



RAPPORT DE LA COMMISSION PERMANENTE DU DEVELOPPEMENT HUMAIN ET SOCIAL ET PROGRAMMES SPECIAUX (HSDSP) DU FP-SADC À LA 52^{ÈME} SESSION DE L'ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE

THÈME : « CONSOLIDER LA DÉMOCRATIE EN RAPPROCHANT LE PARLEMENT DES CITOYENS ».

Monsieur le Président, j'ai l'honneur de soumettre une motion demandant à cette Assemblée Plénière d'adopter le Rapport de la Commission Permanente du Développement Humain et Social et Programmes Spéciaux (HSDSP), qui est présenté à la 52^{ème} Assemblée Plénière du Forum Parlementaire de la SADC, déposé sur le bureau de la Chambre le 5 décembre 2022.

TABLE DES MATIÈRES

Point	Page
1.0 COMPOSITION DE LA COMMISSION	3
2.0 MANDAT SPÉCIFIQUE DE LA COMMISSION PERMANENTE	3
3.0 NOMBRE DE RÉUNIONS TENUES ET THÈME	3
4.0 CONTEXTE.....	3
5.0 PRÉSENTATIONS	4
5.1 Questions clés tirées des présentations lors d'une audition publique virtuelle sur la SDSR	4
6.0 RECOMMANDATIONS	8
7.0 CONCLUSION	9
Annexe I - Liste des Fonctionnaires.....	10
Annexe II - Liste des intervenants	10

1.0 COMPOSITION DE LA COMMISSION

Le Comité était composé des Membres suivants :

1. Hon. Rosie Bistoquet Députée, (Seychelles) Femme **(Présidente)**
2. Hon. Kassim Hassan Haji (Tanzanie) Homme **(Vice-Président)**
3. Hon. Mokwaledi Moswaane (Botswana) Homme
4. Hon. Vice-Président du Parlement, Balamage N'kolo Boniface Député, (RDC) Homme
5. Hon. Fiarovana Lovanirina Célestin (Madagascar) Homme
6. Hon. Rachel Zulu (Malawi) Femme
7. Hon. Ashley Ittoo, Député (Maurice) Homme
8. Hon. Jerónima Agostinho Députée (Mozambique) Femme
9. Hon. Agnes Kafula, Députée (Namibie) Femme
10. Hon. Desmond Lawrence Moela (Afrique du Sud) Homme
11. Hon. Strydom Mpanza (eSwatini) Homme
12. Hon. Julien Nyemba (Zambie) Femme
13. Hon. Paurina Mpariwa (Zimbabwe) Femme

2.0 MANDAT SPÉCIFIQUE DE LA COMMISSION PERMANENTE

La Commission Permanente du Développement Humain et Social et Programmes Spéciaux tire son mandat de la Règle 42, alinéa (e), du Règlement intérieur du FP-SADC.

3.0 NOMBRE DE RÉUNIONS TENUES ET THÈME

La Commission Permanente du Développement Humain et Social et Programmes Spéciaux a tenu une réunion le vendredi 25 novembre 2022 afin de préparer l'audition publique par vidéoconférence sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductive et les questions connexes. La Commission a ensuite organisé une audition publique par vidéoconférence au cours de laquelle des citoyens de divers États Membres de la SADC ont pu présenter leurs observations à la Commission. Les soumissions portaient, entre autres, sur des questions telles que les mariages d'enfants, l'âge du consentement par rapport à l'accès aux contraceptifs, le soutien psycho-social et la santé mentale, le financement de la santé et les lacunes observées dans la mise en œuvre du Plan stratégique indicatif de développement régional de la SADC (RISDP 2020-2030) et les effets sur la SDSR dans la région de la SADC.

4.0 CONTEXTE

Dans le cadre de son mandat délégué, la Commission Permanente du Développement Humain et Social et Programmes Spéciaux a organisé une audition publique virtuelle inaugurale le 25 novembre 2022. Cette audition

publique virtuelle visait à recueillir les points de vue des citoyens de la SADC sur les questions relatives aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive [SDSR]. L'objectif principal de l'audience publique virtuelle était d'amplifier les voix des citoyens de la région de la SADC sur les questions relatives au programme de la région en faveur du développement. Ceci est le résultat de la prise de conscience qu'il serait bénéfique au niveau régional de puiser dans les réservoirs de connaissances des citoyens en ce qui concerne les principaux défis de développement auxquels la région est confrontée. Plus précisément, les objectifs de l'audition publique virtuelle par la Commission Permanente du Développement Humain et Social et Programmes Spéciaux étaient les suivants :

- a) Accorder une opportunité aux citoyens d'exprimer leurs avis sur les questions clés qui sont essentielles pour remédier au contexte socio-économique actuel sous pression ;
- b) Promouvoir la synergie entre le travail parlementaire et la participation des citoyens ;
- c) Promouvoir la démocratie participative à travers la participation des citoyens aux processus parlementaires délibératifs ;
- d) Amener le parlement vers le peuple au lieu que ce soit le peuple qui aille vers le parlement ;
- e) Accroître la confiance dans le fait que les processus parlementaires régionaux sous l'égide de groupements régionaux tels que le Forum (et bientôt le Parlement de la SADC) peuvent se répercuter au niveau national pour le bénéfice des citoyens de la SADC ; et
- f) Promouvoir l'identité de la SADC en faisant entendre la voix des citoyens de la SADC.

Les citoyens des pays de la SADC, tant au niveau des entreprises que des particuliers, ont été invités à participer à la session d'audition publique tenue par vidéoconférence afin de faire des soumissions fondées sur des données probantes. Les intervenants ont fait des présentations sur des domaines thématiques spécifiques. L'audition publique virtuelle a été diffusée en direct afin de permettre une plus large diffusion aux citoyens. L'audition publique virtuelle s'est tenue dans un contexte de déclin de l'accès aux services de santé et à la santé sexuelle et reproductive dans la région de la SADC.

5.0 PRÉSENTATIONS

5.1 Questions clés tirées des présentations lors d'une audition publique virtuelle sur la SDSR

Après avoir suivi des présentations orales sur diverses questions liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, la Commission a soulevé les questions suivantes pour examen :

- a) La place centrale du Plan stratégique indicatif de développement régional (RISDP 2020-2030) pour guider et orienter l'intégration et la coopération régionales dans la Communauté économique régionale (CER) de la SADC. Le RISDP se fonde sur une base solide de paix, de sécurité et de gouvernance démocratique, et repose sur trois piliers interdépendants, à savoir : le développement industriel et l'intégration des marchés ; le développement des infrastructures en appui à l'intégration régionale ; et, surtout, le développement du capital social et humain ;
- b) Le principal défi, cependant, est que le RISDP et la matrice de mise en œuvre qui l'accompagne sont muets sur la mise en œuvre de la SDSR. Une telle omission compromet la réalisation du programme SDSR. Des indicateurs clés tels que, entre autres, la réduction du taux de mortalité des nouveau-nés, les grossesses chez les adolescentes et la réduction du taux de mortalité maternelle ne sont pas évoqués de manière explicite dans le RISDP ;
- c) Le financement des soins de santé publique dans la région de la SADC est insuffisant. La dépendance excessive à l'égard du soutien des bailleurs de fonds pour les services de santé, associée à de faibles dépenses en matière de santé, a contribué à un financement faible et non durable de la santé dans la région de la SADC ;
- d) Les mariages d'enfants sont omniprésents et fréquents dans la région de la SADC. Le cadre légal en vigueur n'offrait pas beaucoup de possibilités de protéger les personnes contraintes à des mariages précoces. Cette situation est aggravée par des pratiques de corruption présumées qui favorisent les auteurs de mariages d'enfants ;
- e) Les communautés ne comprenaient pas pleinement les lois relatives à la santé et aux droits sexuels et reproductifs et n'y avaient pas accès. Cela conduit souvent à la méconnaissance de la loi et à la sous-déclaration des cas d'abus ;
- f) Il existe une conception générale selon laquelle la société ne se soucie pas beaucoup des filles. Il est donc difficile de parvenir à une couverture sanitaire universelle, comme le prévoient l'Objectif 3 du développement durable, qui consiste à assurer une vie saine, et l'Objectif 5 du développement durable, qui porte sur l'égalité entre les sexes ;
- g) Il y avait un manque général d'informations sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, ce qui a contribué à une faible utilisation des contraceptifs. Cette situation a accru la probabilité de grossesses non désirées chez les adolescentes. Les produits contraceptifs tels que les implants contraceptifs n'étaient pas facilement disponibles dans certains pays d'Afrique australe. On a également constaté un déclin marqué de

l'utilisation du préservatif masculin et une apathie quant à l'utilisation du préservatif féminin. Les ruptures de stock des principaux contraceptifs étaient courantes ;

- h) Les abandons scolaires des jeunes filles sont en hausse. Cette situation est aggravée par le fait que les cadres juridiques en vigueur sont inefficaces pour protéger les filles ;
- i) L'âge du consentement est un facteur clé qui milite contre l'accès aux contraceptifs. Cette situation était aggravée par un environnement juridique non permissif et certaines pratiques religieuses ;
- j) L'appropriation des programmes de contraception est faible, l'essentiel du financement étant assuré par des acteurs non étatiques. Cela n'était pas la meilleure pratique pour assurer la pérennisation de la fourniture des services de santé aux citoyens de la région de la SADC ;
- k) La centralisation des achats a souvent conduit à une utilisation inefficace des ressources rares, créant un risque accru de corruption;
- l) Dans certains pays de la région, des préservatifs fonctionnellement défectueux ont été achetés, mettant en danger la vie des utilisateurs ;
- m) Il y avait huit (8) millions d'avortements non médicalisés en Afrique chaque année. Ces cas sont montés en flèche au cours des trois (3) dernières décennies. Cela était principalement attribuable à des politiques et des statuts juridiques restrictifs ;
- n) Seuls cinq (5) pays de la région de la SADC disposaient de lois spécifiques à l'avortement. Dans ce contexte, les lois doivent être réformées pour permettre des avortements médicalisés. Le Rwanda en est un exemple : il n'est pas difficile d'obtenir une ordonnance permettant une interruption de grossesse ;
- o) Certains États Membres n'ont pas encore signé le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique. Le Protocole, communément appelé Protocole de Maputo, est un instrument international des droits de l'homme établi par l'Union africaine. Le Protocole fait obligation aux États parties de combattre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes par des mesures législatives, institutionnelles et autres appropriées. Les États parties doivent promouvoir le principe d'égalité entre les femmes et les hommes et assurer l'application et la mise en vigueur effective du Protocole;

- p) La santé mentale, en tant que question de droits de l'homme, est essentielle pour gérer les problèmes liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Les cas de grossesses d'adolescentes et de mariages d'enfants sont omniprésents et fréquents. Les mariages précoces et les grossesses d'adolescentes ont tendance à avoir un impact psychologique éternel sur l'intégrité et la cohésion mentale des jeunes qui sont contraints à des mariages précoces ;
- q) Des recherches empiriques ont confirmé que les mariages précoces laissent des traces indélébiles sur les jeunes, aboutissant souvent à des sentiments de ressentiment, de colère et de rejet. Les jeunes maltraités étaient souvent isolés du point de vue social et émotionnel. D'autres se débattaient avec des tendances suicidaires. Ils ont fini par s'engouffrer dans un cercle vicieux qui les a encore davantage traumatisés. Les enfants nés dans des relations et des mariages abusifs présentaient souvent des signes de tension psychologique ;
- r) L'accès aux services de santé et de droits sexuels et reproductifs est limité, en particulier pour les adolescents et les autres membres des sociétés marginalisées. L'accès aux produits médicaux était également insuffisant en raison des restrictions liées à l'âge du consentement. Les données de recherche ont révélé que l'âge moyen au moment des premiers rapports sexuels était de seize (16) ans. Les cas des rapports sexuels avec des personnes de moins de seize (16) ans étaient courants. Cela a eu pour effet concomitant d'augmenter les cas de grossesses non désirées. Un autre défi est lié au manque de services de dépistage, en particulier pour des maladies telles que le cancer du col de l'utérus. Le manque d'investissement dans la santé et les droits sexuels et reproductifs mettait de nombreuses vies en danger. À cet égard, une recommandation a été formulée en faveur d'une augmentation des investissements dans la SDSR, tant par l'État que par les acteurs non étatiques ;
- s) La plupart des pays avaient une faible capacité institutionnelle en matière de financement de la santé. Les assurances santé privées étaient coûteuses et ne sont pas à la portée d'un grand nombre de personnes. Cette situation a été aggravée par le sous-financement des régimes publics d'assurance maladie. Cela a entraîné des dépenses de santé catastrophiques pour les citoyens. Les dépenses de santé catastrophiques (DSC) signifient que les dépenses médicales d'un ménage ont dépassé un certain niveau de leur capacité de paiement ; et
- t) Les effets néfastes découlant du changement climatique et de la pandémie de COVID ont érodé les progrès réalisés en matière de SDSR car, pendant ces crises, les systèmes de protection sociale ont été déstabilisés, ce qui a entraîné une diminution de l'accès aux soins de santé. Cela avait rendu beaucoup de gens vulnérables.

6.0 RECOMMANDATIONS

Après avoir délibéré sur les questions relatives à la SDSR et après avoir examiné les problèmes qui entravent l'accès à l'information sur la SDSR, les soins de santé, les contraceptifs, la mise en œuvre harmonieuse des systèmes de financement de la santé, la Commission Permanente du Développement Humain et Social et Programmes Spéciaux (HSDSP) recommande à l'Assemblée plénière de:

- a) **Exhorter** les pays de la SADC à mettre à jour le Plan stratégique indicatif de développement régional (RISDP 2020-2030) afin qu'il englobe les questions spécifiques liées aux problèmes de la SDSR. Le RISDP doit être réaligné pour inclure la stratégie SDSR de la SADC afin de faire progresser la SDSR dans la mise en œuvre du programme d'intégration régionale ;
- b) **Implorer** les pays à investir dans le soutien psychosocial en utilisant à la fois les mécanismes de financement traditionnels tels que le budget national et les sources de financement non traditionnelles telles que le soutien provenant des partenaires au développement ;
- c) **Recommander** la nécessité de faciliter la révision et l'exécution efficace des cadres d'allocation des ressources, y compris les systèmes de gestion des finances publiques dans les systèmes de prestation de soins de santé et d'éducation. Au moins 20 % des budgets nationaux devraient être consacrés à l'éducation afin de faire en sorte que davantage de filles poursuivent leur scolarité ;
- d) **Encourager** les pays de la région à revoir, examiner et à réformer leurs législations afin de supprimer les obstacles à l'accès aux contraceptifs et de promouvoir l'accès à des avortements médicalisés ;
- e) **Implorer en outre** les pays d'accorder la priorité au déploiement des programmes d'assurance financés par des fonds publics et ciblant les personnes vulnérables, conformément à la nécessité de s'attaquer aux dépenses catastrophiques qui sont omniprésentes et fréquentes dans la région ;
- f) **Encourager davantage** les Parlements de la région de la SADC à renforcer le contrôle et la surveillance budgétaires et financiers afin d'assurer une utilisation prudente des ressources budgétaires dans tous les secteurs publics. Les techniques de contrôle et de surveillance, ciblant spécifiquement les systèmes de passation de marchés, doivent être renforcées afin de réduire la corruption dans le secteur public ;

- g) **Exhorter** les pays membres à employer de manière stratégique l'utilisation des technologies numériques dans la sensibilisation aux questions de la SDSR, compte tenu notamment du fait que la plupart des adolescents sont très compétents dans l'utilisation des TIC ;
- h) **Implorer** les pays à sensibiliser sur les lois publiques relatives aux mariages d'enfants, la publicité et la vulgarisation devant aller au-delà de la publication des lois au Journal Officiel ;
- i) **Appeler** les pays de la région à prendre des mesures pour renforcer l'accès à l'information par les communautés dans l'intention d'influencer le changement de comportement pertinent pour la mise en œuvre de programmes SDSR viables ; et
- j) **Charger** le Secrétariat d'élaborer un Plan d'action qui donnera l'impulsion indispensable à la mise en œuvre de ces recommandations.

7.0 CONCLUSION

Aborder les questions relatives à la SDSR nécessite une approche coordonnée au niveau régional de la SADC et au niveau des États Membres. En tant que tel, il est nécessaire, dès maintenant, de revoir / réviser le Plan stratégique indicatif de développement régional (RISDP 2020-2030) afin qu'il intègre de manière positive les questions relatives à la SDSR. La Commission Permanente du Développement Humain et Social et Programmes Spéciaux s'engage à mobiliser l'action politique pour la réforme des lois, des pratiques et des politiques qui limitent l'accès à la SDSR.

La Commission Permanente tient à exprimer sa gratitude au Secrétariat et à tous les citoyens de la SADC qui ont participé, que ce soit en tant que présentateurs ou observateurs, pour le soutien apporté lors de sa réunion et de l'audition publique virtuelle inaugurale.

Annexe I - Liste des Fonctionnaires

- | | | |
|----|-------------------------|-----------------------|
| 1. | Mme Boemo SEKGOMA | Secrétariat FP-SADC |
| 2. | Mme Clare Musonda | Secrétariat FP-SADC |
| 3. | Mme Paulina Kanguatjivi | Secrétariat FP-SADC |
| 4. | M. Ronald Windwaai | Secrétariat FP-SADC |
| 5. | M. Andrew Maramwidze | Secrétariat FP-SADC |
| 6. | Mme Veronica Ribeiro | Angola |
| 7. | M. Johane Gandiwa | Rapporteur (Zimbabwe) |

Annexe II - Liste des intervenants

1. M. Adolf Mavheneke - PSA Alliance
2. Mme Loyce Njenge, Zimbabwe - Rozaria Memorial Trust
3. Mme Millicent Sithaile, Botswana - SAT
4. M. Perrykent Nkole, Zambie - SAT
5. Mme Charmain Ricardo - SAfAIDS
6. Mme Loveness Madzuru, Zimbabwe - Rozaria Memorial Trust
7. Kenneth Juma, Southern African Litigation Centre
8. Anthony Kamande, Oxfam