programmes de formation CSE pour les enseignants. Seuls deux pays déclarent ne pas avoir de programmes de formation aux services de SSR adaptés aux jeunes pour les travailleurs de la santé et sociaux. Dix pays déclarent offrir le forfait minimum standard de services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux adolescents et aux jeunes.⁸⁵

L'engagement de l'ESA a facilité l'acceptation du concept d'éducation sexuelle. Bien que la plupart des Pays incluent désormais la CSE dans les programmes, cela se produit souvent dans le cadre d'une réforme plus vaste des programmes. Le rapport note qu'il est nécessaire de renforcer les programmes destinés aux personnes non scolarisées.

Tout en notant les progrès réalisés dans la région de l'ESA, le rapport souligne l'importance du leadership et de l'appropriation par les pays, la nécessité de renforcer le CSE pour tous les adolescents et jeunes scolarisés et non scolarisés, de travailler avec les parents et les communautés pour mobiliser leur soutien, d'impliquer les jeunes et donner.

La priorité aux besoins des adolescentes et des jeunes femmes en appliquant des lois, des.

Politiques et des normes qui éliminent le mariage des enfants et d'autres formes de discrimination.

Les cadres énumérés ci-dessus démontrent une reconnaissance des défis spécifiques à la SDSR par la Région africaine et montrent un engagement et des interventions à l'échelle continentale pour accélérer la réponse à une gamme de domaines critiques tels que la mortalité maternelle, l'incidence du VIH, avortement à risque et éducation sexuelle complète.

⁸² Protocole de l'Union africaine à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique.

⁸³ Déclaration universelle des droits de l'homme, Pacte international relatif aux droits civils, politiques et sociaux, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et son Protocole facultatif, Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant et de tous les autres conventions et accords internationaux et régionaux concernant les droits de la femme comme étant inaliénables, interdépendants et indivisibles.

⁸⁴ Tenir nos engagements envers les jeunes d'aujourd'hui Rapport de suivi 2013 – 2015 Engagement ministériel des pays d'Afrique orientale et australe.

⁸⁵ Ibid.

3. Développements Mondiaux

3.1. Le Programme de Développement Durable à l'horizon 2030

Les objectifs de développement durable sont un appel universel pour mettre fin à la pauvreté, protéger la planète et faire en sorte que tous jouissent de la paix et de la prospérité. La communauté mondiale en 2015 adopta le Programme pour le Développement Durable de 2030. Ses 17 objectifs de développement durable ont élargi les cibles respectives pertinentes pour la SDR, avec (i) l'ODD 3 *garantissant des vies en bonne santé et favorisant le bien-être de tous à tous les âges*; (ii) ODD 5 *assurer une éducation de qualité inclusive et équitable et promouvoir des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie pour tous*; (iii) ODD 5 *réaliser l'égalité des sexes et l'autonomisation de toutes les femmes et filles*; et (iv) ODD 16 *promouvoir la paix et des sociétés inclusives pour un développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et créer des institutions responsables et inclusives à tous les niveaux*.

Les ODD ont inauguré une nouvelle période d'urgence croissante pour renverser la tendance vers un développement humain durable qui a eu un impact sur le langage des instruments régionaux tels que le Protocole de la SADC sur le genre. Cela est évident dans le langage sur la santé et les droits sexuels et reproductifs: un engagement à éliminer plutôt qu'à réduire la mortalité maternelle, à mettre fin à la VS plutôt que de la réduire de moitié, et de mettre en œuvre des programmes et des politiques de SDR alignés sur la CIPD et la plate-forme d'action de Beijing⁸⁶.

Les objectifs fixés dans les ODD sont essentiels pour informer cette stratégie:⁸⁷

1. *ODD 3.1. Réduire la mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes. C'est une mesure directe de la santé maternelle et néonatale et liée à l'ASDR, à la GBV et à l'avortement sécurisé.*
2. *ODD 3.2. Mettre un terme aux décès évitables chez les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans, tous les pays visant à réduire la mortalité néonatale à au moins 12 pour 1 000 naissances vivantes et en dessous de 5 pour au moins 25 pour 1 000 naissances. C'est une mesure directe de la SMN et est liée à l'ASDR, à la GBV, au VIH/SIDA et à d'autres IST et à la contraception.*
3. *ODD 3.3. Mettre un terme aux épidémies de SIDA, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées et lutter contre l'hépatite, les*

maladies d'origine hydrique et d'autres maladies transmissibles. Il s'agit d'une mesure directe du VIH/SIDA et des IST et est liée à la ASDSR, à la GBV et à la contraception.

4. *ODD 3.4. Réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles par la prévention et le traitement, et promouvoir la santé mentale et le bien-être. Il est lié aux cancers de la santé reproductive.*
5. *ODD 3.7. Assurer l'accès universel aux services de soins de santé sexuelle et procréative, notamment pour la planification familiale, l'information et l'éducation, et l'intégration de la santé en matière de reproduction dans les stratégies et programmes nationaux. Il s'agit d'une mesure directe d'ASDR, du VIH/SIDA et d'autres IST, de la contraception et de la santé maternelle et néonatale. Il est lié à la GBV, à l'avortement sécurisé, à l'infertilité et aux cancers de la reproduction.*
6. *ODD 3.8. Assurer la couverture sanitaire universelle, y compris la protection contre les risques financiers, l'accès à des services de santé essentiels de qualité et l'accès à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et abordables pour tous. Il s'agit d'une mesure directe du VIH/SIDA et d'autres IST, de la contraception et de la santé maternelle et néonatale. Il est lié à l'ASDR, à l'avortement sans risque, à l'infertilité et aux cancers de la reproduction.*
7. *ODD 4.7. Assurer que tous les apprenants acquièrent les connaissances et les compétences nécessaires pour promouvoir le développement durable, y compris l'éducation pour le développement durable et les modes de vie durables, les droits humains, l'égalité des sexes, la promotion d'une culture de paix et de non-violence, la citoyenneté mondiale et l'appréciation de la diversité culturelle et de la contribution de la culture au développement durable. Ceci est lié à ASHRH et GBV.*
8. *ODD 5.1. Mettre fin à toutes les formes de discrimination contre les femmes et les filles partout dans le monde. Ceci est lié à ASDSR, le GBV, le VIH/SIDA et autres IST, la contraception, la santé maternelle et néonatale, l'avortement sans risque et cancers de la reproduction.*
9. *ODD 5.2. Éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles dans les sphères publiques et privées, y compris la traite*

⁸⁶ SADC Brief Protocol Policy Brief - Le Protocole de la SADC sur le genre et le développement et Agenda 2030 août 2017.

⁸⁷ Déclaré signifie qu'il est explicitement indiqué dans la cible, tandis que lié signifie qu'il existe un lien avec la zone critique, mais ce n'est pas explicitement indiqué dans la cible.

et l'exploitation sexuelle et autre. Ceci est une mesure directe de la GBV et est liée à la ASDSR, au VIH/SIDA et d'autres IST, à la contraception, à la santé maternelle et néonatale et à l'avortement médicalisée.

10. ODD 5.3. Éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que les mariages d'enfants, les mariages précoces et les mariages forcés et les mutilations génitales féminines. Ceci mesure directement la GBV et est lié à la ASDSR.
11. ODD 5.6. Assurer l'accès universel à la SDR, conformément aux dispositions du Programme d'action de la CIPD et du Programme d'action de Beijing, ainsi que des documents de résultats de leurs conférences d'examen. Il s'agit d'une mesure directe de l'ASDSR, de la GBV, du VIH/SIDA et d'autres IST, de la contraception, de la SMN et des cancers de la reproduction.
12. ODD 5.6.c Adopter et renforcer des politiques saines et des lois applicables pour promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation de toutes les femmes et de toutes les filles à tous les niveaux. Lié à l'ASDSR, à la VS et à l'avortement médicalisé?
13. ODD 16.1 Réduire de manière significative toutes les formes de violence et les décès connexes partout. Ceci est lié à ASDSR et GBV.
14. ODD 16.2 Mettre fin aux abus, à l'exploitation, à la traite et à toutes les formes de violence et de torture contre des enfants. Ceci est lié à ASDSR et GBV.

Les cibles des ODD fournissent une orientation stratégique importante et mettent davantage l'accent sur l'importance de la mortalité maternelle, de la mortalité néonatale et infantile, de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescents, de la violence sexiste, du VIH/SIDA et des IST, accès à la contraception et à l'avortement sans risque et soulignent l'importance de se concentrer sur trois axes: (i) créer un environnement juridique et politique favorable; (ii) mettre à disposition l'ensemble des

services et interventions de SDR et (iii) prendre des mesures énergiques pour répondre à toutes les pratiques et normes qui portent atteinte aux droits humains des femmes et des filles.

3.2. Stratégie Mondiale pour la Santé des Femmes, des Enfants et des Adolescents

La stratégie vise à accélérer les actions visant à sauver des vies et à améliorer le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents.⁸⁸ Ses objectifs et cibles sont pleinement alignés sur les *objectifs de développement durable*: 1) Survivre - mettre fin aux décès évitables en réduisant la mortalité maternelle mondiale à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes; réduire la mortalité néonatale à au moins 12 pour 1 000 naissances vivantes dans chaque pays; réduire la mortalité des moins de cinq ans à au moins 25 pour 1 000 naissances vivantes dans chaque pays; mettre un terme aux épidémies de VIH, de tuberculose, de paludisme, de maladies tropicales négligées et d'autres maladies transmissibles et réduire de 1/3 la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être; 2) Prospérer - assurer la santé et le bien-être, notamment en assurant l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive (y compris la planification familiale) et aux droits; et (3) Transformer - élargir les environnements favorables en éliminant la pauvreté et en éliminant toutes les discriminations et violence à l'égard des femmes et des filles. Comme indiqué, l'engagement politique en faveur de la mise en œuvre de cette stratégie en Afrique est explicite dans WHO-AFRO, AFR / RC66 / 9 juin 2016.

Les cadres continentaux et mondiaux mentionnés ci-dessus affirment la nécessité d'une action accélérée et soulignent la nécessité de mobiliser des engagements en matière de domestication et de pratique. L'ampleur des défis de la SDR auxquels la région est confrontée, parallèlement à des éléments tels que la stigmatisation et la discrimination, implique la nécessité de mobiliser des citoyens habilités et actifs et de les considérer comme indispensables pour accélérer une réponse efficace.

⁸⁸ Chaque femme, chaque enfant: Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants (2016 – 2030) 2015.

SADC SECRETARIAT

Private Bag 0095 Gaborone, Botswana

Tel: 09267 395 1863 Fax: 09267 397 2848

Email: prinfo@sadc.int or registry@sadc.int or webmaster@sadc.int

Website: www.sadc.int