

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone 517700 Cables: OAU, ADDIS ABABA

CONSEIL EXÉCUTIF
Sixième Session ordinaire
24 – 31 janvier 2005
Abuja (NIGERIA)

EX. CL/ 149 (VI) Rev. 1

**RAPPORT INTÉRIMAIRE SUR LE VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE, LE
PALUDISME ET LA POLIOMYÉLITE : CADRE D'ACTION POUR
ACCÉLÉRER L'AMÉLIORATION DE LA SITUATION SANITAIRE EN
AFRIQUE**

**RAPPORT INTÉRIMAIRE SUR LE VIH/ SIDA, LA TUBERCULOSE, LE
PALUDISME ET LA POLIOMYÉLITE : CADRE D’ACTION POUR
ACCÉLÉRER L’AMÉLIORATION DE LA SITUATION SANITAIRE EN
AFRIQUE**

| <u>Table des Matières</u> | <u>Page</u> |
|---|--------------------|
| 1. INTRODUCTION..... | 2 |
| 2. RÉALITES ET DÉFIS EN MATIÈRE DE SANTE..... | 4 |
| 2.1. Recrudescence des maladies, un fardeau pour l’Afrique..... | 4 |
| 2.2. Défis posés par le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. | 6 |
| 2.3. Éradication de la poliomyélite | 7 |
| 3. QUESTIONS CLÉS À EXAMINER ET ACTIONS À PRENDRE..... | 8 |
| 3.1. Systèmes de santé intégrés et fonctionnels..... | 8 |
| 3.2. Ressources humaines pour la santé..... | 10 |
| 3.3. Financements pour la santé..... | 11 |
| 3.4. Suivi et évaluation..... | 14 |
| 3.5. Promouvoir l’intervention au niveau continental..... | 14 |

RAPPORT INTÉRIMAIRE SUR LE VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE, LE PALUDISME ET LA POLIOMYÉLITE : CADRE D'ACTION POUR ACCÉLÉRER L'AMÉLIORATION DE LA SITUATION SANITAIRE EN AFRIQUE

1. INTRODUCTION

La période qui s'est écoulée depuis le Sommet du millénaire des Nations Unies (2000) et la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA et l'adoption de la Déclaration sur le paludisme (2000) et le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes (2001) a vu se manifester un grand intérêt aux niveaux national, continental, et international face aux défis de la santé en Afrique. Cependant, la situation sanitaire demeure précaire et même se détériore dans certains cas. En effet, il est généralement reconnu aujourd'hui que l'Afrique est en reste quant à la réalisation des Objectifs de développement du millénaire (ODM), encore moins de ceux fixés dans les instances internationales. Désormais, la situation sanitaire précaire n'est pas considérée comme un simple problème sanitaire : l'incapacité de l'Afrique à réduire de manière significative le fardeau des maladies compromet le développement social et économique, surtout quand on sait que les investissements dans le domaine sanitaire rapportent économiquement. Les investissements dans le domaine sanitaire sont des investissements productifs. Cela a été mis en évidence dans le rapport de la Commission de l'OMS sur la macroéconomie et la santé intitulé : Investir dans la santé pour le développement économique (2000).

Compte tenu de ce qui précède, le présent document cherche à déterminer les principaux obstacles au progrès et à identifier les moyens d'action stratégique que les chefs d'Etat et de gouvernement pourraient envisager. Dans cette perspective, entre autres, les Nations Unies et les autres organisations ont produit des rapports d'activité sur les ODM, notamment le rapport de la Commission pour l'Afrique et la mise en train de la nouvelle stratégie pour la santé par la Banque mondiale (2005) offre une occasion unique de sensibilisation et d'action en vue de lever le blocage et d'accélérer la lutte contre les maladies.

Le document ne se veut pas une analyse détaillée de la situation actuelle, des progrès réalisés, des difficultés rencontrées et des actions à prendre, car tout cela a déjà été traité dans un certain nombre de documents. L'un de ces documents intitulé « **Mobilisation du leadership**

africain pour une meilleure situation sanitaire »¹, qui est une évaluation de la mise en œuvre des déclarations pour la période 2000-2003, présente les meilleures pratiques dans les pays et met en exergue les leçons tirées de ces pratiques. Il s'agit-là des résultats d'efforts de collaboration entre la Commission de l'Union africaine, la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA), l'ONUSIDA et l'OMS. Ce document est également soutenu par les documents techniques préparés par entre autres, l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF.

La Déclaration d'Abuja sur le paludisme (2000) et le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies connexes (2001), qui a été réaffirmée par la déclaration de Maputo (2003) préconise une directive spécifique à suivre dans la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme tandis que les documents stratégiques adoptés par la suite tels que le Plan stratégique de la Commission de l'Union africaine, la Stratégie du NEPAD pour la santé, et le Plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA de la Commission de l'Union africaine (en cours d'élaboration) offrent un cadre approprié pour une action.

La préoccupation des chefs d'Etats devant la situation sanitaire sur le continent a été par ailleurs exprimée avec la création du AIDS Watch Africa (AWA) présidentiel, dont la structure d'appui est maintenant établie au sein du Département des Affaires sociales de l'Union africaine.

Les communautés économiques régionales sont en passe de mettre en place un organe pour la santé « Health Capacity » dans le cadre de l'unique rôle qu'elles peuvent jouer dans ce domaine. Déjà, dans certaines régions, les ministres de la santé se réunissent chaque année et maintenant deux fois par an à la Conférence des ministres de la santé de l'Union africaine. Toutefois, une coordination plus efficace du leadership politique en matière de santé et en collaboration avec la Commission de l'Union africaine serait plus profitable.

Les partenaires régionaux et internationaux ne cessent d'intensifier leurs efforts visant à améliorer les conditions en Afrique. Des actions plus concertées sont toujours nécessaires en vue de changements durables dans les systèmes sanitaires sur le continent. Un certain nombre d'actions ont accéléré la lutte contre le fardeau des maladies, notamment l'introduction de la thérapie anti-rétrovirale, les moustiquaires imprégnées d'insecticides à effet durable et les traitements à base d'Artémisinine. Il y a aussi la preuve de l'efficacité de plusieurs interventions, telles que la vaccination et la gestion intégrées des

¹ Ce rapport sera distribué lors de la quatrième session ordinaire de la Conférence des chefs d'État et de gouvernement à Abuja.

maladies infantiles, et ce qui doit être fait pour réduire les taux élevés de mortalité infantile est clairement défini. Il faut à présent porter la lutte contre les maladies au niveau requis pour faire l'impact désiré, ce qui exige des efforts concertés de la part des parties prenantes.

2. RÉALITES ET DÉFIS EN MATIÈRE DE SANTE

2.1. Recrudescence des maladies, un fardeau pour l'Afrique

L'Afrique renforce constamment son action et ce, grâce à la ferme détermination de nombre de pays à améliorer la situation sanitaire. Cependant, la triste réalité est que l'Afrique est en reste quant à la réalisation des Objectifs du millénaire (ODM) en ce qui concerne la réduction du VIH/SIDA, de la tuberculose, du paludisme, et de la mortalité infantile et maternelle, car les efforts déployés ne répondent pas aux exigences. Les taux de mortalité due au SIDA s'accroissent sans cesse, la recrudescence du paludisme est largement répandue, la mortalité infantile ne baisse pas et les taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans s'accroissent au lieu de baisser. Les taux élevés de malnutrition chronique et de carence en micronutriments sont la cause de la mortalité dans plus de la moitié des cas de décès chez les enfants. De même, d'autres maladies contagieuses graves, telles que la maladie du sommeil continuent de ravager les communautés dans certaines régions du continent et l'effet des maladies chroniques dues au style de vie dont la prévention et le traitement sont inadéquats, ainsi que les accidents de route ne cessent d'augmenter ; les soins aux personnes handicapées et aux malades mentaux laissent à désirer.

L'encadré ci-dessous décrit la triste réalité de la situation sanitaire ainsi que les défis auxquels l'Afrique est confrontée.

Encadré 1 : La situation sanitaire en Afrique

- 2,3 millions d'africains meurent chaque année de SIDA, et plus d'un million meurent du paludisme et de la tuberculose, tandis que les cas de décès évitables dus aux maladies non contagieuses continuent d'augmenter.
- Plus de la moitié des femmes qui meurent à cause des conditions de grossesse et d'accouchement dans le monde sont Africaines. Le taux de mortalité maternelle chez les femmes africaines est de 1 sur 20 contre 1 sur 143 dans les pays industrialisés.
- Un (1) enfant africain sur 6 n'atteint pas l'âge de 5 ans, largement à cause de maladies que l'on aurait pu prévenir ou faciles à soigner (1,2 million de la pneumonie, 800 000 de la diarrhée, 600 000 du paludisme, 500 000 de la rougeole) contre 1 enfant en Europe.
- Plus de la moitié des enfants de moins de 5 ans meurent de malnutrition. Les problèmes de maigreur sont davantage compliqués par les carences en micronutriments – plus de la moitié souffre de carence en fer et en vitamine A.
- Moins de 1 sur 10 des 4 millions de personnes nécessitant le traitement anti-rétroviral (ARV) le reçoivent.
- En Afrique, seulement 1 femme séropositive sur 100 a accès aux médicaments anti-rétroviraux pour lutter contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- La fourniture de préservatifs est d'environ 3 préservatifs par an pour un utilisateur potentiel.
- Moins de 10 % des enfants vivant dans les zones à haut risque de paludisme dorment sous les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée.
- Les enfants africains n'ont pas accès aux principales vaccinations telle que celle contre la grippe, et seulement la moitié des enfants a été vaccinée avant l'âge d'un an.
- Seulement 3 africains sur 10 ont régulièrement accès aux médicaments essentiels.
- L'Afrique compte 1 agent sanitaire pour 1250 personnes contre 1 pour 97 en Europe, et seulement 1,3 % du personnel médical dans le monde, alors qu'elle souffre de 25 % du fardeau des maladies dans le monde.
- L'Afrique a seulement un médecin pour 10 000 personnes.
- En Afrique, les ressources nationales pour la santé sont d'environ 20\$ EU par tête d'habitant, contre à peu près 2000 \$ EU par tête d'habitant par an dans les pays à revenu élevé.
- Le produit intérieur brut (PIB) devrait être de 2,6 % inférieur à celui des pays où la prévalence du VIH est de 20 % plus élevée.
- Plus de 80 % du continent dépend de l'agriculture de subsistance, pourtant les familles dont les chefs souffrent d'une maladie chronique plantent moins de la moitié des cultures vivrières.

Le bilan ci-dessus montre qu'une action sans précédent en matière de santé s'impose si nous voulons atteindre les ODM et jouir des avantages économiques et sociaux qui l'accompagnent. Les chefs d'Etat et de gouvernement sont les seuls à pouvoir diriger leurs pays dans les efforts à cette fin. Leur capacité à mettre le continent sur la voie de la croissance et du développement durables, pour la paix, la stabilité et la bonne gouvernance et l'évaluation par les pairs constitue déjà une contribution remarquable à la santé et une plate-forme solide pour les progrès futurs.

2.2. Défis posés par le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.

Les Etats membres sont confrontés à de nombreux défis et difficultés dans la mise en œuvre des Déclarations d'Abuja et de la réaffirmation, à Maputo en 2003, de leurs engagements à ces Déclarations. Parmi ces nombreux défis, l'accès limité à la prévention, aux soins et au traitement durables et abordables. Ce défi provient du fait que ces pandémies deviennent plus complexes du fait de l'accroissement des taux de pauvreté, de malnutrition et des systèmes de santé inadéquats sur le continent. Il est également nécessaire de réitérer que la tuberculose est la principale cause de morbidité et de mortalité chez les personnes atteintes de VIH/SIDA qui constitue en lui-même une maladie grave due à la pauvreté. Pourtant, dans les interventions pour lutter contre le VIH/SIDA, l'on a tendance à négliger ce fait.

Dans leur Déclaration et le Plan d'action d'Abuja sur « Faire reculer le paludisme », les dirigeants africains se sont engagés à réduire de moitié le taux de mortalité due au paludisme en Afrique d'ici à 2010. Les stratégies pour y parvenir comportent, entre autres, le renforcement des systèmes sanitaires afin qu'au moins 60 % des personnes atteintes de paludisme aient rapidement accès à un traitement adéquat, abordable et approprié dans les 24 heures après le déclenchement des symptômes ; l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à prix abordables pour au moins 60 % des groupes vulnérables en particulier les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ; la réduction des tarifs ou la levée des taxes sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide, les médicaments efficaces contre le paludisme et autres facilités et services indispensables pour la lutte contre le paludisme. Cela n'est possible que grâce à l'objectif général qui consiste à affecter 15 % du budget national au secteur de la santé.

Les dirigeants africains se sont également engagés à promouvoir le partenariat avec le secteur privé afin de renforcer la capacité régionale

pour la production et la distribution de médicaments génériques essentiels à prix abordables.

L'un des handicaps majeurs dans la gestion efficace de ces pandémies est la communication insuffisante entre les ministères et autres parties prenantes et le fait que les questions sociales, comme la santé, ont tendance à être négligées. Il y a en outre le manque de coordination, d'harmonisation et de collaboration entre les donateurs sur les mêmes questions dans un pays donné.

Les chefs d'Etat et de gouvernement pourraient :

- Veiller à ce qu'il y ait des plans bien établis pour faire face aux défis majeurs que constituent les fardeaux des maladies dans leurs pays de manière à intégrer les programmes dans le système de santé de base.
- Engager des chaînes de radio et de télévision publiques pour jouer un rôle plus étendu et plus créatif dans l'éducation de communautés sur l'action qu'elles peuvent prendre en vue d'améliorer leurs santé et leurs soins.
- Jouer personnellement un rôle dans la mobilisation de leurs pays en prenant des mesures pour introduire l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée, ainsi que les nouvelles vaccinations.

2.3. Éradication de la poliomyélite

En 1996, les dirigeants africains ont adopté la Déclaration de Yaoundé sur l'éradication de la poliomyélite et ont lancé la campagne sous le thème « Bouter la polio hors d'Afrique ». De 1996 à 2002, l'Afrique a réalisé un progrès plus rapide en matière d'éradication de la poliomyélite que les autres continents. Toutefois, ces efforts ont régressé depuis 2003 avec la réinfection de 12 pays où la polio avait été éradiquée et des cas de polio qui ont triplé en Afrique de l'ouest et en Afrique centrale au cours des années 2003 et 2004.

Pour réaliser l'éradication de la polio en 2005, les ministres de la santé, préoccupés par le nombre de cas de polio signalés, se sont réunis à Genève pour adopter « **La Déclaration de Genève sur l'éradication de la poliomyélite** » (janvier 2004). L'OMS, en partenariat avec l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a lancé, en octobre 2004 dans l'Etat de Kano au Nigeria, une campagne de

vaccination synchronisée couvrant tous les pays affectés en Afrique de l'ouest et en Afrique centrale. Les ministres de la santé des pays affectés se réuniront en janvier 2005 à Genève pour établir des plans spécifiques de pays en vue d'arrêter la transmission du virus de la poliomyélite d'ici à la fin de 2005.

L'éradication de la deuxième maladie la plus dévastatrice de l'histoire servira de tremplin pour aborder efficacement d'autres problèmes pressants de santé publique.

Les chefs d'Etat et de gouvernement pourraient :

- s'engager publiquement à mobiliser tous les secteurs des pays affectés par la polio pour faire en sorte que chaque enfant soit vacciné pendant les campagnes de vaccination au cours de l'année 2005.

3. QUESTIONS CLÉS À EXAMINER ET ACTIONS À PRENDRE

3.1. Systèmes de santé intégrés et fonctionnels

Sans un système de santé intégré et fonctionnel les réalisations seraient infimes : la plupart des systèmes de santé en Afrique ont des difficultés à offrir des soins essentiels efficaces.

Si les programmes de lutte contre le SIDA, la tuberculose, le paludisme et autres maladies sont considérés comme les «ensembles» devant être éradiqués, le moteur – le système de santé, doit être en mesure de les éradiquer. Même si certains pays ont fait des progrès considérables dans l'amélioration de leurs systèmes de santé après les impacts négatifs des programmes d'ajustement structurel et d'autres facteurs, de nombreux systèmes de santé en Afrique sont inadéquats pour faire ce travail. Les stratégies en matière de santé sont fragmentées en efforts contre des maladies spécifiques, tandis que le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et tout autre maladie pourraient exister chez la même personne, dans le même ménage ou dans la même communauté.

L'un des problèmes les plus épineux est le manque de médicaments à prix abordables ; et un certain nombre d'initiatives, notamment sur les règles commerciales se sont multipliées au cours de ces dernières années. Des efforts ont été également déployés de plus en plus pour trouver les nouveaux médicaments et vaccins appropriés. Cependant, la réalité est que bon nombre d'Africains n'ont même pas accès aux moindres médicaments les plus simples, dont l'accès effectif n'est possible que grâce à un système de santé intégré qui a l'avantage d'exploiter les synergies des ressources humaines et financières limitées

ainsi que l'infrastructure limitée. En outre, la pauvreté de plus en plus répandue, y compris la famine, la malnutrition, créent des conditions qui affectent négativement les effets des médicaments dans le corps des malades. Autrement dit, les médicaments ne peuvent avoir d'effet dans le corps des malades quand ceux-ci n'ont pas accès à une nutrition adéquate ni à l'eau potable.

Les conséquences des maladies se faisant sentir dans plusieurs secteurs – par exemple l'eau, l'agriculture et le transport – chaque ministère a un rôle à jouer dans la lutte contre les maladies et tous les ministères doivent mobiliser leurs actions pour s'assurer que leurs stratégies sont en faveur de la santé.

Les chefs d'Etat et de gouvernement pourraient :

- Mettre sur pied une équipe chargée d'élaborer un plan pour rendre l'un après l'autre les districts pleinement fonctionnels en décentralisant leur gestion.
- Adopter un processus unique de planification harmonisée pour la mise en place du système de santé qui met l'accent sur l'équité dans l'accès aux soins pour tous.
- Créer des centres africains d'excellence et des institutions de la connaissance en vue de promouvoir la création des systèmes de santé soutenus par l'Afrique à savoir :
 - recherche et développement en matière de santé, notamment en médecine traditionnelle.
 - production locale de médicaments génériques et de moustiquaires imprégnées.
- Accélérer la suppression des tarifs et la levée des barrières non tarifaires qui entravent l'accès aux produits pharmaceutiques et autres produits médicaux dans leurs pays.
- Faciliter un processus qui permet à tous les ministres de jouer un rôle sectoriel dans la lutte multisectorielle contre les maladies.
- Engager les chaînes de radio et télévision publiques pour jouer un rôle plus large et plus créatif dans l'éducation des communautés quant à l'action qu'elles peuvent prendre en vue d'améliorer elles-mêmes leur santé et leurs soins.
- Jouer personnellement un rôle dans la mobilisation de leurs pays quant aux mesures essentielles telles que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée et l'introduction de nouveaux vaccins.
- Demander que soit institué un organe des ministres de la santé chargé de collaborer étroitement avec la Commission de l'Union africaine et fournir les directives politiques à suivre dans le cadre des efforts au niveau continental.

- Accélérer la réalisation des systèmes de santé fonctionnels dans les communautés économiques régionales.

3.2. Ressources humaines pour la santé

Il y a une crise en matière de ressources humaines pour la santé : il y a une pénurie d'environ 1 million d'agents sanitaires.

Sans un conducteur, le véhicule – le système de santé – ne peut fonctionner. Mais la réalité est que l'Afrique subsaharienne ne dispose que de 1,3% des personnels de santé dans le monde, alors qu'elle souffre de 25% des maladies dans le monde. La densité du personnel de santé est de 0,8 pour 1000 personnes, contre une moyenne mondiale de 4,2 ; à cela s'ajoute un déséquilibre entre les zones rurales et les zones urbaines. Les dirigeants africains ont reconnu l'importance que revêt les ressources humaines pour la santé et s'efforcent de s'attaquer au problème par des décisions et des actions. Au Sommet de Durban (2002), les chefs d'Etat et de gouvernement ont adopté la décision sur la mise en valeur des ressources humaines pour la santé et ont décidé de tenir un sommet extraordinaire sur les ressources humaines pour la santé en Afrique. Ils ont également déclaré 2005 l'année de la mise en valeur des ressources humaines.

Cependant, leurs efforts sont entravés par l'émigration des professionnels de la santé. L'Afrique ne peut réaliser un système de santé efficace si elle continue de perdre des milliers de personnels de santé chaque année. A cet égard, les pays de l'OCDE comptent user de leur capacité pour rapatrier les personnels de santé des pays industrialisés. En dépit de la pénurie constante prévue de dizaines de milliers de personnels de santé, les pays n'organisent pas la formation en la matière. La compensation proposée aide financièrement, mais ne résout pas le problème de pénurie de personnels de santé dans les hôpitaux en Afrique.

En Afrique, la crise due au manque de personnels de santé va bien au-delà des pénuries et de la migration des personnels de santé. Le VIH/SIDA, par exemple, a un impact important sur les personnels de santé déjà surchargés et débordés. Le manque d'investissement quant aux personnels de santé est chronique. Il y a des problèmes de formation, de déploiement, de motivation et de rétention, le déséquilibre grave entre les zones rurales et les zones urbaines, le manque d'incitations monétaires et non financières, et de compétence technique.

Les chefs d'Etat et de gouvernement pourraient :

- Veiller à ce que leurs pays déterminent les catégories de professionnels, de personnel subalterne (cadres moyens) et agents sanitaires communautaires qui constitueraient les ressources humaines variées pour le pays.
- Promouvoir la mise en valeur des ressources humaines nationales et des plans de développement, en révisant notamment l'ensemble des conditions et des motivations, en particulier pour le travail aux postes à risque.
- Débloquent les fonds en vue de la création de l'infrastructure nécessaire pour produire l'effectif de personnel de santé requis.
- Former un personnel médical polyvalent pour les soins de santé.
- Visiter personnellement les structures sanitaires et rendre publiques leurs appréciations pour les efforts louables déployés par le personnel médical.

3.3. Financements pour la santé

Le financement demeure l'obstacle majeur : les pays et les partenaires du développement doivent investir et apporter l'innovation en vue de fournir des services efficaces de soins de santé.

Actuellement, le revenu par tête d'habitant dans la plupart des pays africains est inférieur à 20\$EU par an, soit la moitié du minimum de 35 à 40\$EU requis pour subsister. Cela représente 2,5% du PIB contre la moyenne de 5,4%. Il est évident que certains pays augmentent leurs dépenses de santé, mais ces dépenses restent pour la plupart bien inférieures aux 15% du budget national pour la santé préconisé dans la Déclaration d'Abuja.

De même, au cours de ces dernières années, l'aide au développement en matière de santé est passée de 6 milliards de dollars EU à 9 milliards de dollars EU, mais cette augmentation de 3 milliards est bien loin des 22 milliards requis. La première possibilité réelle pour combler effectivement ce fossé est la Facilité de financement international proposée pour renforcer l'aide au développement.

Les défis de financement sont bien plus que le total des fonds disponibles – il s'agit de l'architecture du financement par les bailleurs de fonds, des limites macroéconomiques, de la capacité d'harmonisation et d'absorption des donateurs.

Historiquement, la plupart des financements par les donateurs sont pour des projets spécifiques, différents du système de santé publique et du plan national, parfois incité par les préoccupations concernant la gestion des fonds publics. Cela a donné lieu à des programmes verticaux qui ont entravé le système de santé et drainé le personnel essentiel. Aujourd'hui, les donateurs ont plutôt tendance à financer les budgets essentiels basés sur les plans nationaux, en particulier là où il y a une bonne gestion fiscale et la possibilité de suivre l'évolution du projet en vue de produire la preuve de l'efficacité. Les donateurs ont également tendance à harmoniser leur financement, afin de couvrir tous les services du système de santé.

Toutefois, les changements dans le financement positif et la mise au point des Stratégies de réduction de la pauvreté (SRP) se sont heurtés à un obstacle de taille – les limites macroéconomiques. Les trésoreries sont la plupart du temps consacrées ou affectées aux plafonds des taux de croissance du total du budget national. Produire un document approprié sur les Stratégies de réduction de la pauvreté donnerait un meilleur résultat que les plafonds des taux d'intérêt et la question s'est posée de savoir où trouver les fonds additionnels une fois le cycle des donateurs terminé. Il y a eu un certain nombre de réactions à cette question, notamment les donateurs qui envisagent des cycles plus longs, et certains pays produisant deux documents SRP, l'un dans le cadre des plafonds de la fiscalité (voué à l'échec) et l'autre traitant de ce qui est requis pour atteindre les objectifs des SRP et les ODM. En somme, une plus grande souplesse s'impose, notamment l'introduction de postes contractuels dans le secteur privé, renouvelable en fonction de la disponibilité de fonds.

Néanmoins, le financement accru par les donateurs du système de santé et des plafonds des taux d'intérêt semble avoir suscité une tendance spontanée. Certaines trésoreries semblent avoir réduit leur propre engagement au financement de la santé en fonction de l'augmentation du financement étranger, ce qui a entraîné des dépenses qui ne dépassent pas outre mesure les dépenses antérieures. L'objectif de réduire le fardeau des maladies est alors sacrifié.

Le financement est canalisé vers les pays de différentes manières, notamment les subventions et les prêts, les relations bilatérales et l'aide libre par les initiatives en faveur de la santé. Ces initiatives jouent un rôle important surtout lorsque l'on se concentre sur la fourniture d'expertise dans un domaine particulier, mais il faut faire en sorte que leurs efforts soient intégrés effectivement dans les systèmes des pays. Le plus important de ces financements est le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme lancé par le Secrétaire général des Nations, et entériné par les chefs d'Etat à Maputo en 2003. En

lançant ce Fonds, le Secrétaire général visait la mobilisation d'un montant de 10 milliards de dollars EU par an. Les 10 milliards de dollars au titre de ce Fonds de démarrage n'ont pas encore été mobilisés.

Le Fonds mondial a constitué une contribution importante et réagit positivement aux critiques et aux suggestions. Parmi les domaines qui méritent une attention, la question a été posée de savoir pourquoi un certain nombre de pays ayant fait des propositions, n'ont pas encore reçu de financement, pourquoi le Comité d'experts ne compte que 3 membres africains parmi ses 26 membres, pourquoi un fonds relativement infime a été alloué au renforcement des systèmes de santé et comment accélérer le déboursement des subventions. (Plus de 3 milliards de dollars EU ont été approuvés mais moins d'un milliard a été débloqué). Par ailleurs, ces subventions ayant été dans les limites des fonds disponibles, l'ont a tendance à croire, à tort, que l'Afrique ne peut pas absorber plus que les fonds alloués à la santé.

Les chefs d'Etat et de gouvernement pourraient :

- Canaliser les dépenses de leurs propres pays en faveur de la santé pour évaluer les progrès réalisés par rapport à l'engagement d'atteindre les 15% du budget national pour la santé.
- Demander aux ministres des finances de ne pas réduire les dépenses de la santé même si les donateurs augmentent leur financement et suppriment les plafonds des taux d'intérêt sur le budget, ce qui entrave le développement du système de santé.
- Demander aux commissions de la fonction publique de mettre en place un mécanisme de renouvellement des contrats d'emploi pour le personnel afin d'éviter le risque de ne pas être payé à cause du manque de fonds.
- Exprimer leur soutien au changement dans l'architecture du financement par les donateurs, ce qui permettrait l'afflux de l'aide, l'appui et l'harmonisation du budget.
- Lancer un appel pour le renflouement du Fonds mondial et demander au Fonds de faire rapport sur les progrès réalisés et sur les mesures prises en vue d'augmenter les propositions de financement, les membres africains au sein du Comité technique et le remboursement rapide des fonds.
- Recommander des initiatives globales en matière de santé en vue d'opérer dans le cadre des plans de santé des pays.

3.4. Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation sont essentiels pour susciter la confiance et promouvoir le développement : les mécanismes multiples mis en place entraînent la duplication et compliquent la situation, d'où la nécessité de les harmoniser.

L'un des défis auxquels l'Afrique a été confrontée est celui de déterminer les progrès réalisés dans le cadre des efforts en matière de santé, d'en tirer profit rapidement et d'en partager les réalisations. Cette difficulté a été exacerbée par les demandes de rapports de la part des institutions internationales et des bailleurs de fonds, ce qui a entraîné la duplication des efforts et l'utilisation inefficace des ressources rares. Le réseau métrique de la santé métrique récemment établi vise à harmoniser les efforts et à développer les capacités, tandis que l'observatoire africain des systèmes de santé aura accès aux données pertinentes des pays, pour les compiler en analyses continentales faciles à utiliser.

Les récents développements de la recherche en matière de santé ont été positifs, mais la capacité de l'Afrique pour la recherche qui donne l'information grâce à laquelle on peut améliorer la politique en matière de santé et la pratique reste très limitée. La production et la rétention de la capacité de recherche constituent un défi. Les 10 % de la recherche sont absorbés par 90 % des problèmes de santé dans le monde et continuent d'entraver les efforts visant à réduire le fardeau des maladies sur le continent.

Les chefs d'Etat et de gouvernement pourraient :

- Demander un renforcement de la composante santé du Mécanisme africain d'évaluation par les pairs.
- Accélérer les efforts en vue de la mise en place d'un Observatoire africain des systèmes de santé.
- Exprimer leur appui aux initiatives visant à renforcer la capacité de l'Afrique pour la recherche en matière de santé.

3.5. Promouvoir l'intervention au niveau continental

AIDS Watch Africa (AWA) est en train d'être renforcé pour galvaniser l'intervention au niveau continental dans la crise du VIH/SIDA. Les dirigeants africains sont convaincus que la renaissance de l'Afrique c'est maintenant plus que jamais et ont pris l'engagement de mobiliser leurs efforts à tous les niveaux en vue d'accélérer l'éradication de la pandémie du VIH/SIDA. Pour appuyer cet engagement, un secrétariat a été créé au sein du Département des affaires sociales de la Commission

de l'Union africaine en vue, entre autres, d'élaborer un plan d'action pour AWA.

La stratégie de la santé du NEPAD, adoptée en 2002, reconnaît l'importance d'une approche globale et intégrée face aux défis de la santé, contrairement à l'approche ayant caractérisé plusieurs autres efforts qui avaient été déployés. Cette stratégie de la santé est accompagnée d'un programme d'action initial qui vise à jeter les bases d'une fondation solide pour sa mise en œuvre.

L'un des programmes prioritaires de la Commission de l'Union africaine se trouve dans son plan stratégique ; il s'agit de la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et autres maladies contagieuses. Le processus a été d'élaborer un plan stratégique de l'Union africaine pour le VIH/SIDA en vue d'établir une feuille de route pour aider la Commission dans la mise en œuvre de son programme prioritaire sur le VIH/SIDA.

Les chefs d'Etat et de gouvernement pourraient :

- Exprimer leur appui aux initiatives prises tant au niveau continental qu'international, par les différents acteurs en vue d'une intervention continentale sur la pandémie.
- Faire en sorte que la stratégie du NEPAD pour la santé soit incorporée dans les plans sanitaires des pays et que le programme d'action initial soit mis en œuvre d'urgence.

2005

Rapport Intérimaire sur le VIH/SIDA, la Tuberculose, le Paludisme et la Poliomyélite : Cadre d'Action pour Accélérer l'Amélioration de la Situation Sanitaire en Afrique

Union Africaine

Union Africaine

<http://archives.au.int/handle/123456789/3369>

Downloaded from African Union Common Repository