

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone : 51 77 00 Fax: 51 78 44

CONSEIL EXECUTIF

Cinquième session ordinaire

25 juin – 3 juillet 2004

Addis-Abeba (Ethiopie)

EX. CL/123 (V)

**RAPPORT D'ACTIVITES SUR LA MISE EN OEUVRE DE LA
DECLARATION DE MAPUTO SUR LE PALUDISME, LE VIH/SIDA, LA
TUBERCULOSE ET LES AUTRES MALADIES INFECTIEUSES CONNEXES**

RESUME

RAPPORT D'ACTIVITES SUR LA MISE EN OEUVRE DE LA DECLARATION DE MAPUTO SUR LE PALUDISME, LE VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE ET LES AUTRES MALADIES INFECTIEUSES CONNEXES

RESUME

Dans l'introduction, le rapport passe en revue les travaux de la session spéciale de la Conférence des ministres africains de la santé qui s'est tenue les 14 et 15 mai 2004 avant l'ouverture de l'Assemblée mondiale de la santé le 17 mai 2004 à Genève (Suisse).

La Conférence avait pour objectif principal d'évaluer la mise en oeuvre de la Déclaration de Maputo sur le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes. Trente quatre Etats membres y étaient représentés et parmi eux, il y avait 17 ministres et un (1) vice-ministre.

A l'issue un débat approfondi, les délégués ont approuvé le communiqué de la Conférence.

Le rapport s'étend ensuite sur le contexte et notamment sur les 12 domaines prioritaires de la Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes. Les stratégies et activités de chacun des domaines prioritaires font partie du processus de mise en oeuvre et leur indicateur évalue les progrès réalisés par les Etats membres dans la lutte contre la pandémie.

Le rapport comporte les sections suivantes:

- (a) La section intitulée "Situation actuelle en matière de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique" indique le taux de prévalence de l'infection au VIH dans certaines villes du continent;
- (b) La section "Impact du VIH/SIDA sur le développement socio-économique" indique le rôle de la pandémie dans la diminution des ressources humaines et partant, de la productivité et de la croissance économique;
- (c) La section "Mise en oeuvre de la Déclaration de Maputo par les Etats membres" fait état d'un progrès plus faible en dépit de la disponibilité accrue de ressources financières en provenance du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, de la Banque mondiale et de donateurs bilatéraux, de l'engagement politique des dirigeants et d'un partenariat renforcé;

- (d) La section sur l'initiative "Faire reculer le paludisme" indique que seuls 18 pays ont respecté l'engagement consistant à réduire ou à éliminer les droits de douane sur les moustiquaires imprégnées et sur les autres articles pour faire reculer le paludisme conformément à l'engagement pris par les dirigeants dans la Déclaration et le Plan d'action d'Abuja sur l'initiative "Faire reculer le paludisme" (2000) ;
- (e) De même, la section sur la tuberculose indique que 14 pays mettent en oeuvre la stratégie "Traitement directement observé" sur moins de 10% de leur population et 17 pays l'appliquent à plus de 90% de leur population. Seize pays ne mettent pas en oeuvre la stratégie "Traitement directement observé".
- (f) La section sur « AIDS Watch Africa » – présidée par le Président du Nigeria avec 7 autres membres doit être élargie à des pays ayant une très forte prévalence du VIH/SIDA.

En conclusion, le rapport fait état des principaux problèmes critiques et formule des recommandations pour l'avenir.

**EXAMEN DU RAPPORT INTERIMAIRE SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA
DECLARATION DE MAPUTO SUR LE VIH/SIDA,
LE PALUDISME, LA TUBERCULOSE ET LES AUTRES MALADIES
INFECTIEUSES CONNEXES**

INTRODUCTION

1. La session spéciale de la Conférence des Ministres africains de la Santé s'est tenue les 14 et 15 mai 2004 au Ramada Park Hotel, Genève (Suisse). Elle avait pour principal objet de passer en revue les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration de Maputo sur le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes ainsi que les autres engagements pertinents pris par les Chefs d'Etat et de gouvernement. La Déclaration de Maputo reprend le contenu de la Déclaration et le Plan d'action d'Abuja de 2000 sur l'initiative « Faire reculer le paludisme » et la Déclaration et le Plan d'action d'Abuja (2001) sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes. La réunion a été convoquée par le ministre de la santé du Mozambique en sa qualité de président en exercice de l'Union africaine, le ministre de la santé de la Jamahiriya arabe libyenne en sa qualité de président de la Conférence des ministres africains de la santé et la Commission de l'Union africaine avec le soutien et la collaboration de l'OMS/AFRO, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose, le paludisme et l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation. L'ONUSIDA et l'UNICEF ont également apporté une assistance technique.

2. La réunion était opportune et utile dans la mesure où des connaissances et expériences ont été échangées et des recommandations pertinentes ont été faites pour une mise en œuvre plus effective dans la lutte contre les principales causes de morbidité et de mortalité en Afrique. La session spéciale s'est tenue avant la 57^{ème} session de l'Assemblée mondiale de la santé qui a eu lieu du 17 au 22 mai 2004 à Genève. L'Assemblée mondiale de la santé s'est focalisée notamment sur les points débattus par la session spéciale des ministres africains de la santé. La Commission de l'Union africaine a saisi cette occasion pour informer les délégués que la lutte contre le VIH/SIDA et les autres pandémies était l'une des priorités de son programme de travail pour la période 2004-2007. Le programme du NEPAD et sa stratégie en matière de santé accordent également la plus haute priorité au VIH/SIDA.

3. Les délégations des 34 Etats membres ci-après ont participé à la réunion avec 17 ministres et un vice-ministre : Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap Vert, Tchad, Congo Brazzaville, Djibouti, Egypte, Ethiopie, Gabon, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Libye, Madagascar, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Nigeria, Rwanda, Seychelles, Sierra Leone, Afrique du sud, Tanzanie, Tunisie, Ouganda, Zambie et Zimbabwe. Les neuf

organisations internationales et institutions spécialisées des Nations unies ci-après ont participé à la réunion : Secrétariat régional de santé communautaire du Commonwealth pour l'Afrique de l'est, l'Afrique centrale et l'Afrique australe (CRHCS-ECSA), l'OMS, le Secrétariat du partenariat « Faire reculer le paludisme », l'UNICEF, l'ONUSIDA, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Fonds pour les vaccins, l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation et la Commission de l'Union africaine.

4. Les débats de la session spéciale ont essentiellement porté sur :

- les aspects critiques et les défis cruciaux dans la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme aux niveaux national, régional, continental et international ;
- les progrès réalisés dans l'immunisation en Afrique et notamment dans l'éradication de la polio ;
- l'approvisionnement en médicaments, en vaccins essentiels, en consommables et en moustiquaires imprégnées ;
- la viabilité financière ;
- les barrières et le renforcement des partenariats dans le secteur financier ;
- la coordination de l'action des donateurs ;
- la voie à suivre pour une mise en œuvre plus effective des engagements des chefs d'Etat et de gouvernement.

5. A l'issue des débats, le « **Communiqué des ministres de la santé de l'Union africaine à l'occasion de leur session spéciale des 14 et 15 mai 2004 à Genève (Suisse)** » a été adopté. Il est annexé au présent rapport.

CONTEXTE

6. En adoptant la Déclaration de Maputo, les Chefs d'Etat et de gouvernement ont exprimé leur vive préoccupation face à la propagation persistante du VIH/SIDA, de la tuberculose, du paludisme et des autres maladies infectieuses connexes et ce, en dépit des efforts déployés par les Etats membres pour mettre en œuvre les engagements pris à Abuja et à Maputo. Ils ont reconnu la nécessité urgente de réduire l'impact de ces maladies sur la vie des personnes infectées et affectées et sur leurs perspectives de vie normale à long terme. Les dirigeants ont donc préconisé des politiques appropriées et un cadre juridique et stratégique visant à fournir les services essentiels surtout aux groupes les plus vulnérables. Les dirigeants étaient convaincus que les soins, le soutien et le traitement des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA doivent faire partie intégrante des programmes de prévention et de lutte pour empêcher la poursuite de la propagation de l'infection au VIH et mener une lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

7. La mise en œuvre est basée sur les douze domaines prioritaires du Plan d'action d'Abuja à savoir :

- I. le leadership aux niveaux national, régional et continental pour mobiliser l'ensemble de la société dans la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes ;
- II. la mobilisation des ressources aux niveaux national et international ;
- III. la protection des droits de l'homme ;
- IV. la pauvreté, la santé et le développement ;
- V. le renforcement des systèmes de santé ;
- VI. la prévention ;
- VII. l'amélioration des systèmes d'information, d'éducation et de communication ;
- VIII. l'accès au traitement, aux soins et au soutien ;
- IX. l'accès aux médicaments et aux technologies à un prix abordable ;
- X. la recherche et développement sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses y compris les vaccins et la médecine traditionnelle ;
- XI. le partenariat ;
- XII. le suivi et l'évaluation.

8. Le mécanisme de suivi, d'évaluation et d'établissement de rapport sur la mise en œuvre du Cadre de plan d'action est en place et traduit chaque domaine prioritaire en stratégies, chacun avec un ensemble d'activités, de responsabilités, un délai, des indicateurs et des moyens de vérification. Tous les acteurs sont censés utiliser ces éléments dans la préparation et l'exécution de rapports à soumettre à la Commission de l'Union africaine qui doit les compiler et en faire un rapport d'activité à soumettre aux chefs d'Etat et de gouvernement.

Situation actuelle en matière de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique

9. La prévalence du VIH/SIDA chez les adultes en Afrique va de 1% en Mauritanie et dans les autres pays d'Afrique du nord à près de 40% au Botswana et au Swaziland. Partout en Afrique, le risque est plus élevé chez les femmes, au moins 1,2 fois plus élevé que chez les hommes. Dans la catégorie des 15-24 ans, les femmes sont 2,5 fois plus susceptibles d'être infectées que les hommes. Selon l'ONUSIDA, plus d'une femme enceinte sur cinq est infectée au VIH dans la plupart des pays d'Afrique australe, alors que dans le reste du continent, le taux de prévalence dans les services de consultation prénatale dépasse les 10%. Alors que les taux de prévalence ont baissé ou se sont stabilisés dans certains pays, ils continuent à augmenter dans d'autres.

10. Le tableau suivant donne des exemples de prévalence du VIH chez les femmes dans quelques villes du continent :

Ville	Taux de prévalence (15 à 49 ans) %
Gaborone (Botswana)	40
Maurice	40
Blantyre (Malawi)	16
Lusaka (Zambie)	20
Province de Gauteng (Afrique du Sud)	>30
Maputo (Mozambique)	18 (2002)
Kampala (Ouganda)	8
Kigali (Rwanda)	13
Addis-Abeba (Ethiopie)	11 (chez les femmes de 15-24 ans)
Nairobi (Kenya)	10 (2002)
Dakar (Sénégal)	14 (chez les travailleurs du sexe)
Kaolack	23 (2002) chez les travailleurs du sexe
Dans les pays sahéliens	1-2%
Accra (Ghana)	2 (2002)
Abidjan (Côte d'Ivoire)	7

Impact du VIH/SIDA sur le développement socio-économique

11. La pandémie a un effet dévastateur sur la catégorie la plus productive de la main-d'œuvre, c'est-à-dire les 15 à 49 ans. Elle entraîne un coût supplémentaire pour les sociétés et les individus qui doivent payer pour le traitement ou souscrire des polices d'assurance sanitaire coûteuses. Le fait qu'une partie de la population active soit malade entraîne une baisse de la productivité qui à son tour nuit à la croissance économique. Selon l'ONUSIDA, le produit intérieur brut annuel (PIB) a baissé de 2,6% en moyenne dans des pays où le taux de prévalence est de plus de 20%. Et l'espérance de vie a baissé jusqu'à 15 ans dans certains pays. La baisse de productivité et la faible croissance économique entraînent une baisse des recettes fiscales pour les services financés par le gouvernement, ce qui compromet la capacité du pays à faire face au SIDA et à d'autres pandémies. A cause du SIDA, les systèmes de santé fragiles sont en train de perdre leur personnel compétent. Cette situation est aggravée par la migration des professionnels de la santé notamment vers les pays développés.

12. Le SIDA a un impact dévastateur sur le secteur de l'éducation. Par ailleurs, il est évident que la maladie a des conséquences directes sur l'insécurité alimentaire. Selon le FAO, 7 millions de travailleurs agricoles sont morts du Sida dans 25 des pays les plus affectés entre 1985 et 2000. 16 autres millions risquent d'en mourir dans les 20 prochaines années. Par exemple, une évaluation de vulnérabilité effectuée en Zambie en 2002-2003, a révélé que les familles d'agriculteurs dont les chefs de famille souffrent de maladies chroniques cultivent 53 fois moins que les autres familles. Lorsque ces conditions sont aggravées par une grande pauvreté, le risque de famine et de malnutrition augmente rapidement et les personnes infectées ne peuvent résister à la maladie ou à la moindre infection opportuniste.

Comment les pays mettent-ils en oeuvre la Déclaration de Maputo sur le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes?

13. Plus de 70% des pays africains ayant fait rapport sur les efforts qu'ils déploient pour réduire la transmission du VIH aux bébés et aux enfants n'ont pratiquement pas de programme d'administration de la thérapie prophylactique anti-retrovirale aux femmes enceintes et aux nouveaux nés. Près de la moitié des pays africains qui ont fait rapport n'ont pas adopté de législation interdisant la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA et un pays seulement sur quatre signale qu'au moins 50% des malades ayant d'autres infections sexuellement transmises (cofacteurs de l'infection par le VIH) font l'objet d'un diagnostic et d'un traitement et sont conseillés.

Bien que le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement demeure faible (avec environ 50.000 personnes ayant eu accès à des médicaments anti-retroviraux en 2002/2003), certains pays comme le Botswana, le Cameroun, l'Erythrée, le Nigéria et l'Ouganda ont déployé de sérieux efforts pour accroître l'accès aux médicaments anti-retroviraux par l'intermédiaire des secteurs public et privé.

14. Actuellement, les dirigeants politiques africains manifestent de plus en plus leur volonté politique pour une élaboration plus judicieuse des principes d'action, la mobilisation de la communauté, l'augmentation des ressources financières et un appui accru aux organisations de la société civile et aux ONG, dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. Quelques pays ont mis en place des ministères spécifiques chargés de la lutte contre le SIDA. A titre d'exemple, les Présidents et les Premiers Ministres de plusieurs pays, dirigent personnellement les activités de lutte contre le SIDA, tel qu'illustré dans le tableau suivant :

Pays	Président de l'Organe national de coordination de la lutte contre le SIDA
Botswana	Président
Burkina Faso	Président
Burundi	Président
Cap Vert	Président

Congo	Président
Ethiopie	Premier Ministre
Ghana	Président
Kenya	Président
Madagascar	Premier Ministre
Mozambique	Premier Ministre
Namibie	Ministre de la Santé
Niger	Président
Nigeria	Président
Sénégal	Premier Ministre
Afrique du Sud	Vice-Président
Swaziland	Président
Togo	Président

Possibilités

15. Il a été noté qu'il existe de nombreuses possibilités pour gagner la lutte contre le VIH/SIDA, il s'agit entre autres : engagement politique plus poussé ; augmentation des ressources et du nombre de partenaires ; réduction du prix des médicaments anti-retroviraux ; approches réussies avérées, en particulier la mobilisation de la communauté ; initiative décentralisée, en veillant à ce que l'accès soit assuré pour tous.

16. L'un des principaux défis posés dans la lutte contre le VIH/SIDA est de traduire la mise en œuvre des déclarations et des stratégies nationales en mesures concrètes réalisables et bien chiffrées. Le tableau suivant indique le nombre de pays qui mettent en œuvre certains des domaines prioritaires.

	Domaine prioritaire mis en œuvre	Nombre de pays
1	Mécanisme national de coordination	35
2	Plan stratégique national	32
3	Plan stratégique chiffré	16
4	Législation contre la stigmatisation et la discrimination	11
5	Mécanisme de suivi et d'évaluation en place	4

Mobilisation des ressources

17. Même si quelques pays sont indépendants sur le plan des ressources humaines, la plupart des pays africains sont tributaires de l'assistance des donateurs en particulier le Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et le Programme MAP de la Banque mondiale comme principales sources de financement de leurs activités de lutte contre le SIDA. Dans la Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et autres maladies infectieuses connexes, les chefs d'Etat et de gouvernement se

sont engagés à allouer au moins 15% de leur budget national au secteur de la santé. Seule une poignée de pays ont ou presque atteint cet objectif. Selon l'ONUSIDA, en 2002, les pays d'Afrique subsaharienne ont dépensé 250 millions de dollars EU au titre des activités de lutte contre le VIH/SIDA. Ce montant représente 13% des besoins en ressources budgétaires de la région de la même année.

Décaissement du Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme

18. Il convient de noter que 60% des ressources du Fonds mondial sont décaissés en faveur des pays africains. Le tableau suivant indique le montant que chaque pays a reçu jusqu'en mai 2004.

Pays	Montant total à ce jour en \$EU
Bénin	3.682.459,00
Burkina Faso	1.294.813,00
Burundi	2.784.747,00
République centrafricaine	2.961.550,00
Tchad	198.291,00
Comores	599.483,00
République démocratique du Congo	4.501.873,00
Côte d'Ivoire	2.706.405,00
Erythrée	1.080.215,00
Ethiopie	45.739.466,00
Ghana	4.045.169,00
Guinée	1.572.910,00
Kenya	9.615.058,00
Lesotho	1.450.300,00
Madagascar	2.880.028,00
Malawi	7.991.392,00
Mali	678.620,00
Mauritanie	340.490,00
Nigeria	2.522.672,00
Rwanda	4.251.354,00
Sénégal	1.393.386,00
Sierra Leone	950.275,00
Afrique du Sud	16.743.723,00
Swaziland	6.109.250,00
Tanzanie	2.289.478,00
Tanzanie/Zanzibar	1.139.313,00
Togo	8.595.653,00
Ouganda	18.620.723,00
Zambie	14.556.610,00
Zimbabwe	1.415.000,00

Partenariats

19. Le rôle des partenariats est indiqué par les programmes entrepris par les organisations internationales et les contributions apportées aux activités au titre du SIDA en Afrique et au Fonds mondial par les mêmes organisations.

Dépenses prévues pour le SIDA en 2003 par les Nations industrialisées		
Pays	Budgétisées en \$EU	Décaissements prévus en \$EU
Etats-Unis d'Amérique	838,3	576,8
Royaume-Uni	408	452,1
Allemagne	133,7	107,1
Japon	95	85
Canada	93,8	66,3
CE	93,2	65
Pays-Bas	82	65
Norvège	50,8	50,8
Irlande	44,9	40
Australie	39	39
Italie	36,4	25,0
France	36,3	25,0
Autres*	49,5	40
Total	2.000,9	1.637,1
Tous les chiffres en millions de dollars EU		
* Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, Grèce, Luxembourg, Nouvelle Zélande, Portugal, Espagne, Suède et Suisse		
Source : ONUSIDA		

20. Un autre bon exemple de partenariat en faveur de l'Afrique est le programme multinational de la Banque mondiale pour la lutte contre le SIDA (MAP) pour l'Afrique. Le MAP accorde des subventions, en outre il est souple et appuie tous les aspects des programmes nationaux pour la lutte contre le SIDA y compris la prévention de base grâce à la thérapie anti-retrovirale et l'atténuation de l'impact. Le MAP met un accent particulier sur les organisations de la société civile et de la communauté pour la mise en œuvre de leurs propres programmes. Le MAP aide également les pays à renforcer leurs capacités dans la mise en œuvre, la gestion financière, le suivi et l'évaluation. Actuellement, le MAP apporte son assistance à 23 pays africains.

21. Le tableau suivant compare les décaissements de la Banque mondiale et du Fonds mondial.

**Engagements de la Banque mondiale et du
Fonds mondial en fin juillet en 2003 (en dollars EU)**

Pays	MAP en \$	Fonds mondial (années 1 & 2 en \$
Bénin	23 millions	11,3 millions
Botswana		18,6 millions
Burkina Faso	22 millions	7,3 millions
Burundi	36 millions	4,9 millions
Cameroun	50 millions	
Cap Vert	9 millions	
République centrafricaine	17 millions	8,2 millions
Côte d'Ivoire		26,9 millions
Erythrée	40 millions	
Ethiopie	59,7 millions	55,4 millions
Gambie	15 millions	
Ghana	25 millions	2,8 millions
Guinée	20,3 millions	4,8 millions
Kenya	50 millions	39,6 millions
Lesotho		10.6 millions
Libéria		7,7 millions
Madagascar	20 millions	3.7 millions
Malawi		58,7 millions
Mauritanie	21 millions	
Mozambique	55 millions	29.7 millions
Namibie		26.1 millions
Niger	25 millions	
Nigeria	90,3 millions	28,2 millions
Rwanda	30,5 millions	8,1 millions
Sénégal	30 millions	6 millions
Sierra Leone	15 millions	
Afrique du Sud		60 millions
Swaziland		29.6 millions
Togo		14,2 millions
Ouganda	47,5 millions	36,3 millions
Rép. Unie de Tanzanie	70 millions	6.5 millions
Zambie	42 millions	42,3 millions

Zimbabwe		10,3 millions
Total	813,3 millions	557,6 millions
Tous les chiffres ont été arrondis au plus près de 100.000 dollars. Source : Banque mondiale et Fonds mondial		

Accès aux soins et au traitement

22. Les pays africains prennent de plus en plus conscience que les personnes souffrant du VIH/SIDA doivent avoir accès à une thérapie anti-retrovirale de qualité contrôlée et abordable. A ce titre, un certain nombre de pays africains ont pris des mesures pour assurer le traitement anti-retroviral par le gouvernement et d'autres ont adopté des plans pour améliorer l'accessibilité. La stratégie de l'OMS « 3 d'ici 5 » promettant le traitement de 3 millions de personnes par la thérapie anti-retrovirale d'ici 2005 doit être par conséquent appuyée par tous.

Couverture du traitement anti-retroviral dans des pays africains donnés

Pays	% d'adultes avec une infection pour le VIH avancée recevant le traitement
Ouganda	7
Swaziland	3
Kenya	4
Nigeria	2
Mali	3
Malawi	2
Ghana	2
Gambie	6
Guinée équatoriale	7
Djibouti	2
Côte d'Ivoire	3
Cameroun	2
Burundi	3
Burkina Faso	2
Botswana	8
Bénin	3
Maurice	100 (2003)
Seychelles	68,8 (2003)
Chiffres de l'ONUSIDA (peuvent avoir changé)	

Prévention

23. Etant donné que l'existence d'un vaccin efficace contre l'infection par le VIH n'est toujours pas confirmée et qu'il n'y a pas de remède avéré contre le SIDA, la prévention est encore la méthode la plus sûre pour lutter contre la propagation de l'infection du VIH. Cependant le fait que de nouveaux cas d'infection se présentent chaque jour prouve que les stratégies pour la prévention sont toujours inefficaces et qu'il est nécessaire de les renforcer à tous les niveaux de la société. Ces stratégies doivent être harmonisées afin d'assurer l'accès à toutes les activités abordables de prévention dans une localité. A cet égard, l'information, l'éducation et la communication au sujet des interventions de prévention doivent être disponibles et accessibles, en particulier pour les adolescents et les enfants dont la majorité n'est pas encore infectée.

Recherche

24. Ce domaine est, en général, sous développé en Afrique et doit faire l'objet d'une urgente attention en particulier dans le domaine de la médecine traditionnelle qui est accessible et abordable.

Partenariat « Faire reculer le paludisme »

25. Le paludisme a toujours été et est encore un obstacle pour le développement socio-économique en Afrique. Selon les estimations de l'OMS, le coût du paludisme pour l'Afrique s'élève à environ 12 milliards de \$EU par an en PIB perdu même si la maladie pouvait être maîtrisée avec une partie de ce montant étant donnée qu'elle est évitable et facilement guérissable. Le paludisme est la première cause de mortalité de 20% des enfants de moins de cinq ans et constitue 10% de l'ensemble des maladies dominantes. Il représente 40% des dépenses publiques, 30 à 50% des malades hospitalisés et jusqu'à 50% des malades ambulatoires dans les zones de forte transmission du paludisme. Peut-être le plus grand risque du paludisme en Afrique est que la maladie entraîne la perte de la vie et de la productivité, empêche la scolarisation des enfants et le développement social à cause de l'absentéisme, de troubles neurologiques permanents et autres séquelles liées aux graves accès des maladies. En bref, le paludisme est à l'origine de plus de 270 millions d'accès aigus et de plus de 900.000 décès par an sur le continent (OMS). Le Partenariat « Faire reculer le paludisme » a été instauré en 1998 pour lutter contre le paludisme qui est en recrudescence.

26. Le Sommet d'Abuja sur le paludisme (2000) s'est engagé à prendre des mesures efficaces contre le paludisme afin d'améliorer la santé des populations. Les chefs d'Etat et de gouvernement ont décidé qu'au moins 60% des personnes menacées par le paludisme en particulier les femmes enceintes et les enfants de

moins de cinq ans bénéficient de la combinaison la plus appropriée des mesures de protection individuelle et collective telles que les moustiquaires imprégnées d'insecticide et autres matériels pour prévenir l'infection et la souffrance. A cette fin, les dirigeants africains se sont engagés à réduire ou supprimer les impôts et les droits de douanes sur les moustiquaires, les équipements, les insecticides, les médicaments antipaludiques et autres biens et services recommandés qui sont indispensables pour la stratégie de lutte contre le paludisme. A cet effet, seuls les pays suivants ont honoré leur engagement : **Bénin, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria,, Mali, Mozambique, Namibie, Nigeria, Sénégal, Soudan, Ouganda, Zambie et Zimbabwe. La Tanzanie a fait plus qu'honorer son engagement en étant le premier producteur de moustiquaires imprégnées et en occupant le premier rang dans la recherche sur le paludisme.**

27. Une approche intégrée impliquant de nombreux secteurs et les communautés pour éradiquer le vecteur (moustique), protéger les individus contre l'infection et instituer un traitement immédiat et approprié doit être adoptée. Ceci nécessite des systèmes de santé viables, le renforcement du pouvoir des communautés et des familles avec des connaissances et les moyens pour se soigner. L'environnement doit être également protégé car les changements qui se produisent dans l'écosystème provoquent la propagation du paludisme dans des zones où il n'existait pas. La même infrastructure doit être utilisée pour la lutte contre toutes ces maladies.

Tuberculose (TB)

28. Selon les estimations, l'Afrique a une prévalence de tuberculose de 384 cas pour 100.000 dans la population générale. Le VIH est le facteur de risque le plus courant de la réactivation de l'infection latente par la tuberculose pour activer la maladie. Ainsi les pays ayant une forte prévalence d'infection par le VIH, 20 à 50% de personnes infectées développeront finalement la tuberculose au cours de la maladie. Déjà, les pays gravement touchés par le VIH ont connu une forte augmentation des incidences de la tuberculose au cours de la dernière décennie. A cet égard, l'OMS, en collaboration avec les partenaires et les ministères de la santé des Etats membres a axé son action sur l'extension du traitement directement observé, courte période, (DOT) aux pays selon l'importance de la prévalence de la tuberculose et la dimension de la population :

- (i) **Pays mettant en œuvre la stratégie du traitement directement observé, courte période, dans le cas de moins de 10% de la population totale :**
Angola, Cameroun, République démocratique du Congo, Egypte, Erythrée, Ethiopie, Ghana, Mali, Mauritanie, Nigeria, Somalie, Afrique du Sud, Soudan et Zimbabwe.

- (ii) **Pays mettant en œuvre la stratégie du traitement directement observé, courte période, dans le cas de plus de 90% de la population totale :**
Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Tchad, Djibouti, Guinée, Kenya, Libye, Malawi, Maurice, Namibie, Rwanda, Sénégal, Tunisie, Ouganda et Tanzanie.
- (iii) **Pays ne mettant pas en œuvre la stratégie du traitement directement observé :**
Cap Vert, Comores, Guinée équatoriale, Gambie, Guinée Bissau, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mozambique, Niger, Seychelles, Sierra Leone, Togo et Zambie.

OBSERVATIONS GENERALES

(a) L'approche intégrée

29. Les domaines prioritaires énumérés dans le cadre de la mise en œuvre des politiques et stratégies en matière de VIH/SIDA s'appliquent également au paludisme, à la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes étant donné que ce sont les mêmes systèmes de santé pour la mise en œuvre des politiques connexes. Ces trois maladies étant les principales causes de morbidité et de mortalité en Afrique, doivent être traitées ensemble. S'il faut réaliser la renaissance de l'Afrique, davantage d'efforts doivent être déployés même si beaucoup a déjà été fait.

(b) Partenariat international contre le SIDA en Afrique (IPAA)

30. L'IPAA a été créé en 1999 par une coalition d'acteurs composée de gouvernements africains, de la société civile africaine et internationale, du système des Nations unies, de donateurs, de Fondations et du secteur privé. Son objectif était d'œuvrer ensemble pour parvenir à une vision, des buts et objectifs communs sur la base de principes acceptés d'un accord avec des étapes décisives. A cet égard, la Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes demande l'harmonisation des programmes et l'utilisation rationnelle des ressources par le biais de partenariats nationaux et internationaux. Ce faisant, l'IPAA ne doit pas être défini par « Nations contre institutions internationales ». Plutôt, le partenariat doit être élargi aux communautés dans chaque pays par la mise en œuvre d'un ensemble de stratégies comprises par toutes les parties prenantes. Dans ce contexte, le partenariat doit inclure une série d'interventions concernant les principales pandémies à savoir le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et autres maladies infectieuses connexes. La réalisation et la viabilité d'un tel partenariat doivent

constituer la base de la réforme des systèmes de santé des pays africains. Les nombreux acteurs ont été coordonnés grâce au principe déjà mentionné de : « Three Ones » c'est-à-dire un cadre d'action pour coordonner les partenaires, une autorité nationale du SIDA dotée d'un mandat multisectoriel de grande ampleur et un mécanisme de suivi et d'évaluation reconnu au niveau du pays.

(c) Questions essentielles

31. Les principales questions essentielles indiquées sont, entre autres :

- Modicité des ressources humaines et des capacités techniques ;
- Sous-développement des systèmes de santé ;
- Stigmatisation et discrimination ;
- Décentralisation et intensification ;
- Inégalité entre les sexes ;
- Pauvreté, conflits et famine ;
- Harmonisation de l'assistance des donateurs ;
- Coordination et développement des partenariats ;
- Concernant le suivi et l'établissement de rapports :
Insuffisance de communication entre la Commission de l'UA et les ministères de la santé ; le principal moyen de communication étant des ministères des affaires étrangères.

AIDS WATCH AFRICA (AWA)

32. Au niveau des Chefs d'Etat et de gouvernement, le suivi de la mise en œuvre est coordonné par AIDS/WATCH AFRICA (AWA) composé de huit (8) Chefs d'Etat, présidé par S.E. le Président Olusegun Obasanjo du Nigeria. A cet égard, on espère qu'un rapport d'activités sera présenté au Sommet. Dans la stratégie du NEPAD concernant la santé, il a été proposé que la composition de AWA soit élargie pour inclure davantage de membres des cinq régions du continent en particulier ceux ayant la plus forte prévalence de VIH/SIDA.

Recommandations

33. Les recommandations suivantes ont été faites par les Ministres de la Santé :

I. Au niveau des Etats membres :

- i. Renforcement des partenariats, élaboration de stratégies appropriées et coordination des programmes dans le cadre du principe « Three Ones » tel que proposé par ONUSIDA et les autres partenaires.
- ii. Davantage d'efforts doivent être déployés pour mobiliser des ressources nationales (supplémentaires) en vue de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme spécialement pour les médicaments essentiels. Le financement extérieur doit être sollicité comme une source supplémentaire.

- iii. Les propositions au Fonds mondial doivent être minutieusement formulées pour réduire les retards dans le traitement et les propositions faites par les organisations de la société civile doivent être traitées avec celles du gouvernement. Les fonds ainsi obtenus doivent être utilisés rationnellement, tel que prévu et être justifiés.
- iv. L'amélioration et la gestion des systèmes de santé doivent être la base de la promotion de la santé et de la lutte contre les maladies. A cet égard, l'adoption de l'approche intégrée pour la lutte contre les maladies a été soulignée étant donné que la même infrastructure, par exemple l'immunisation serait utilisée pour d'autres domaines.
- v. Même si les médicaments spécialement les anti-retroviraux étaient disponibles, les pays devraient prévoir des approvisionnements durables ou l'achat, par exemple, à l'expiration de la stratégie de l'OMS « 3 d'ici 5 » ou d'autres initiatives.
- vi. La prévention et le rôle crucial de la nutrition ont toujours été indispensables dans la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et par conséquent, ils doivent faire l'objet de l'attention voulue. A cet égard, il est nécessaire de renforcer les moyens d'information, d'éducation et de communication.
- vii. La recherche notamment dans le domaine de la médecine traditionnelle doit être encouragée.
- viii. Les pays sont exhortés à respecter les droits de l'homme des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA et à lutter contre la stigmatisation et la discrimination.
- ix. La communication et la coordination avec les autres ministères doivent être encouragées.

II. Au niveau des Communautés économiques régionales (CER) :

- ii. La coopération et l'intégration régionales doivent être encouragées spécialement en ce qui concerne l'accès aux médicaments essentiels et à la recherche.
- iii. Des centres d'excellence régionaux doivent être créés.
- iv. Les CER doivent être encouragées à travailler avec la Commission de l'UA.

III. Au niveau de la Commission de l'UA :

- i. Les programmes de la Commission de l'UA doivent porter essentiellement sur la qualité de la vie des personnes et la sensibilisation des dirigeants africains à cet aspect de la question.
- ii. Tout en suivant la voie normale de communication par le biais des ministères des affaires étrangères, le Commissaire chargé des Affaires sociales doit établir une liaison directe avec les ministères de la santé. Des organes de liaison doivent également être identifiés dans les ministères pour accélérer le contact.

- iii. La Commission de l'UA doit veiller à ce qu'un rapport d'activité détaillé soit préparé sur la mise en œuvre des Déclarations sous forme de tableau. Le projet doit être communiqué aux Etats membres pour recueillir leurs contributions.
- iv. La capacité de la Commission de l'UA doit être renforcée.
- v. L'interface entre la Commission de l'UA et l'OMS doit être renforcée avec la participation active aux réunions de prise de décisions de l'OMS – Afrique.
- vi. La Commission de l'UA doit revoir les anciennes Déclarations et Décisions, évaluer l'état d'avancement de leur mise en œuvre et proposer une meilleure voie à suivre.

IV. Au niveau de la communauté internationale :

- i. Mobiliser des ressources supplémentaires sur une base durable pour appuyer le Fonds mondial et les programmes nationaux.
- ii. Fournir l'assistance et les conseils techniques à tous les pays, notamment ceux qui ne nécessitent pas d'assistance financière.
- iii. Appuyer la stratégie « 3 d'ici 5 » de l'OMS pour promouvoir l'accès aux anti-retroviraux.
- iv. Les acteurs de la communauté internationale doivent veiller à satisfaire les besoins des pays plutôt que de venir avec des programmes déjà élaborés inappropriés ; ils doivent également harmoniser et coordonner leurs activités.
- v. Le Fonds mondial doit simplifier la procédure d'octroi aux pays des fonds qu'il coordonne.

La Déclaration des Ministres africains de la Santé est jointe en annexe au présent rapport.

EX. CL/123 (V)
Annexe

**DECLARATION DES MINISTRES DE LA SANTE DE L'UNION AFRICAINE A
L'OCCASION DE LEUR SESSION EXTRAORDINAIRE**

14 – 15 MAI 2004

GENEVE (SUISSE)

Déclaration des Ministres de la santé de l'Union africaine à l'occasion de leur session extraordinaire 14-15 mai 2004, Genève –Suisse.

Nous, Ministres de la santé de l'Union africaine, réunis à Genève à l'occasion de la session extraordinaire, organisée en partenariat avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose, le paludisme et l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI) ;

Rappelant la Déclaration et le Plan d'action d'Abuja sur « Faire reculer le paludisme de 2000, la Déclaration et le Plan d'action d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes de 2001, la Déclaration de Maputo sur le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses de 2003, la Décision de Maputo sur l'éradication de la polio de 2003, la stratégie de l'UA/NEPAD sur la santé et les objectifs de développement du Millénaire ;

Considérant les défis que pose la mise en œuvre de ces Déclarations et Décisions, les questions cruciales dans la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et autres maladies infectieuses connexes, les progrès réalisés dans l'immunisation en Afrique, l'accès aux médicaments essentiels et aux consommables pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, les systèmes de santé en Afrique, les partenariats dans le secteur de la santé, l'appropriation et la viabilité des initiatives dans la santé publique ;

Se félicitant de l'appui de tous nos partenaires à la mise en œuvre de nos programmes de santé ;

Conscients de l'importance de l'accélération de la mise en œuvre et du suivi effectif de ces Déclarations et Décisions ;

Par la présente, décidons de :

1. Mobiliser la volonté et l'engagement politiques à tous les niveaux et faciliter une meilleure participation des communautés et de la société civile aux efforts en vue de relever les défis de la santé en Afrique au 21^{ème} siècle.
2. Assure l'appropriation et le leadership des initiatives et des programmes de santé au niveau national et encourager chaque pays à mettre en place une stratégie nationale, un organe de

coordination et un cadre de suivi pour toutes les initiatives en vue de lutter contre VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et autres maladies infectieuses connexes.

3. Améliorer la communication et la coordination entre les ministères concernés, le secteur privé, la société civile et les partenaires de développement internationaux.
4. Mobiliser davantage de ressources au niveau local pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et autres maladies infectieuses connexes, notamment pour les vaccins et l'immunisation et en particulier pour réaliser l'objectif d'allouer au moins 15% de nos budgets nationaux au secteur de la santé, tel que fixé au Sommet d'Abuja des Chefs d'Etat et de gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine en 2001.
5. Exhorter tous les Etats membres de l'Union africaine à contribuer financièrement au Fonds mondial pour démontrer la solidarité et la responsabilité commune énoncées dans l'appel lancé par les Chefs d'Etat et de gouvernement de l'Union africaine dans la Déclaration de Maputo.
6. Mettre en place des mécanismes pour assurer la viabilité des initiatives mondiales en matière de santé dans la région Afrique allant au-delà des échéances fixées, en particulier l'Initiative « 3 d'ici 5 » au-delà de 2005.
7. Accélérer le renforcement des systèmes de santé afin d'améliorer l'accès aux services de santé en accordant une attention particulière :
 - A l'amélioration de l'information, de l'éducation et de la communication à tous les niveaux, dans le cadre de la mise en œuvre des stratégies de santé ;
 - A la promotion des politiques et stratégies appropriées pour former, motiver et retenir les ressources humaines et encourager leur déplacement dans les zones rurales.
 - Au développement et à l'entretien de l'infrastructure spécialement, la capacité technique dans les services de santé, en particulier les laboratoires.
 - Au renforcement des capacités dans les activités de recherche.
 - A l'utilisation des services existants pour améliorer la fourniture et l'accès aux moustiquaires imprégnées ainsi que

la pulvérisation à effet rémanent des insecticides à l'intérieur.

- A la réalisation des objectifs d'éradication de la polio.
 - Au renforcement et à l'amélioration des capacités pour mieux faire face aux défis de la santé.
8. Renforcer les programmes de santé pour la lutte contre les maladies non transmissibles et mettre l'accent sur les programmes concernant la santé maternelle et infantile, la promotion de la santé, la nutrition et l'alphabétisation dans le domaine de la santé.
 9. Renforcer et utiliser les capacités de l'Afrique dans la biotechnologie pour produire des médicaments et des vaccins aux niveaux national et sous-régional.
 10. Engager un dialogue plus actif avec les sociétés pharmaceutiques pour assurer un accès universel et équitable aux médicaments de qualité abordables (notamment les médicaments) et aux vaccins.
 11. Mobiliser des ressources appropriées pour intensifier la recherche et élargir l'utilisation de la médecine traditionnelle conformément aux objectifs de la Décennie pour la médecine traditionnelle africaine (2001 – 2010).

Par la présente, demandons :

1. A la Commission de l'Union africaine de :

- Améliorer la communication et la coordination avec les ministres de la santé.
- Assurer le suivi et l'évaluation efficaces, en temps voulu, de ces Déclarations et Décisions et faire rapport sur leur mise en œuvre.
- Renforcer ses capacités pour exécuter avec efficacité son mandat concernant la santé.
- Collaborer avec les Bureaux régionaux de l'OMS pour l'Afrique et la Méditerranée orientale et les Communautés économiques régionales de l'Union africaine dans l'harmonisation de la mise en œuvre des initiatives en matière de santé.
- Participer aux grandes réunions où d'importantes questions de santé sont examinées et où des décisions sont prises.

2. Aux donateurs extérieurs de fournir un financement accru et durable pour l'amélioration des systèmes de santé en général et pour les activités prioritaires dans le domaine de la santé en particulier par le biais de mécanismes tels que Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation et par l'intermédiaire d'opportunités de financement du développement tels que le mécanisme international de financement proposé et le Fonds européen de développement (FED).
3. Aux institutions multilatérales et bilatérales d'harmoniser et de coordonner leurs activités et également de nationaliser leurs procédures pour améliorer l'accès aux ressources et faciliter leur utilisation.
4. Au bureau de la Conférence des Ministres de la Santé d'assurer le suivi de la mise en œuvre de ces Déclarations et Décisions, en collaboration avec la Commission de l'Union africaine et de faire rapport à la prochaine réunion.

2004

Progress report on the implementation of the Maputo declaration on malaria, HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious disease (Orid)

African Union

African Union

<http://archives.au.int/handle/123456789/4399>

Downloaded from African Union Common Repository