AFRICAN UNION		UNION AFRICAINE
الاتحاد الأفريقي		UNIÃO AFRICANA
Addis Ababa, ETHIOPIA	P. O. Box 3243	Telephone: 517 700 Fax: 517844

CONSEIL EXECUTIF
Cinquième session ordinaire
25 juin – 3 juillet 2004
Addis-Abeba (ETHIOPIE) **EX.CL/116 (V)**

RAPPORT DE LA REUNION SPECIALE DES MINISTRES AFRICIANS DE LA SANTE TENUE DU 14 AU 15 MAI 2004

RAPPORT DE LA REUNION SPECIALE DES MINISTRES AFRICIANS DE LA SANTE TENUE DU 14 AU 15 MAI 2004

INTRODUCTION

La Session spéciale de la Conférence des ministres de la santé africains s'est tenue à l'Hôtel Ramada Park, à Genève, en Suisse, du 14 au 15 mai 2004. Son objectif principal était d'examiner les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration de Maputo de 2003 sur le VIH/SIDA, la malaria, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses apparentées (AMIA), ainsi que les autres engagements des Chefs d'Etat et de gouvernement. La Déclaration de Maputo a réaffirmé la Déclaration et le Plan d'action (PA) d'Abuja pour la réduction des effets de la malaria et la Déclaration d'Abuja de 2001 ainsi que le Plan d'action sur le VIH/SIDA, la TB et les AMIA. La réunion a été convoquée par le ministre de la santé du Mozambique au titre de président en exercice de la Commission de l 'Union africaine, et par le ministre de la santé de la Jamahiriya arabe Libyenne au titre de président en exercice de la Conférence de l'U.A. des ministres de la santé africains et de la Commission de l'Union africaine ; avec le soutien et la collaboration de l'OMS/AFRO, du Fonds global de lutte contre le SIDA, la TB et la malaria (FGSTM) et l'Alliance globale sur les vaccins et l'immunisation (AGVI). L'ONUSIDA et l'UNICEF ont également fourni une contribution technique.

La réunion a été opportune et utile, en ce sens que les connaissances et les expériences ont été partagées et que des recommandations pertinentes ont été faites en faveur d'une mise en œuvre du combat des grandes causes de morbidité et de mortalité en Afrique.

PARTICIPATION

Des délégations de 34 Etats membres de l'U.A. avec 17 ministres et un assistant-ministre ont participé à la réunion : 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, Ile Maurice, Mozambique, Nigeria, Rwanda, Seychelles, Sierra Léone, Afrique du Sud, Tanzanie, Tunisie, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.

Les neuf agences spécialisées des N.U. et organisations internationales suivantes ont également participé à la réunion du Secrétariat régional pour la santé et la communauté du Commonwealth pour l'Est, le Centre et l'Afrique australe (SRSCC-ECAU) ; l'Organisation mondiale pour la santé ; le Secrétariat pour le partenariat pour la réduction des effets de la malaria ; l'UNICEF ; l'ONUSIDA ; le Fonds global pour le combat contre le SIDA, la tuberculose et la malaria (FGSTM) ; le Fonds pour la vaccination ; l'Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation (AGVI) et la Commission de l'Union Africaine.

CEREMONIE D'OUVERTURE

La cérémonie d'ouverture a été présidée par l'Hon. M. Habib Ismael Tamer, ministre de la santé de la Jamahiriya arabe Libyenne en tant que président en exercice de la Conférence de l'U.A. des ministres de la santé africains. Il a d'abord expliqué le rôle que son pays avait joué dans la création de l'U.A. Après de brèves remarques introductives, un aperçu des défis auxquels est

confrontée l'Afrique et les objectifs de la réunion, il a souhaité que la réunion soit un succès. Il a alors appelé les personnalités suivantes à participer à la réunion :

(I) Le représentant de l'avocate Bience P. Gawanas, Commissaire pour les Affaires sociales de la Commission de l'Union africaine ;
(II) Dr Richard Faechem, Directeur Exécutif du FGSTM ;
(III) Dr Tore Godal, Secrétaire Exécutif de l'AGVI ;
(IV) Dr Lee Jong-Wook, Directeur général de l'OMS ;
(V) Hon. Dr Francisco Songane, ministre de la santé du Mozambique au titre de président en exercice de la Commission de l'Union africaine.

Leurs présentations ont mis l'accent sur les défis à multiples facettes auxquels l'Afrique se trouve confrontée, en particulier le fardeau croissant du VIH/SIDA, de la malaria, de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses apparentées ainsi que l'éradication de la polio en 2005. Ils ont également abordé et rendu hommage aux pas franchis dans la lutte contre ces problèmes, qui se révèlent néanmoins toujours insuffisants, et ils ont recommandé d'aller de l'avant. Celles qui ont été soumises par écrit sont jointes.

ADOPTION DE L'AGENDA

L'agenda a été adopté comme suit.

BUREAU DE LA REUNION

Le Bureau de la 1ère Session de la Conférence des ministres de la santé africains qui s'est tenu à Tripoli, en Libye, en avril 2004, a été maintenu à ceci près que le Ghana, rapporteur non disponible, a été remplacé par le Nigeria :

Présidence :	Libye	(Afrique du Nord)
1er vice-président :	Mozambique	(Afrique australe)
2ème vice-Président :	Soudan	(Afrique de l'Est)
3ème vice-président :	Tchad	(Afrique centrale)
Rapporteur :	Nigeria représentant Ghana	(Afrique de l'Ouest)

RESUME DES MINUTES TECHNIQUES

Point n°2 de l'agenda : Mise en œuvre de la Déclaration de Maputo sur la malaria, le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses apparentées.

La Session a été présidée par Hon. Dr F. Songane, ministre de la santé du Mozambique.

a) - Progrès dans la mise en œuvre de la Déclaration de Maputo sur la malaria, le VIH/SIDA, la TB et les AMIA.

La présentation a été faite par le représentant de la Commission de l'Union africaine qui a rappelé que la Déclaration avait été adoptée lors de la Conférence des chefs d'Etat et de gouvernement de Maputo en juillet 2003. Cette déclaration a non seulement réaffirmé les Déclarations et Plan d'Action (PA) d'Abuja de 2000 et 2001 pour la réduction des effets de la

malaria, du VIH/SIDA, de la TB et des autres maladies infectieuses apparentées (AMIA) respectivement, mais a également incorporé les nouveaux développements tels que le Programme du NEPAD et le Fonds Global pour la lutte contre le SIDA, la TB et la malaria (FGSTM). Elle a noté que même beaucoup avait été fait en faveur de la mise en œuvre, plus encore restait à faire. Elle a attiré à l'attention de la Réunion les douze domaines de priorité du Plan d'Abuja et de son Mécanisme pour le suivi de la mise en œuvre de 2001.

Le représentant de l'UA a expliqué qu'en dépit de l'adoption finale des déclarations ou de l'approbation des décisions prises par les chefs d'Etat, guidés par le Conseil Exécutif (des ministres des Affaires étrangères) ; la mise en œuvre des engagements devrait être ou est dirigée par les ministres sectoriels. De plus, le réseau de communication entre la Commission de l'UA et les Etats membres était le ministre des Affaires étrangères. Cependant, dans de nombreuses instances la communication entre la Commission de l'U.A. et les ministères sectoriels tendait à être limitée, et cela constituait un défi pour le contrôle de la mise en œuvre des engagements des secteurs concernés. Elle a invité les délégués à partager l'information sur l'action prise pour mettre en œuvres les dits engagements. Les rapports des Etats membres respectifs auraient été compilés dans un rapport et soumis à la prochaine Conférence des chefs d'Etat.

b) – Aspects critiques de la lutte contre le SIDA, la TB et la malaria.

Le sujet avait été présenté par le Dr Richard Feacham, le Directeur Exécutif du Fonds global. Il a déclaré que de réels progrès avaient été faits dans la lutte contre le SIDA, la TB et la malaria, et cela même si le plus gros restait à faire. Il a résumé l'approche du Fonds global à sa mission avec le dicton : « Collecte le, dépense le et rends en compte ».

Sous l'expression « collecte le », 5,5 milliards de $ US ont été mobilisés jusqu'ici par le Fonds, à partir de rien il y a trois ans. Cela était une bonne nouvelle, mais les besoins en ressources pour 2005 s'élevaient à 3,6 milliards de $ US. Au-delà de cette année-là, il était essentiel que les ressources liées à la lutte contre le VIH/SIDA atteignent un niveau de 15 milliards de $ US par an en 2007. Le besoin se fait encore plus sentir au regard de 3 des 5 initiatives de l'O.M.S., visant à placer au moins 3 millions de personnes des pays en voie de développement sous traitement du VIH/SIDA en 2005. Pour atteindre des niveaux de ressources adéquats, le FGSTM avait besoins :

- d'une plus grande générosité de la part des donateurs existants ;
- de nouveaux donateurs, y compris des pays africains qui n'ont pas encore apporté de contributions au Fonds Global, et cela dans un esprit de solidarité ;
- des ressources plus importantes en provenance du Fonds de développement européen pour soutenir les programmes du FGSTM dans les pays africains ;
- la facilité de finance internationale proposée, une proposition faite par le gouvernement du Royaume Uni pour doubler les flux d'aide au développement à destination des pays en voie de développement dans les 15 prochaines années afin d'atteindre les objectifs du millénaire.

Sous l'expression « dépense le », il restait le défi de la coordination des donateurs, accélérant la mise en œuvre des programmes du FGSTM au niveau des pays, et une plus grande prise en compte dans ce processus de la société civile ainsi que des organisations fondées sur la foi. Une mise en œuvre lente affaiblira la capacité du FGSTM à mobiliser de nouvelles ressources pour soutenir les pays en voie de développement. Sous l'expression « rends en compte », l'évaluation effective des programmes en Afrique était essentielle et les histoires à succès ont communiqué globalement.

c) - Défis clef du contrôle du VIH/SIDA, à la TB et à la malaria.

Le Directeur d'ONUSIDA pour l'Afrique, le Dr Meskerem Grunitzky-Bekele, a abordé cette question. Elle a déclaré que le principal défi consistait à pallier au manque de capacité institutionnelle et humaine auquel beaucoup de gouvernements sont confrontés. Il était, cependant, nécessaire d'élargir la vision relative à la manière d'appréhender une capacité de développement durable sur le long terme, combinée avec des mesures vitales à court terme telles que la préservation de la capacité existante, en gardant les gens en vie. Elle a souligné l'exemple du Brésil où la thérapie antirétrovirale a réduit la mortalité de 80%. Entre autres réponses immédiates, elle a noté l'utilisation des ressources humaines existantes et le renforcement de la capacité des ressources supplémentaires au sein de la communauté, y compris les gens vivant avec le VIH/SIDA.

Le directeur d'ONUSIDA a indiqué que le nombre et le soutien des partenaires s'étaient accrus. Bien que cela ait eu de nombreux bénéfices, cela apportait de nouveaux défis à relever : des cycles de planning variables ; de nouvelles priorités et différents mécanismes de coordination ou de réseaux de fonds. Elle a souligné le besoin pour les donateurs de s'harmoniser de manière formelle et de travailler ensemble sous la direction du gouvernement, sous le principe des « trois un » : un cadre d'action national du SIDA, une autorité nationale du SIDA ainsi qu'un système d'évaluation et de contrôle étatique. La famille ONUSIDA s'est engagée à soutenir les gouvernements à cet égard. De plus, des ressources supplémentaires devraient être mobilisées pour compléter celles déjà investies dans le développement. Elle a conclu en rappelant la nécessité de lutter contre la pauvreté et de promouvoir le respect des droits de l'Homme afin de réduire l'impact du VIH/SIDA sur ceux infectés. On a instamment demandé aux Etats membres d'utiliser l'infrastructure pour l'immunisation d'une manière intégrée afin de renforcer la capacité des systèmes de santé.

Lors de la session interactive qui a suivi, on a demandé aux acteurs concernés de partager leurs efforts et leurs expériences ainsi que de faire des propositions constructives pour une mise en œuvre plus effective. On a rappelé que le défi était immense et appelait à une meilleure direction à tous les niveaux pour mobiliser la société dans son ensemble, pour promouvoir l'accès aux services ainsi que la coordination des programmes et des activités afin de contrôler ces maladies. Tout en promouvant l'accès aux antirétroviraux, la stratégie « 3 par 5 » de l'O.MS. et la PEPFAR ont été bien accueillis. On a également souligné la nécessité de développer et de maintenir des plans. En dépit de l'importance des efforts, on a mis l'accent sur l'importance de la prévention et le rôle central de la nutrition. En raison du contrôle du VIH/SIDA et du fait que la TB et la malaria sont des questions qui s'entremêlent, on a souligné que cela devrait être appréhendé dans le cadre de l'éradication de la pauvreté et des stratégies de développement socio-économique. Les pays ont été encouragés à entreprendre eux-mêmes des programmes plutôt que de recevoir des programmes tout faits par les donateurs.

Quelques délégations ont rappelé que, bien que le VIH/SIDA ait mérité de gros efforts, il était important de toujours se concentrer sur la prévention et le traitement de la malaria. On a rappelé aux délégués de garder à l'esprit les autres engagements connexes adoptés aux niveaux régionaux, comme la stratégie sur le VIH/SIDA. L'importance de la coordination et de l'harmonisation des déclarations et des programmes a été sans cesse mises en exergue alors qu'il y avait beaucoup d'acteurs internes et externes. L'ONUSIDA, l'OMS et le FGSTM ont offert leur soutien sur ce point.

Afin d'améliorer la suivi et le contrôle des recommandations de la Conférence des ministres de la santé par la Commission de l'UA, on a proposé l'établissement d'un mécanisme (ou un comité de coordination). Bien que le contact direct de la Commission de l'UA avec les Etats membres soit le ministère des Affaires étrangères, on a conseillé de contacter également les ministères sectoriels directement concernés pour les questions importantes ou urgentes. On a également prié les Etats membres de faire part de leurs impressions sur la mise en œuvre se trouvant, après tout, à ce niveau. On a rappelé à l'UA qu'il fallait qu'elle joue son rôle de direction de manière plus effective. On a rappelé au Fonds global de lutte contre le SIDA, la TB et la malaria (FGSTM) de simplifier le processus de propositions écrites relatives à l'accès aux fonds qui est actuellement long et compliqué. On a également demandé instamment un examen plus favorable des propositions faites par la société civile. On a mis en valeur le rôle de direction des gouvernements dans le mécanisme de coordination entre pays (MCP).

On a apprécié et noté les propositions. Les recommandations suivantes ont finalement été formulées :

(i) – une table ou une matrice sur le statut de la mise en œuvre des déclarations devant être préparée par la Commission de l'UA et soumise à la conférence des chefs d'Etat ;
(ii) – le devoir pour le commissaire aux Affaires sociales de l'UA de se mettre directement en contact avec les ministres de la santé tout en maintenant le contact avec les Affaires étrangères ;
(iii) – le rôle de coordination et l'intégration des Communautés économiques régionales (CER) doit être renforcé et les CERs doivent être encouragées à travailler avec la Commission de l'UA ;
(iv) – l'interface entre l'OMS-AFRO et la Commission de l'UA doit être renforcée, avec une participation de manière active de l'UA aux réunions de prise de décision des ministres de la santé AFRO ;
(v) – L'Afrique devrait correctement planifier et coordonner ses programmes de recherche de fonds et approcher les institutions financières avec une seule voix.

Point n°3 de l'agenda : immunisation

Cette session a été présidée par le représentant du ministre de la santé du Libéria, représentant lui-même le ministre de la santé du Nigeria.

a) – Les progrès de l'immunisation en Afrique, y compris l'éradication de la polio en 2005.

Le sujet a été présenté par le Dr Ebrahim Samba, directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, qui couvre 46 pays africains. Il a noté les progrès significatifs accomplis, durant les 10 dernières années, dans l'immunisation en général, et dans l'éradication de la polio en particulier, concernant le budget, le personnel et l'endémicité. Avec l'engagement de l'AGVI et des ministres de la santé, le nombre des pays endémiques pour la polio dans la région est passé de 31 à 2 en 2003, bien qu'elle ait été maintenant exportée vers 9 autres pays. Avec des efforts accélérés, on espère toujours que les défis qui prévalent seront relevés et que la cible de l'éradication sera atteinte en 2005.

La présentation a été faite par le responsable chargé de l'immunisation à l'OMS-AFRO. Il a rappelé qu'en 2002 les ministres de la santé avaient adopté la stratégie régionale 2001-2005 sur l'accélération du programme étendu sur l'immunisation (PEI). Une année plus tard, on a enregistré une augmentation de plus de 10% de la couverture d'immunisation alors que plus de 50% des pays ont introduit de nouveaux vaccins. Les rougeoles de mortalité avaient été réduites de 50% pendant que la mortalité due au tétanos a été éliminée dans certains pays. Parmi les priorités pour 2004-2005, il a noté une amélioration de la couverture d'immunisation dans les pays les plus peuplés, interrompant la transmission de la polio dans le pays où elle est toujours endémique, permettant des gains et investissant dans le contrôle de la rougeole et du tétanos, et assurant une viabilité financière grâce au soutien de partenaires tels que l'AGVI, le Fonds du Vaccin (FV) et d'autres donateurs. Il a demandé aux pays de déployer des efforts de manière urgente dans la mesure où la complaisance pourrait avoir des conséquences néfastes.

b) – AGVI : vers la fin dans les 5 ans. Les activités en cours et les priorités pour la prochaine phase

Le point a été mis sur l'agenda par le Dr Tore Godal, directeur Exécutif de l'Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation (AGVI). Il a expliqué que le but de l'AGVI consistait à immuniser chaque enfant partout et à sauver 3 millions de vies par an. Afin d'atteindre les objectifs de développement du millénaire (ODMs), il était nécessaire d'avoir accès à plus de vaccins, de sauver 3 millions d'autres enfants et, en même temps, d'améliorer les objectifs de l'éducation. A cet effet, l'Afrique était le bénéficiaire clef et avait la responsabilité d'assurer l'équité et d'augmenter la couverture de l'immunisation en atteignant le pauvre avec des services. Il a noté que certains pays faisaient bien et d'autres restaient en arrière. Il a conclu en soulignant la stratégie de regard vers l'avenir qui se concentre sur la viabilité financière, sur le traitement des obstacles, sur l'investissement relatif à la rougeole et aux nouveaux vaccins dans la mesure où ils deviennent disponibles.

La discussion qui suivant a été constructive. On a félicité l'AGVI et les autres partenaires pour leurs efforts et leur soutien. On a prié les pays de partager leur information ainsi que leurs expériences de manière plus fréquente. On a noté qu'alors les pays à hauts et moyens revenus pourraient ne pas demander une assistance financière, qu'ils avaient besoin d'une aide technique. On a également noté que les pays se trouvant dans des destinations conflictuelles demandaient plus de soutien dans la mesure où leurs programmes d'immunisation étaient fragiles. Les rapports par pays indiquaient généralement que la couverture de l'immunisation s'améliorait et les pays faisant face aux défis les plus importants, à cet égard, faisaient de leur mieux pour les remplir. Les pays dans lesquels la polio avait été interrompue ont indiqué qu'ils s'étaient engagés dans la certification, pendant que les autres dans lesquels elle était toujours endémique étaient déterminés à stopper la transmission. Les défis notés comprenaient des ressources humaines et financières limitées, assurant une surveillance et une interruption effective des livraisons de vaccins.

Le représentant de la Commission de l'UA a informé les participants que, comme cela avait été demandé par le Directeur général de l'OMS, le président avait largement distribué la Déclaration de Genève de janvier 2004 sur l'éradication de la polio et avait prié les Etats membres d'intensifier leurs efforts de mise en œuvre. La Session du Conseil exécutif de l'UA de mars 2004 avait également examiné cette question et avait produit une décision et un communiqué (distribués). Le Comité africain des experts sur les droits et le bien être de l'enfant avait également entrepris un travail de plaidoyer. De plus, le président de la Commission de l'UA se trouvait en

contact avec les chefs d'Etat des pays ayant les priorités les plus élevées, les encourageant à persévérer dans leurs efforts visant à éradiquer la polio en 2005.

On a pris note des préoccupations et des recommandations. L'AGVI et l'OMS ont assuré les Etats membres de leur soutien continu.

Point n°4 de l'agenda : Achat de médicaments génériques, de vaccins et d'outils de contrôle de la malaria ; et de la viabilité financière.

Cette Session a été présidée par l'Hon. Dr Kebede Tadesse, ministre éthiopien de la santé.

a) – Achat de médicaments génériques, de vaccins pour le VIH/SIDA et la TB ainsi que de moustiquaires pour la malaria.

Dans ses remarques introductives, l'Hon. Dr H. Mwinyi, ministre tanzanien de la santé, a partagé l'expérience de son pays en termes d'achat de médicaments génériques et de vaccins pour le VIH/SIDA et la TB aussi bien que les moustiquaires pour la malaria. Il a expliqué que le processus valait également pour les vaccins et les médicaments génériques. Il a mis l'accent sur le processus d'obtention en gros de vaccins par le biais de l'UNICEF et de l'AGVI. Les pharmacies gouvernementales étaient les principaux distributeurs des vaccins dans toutes les régions et dans tous les districts où ils étaient destinés à lé réfrigération. Les districts ont alors distribué les vaccins à tous les hôpitaux publics et privés.

Le ministre a ajouté que l'acquisition des médicaments génériques commence au niveau ministériel où la soumission encourage les entreprises compétentes à entrer en compétition pour la vente. L'entreprise gagnante fournit les médicaments et les soumet aux magasins gouvernementaux centraux. Cette dernière invite les hôpitaux publics, privés et ceux dirigés par les églises à acheter les médicaments. A une période donnée, le ministre de la santé avait présenté des kits de médicaments dans le district et dans les hôpitaux de la communauté. Malheureusement, cela s'est révélé infructueux et a été abandonné. Le ministre a mis l'accent sur le fait que les moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) étaient produits localement et donnés à toutes les cliniques soignant les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Un système de bons est utilisé pour faciliter la réduction des prix. Dans sa conclusion, il a informé les délégués que la Tanzanie était devenue un grand producteur de MIIs et que le pays serait ravi d'honorer les commandes pour d'autres pays africains.

b) – Viabilité financière. Perspectives du Ghana.

La présentation a été faite par un représentant de l'AGVI au nom du Ghana. On a noté que bien que l'auto-suffisance soit le but ultime, dans le terme le plus proche, la viabilité financière dépendait de la capacité d'un Etat à mobiliser et à utiliser les ressources internes et les ressources externes pour atteindre les résultats des niveaux d'immunisation ciblés dans le présent et pour l'avenir, en termes d'accès, d'utilisation, de qualité, de sécurité et d'équité. La vision stratégique pour 2002-2006 comprenait :

- réduire la pauvreté en liant le décalage inégal entre les programmes de santé pour améliorer leur accès ;
- utiliser une approche sectorielle destinée au développement de la santé ;
- améliorer la coordination du secteur de la santé et le renforcer ;

- assurer une allocation de plus de 45% au budget de la santé pour les activités du district.

Les pas clefs vers la viabilité financière comprennent : un accord avec les partenaires sur la direction stratégique et sur la demande en ressources ; des plans stratégiques en termes de coût ; une capacité à négocier avec les partenaires ; une transparence et des audits réguliers ; un accord sur la protection des domaines de priorité ; un forum avec les partenaires sur le contrôle et l'examen périodique d'un programme de travail. Les défis à la viabilité financière comprennent des ressources inadéquates, des priorités de santé en compétition, un accroissement du coût des soins et une baisse des ressources humaines. Les pays devraient planifier un accès indépendant de manière progressive lorsque le financement externe est terminé.

Lors des discussions, les délégués ont indiqué que les gens du Continent se heurtaient à un accès limité aux médicaments disponibles et que l'approvisionnement de tels médicaments est encore irrégulier. On a donné l'exemple du déclin de la livraison de médicaments pour la TB qui interrompt, de ce fait, la continuité du régime de traitement. On a recommandé que des centres d'excellence pour la fabrication des médicaments génériques soient identifiés ou établis, et que les commandes soient planifiées correctement. De plus, en dépit de la disponibilité de MIIs, la demande était très basse. On a souligné que cela était du au manque de sensibilisation au sein des communautés. Les délégués ont, alors, exprimé leur préoccupation selon laquelle en dépit de l'existence du FGSTM et d'autres sources de financement, les ARVS étaient toujours indisponibles pour la majorité des populations africaines. Cela était du au fait que les différentes agences avaient des critères d'accès aux fonds dans les mêmes Etats membres. On a recommandé que l'OMS prenne la direction de l'harmonisation des critères des donateurs pour l'accès au financement des soins.

Une autre préoccupation a été exprimée par les délégués selon laquelle il y avait une prolifération sur le marché de nouveaux produits de traitement du VIH/SIDA, de la malaria et de la TB qui leur échappait. Une partie du problème pourrait résider dans une direction inadéquate du suivi des tendances et des défis émergents. On a alors recommandé qu'il existe un mécanisme harmonisé par lequel les ministres de la santé puissent traiter avec les différentes initiatives externes.

Point n°5 de l'agenda : Obstacles et partenariat dans le secteur de la santé

Cette Session a été présidée par l'Hon. Professeur Mourad Redjimi, ministre algérien de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

a) – Obstacles dans le secteur de la santé

Les ministres furent invités à examiner les entraves au secteur de la santé et ils ont suggéré des activités ainsi que des interventions qui puissent créer une synergie afin de supprimer les entraves. On a examiné l'ensemble du point (5) qui suit.

b) – Renforcement du rôle des partenaires dans le secteur de la santé

La première présentation fut faite par M. Bo Svenson d'AGVI. Il a déclaré que l'AGVI avait commandé une étude d'accès définissant les 5 entraves à une amélioration des résultats comprenant : les résultats politiques et financiers ; l'infrastructure et l'équipement ; le contrôle et l'information ; la gestion et l'octroi de ressources humaines ; et la mobilisation sociale. Il a ajouté

qu'en dehors des 39 pays africains éligibles au Fonds des Vaccins, 3 rencontraient des problèmes mineurs, 24 se heurtaient à des obstacles mineurs, 12 se heurtaient à des obstacles multiples (des pays ayant abandonné les programmes) et les 2/3 des enfants immunisés se trouvaient dans des pays ayant abandonné les programmes. Les pays avaient également besoin d'analyser leurs propres plans d'actions et obstacles. Le plan de travail de l'AGVI avait commencé deux grands projets, à savoir des efforts visant à faire face à des entraves importantes et les efforts accrus de 7 pays à fort différentiel (y compris l'Ethiopie, la RDC et le Nigeria). Les consultations avec les pays avaient commencé et l'AGVI était prête à écouter et à encourager les échanges entre les pays.

Contribution des donateurs : ministre mozambicain de la santé

L'Hon. Dr F. Songane a informé la réunion de l'expérience du Mozambique dans les domaines de la coordination des donateurs. Le ministre de la santé et les partenaire extérieurs ont créé une équipe appelée le groupe de travail AS (approche sectorielle) pour accroître le développement d'une visions partagée afin d'assurer un mouvement dabs une direction commune. Il s'est fondé sur la coordination, la décision, la communication, l'engagement, le consensus, la confiance et le compromis temporel coordonnés, chaque partenaire ayant un rôle spécifique à jouer. L'équipe coordonne également la communication et les efforts avec les autres partenaires extérieurs par le biais d'un comité de coordination sectoriel. Le plan stratégique du secteur de la santé fournit un cadre d'intervention dans le secteur et se trouve placé à l'intérieur du cadre plus général de la stratégie de réduction de la pauvreté du Mozambique, et d'un plan économique et social. Il est rendu opérationnel par le biais de plans opérationnels annuels.

Les objectifs du plan comprennent : la spécification rôle des partenaires extérieurs et la permission d'échanges d'opinions ; le partage de l'information ; l'assurance d'une compréhension des objectifs, des priorités et des plans opérationnels ; un accord sur le système d'évaluation et de contrôle ; le développement d'une vision sectorielle concernant l'allocation des ressources et des mécanismes de financement afin d'assurer une utilisation efficace des ressources ; un accord sur l'harmonisation des politiques ; une discussion sur la mise en œuvre des PESS et sur la construction d'une capacité institutionnelle afin d'assurer que les mécanismes de financement, les systèmes de gestion et les systèmes d'évaluation soient basés sur des objectifs communs et partagés. Quelques uns des succès du plan de coordination actuel comprennent : des flux de fonds par le biais d'un fonds commun ; une profondeur et un élargissement de la participation signifiant que la plupart des participants clefs sont bien informés et impliqués ; un niveau de soutien élevé et un engagement au sein du ministère de la santé ; une implication régulière et engagée des partenaires extérieurs ; des échanges de vue et une harmonisation entre les départements des ministères de la santé et le groupe des partenaires extérieurs.

Il a, en conclusion, recommandé ce qui suit : le soutien des donateurs aux plans nationaux ; le soutien des donateurs à aller directement au ministère de la santé (MS) pour l'achat de médicaments, pour le suivi et le renforcement des systèmes internes de soumission ; la fourniture d'un soutien direct et indirect (par le biais d'un fonds commun) pour la formation, les ressources humaines, les matériaux, l'information, l'éducation et la communication (IEC) et des investissements ; enfin, les agences des donateurs de soutenir une réforme plus importante du secteur de la santé.

Partenariat pour la réduction des effets de la malaria : Vers les cibles d'Abuja et les objectifs de développement du millénaire.

Le Dr Awa Marie Coll-Seck, Secrétaire Exécutif du Secrétariat pour un partenariat REM, a déclaré qu'en réponse au fardeau croissant de la malaria, en partie lié à la résistance croissante au médicaments, le PNUD, l'UNICEF, la Banque mondiale et l'OMS avaient lancé le mouvement global pour la réduction des effets de la malaria. Les chefs d'Etat ont entrepris d'engager leurs gouvernements par le biais de la Déclaration d'Abuja de 2000 à faire d'ambitieux progrès en 2005 et à réduire de moitié la malaria associée au fardeau de la maladie en 2010. La réduction de la maladie constitue, par conséquent, une action essentielle si les objectifs de développement du millénaire concernant les maladies transmissibles, la santé infantile te maternelle aussi bien que l'environnement et le renforcement de la capacité. Elle a ajouté que les progrès accomplis par rapports aux objectifs définis n'étaient pas approfondis, mais pourraient être accélérés par l'utilisation des mécanismes de livraison existants. Les outils de contrôle de la malaria doivent être intégrés dans l'ensemble des services fournis lors des soins antérieurs à la naissance (SAN), des services de santé maternelle et infantile (SMI), des campagnes internationales de sensibilisation.

Elle a expliqué que le partenariat SMI développait des médicaments pour la malaria et la fourniture d'autres services pour encourager les pays à traiter, de manière significative, avec les efforts liés à l'augmentation du contrôle de la malaria au niveau national. Depuis 1998, les ressources globales disponibles pour le contrôle de la malaria ont quadruplées. Les chefs d'Etat avaient également engagé leurs gouvernements par le biais de la Déclaration d'Abuja à mobiliser des ressources internes supplémentaires pour la santé, i.e. 15% des budgets nationaux.

Le Fonds Global de Lutte contre le SIDA, la TB et la Malaria (FGSTM)

La présentation a été faite par le Dr Vinand Natulya, conseiller senior au FGSTM. Il a dit que les garanties du Fonds global peuvent permettre aux pays d'acheter des antirétroviraux à des pris négociés, et que le Fonds avait conscience que le processus d'accès aux fonds était long et compliqué, et que, par conséquent, il fallait être flexible. D'autre part, les pays devaient faire leurs devoirs correctement avant de postuler pour des fonds, lesquels devraient être utilisés de manière rationnelle. L'un des défis était, cependant, limité par la capacité d'absorption des pays. Il a expliqué que les partenariats du secteur de la santé devaient être développés et conduits par les gouvernements qui devaient être les pièces centrales. Dans ce partenariat, les gouvernements devraient diriger le processus et renforcer les autres fournisseurs de santé – le secteur prié, les ONGs, les organisations basées sur la communauté (OBCs) et les organisations basées sur le terrain (OBT). Engager tous les fournisseurs dans la planification des politiques et dans la mise en œuvre des programmes, et leur permettre de participer, mènerait à une utilisation rapide des ressources pour la santé et se trouverait en désaccord avec la vision selon laquelle les pays en voir de développement n'ont pas de capacité d'absorption. Le Fonds global continuerait à simplifier ses processus pour permettre des déboursements rapides et à simplifier les systèmes de rapport. La responsabilité des politiques et des processus des pays et la mobilisation des ressources pour la santé sont déterminantes pour un succès à long terme.

Dans le débat qui suit, on a rappelé au Fonds global de simplifier et de diminuer le processus et le déboursement des fonds pour remplir son mandat. A cet égard, les pays et les partenaires avaient un rôle à jouer. On a rappelé à l'Afrique d'appréhender la santé comme un

sujet relatif au développement, tout en conservant les êtres humains au centre de toutes les stratégies. On a indiqué que le premier obstacle dans le secteur de la santé était une direction politique défaillante, alors que d'autres incluaient un manque de direction technique et d'une communauté disposant d'un répondant. On a demandé instamment à l'Union africaine de placer la santé sur le front de ses programmes. La coordination des donateurs nécessite une approche sectorielle. Le mandat et l'agenda du NEPAD qui consistent en l'éradication de la pauvreté et en le développement socio-économique devraient être pris en considération ; à cet égard, la stratégie de santé et le Mécanisme de Révision entre Pairs Africains (MREPA) du NEPAD. Le rôle que les ONGs jouent dans la création d'emplois et dans la conduite des programmes a été accentué. On a demandé au Commissaire de l'UA pour les Affaires sociales d'avoir un dialogue avec l'OMS, le FGSTM, l'AGVI et d'autres partenaires afin de coordonner leur direction politique. On s'est accordé sur le fait que l'Afrique avait besoin de coordonner ses programmes et de promouvoir une bonne gouvernance avant d'approcher les partenaires.

Allocution par le Directeur Exécutif de l'UNICEF, Mme Carole Bellamy

Dans son allocution, Mme Bellamy a rappelé les quatre piliers de l'Assemblée Générale des Nations Unies, de la Session Spéciale sur les enfants : promouvoir la santé, promouvoir une éducation de la santé, contrôler le VIH/SIDA et lutter contre la violence et les abus sur les enfants. L'atteinte de ces objectifs nécessitait un engagement de la part de tous les dirigeants et une approche multisectorielle. Le Directeur Exécutif a aussi rappelé que la plupart des ODMs sont directement ou indirectement liés à la santé et aux enfants. Elle a insisté sur le fait que l'Afrique avait l'immense défi d'avoir les indicateurs de développement les plus bas, y compris les taux de mortalité infantile les plus élevés. Elle a souligné que les recommandations faites en faveur de systèmes de santé positifs pour les enfants afin de renverser cette tendance, basée sur les principes suivants :

- une multisectorialité comprenant des domaines tels que l'eau, l'hygiène et la fourniture d'une intervention à impact élevé ;
- synergistique pour éviter la compétition entre les maladies et les interventions avec la livraison d'un ensemble synergistique par le biais modes de fourniture de services complémentaires (soins de la famille et de la communauté, des soins cliniques) ;
- des résultats équilibrés conduits pour assurer les spécificités du pays et les spécificités locales.

Mme Bellamy a terminé son allocution par un fervent appel à d'intenses activités destinées à des changements de comportements chez les jeunes qui restent les plus touchés par le SIDA et dont on attend qu'ils changent leur comportement plus que les personnes plus âgées. L'UNICEF s'est engagée à travailler avec les gouvernements et les autres partenaires dans ce domaine, aussi bien que sur des initiatives telles que la stratégie « 3X5 » de l'OMS et la fourniture d'aide et de soins aux orphelins.

Point n°6 de l'agenda : Conclusion de la Session Spéciale

a) – Mise en œuvre des déclarations des chefs d'Etat

Le sujet a été présenté par le représentant de la Commission de l'Union africaine. Dans ses remarques, il a rappelé la nécessité de réviser les engagements passés avant d'en prendre d'autres. Il a énuméré les pas du projet d'une déclaration pertinente et des défis rencontrés dans le

processus. Cela était important pour obtenir les contributions de tous les participants et pour la propriété. Cela fournirait aussi un environnement propice à une mise en œuvre effective à tous les niveaux.

Pendant la discussion qui suit, plusieurs délégués ont fait des contributions utiles pour améliorer la mise en œuvre. Ils ont mis l'accent sur le fait qu'il était essentiel de partager les pratiques les meilleures, et que cela comprenait celles d'un mécanisme de contrôle. De plus, les considérations financières devraient être une préoccupation prioritaire aussi bien que les leçons apprises des programmes antérieurs. La plupart des délégués étaient concernés par la communication limitée entre le ministère de la santé et les autres ministères au niveau national, et entre le ministère de la santé et la Commission de l'Union africaine. Cela contribue au progrès lent dans le processus de mise en œuvre. Il a alors été suggéré que les résultats de cette Session soient institutionnalisés par la Commission de l'Union Africaine (CUA). Néanmoins, le représentant de a CUA a mis en garde les ministres pour les implications financières d'une telle initiative. Il a expliqué que la Session Spéciale était sponsorisée par l'AGVI et le FGSTM comme une aide ponctuelle. De ce fait, il ne serait pas possible de demander aux partenaires de financer les sessions spéciales sur une base régulière. Il a, ensuite, passé en revue l'histoire des Conférences statutaires des ministres de la santé africains depuis 1987 à Tripoli en avril 2003. Le représentant de la CUA a proposé que les ministres examinent cette question lors de leur session à Gaborone, au Botswana, en 2005.

Certains délégués ont souligné que les changements et les tendances des systèmes de santé nationale se mettaient en place et que, peut-être, de telles tendances n'avaient pas été communiquées à la CUA. Un tel vide dans la connaissance peut être du aux implications de la capacité à la fois aux niveaux de la CUA et aux niveaux nationaux. Il était, par conséquent, nécessaire que les ministres de la santé et la CUA travaillent ensemble pour remplir ce vide. A cet égard, l'Afrique du Sud a offert de seconder pour une courte période, deux responsables expérimentés en affaires sociales pour aider à la préparation des documents pour la prochaine Conférence.

Les recommandations suivantes ont finalement été faites sur la manière d'améliorer le processus de mise en œuvre :

- il était important de passer en revue toutes les déclarations et les décisions antérieures et d'évaluer l'état de mise en œuvre ;
- la CUA devrait se concentrer sur la qualité de vie de la population africaine et mobiliser les dirigeants africains pour comprendre cela pour la planification stratégique ;
- un cadre reliant les ministères de la santé et les autres secteurs apparentés à la CUA devrait être développé et le rôle des Communautés économiques régionales (CERS) devrait être clarifié. La CUA devrait assurer son application.
- il doit y avoir une communication directe entre la Commission de l'UA et les ministères de la santé avec copies de cette communication envoyées aux ministères des Affaires étrangères et de la coopération internationale ;
- les ministères de la santé devraient identifier des points focaux pour les différents aspects des stratégies de la santé. Par exemple, il devrait y avoir des points focaux pour le VIH/SIDA, la malaria, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses apparentées. Les points focaux devraient être communiqués à la CUA ;
- la CUA devrait développer un mécanisme à l'échelle continental de contrôle et d'évaluation de la mise en œuvre des déclarations, des décisions et des résolutions dans le secteur de la santé ;

- la CUA devrait développer un simple questionnaire de fond devant être envoyé directement aux ministres de la santé annuellement, demandant une information pertinente sur les différents aspects des stratégies de la santé. L'information devrait alors être utilisée pour préparer des rapports pour la Conférence ;
- le rôle des partenaires dans la mise en œuvre des déclarations devrait être clairement articulé à la fois aux niveaux de la CUA et des ministères de la santé.

Allocution par Mme Graça Machel, Vice-président du Fond pour le vaccin (FV)

Au cours d'un dîner offert par le président du Fond pour la vaccination le 14 mai 2004, son vice-président, Mme Graça Machel s'est adressée aux ministres et aux autres délégués. Elle les a d'abord accueillis et leur a demandé d'inlassables efforts pour promouvoir la santé des peuples africains. Elle a ensuite mis l'accent, dans son intervention, sur la nécessité urgente de protéger tous les enfants africains contre des maladies que l'on peut éviter par immunisation. Il y avait une bonne infrastructure des les Etats membres pour l'immunisation et cela pourrait être utilisé pour promouvoir les soins de première nécessité pour la santé de reproduction, en utilisant l'approche intégrée. Elle a conclu en demandant instamment aux gouvernements d'accorder à tous les enfants un départ dans la vie sain, et pour le continent de s'efforcer d'atteindre les cibles des objectifs de développement du millénaire.

Le projet de carbet de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatales en Afrique

Le Dr Ebrahim Samba, le directeur régional de l'OMS-AFRO, a donné une information sur ce document et un projet de déclaration y afférent qui avait été distribué plus tôt. Il a dit que cet exercice avait été entrepris parce que un certain nombre de jeunes femmes et de nouveaux nés continuent à mourir ou à être handicapés en raison de problèmes que l'on peut éviter lors de la reproduction. L'objectif du carnet de route était d'encourager les Etats membres à prendre des actions pour renverser cette tendance. L'OMS-AFRO, la Commission de l'UA et d'autres partenaires pertinents travailleraient pour finaliser la stratégie et l'ont fait adoptée par les chefs d'Etat et de gouvernement, et corrélativement mis en œuvre au niveau national. Les délégués étaient invités à soumettre leurs suggestions pour rendre le carnet de route plus englobant, si nécessaire.

b) – Examen et adoption de la Déclaration

Le projet de Déclaration fut présenté par le rapporteur de la Session, le directeur de la santé de la République fédérale du Nigeria, au nom de S.E. le ministre de la santé de ce pays. Le projet a alors été examiné après de longues et constructives contributions. La Déclaration a, ensuite, été adoptée telle qu'amendée (ci-jointe).

c) – Clôture

Le ministre de la santé de Jamahiriya arabe Libyenne, S.E. M. Habib Ismaël Tamar, a présidé la cérémonie de clôture. Il a exprimé sa reconnaissance de la fructueuse réunion et a remercié les partenaires qui avaient fourni une aide ainsi que la Commission de l'UA pour sa contribution. Il a rappelé aux ministres qu'ils avaient eu la responsabilité de travailler ensemble pour promouvoir le bien être des Africains. Il a conclu en insistant sur le fait que, bien que le défi soit immense, il pourrait être relevé parce que « Vouloir, c'est pouvoir ».

S.E. le Dr Francisco Songane, le ministre mozambicain de la santé représentant le président de l'Union africaine, a félicité tous les participants pour leur travail laborieux, lequel constituait la démonstration d'un engagement et avait contribué au succès de la réunion. Il a également remercié la Commission de l'UA et les partenaires qui avaient travaillé ensemble à l'organisation de cette réunion. Il a aussi remercié le Secrétariat conjoint qui avait préparé la Déclaration conjointe, le personnel de l'Hôtel Ramada Park et, enfin mais pas des moindres, les interprètes qui avaient **d**e manière volontaire travaillés bien au-delà des heures prévues.

Le président de la Session Spéciale a alors déclaré la réunion close.

Un communiqué de presse (ci-joint) sur la Session Spéciale des ministres de la santé de l'UA a, alors, été communiqué aux médias.

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي

UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone: 517 700 Fax: 517844

EX.CL/116 (V)
Annexe

DECLARATION DES MINISTRES DE LA SANTE DE L'UNION AFRICAINE REUNIS EN SESSION EXTRAORDINAIRE, A GENEVE, LES 14 ET 15 MAI 2004

DECLARATION DES MINISTRES DE LA SANTE DE L'UNION AFRICAINE A L'OCCASION DE LEUR SESSION EXTRAORDINAIRE, A GENEVE, LES 14 ET 15 MAI 2004

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

RAPPELANT la Déclaration et le Programme d'Action d'Abuja de 2000 pour l'initiative, faire reculer le paludisme, la Déclaration et le Plan d'action d'Abuja de 2001 sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes, la Déclaration de Maputo de 2003 sur le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes ainsi que la décision de Maputo de 2003 sur l'éradication de la poliomyélite, la stratégie 2003 de l'UA/ NEPAD en matière de santé et les objectifs de développement du Millénaire;

CONSIDERANT les défis de la mise en œuvre des déclarations et décisions susmentionnées, les questions cruciales liées à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et les autres maladies infectieuses connexes, les progrès accomplis dans le domaine de la vaccination en Afrique ; l'accès aux médicaments essentiels et autres contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, les systèmes de santé en Afrique, les partenariats dans le secteur de la santé, la maîtrise et la viabilité des initiatives dans le secteur de la santé publique ;

APPRECIANT le soutien de tous nos partenaires dans le domaine de la mise en œuvre de nos programmes de santé ;

CONSCIENTS du fait qu'il est important d'accélérer la mise en œuvre effective et le suivi des déclarations et décisions susindiquées

DECIDONS DE:

1. mobiliser l'engagement et le leadership politique à tous les niveaux et de faciliter une plus grande participation des communautés et de la société civile pour relever les défis en matière de santé auxquels est confrontée l'Afrique en ce 21ème siècle ;

2. assurer, au niveau national, le contrôle des initiatives et des programmes de santé et d'encourager chaque pays à mettre en place une stratégie, un organe de coordination et un cadre de suivi de toutes les initiatives de lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme et les autres maladies infectieuses connexes ;

3. améliorer la communication et la coordination entre les ministères concernés, le secteur privé, la société civile et les partenaires internationaux de développement ;

4. mobiliser davantage de ressources nationales pour lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et les autres maladies infectieuses connexes, y compris les vaccins et la vaccination, et en particulier pour réaliser l'objectif d'allouer 15 % de nos budgets nationaux au secteur de la santé, conformément à la Décision de la Conférence 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 aux ressources du Fonds mondial, afin de démontrer leur solidarité et leurs responsabilités partagées, conformément à l'appel lancé par les chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union africaine, dans la Déclaration de Maputo ;

6. créer des mécanismes qui garantissent la viabilité des initiatives mondiales en matière de santé en Afrique, qui vont au-delà des dates initialement prévues, en particulier au-delà de 2005 pour l'initiative «3 par 5»;

7. accélérer le renforcement des systèmes de santé, afin d'améliorer l'accès aux services de santé, en accordant une attention particulière à :

- l'amélioration de l'information, de l'éducation et de la communication à tous les niveaux dans la mise en œuvre des stratégies en matière de santé ;
- la promotion de politique et de stratégie appropriées pour former, motiver et retenir les ressources humaines et assurer d'avantage leur déploiement dans les zones rurales ;
- le développement et l'entretien des infrastructures , en particulier la capacité technique des unités de santé, notamment les laboratoires ;
- le renforcement des capacités en matière de recherche ;
- l'utilisation des services existants pour améliorer la distribution et l'accès aux moustiquaires imprégnées ainsi que la pulvérisation d'insecticides dans les maisons;
- la réalisation des objectifs d'éradication de la Polio ;
- le renforcement et l'amélioration des capacités à relever plus efficacement les défis de la santé.

8. renforcer les programmes de santé dans la lutte contre les maladies non transmissibles, et privilégier les programmes liés à la santé maternelle et infantile, à la promotion de la santé, à la nutrition et à l'éducation en matière de santé ;

9. renforcer et utiliser la capacité de l'Afrique dans la biotechnologie pour fabriquer des médicaments et des vaccins aux niveaux national et sous régional ;

10. engager un dialogue plus actif avec les compagnies pharmaceutiques, afin de garantir un accès universel et équitable aux vaccins et aux médicaments de qualité à des prix abordables (y compris les génériques) ;

11. mobiliser des ressources adéquates pour développer davantage la recherche et l'utilisation de la médecine traditionnelle, conformément à la Décennie de la médecine traditionnelle africaine (2001-2010).

DEMANDONS :

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

- améliorer la communication et la coordination entre les ministères de la santé ;
- assurer, effectivement et à temps, le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports sur la mise en œuvre des Déclarations et décisions ;
- renforcer sa capacité à exécuter efficacement son mandat dans le domaine de la santé ;
- collaborer avec les Bureaux régionaux de l'OMS pour l'Afrique et la Méditerranée orientale, ainsi qu'avec 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 conférences où d'importantes questions de santé sont examinées et des décisions prises.

2. aux bailleurs de fonds extérieurs de fournir des ressources financières accrues et durables, pour améliorer le système de santé en général et les interventions prioritaires en matière de santé, en particulier par le biais de mécanismes, comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM), l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), et au moyen d'autres sources de financement telles que le Fonds international de financement envisagé et le Fonds européen de développement (FED).

3. aux agences multilatérales et bilatérales d'harmoniser et coordonner leurs activités et de simplifier également leurs procédures en vue d'améliorer l'accès aux ressources, et leur utilisation judicieuse.

4. au Bureau de la Conférence des ministres de la santé d'assurer le suivi de la mise en œuvre de ces décisions, en collaboration avec la Commission de l'Union africaine et de faire rapport à la prochaine réunion.

AFRICAN UNION UNION AFRICAINE

African Union Common Repository **http://archives.au.int**

Organs Council of Ministers & Executive Council Collection

2004

Report of the special meeting of African ministers of health held in Geneva on 14 and 15 May 2004

African Union

African Union

http://archives.au.int/handle/123456789/4392

Downloaded from African Union Common Repository