



**RAPPORT DE LA COMMISSION PERMANENTE DU DEVELOPPEMENT HUMAIN ET SOCIAL ET PROGRAMMES SPECIAUX (HSDSP) DU FP-SADC À LA 56<sup>ÈME</sup> SESSION DE L'ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE**

**THÈME : « LE RÔLE DES PARLEMENTS DANS LA MOBILISATION, L'ALLOCATION ET L'UTILISATION DES RESSOURCES NÉCESSAIRES AU FINANCEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA SANTÉ ET LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS (SDSR) ».**

Monsieur le Président, j'ai l'honneur de soumettre une motion invitant à cette Assemblée Plénière à adopter le Rapport de la Commission Permanente du Développement Humain et Social et Programmes Spéciaux (HSDSP), qui est présenté à la 56<sup>ème</sup> Assemblée Plénière du Forum Parlementaire de la SADC, déposé sur le bureau de la Chambre le 11 décembre 2024.

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>1.0</b>	<b>COMPOSITION DE LA COMMISSION</b> .....	<b>3</b>
<b>2.0</b>	<b>TERMES DE RÉFÉRENCE</b> .....	<b>3</b>
<b>3.0</b>	<b>NOMBRE DE RÉUNIONS, DATES DES RÉUNIONS ET THÈME</b> .....	<b>3</b>
<b>4.0</b>	<b>CONTEXTE</b> .....	<b>3</b>
<b>5.0</b>	<b>PRÉSENTATION PAR DES EXPERTS</b> .....	<b>4</b>
<b>6.0</b>	<b>SÉANCE DE RÉFLEXION ET DE CONCERTATION DES MEMBRES DE LA COMMISSION</b> .....	<b>4</b>
<b>6.1</b>	<i>Quelles sont les principales méthodes de mobilisation des ressources pour la santé publique au niveau national, et quel est le rapport approximatif [ratio approximatif] entre le financement des bailleurs de fonds et celui du Gouvernement ?</i> .....	<b>5</b>
<b>6.2</b>	<i>Où va la majeure partie des crédits affectés à la santé, et est-ce suffisant?</i> .....	<b>5</b>
<b>6.3</b>	<i>Le Parlement dispose-t-il de capacités suffisantes pour identifier les lacunes dans le financement de la santé et pour exercer un contrôle sur les pouvoirs publics en vue de les combler ?</i> .....	<b>6</b>
<b>7.0</b>	<b>PRÉSENTATION PAR DES EXPERTS</b> .....	<b>6</b>
<b>7.1</b>	<i>Présentation sur le rôle des Parlements dans la mobilisation, l'allocation et l'utilisation des ressources nécessaires au financement de la santé publique et de la SDSR</i> .....	<b>6</b>
<b>7.2</b>	<i>Présentation sur l'allocation et la dépense des ressources pour la santé, le financement de la santé et des droits sexuels et reproductifs et le rôle des Parlements</i> .....	<b>8</b>
<b>8.0</b>	<b>OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LA COMMISSION</b> .....	<b>9</b>
<b>9.0</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>11</b>
<b>10.0</b>	<b>ANNEXE : LISTE DES FONCTIONNAIRES DU FP-SADC</b> .....	<b>12</b>

## 1.0 COMPOSITION DE LA COMMISSION

Au 20 septembre 2024, la composition de la Commission était la suivante :

- |     |   |            |
|-----|---|------------|
| 1.  | Hon. Mope Khati ( <b>Président</b> )  | Lesotho    |
| 2.  | Hon. Lynette Karenyi ( <b>Vice-Présidente</b> )   | Zimbabwe   |
| 3.  | Hon. Luisa P. F. Damiao Santos  | Angola     |
| 4.  | Botswana ( <i>le Parlement a été dissous en vue des élections générales</i> )                     |            |
| 5.  | Hon. Mbotema Mboyo  | RDC        |
| 6.  | Hon. Sen. Linda Nxumalo   | Eswatini   |
| 7.  | Hon. Fiarovana Lovanirina Célestin  | Madagascar |
| 8.  | Hon. Rachel Zulu  | Malawi     |
| 9.  | Maurice ( <i>le Parlement a été dissous en vue des élections générales</i> )                      |            |
| 10. | Mozambique ( <i>le Parlement a été dissous en vue des élections générales</i> )                   |            |
| 11. | Hon. Agnes M. Kafula  | Namibie    |
| 12. | Hon. Kelly Samynadin  | Seychelles |
| 13. | Afrique du Sud ( <i>n'avait pas encore désigné de Membre à la suite des élections générales</i> ) |            |
| 14. | Hon. Kassim Haji  | Tanzanie   |
| 15. | Hon. Julien Nyemba  | Zambie     |

## 2.0 TERMES DE RÉFÉRENCE

La Commission Permanente du Développement Humain et Social et Programmes Spéciaux (HSDSP) tire son mandat de la Règle 42, alinéa (e), du Règlement intérieur du FP-SADC qui stipule ce qui suit :

*« traite des questions de développement humain et social relatives à la santé et à la lutte contre le trafic de drogues illicites, le VIH/sida, le développement des ressources humaines, l'éducation, la formation professionnelle, l'emploi et le travail, la culture et le sport, les sciences et la technologie et les questions humanitaires, entre autres ».*

## 3.0 NOMBRE DE RÉUNIONS, DATES DES RÉUNIONS ET THÈME

La Commission permanente du Développement humain et social et des programmes spéciaux (HSDSP) s'est réunie les 19 et 20 septembre 2024 à l'hôtel Radisson à Johannesburg, en Afrique du Sud, pour examiner les questions relevant de son mandat. Cette réunion s'est tenue autour du thème : *« le rôle des Parlements dans la mobilisation, l'allocation et l'utilisation des ressources nécessaires au financement de la santé publique et de la SDSR ».*

## 4.0 CONTEXTE

En 2024, le développement humain et social dans la région de la SADC est confronté à des défis importants, exacerbés par l'hyperinflation, des crises sanitaires et des dévastations liées au climat. Ces menaces persistent dans un contexte de diminution des dépenses des consommateurs et de stagnation des sources de revenus, la plupart des pays de la SADC continuant à importer

plus qu'ils n'exportent, ce qui se traduit par des déficits commerciaux persistants. Face à l'augmentation des dépenses et à la croissance limitée des recettes, les gouvernements sont souvent contraints de réduire les coûts, et les budgets de santé publique sont souvent les premiers à en pâtir, ce qui entraîne des lacunes dans les services de la SDSR. Le Parlement joue un rôle essentiel en exerçant un contrôle et en veillant à ce que le financement de la santé reste une priorité dans le programme de travail du gouvernement. Selon le rapport de janvier 2024 du Forum économique mondial, il faudrait mille milliards de dollars pour combler les disparités entre les sexes dans le financement de la santé, ce qui met en lumière le besoin urgent de s'attaquer aux inégalités en matière de santé qui touchent à la fois les hommes et les femmes. Ces inégalités sont coûteuses à la fois pour l'État - entraînant une perte de productivité et de PIB - et pour les individus, car elles réduisent leur potentiel à vivre une vie saine et productive. On estime que les inégalités de santé entraînent à elles seules une perte de productivité et d'efficacité de plus de 40 milliards de dollars.

Au niveau régional, l'Initiative de financement de la santé et du VIH de la SADC vise à renforcer l'Objectif de développement durable n° 3 en consacrant environ 10 % du PIB de la SADC au secteur de la santé au cours des dix prochaines années. Toutefois, pour y parvenir, il faut faire preuve d'innovation, de cohérence et d'une forte volonté politique. C'est la raison pour laquelle la Commission permanente du Développement humain et social et des programmes spéciaux s'est réunie du 19 au 20 septembre 2024 à Johannesburg, en Afrique du Sud, sous le thème : « *le rôle des Parlements dans la mobilisation, l'allocation et l'utilisation des ressources nécessaires au financement de la santé publique et de la SDSR* ». L'objectif de cette réunion était de mettre en exergue le rôle crucial que jouent les Parlements dans l'élaboration des politiques de financement de la santé et de veiller à ce que les ressources soient mobilisées, allouées et dépensées à bon escient pour parvenir à une couverture sanitaire universelle et respecter les engagements de la SDSR.

## **5.0 PRÉSENTATION PAR DES EXPERTS**

Au cours de la réunion, la Commission a bénéficié des présentations de la part d'experts et des soumissions des personnes suivantes :

- i. Dr Matiko Riro Initiative Clinton pour l'accès à la santé ;
- ii. Mme Vivian Joseph SAYoF ; et
- iii. Mme Caroline Kwamboka Citoyenne

## **6.0 SÉANCE DE RÉFLEXION ET DE CONCERTATION DES MEMBRES DE LA COMMISSION**

La Commission a examiné la question par l'intermédiaire des discussions de groupe au cours desquelles les Membres ont réfléchi à des questions clés concernant le financement de la santé. L'objectif était de recueillir des expériences nationales sur la manière dont les Parlements peuvent jouer un rôle proactif en veillant à ce que les Gouvernements collectent, allouent et

dépensent les ressources de manière efficace et efficiente afin de parvenir à une couverture sanitaire universelle (CSU). Les discussions de groupe ont été orientées par les questions thématiques clés suivantes :

**6.1 Quelles sont les principales méthodes de mobilisation des ressources pour la santé publique au niveau national, et quel est le rapport approximatif [ratio approximatif] entre le financement des bailleurs de fonds et celui du Gouvernement ?**

Au cours des discussions, il est apparu clairement que dans la plupart des États membres de la SADC, trois sources principales de financement de la santé dominent : le financement public par le biais du budget national, le soutien des partenaires de développement et des bailleurs de fonds, et les dépenses privées, principalement par le biais des frais laissés à la charge des patients. Il a également été souligné que dans la majorité des États membres, le Gouvernement est la principale source de financement de la santé, le financement public représentant plus de 50 % des dépenses de santé totales. Malgré cela, les Membres ont regretté que les dotations budgétaires étaient souvent insuffisantes pour répondre à une demande accrue en matière de services de santé, notamment pour se conformer aux engagements internationaux clés tels que la Déclaration d'Abuja, qui fixe un objectif d'allouer 15 % au moins des budgets nationaux à la santé. Ce déficit de financement a entraîné des inégalités importantes dans l'accès à des services de santé de qualité, les populations rurales et mal desservies étant touchées de manière disproportionnée. Les Membres ont souligné la nécessité pour les Parlements de jouer un rôle plus actif et plus affirmé en préconisant une augmentation du financement en faveur de la santé, tout en veillant à ce que les ressources limitées soient allouées et dépensées de manière efficace. Les Membres ont également appelé à la mise en place des mécanismes de contrôle plus solides afin de surveiller les dépenses publiques en matière de santé et de favoriser des politiques qui permettraient de remédier aux inefficacités et d'améliorer les performances globales du système de santé dans la région.

**6.2 Où va la majeure partie des crédits affectés à la santé, et est-ce suffisant?**

Au cours des discussions sur les allocations budgétaires et l'efficacité de l'allocation, les Membres ont noté une tendance préoccupante dans la plupart des États membres où le financement est orienté de manière disproportionnée vers les services curatifs plutôt que vers les soins préventifs. Cette priorisation néglige des mesures préventives essentielles qui sont cruciales pour maintenir la santé publique et atténuer les crises sanitaires futures. Plusieurs États membres ont en outre souligné que leurs dotations budgétaires ne tenaient pas compte des nouveaux défis sanitaires, tels que l'incidence croissante des pandémies et des épidémies, notamment la maladie à coronavirus 19 (COVID-19) et le Mpox. De plus, il a été mentionné que les budgets négligeaient souvent des questions urgentes telles que la santé mentale et la santé et les droits sexuels et génésiques, qui sont de plus en plus reconnues comme des composantes essentielles des soins de santé complets. Les Membres ont

exprimé leur frustration face à l'incohérence entre les fonds alloués et les fonds déboursés, indiquant que même lorsque les budgets sont établis, le soutien financier réel est souvent insuffisant, ce qui entraîne des lacunes dans la prestation des services et aggrave encore les inégalités en matière de santé. Cette disparité dans le financement ne nuit pas seulement à l'efficacité des systèmes de santé, mais diminue également la capacité des gouvernements à répondre de manière adéquate à l'évolution des besoins de santé de leurs populations. Les Membres ont souligné la nécessité d'adopter des pratiques budgétaires plus équitables et plus réactives qui alignent le financement sur les réalités actuelles et les priorités futures en matière de santé.

### **6.3 *Le Parlement dispose-t-il de capacités suffisantes pour identifier les lacunes dans le financement de la santé et pour exercer un contrôle sur les pouvoirs publics en vue de les combler ?***

En ce qui concerne le rôle du Parlement dans l'identification des lacunes dans le financement de la santé et dans l'exercice efficace de son mandat de contrôle et surveillance, un consensus s'est dégagé sur le fait que la plupart des États membres ont mis en place divers mécanismes pour s'acquitter de cette responsabilité. En particulier, de nombreux Parlements nationaux disposent de Commissions spécialisées dans des problématiques relatives à la santé, qui jouent un rôle crucial en étant à l'avant-garde dans le domaine de la santé. Ces Commissions fournissent des orientations politiques et contribuent à l'élaboration du budget de la santé, en veillant à ce que les préoccupations de santé soient prioritaires dans le discours national. Les Membres ont toutefois reconnu que leurs capacités de contrôle étaient fortement limitées. Bien que ces mécanismes existent, le rôle du Parlement se limite souvent à formuler des recommandations; la décision définitive d'adopter ces recommandations incombe principalement au pouvoir exécutif. Par conséquent, l'influence des Commissions parlementaires sur l'élaboration du budget de la santé peut parfois être plus cérémoniale que substantielle, ce qui réduit leur impact potentiel sur l'amélioration du financement de la santé et la résolution des problèmes de santé critiques. Les Membres ont souligné la nécessité de renforcer le rôle des Parlementaires pour leur permettre d'influencer activement les allocations budgétaires en faveur de la santé et de veiller à ce que les décisions de financement correspondent aux besoins pressants de leurs propres populations en matière de santé.

## **7.0 PRÉSENTATION PAR DES EXPERTS**

### **7.1 *Présentation sur le rôle des Parlements dans la mobilisation, l'allocation et l'utilisation des ressources nécessaires au financement de la santé publique et de la SDSR***

Le Dr. Matiko Riro, de l'Initiative Clinton pour l'accès à la santé (CHAI), a présenté une analyse approfondie du financement de la santé, en le classant en quatre catégories distinctes : le financement public, l'assurance maladie prépayée, l'aide extérieure et les dépenses de santé qui restent à la charge des

patients. Il a souligné que le paysage actuel du financement de la santé dans de nombreux pays était marqué par de faibles niveaux d'investissement public, une forte dépendance à l'égard des financements extérieurs et une charge élevée pour les individus en raison des dépenses de santé qui restent à la charge des patients. Ce déséquilibre a eu un impact négatif sur les résultats sanitaires, en particulier dans les pays où les dépenses de santé publique sont limitées. Il a cité l'exemple de l'Afrique du Sud, où les dépenses publiques de 527 dollars par habitant sont en corrélation avec un taux de mortalité maternelle nettement inférieur (138), contrairement aux pays où les dépenses de santé sont moins élevées. Par ailleurs, le présentateur a également souligné la nécessité urgente de supprimer les obstacles financiers et physiques à l'accès aux soins de santé, en particulier pour les populations vulnérables. Il a souligné les priorités concurrentes auxquelles les gouvernements sont confrontés, en particulier dans des contextes de ressources financières limitées, et a insisté pour que l'équité soit au premier plan lors de l'allocation et de la distribution des ressources sanitaires, en mettant particulièrement l'accent sur les zones mal desservies et les populations vulnérables.

En ce qui concerne le rôle des Parlements dans l'allocation des ressources de santé, quatre perspectives clés ont été esquissées. Tout d'abord, la perspective juridique, où des mesures législatives peuvent être prises pour sauvegarder le droit à la santé et assurer un financement adéquat pour des domaines négligés comme la santé et les droits sexuels et reproductifs connexes (SDSR). Deuxièmement, la perspective de plaidoyer, où les Honorables Député(e)s doivent plaider en faveur d'un soutien accru aux groupes mal desservis et vulnérables dans les discussions sur la couverture sanitaire universelle (CSU). Troisièmement, la perspective des systèmes de santé, où les Parlementaires doivent veiller à ce que les budgets de santé tiennent compte des six éléments constitutifs des systèmes de santé de l'OMS pour atteindre l'objectif de la couverture sanitaire universelle (CSU). Enfin, la perspective économique exige des Parlementaires qu'ils comprennent les compromis nécessaires pour atteindre les objectifs de santé, en mettant l'accent sur l'équité et la réduction des dépenses de santé élevées qui restent à la charge des patients. Au cours de la session plénière, les Parlementaires ont remis en cause et émis des doutes sur l'efficacité de la Déclaration d'Abuja et ont cherché des interventions pour augmenter le financement national de la santé au-delà de l'objectif de 15 %, ainsi que des moyens de réduire l'augmentation des coûts des soins de santé. Il a été expliqué que l'objectif de 15 % était un point de ralliement et non une solution en soi. Au-delà de cet objectif chiffré, les pays doivent veiller à l'efficacité de l'allocation, de la responsabilisation et de l'intégration des composantes du système de santé. En ce qui concerne l'augmentation des coûts des soins de santé, le problème a été attribué à la forte dépendance à l'égard des produits de santé importés, tels que des vaccins et des médicaments. Pour y remédier, les Gouvernements ont été invités à investir dans les chaînes de valeur locales du secteur de la santé afin de répondre à la demande intérieure et de la dépasser. Les Membres ont posé des questions sur la possibilité de mettre en œuvre des mécanismes de financement innovateurs, tels que les taxes sur l'alcool et le tabac. En

réponse, il a été répondu que plusieurs pays avaient déjà introduit de telles mesures. Par exemple, le Ghana a réservé 2 % de sa TVA à la santé, tandis que le Gabon a mis en place une taxe de 10 % sur les crédits de communication [temps d'antenne]. Il a cependant été souligné que si de nombreux pays ont mis en place des taxes sur l'alcool et le tabac, ces fonds ne sont souvent pas expressément réservés aux dépenses de santé. L'importance d'affecter ces taxes au financement de la santé a été soulignée comme un moyen de renforcer les ressources nationales pour le secteur.

## **7.2 Présentation sur l'allocation et la dépense des ressources pour la santé, le financement de la santé et des droits sexuels et reproductifs et le rôle des Parlements**

Lors de cette présentation, la Commission a appris qu'une fois les ressources mobilisées, il est crucial pour les Gouvernements de les dépenser de manière plus judicieuse. Cinq considérations clés pour les dépenses ont été proposées :

- Accorder la priorité aux services et mise en place d'un programme de prestations de santé et d'avantages sociaux pour garantir l'accès aux services de santé essentiels.
- Mettre en œuvre des régimes d'assurance maladie durables afin de passer des dépenses de santé qui restent à la charge des patients à des systèmes de prépaiement pour les soins de santé, réduisant ainsi les dépenses de santé catastrophiques.
- Redistribuer les ressources par la mise en commun pour améliorer l'équité dans l'accès aux soins de santé.
- Lier les paiements aux résultats ou aux besoins, ce qui peut accroître le rapport qualité-prix en alignant les dépenses sur les résultats sur le plan de la santé.
- Mettre en place des institutions solides pour garantir que les fonds sont utilisés de manière efficace, équitable, effective et transparente en vue d'une viabilité à long terme.

Les Membres ont été encouragés à changer leur point de vue sur le soutien des bailleurs de fonds et des partenaires au développement, en le considérant non pas comme une source principale de financement de la santé, mais comme un fonds complémentaire. Cette approche, a-t-il affirmé, garantira que les fonds nationaux adéquats seront toujours affectés en priorité au secteur de la santé. Il a également été souligné que la cartographie des ressources et le suivi des dépenses étaient essentiels pour éviter les doubles emplois et promouvoir une approche plus cohérente et coordonnée de l'aide des partenaires au développement. Les Membres ont été invités à adopter des lois exigeant une meilleure coordination de l'aide des partenaires au développement, le Malawi étant cité comme exemple d'un pays ayant mis en œuvre de telles mesures avec succès.

## 8.0 OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LA COMMISSION

Suite à la séance de réflexion des Membres de la Commission et aux présentations des experts, la Commission permanente du développement humain et social et des programmes spéciaux a formulé les observations et recommandations suivantes à présenter à la 56<sup>ème</sup> Assemblée plénière :

**RECONNAISSANT** l'importance cruciale du financement de la santé en tant que pilier fondamental de la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) dans la région de la SADC, notamment pour garantir un accès équitable aux services de santé à toutes les populations, y compris les femmes, les enfants et les groupes vulnérables ;

**NOTANT** que de nombreux États membres de la SADC sont confrontés à des défis considérables pour mobiliser des ressources nationales suffisantes pour la santé, qu'ils dépendent fortement de sources de financement extérieures et que les dépenses de santé qui restent à la charge des patients sont élevées, ce qui affecte de manière disproportionnée les ménages à faible revenu ;

**CONSCIENTS** que les systèmes de santé déficients, l'accès limité à des soins de santé abordables et le fardeau croissant des maladies telles que le VIH, la tuberculose, le paludisme et les épidémies émergentes continuent d'exacerber la pauvreté des ménages, plongeant les familles dans une situation de difficultés financières importantes ;

**CONSTATANT TOUTEFOIS AVEC PRÉOCCUPATION** que les femmes sont touchées de manière disproportionnée par ces lacunes systémiques en matière de santé, nombre d'entre elles passant une grande partie de leur vie en mauvaise santé, notamment en raison d'investissements insuffisants dans les services de santé et les droits sexuels et reproductifs connexes (SDSR), de santé maternelle et de santé mentale ;

**PRÉOCCUPÉS EN OUTRE PAR LE FAIT** que, malgré l'existence de cadres nationaux en matière de santé, la forte dépendance persistante à l'égard des financements extérieurs a conduit à des systèmes de santé non viables à long terme, et que la volonté politique d'accorder la priorité à la santé dans les budgets nationaux reste limitée dans l'ensemble de la région ;

**VU LA NÉCESSITÉ ET L'URGENCE** de réduire la dépendance excessive de la région à l'égard de l'aide extérieure et la nécessité de renforcer la mobilisation des ressources nationales, d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé et de veiller à ce que le financement de la santé soit durable et équitable ;

**RECONNAISSANT** le rôle du Parlement qui consiste à plaider en faveur d'une augmentation des investissements nationaux dans le domaine de la santé, exigeant l'exercice de l'obligation redditionnelle dans les dépenses de santé et encourageant la mise en place des mécanismes de financement novateurs,

tels que des taxes affectées et des régimes d'assurance maladie durables, afin d'atténuer les dépenses élevées de santé qui restent à la charge des patients ;

**COMPTE TENU DE CE QUI PRÉCÈDE**, la Commission recommande par conséquent que la 56<sup>ème</sup> Assemblée plénière :

- i. **EXHORTE** les Parlements nationaux à accorder la priorité au financement de la santé dans les allocations budgétaires nationales, en veillant à ce que les ressources nationales consacrées à la santé augmentent conformément à l'objectif de la Déclaration d'Abuja, qui fixe un objectif d'allouer 15 % au moins des budgets nationaux à la santé ;
- ii. **ENCOURAGE** les Parlements nationaux à plaider en faveur de la mise en place des régimes nationaux d'assurance maladie afin de réduire les dépenses de santé qui restent à la charge des patients, de protéger les ménages contre les dépenses de santé catastrophiques et de garantir l'équité dans l'accès aux services de santé ;
- iii. **SOUTIENNE** la mise en œuvre des mécanismes novateurs de financement de la santé, y compris des taxes affectées sur les produits nocifs (tabac, alcool) et des prélèvements sur d'autres secteurs, en veillant à ce que ces fonds soient alloués de manière transparente à l'amélioration des services de santé, en particulier dans les zones insuffisamment desservies ;
- iv. **CHARGE INSTAMMENT** le Secrétariat du FP-SADC de faire un suivi et une évaluation du financement de la santé dans les États membres, en veillant à ce que les ressources soient dépensées de manière efficace et à ce que le financement des partenaires au développement complète les investissements nationaux dans le domaine de la santé plutôt que de s'y substituer ;
- v. **INVITE** les Parlements nationaux à renforcer leur rôle de contrôle et de supervision des dépenses de santé, en veillant à ce que les fonds soient alloués de manière équitable, en particulier dans les domaines de la SDSR, de la santé maternelle et des services de santé mentale, qui touchent de manière disproportionnée les femmes et les enfants ;
- vi. **ENCOURAGE** les Parlements nationaux à promouvoir l'inclusion des populations vulnérables dans les politiques de financement de la santé et à plaider en faveur d'une budgétisation sensible au genre qui réponde aux besoins de santé spécifiques des femmes et des filles dans la région de la SADC ;
- vii. **EXHORTE** les Parlements nationaux à adopter des politiques et des cadres qui soutiennent la décentralisation des services de santé, en veillant à ce que les ressources atteignent les zones les plus mal desservies et les zones rurales, réduisant ainsi les obstacles géographiques à l'accès à des soins de santé de qualité ;

- viii. **ENCOURAGE** les États membres à collaborer à des initiatives régionales de financement de la santé, telles que l'approvisionnement en commun des fournitures médicales et le partage des investissements dans les infrastructures sanitaires régionales, afin de réduire les coûts et d'améliorer l'accès aux médicaments essentiels et aux technologies de soins de santé dans la région de la SADC ;
- ix. **CHARGE** le Secrétariat du FP-SADC de prêter main forte aux États membres en vue d'élaborer des stratégies durables de financement de la santé qui réduisent la dépendance à l'égard des financements extérieurs et encouragent les investissements à long terme dans les chaînes de valeur locales de la santé, telles que la production pharmaceutique et les infrastructures de santé.

## 9.0 CONCLUSION

Les délibérations de la Commission Permanente du Développement Humain et Social et Programmes Spéciaux ont reconnu et souligné la nécessité urgente pour les États membres d'accorder la priorité au financement de la santé afin de relever les défis persistants auxquels est confrontée la région de la SADC. Il est impératif que les Parlements nationaux exercent efficacement leur rôle de contrôle, de surveillance et de supervision afin de garantir que le financement de la santé devienne un élément central des programmes du gouvernement, favorisant ainsi des soins de santé équitables, durables et accessibles à tous. Grâce à des efforts régionaux coordonnés et à une volonté politique forte, la région est prête à concrétiser la vision d'une couverture sanitaire universelle et d'une amélioration des résultats sur le plan de la santé.

À cet égard, la Commission a l'honneur de soumettre ses recommandations contenues dans le présent rapport, à la 56<sup>ème</sup> Assemblée plénière pour adoption.

---

Hon. Mope KHATI  
**PRÉSIDENT**

---

M. Joseph MANZI  
**SECRÉTAIRE DE LA COMMISSION**

**10.0 ANNEXE : LISTE DES FONCTIONNAIRES DU FP-SADC**

1.	S.E. Boemo Sekgoma	Secrétaire Générale du FP-SADC
2.	Mme Paulina Kanguatjivi	Secrétariat du FP-SADC
3.	M. Ronald Windwaai	Secrétariat du FP-SADC
4.	M. Samuel Bokosi	Secrétariat du FP-SADC
5.	Dr Moses Magadza	Consultant en Médias - FP-SADC
6.	M. Toivo Mwaala	Secrétariat du FP-SADC
7.	M. Unaro Mungendje	Secrétariat du FP-SADC
8.	M. Allan Bokosi	Secrétariat du FP-SADC
9.	Mme Maria Mombola	Parlement namibien
10.	Dr Cleopas Gwakwara	Parlement du Zimbabwe
11.	Mme Idah Combe	Parlement de la Tanzanie
12.	Mme Maryline Muinyo	Parlement namibien
13.	M. Jeff Zulu	Parlement de la Zambie
14.	Mme Pamela Nyikavaranda	Consultant S&E - FP-SADC
15.	Mme Rachael Mundilo	Secrétariat du FP-SADC
16.	Mme Samueline Kauvee	Secrétariat du FP-SADC
17.	M. Sheuneni Kurasha	Secrétariat du FP-SADC
18.	M. Joseph Manzi	Secrétaire de la Commission
19.	Mme Caroline Kwamboka	Citoyenne
20.	Mme Vivian Joseph	SAYoF
21.	Mme Maria de Lurdes Gomes	Parlement du Mozambique
22.	Dr Matiko Riro	Initiative Clinton pour l'accès à la santé