AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي

UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ÉTHIOPIE P. O. Box 3243 Téléphone 5517 700 Câbles: OAU, ADDIS ABABA

CONSEIL EXECUTIF
Onzième session ordinaire
25 – 29 juin 2007
Accra (Ghana) **EX.CL/354 (XI)**

RAPPORT DE LTROISIEME SESSION ORDINAIRE DE LA CONFERENCE DE L'UNION AFRICAINE DES MINISTRES AFRICAINS DE LA SANTE 9-13 AVRIL 2007 JOHANNESBOURG (AFRIQUE DU SUD)

ANNEXES

Annexe I: Déclaration de Johannesbourg à l'issue de la troisième session ordinaire de la Conférence des ministres de la santé

Annexe II : Stratégie pour la santé en Afrique : 2007 - 2015

Annexe III : Plan de production pharmaceutique pour l'Afrique

Annexe IV : Plan d'action pour la prévention de la violence en Afrique

Annexe V : Projet de mécanisme de suivi et d'établissement des rapports sur les engagements d'Abuja de 2006 concernant les services de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme (2007-2010)

Résumé directif

1. La troisième session de la Conférence des Ministres de la santé de l'UA (CAMH3) s'est tenue du 9 au 13 avril 2007 à Johannesbourg (Afrique du Sud). La Conférence avait pour thème : ***« Le renforcement des systèmes de santé pour l'équité et le développement ».***

2. Le premier jour de la Conférence a été consacré à une réunion des experts des Etats membres pour finaliser les dispositions logistiques.

3. La session ministérielle a eu lieu du 10 au 13 avril 2007. Elle a élu un nouveau Bureau pour la Conférence des Ministres comme suit :

- Président : Afrique du Sud (Afrique australe)
- 1er Vice-président : Gabon (Afrique centrale)
- 2ème Vice-président : Togo (Afrique de l'Ouest)
- 3ème Vice-président : Egypte (Afrique du Nord)
- Rapporteur : Mauritanie (Afrique de l'Est)

4. Le principal objectif de la Conférence était de discuter des questions de santé en général et du renforcement des systèmes de santé en particulier. A l'issue de ses travaux, la réunion a adopté les documents suivants :

1. La Stratégie africaine de la santé.
2. Le Plan pour la fabrication de produits pharmaceutiques en Afrique.
3. Le Plan d'action sur la prévention de la violence en Afrique.
4. Le Mécanisme de suivi et d'établissement des rapports sur les résultats du Sommet spécial d'Abuja de mai 2006 sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.
5. La Déclaration de Johannesbourg.

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي

UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ÉTHIOPIE P. O. Box 3243 Téléphone 5517 700 Câbles: OAU, ADDIS ABABA

TROISIEME SESSION ORDINAIRE DE LA CONFERENCE DES MINISTRES AFRICAINS DE LA SANTE
9-13 AVRIL 2007
JOHANNESBOURG (AFRIQUE DU SUD)

CAMH/MIN/Rpt(III)

*Thème**: “Renforcement des systèmes de santé pour l’équité et le développement en Afrique”***

RAPPORT DE LA REUNION MINISTERIELLE

RAPPORT DE LA TROISIEME SESSION ORDINAIRE DE LA CONFÉRENCE DES MINISTRES AFRICAINS DE LA SANTE

9-13 AVRIL 2007, JOHANNESBOURG (AFRIQUE DU SUD)

I. INTRODUCTION

1. La troisième session ordinaire de la Conférence des Ministres africains de la santé s'est tenue du 9 au 13 avril 2007 au Centre de Conférence de Sandton, Johannesbourg (Afrique du Sud). Les travaux ont porté sur le thème: *"Renforcement des systèmes de santé pour l'équité et le développement en Afrique".* La Conférence avait pour objectifs *d'échanger* l'expérience et les leçons des différents pays et régions sur les voies et moyens de renforcer leurs systèmes de santé en vue d''améliorer la situation de la santé en Afrique.

2. La réunion des experts/hauts fonctionnaires, qui s'est tenue le 9 avril 2007, a précédé la réunion ministérielle. Elle avait pour objectifs de finaliser les préparatifs d'ordre technique, administratif et logistique pour la réunion ministérielle. Madame Batatu Tafa, Secrétaire générale du Ministère de la santé du Botswana a présidé cette réunion. Les représentants du Ministère de la santé de l'Afrique du Sud et de la Commission de l'Union africaine ont informé les participants des préparatifs de cette réunion. La Commission de l'Union africaine a également présenté un bref résumé sur chacun des documents de travail.

3. Au cours des discussions qui ont suivi, les hauts fonctionnaires ont fait savoir qu'ils auraient souhaité disposer de suffisamment de temps pour se pencher sur les préparatifs d'ordre technique, notamment la documentation pour la Conférence. Toutefois, ils ont été informés que les Ministres ont eux aussi insisté sur la nécessité d'examiner en détail chaque document important de la réunion. Cette préoccupation sera rectifiée à l'avenir.

II. PARTICIPATION

4. Ont participé à la réunion, les délégations des Etats membres suivants de l'Union africaine : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Egypte, Ethiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Libye, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, République Arabe Sahraoui Démocratique (R.A.S.D), République Démocratique du Congo (R.D.C.), Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Tunisie, Zambie et Zimbabwe.

5. Etaient également présents, les représentants des pays, organisations, institutions, ONG et sociétés civiles régionales et internationales ci-après : Canada, Cuba, Etats-Unis d'Amérique, Japon, République populaire de Chine, Roumanie, Serbie, OMS, ONUSIDA, International AIDS Vaccine Initiative, CEA, ONUDI, OIM, UNICEF, FAO, PAM, UNHCP, FNUAP, PNUD, HCR, UNESCO, Banque mondiale, BAD, DPSA, CEDEAO, SADC, ICW/TAC, Commission de l'UE, Secrétariat du

Commonwealth, IPPF, National Population Council (Afrique du Sud), Medical Research Council (Afrique du Sud), OCEAC , OXFAM, NORAD , PANOS, GTZ , Organisation panafricaine des jeunes contre le VIH/SIDA, Youth Against HIV/AIDS Cultural Organization, South African Youth Council, Netcare, Advocates International, Plan International Center for Conflict Resolution, USAID, DFID (UK), CIDA (Canada), The Family Caucus, AGSC, APHA, SADTC, GHWA , Pharmaceutical Society of South Africa, Bongmusa, Ikhambi, Renloile, Novartis, Glaxosmith-Kline, South African Pharmacy Council, IKS Medical Research Council, University of Pretoria, RDM-DALBERG, DOE, AIDS Law Project, OSISA, AFRCASO, KHRAN, HENNT-AMREF, SPVC, ACD, Council of Medical Schemes, Board of Health Care Funders, Civil Society Charter Task Team, BEE Medscheme, Boneo of Healthcare Funders, Community Investment Holding, APHRC, IPAS, Ghanatta College of Art and Design, Monthly Asian Union; Cumulative Sunny NIG Ltd, Prestige Academy, Kaneshie Anglican JSS, Health Professions Council of South Africa, ORACLE, ABMP, CHESTRAD, OAFLA.

6. La liste des participants figure en annexe au présent rapport.

III. CEREMONIE D'OUVERTURE

A. Ouverture officielle

7. La cérémonie d'ouverture officielle de la réunion ministérielle a eu lieu le 10 avril 2007. La Vice-ministre de la santé de la République d'Afrique du Sud, Ms Nozizwe Madlala-Routledge, en sa qualité de maître de cérémonie de la séance d'ouverture a souhaité la bienvenue à tous les participants à la troisième session de la Conférence des ministres africains organisée par l'Union africaine (CAMH3). Après quoi, les hymnes de l'Union africaine et de la République d'Afrique du Sud ont été exécutés.

(i) Allocution du Professeur Sheila Tlou, Présidente de la deuxième session de la Conférence des ministres africains de la santé

8. La présidente sortante de la Conférence des Ministres africains de la santé, S.E. la Ministre de la santé du Botswana, Prof. Sheila Tlou, a fait état des importants progrès réalisés depuis la deuxième conférence des ministres de la santé de l'Union africaine tenue en octobre 2005 au Botswana. Toutefois, elle a indiqué que l'Afrique se trouve encore confrontée à de graves défis quant à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière de santé. Elle a reconnu que le thème de la présente conférence, à savoir *"Renforcement des systèmes de santé pour l'équité et le développement en Afrique",* a été choisi au moment opportun étant donné que le renforcement des systèmes de santé est essentiel pour la réalisation de notre objectif commun qui est d'améliorer la situation de la santé de nos populations.

9. Elle a conclu ses observations en exprimant l'espoir que la Stratégie de la santé pour l'Afrique, qui doit être la principale conclusion de la présente conférence, sera adoptée.

(ii) Allocution du Ministre sud-africain par intérim de la santé, S.E. M. Jeffrey Thamsanqa Radebe

10. S.E. le Ministre sud-africain par intérim de la santé, M. Jeffrey Thamsanqa Radebe, a souhaité un prompt rétablissement à la Ministre sud-africaine de la santé, Dr Manto Tshabala Msimang. Il a exprimé sa gratitude à l'Union africaine pour son rôle de chef de file et à tous les ministres et chefs de délégation d'être venus prendre part à la présente conférence. Il a également mis en exergue la vision d'une Afrique intégrée et unie. Il a remercié le Prof. Konaré et Maître Gawanas de la Commission de l'Union africaine pour leur engagement et leu volonté politique.

11. Tout en reconnaissant que le fardeau de la maladie continue d'entraver le développement socio-économique du continent, S.E. M. Radebe s'est déclaré optimiste quant aux résultats attendus de la présente conférence. Il a également déclaré qu'il était confiant que la Stratégie de la santé pour l'Afrique permettra de trouver des solutions aux problèmes de santé en Afrique. Il a lancé un appel pour l'accroissement de l'investissement dans la santé et a souligné l'importance des ressources humaines dans le renforcement des systèmes de santé.

12. Son Excellence Monsieur le Ministre a indiqué qu'il était convaincu que la présente conférence ne sera pas un effort vain mais qu'elle mettra à la disposition des populations africaines une Stratégie de la santé pour l'Afrique, à laquelle elles ont toujours aspiré.

(iii) Allocution du Directeur régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé, Dr Luis Sambo

13. Le Directeur régional de l'Organisation mondiale de la santé a transmis à la Conférence, les salutations de la Directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé, Dr Margaret Chan. Il a informé les délégués que Dr Chan aurait souhaité prendre part personnellement à cette Conférence, mais malheureusement elle a été empêchée du fait d'autres engagements. Il a donc transmis aux participants les excuses du Dr Chan. Il a informé les participants que Dr Chan s'engage à ce que l'Afrique et les femmes soient placées au centre des priorités de l'Organisation mondiale de la santé. A cet égard, Dr Sambo a indiqué que l'OMS se concentrera sur les domaines de la santé et du développement, santé et sécurité, systèmes de santé, informations en matière de santé et amélioration de la prestation de services.

14. Il a ajouté que la santé et la pauvreté sont liées et que l'inégalité au niveau des soins de santé doit être résolue grâce à l'adoption de politiques et de systèmes équitables de santé. En ce qui concerne le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, Dr Sambo a indiqué que ces maladies sont encore prédominantes en Afrique et a souligné que beaucoup reste encore à faire dans ces domaines pour réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement. Aussi, a-t-il indiqué, la résistance de la tuberculose aux médicaments constitue-t-elle une préoccupation majeure pour l'Afrique.

15. Tout en reconnaissant que le taux de mortalité infantile a enregistré une baisse grâce aux interventions de la santé publique, Dr Sambo a signalé qu'il reste

toujours préoccupé quant au taux encore élevé de mortalité maternelle en dépit de l'existence d'une feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle.

16. Il a également mentionné les cas d'épidémies, telles que le choléra, la fièvre de la Rift Valley en Afrique de l'Est, la méningite cérébrale en Afrique de l'Ouest, dont un vaccin vient d'être découvert et est à l'essai, et les maladies chroniques, telles que la cardiopathie et le diabète qu'il considère comme des cas d'urgence à traiter dans le cadre des systèmes de santé mis au point, quoi qu'il estime que ces systèmes de santé sont assez lourds. Il a également signalé aux participants que l'Afrique a réussi à réduire le taux de morbidité et de mortalité.

17. Selon Dr Sambo, la redynamisation des systèmes nationaux de santé revêt une importance capitale ; il s'est félicité du thème choisi pour la conférence. Il a informé les délégués que l'OMS s'est engagée à renforcer les soins de santé primaires dans le cadre des principes adoptés en 1978 à Alma Ata. Il a lancé un appel pour que les pays accordent une plus grande priorité à la recherche dans le domaine de la santé. Il a évoqué les engagements pris par les institutions des Nations Unies en vue d'améliorer la coordination et de renforcer leur appui à ces pays.

18. Dr Sambo a par ailleurs annoncé la tenue, en 2008, d'une conférence sur les systèmes de santé et les soins de santé primaires et d'une conférence mondiale sur la santé prévue également en 2008 au Mali et a sollicité le soutien de l'Union africaine pour l'organisation de ces événements. Il a aussi annoncé que l'Organisation mondiale de la santé a désormais un Directeur adjoint originaire du Ghana, en la personne de Dr Asamao Ba.

(iv) Allocution du Président de la Commission de l'Union africaine, S.E. Professeur Alpha Oumar Konaré.

19. Le Professeur Alpha Oumar Konaré a salué le Ministre sud-africain par intérim de la santé, M. Jeffrey Thamsanqa Radebe, et lui a souhaité plein succès dans ses fonctions. Tout en exprimant sa gratitude au Gouvernement sud-africain d'abriter la présente conférence, il a souhaité un prompt rétablissement à la Ministre sud-africaine de la santé, Dr Manto Tshabala Msimang. Il a pris note et s'est réjoui de la présence à cette conférence, du Directeur régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé et a exprimé l'appréciation de l'Union africaine pour l'engagement de Dr Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS, de placer l'Afrique et les femmes au centre des priorités de l'OMS.

20. Il a rappelé que la santé avait toujours fait partie des préoccupations majeures de l'Organisation de l'Unité africaine dès sa création en 1963, celles de l'Union africaine et de son programme NEPAD. La santé étant un droit fondamental de l'homme, l'accès aux systèmes de santé intégrés et abordables doit être garanti pour tous, ce qui correspond au thème de la présente conférence et est essentiel pour l'Afrique étant donné le lourd fardeau que constituent les maladies pour le continent.

21. Le Professeur Konaré a déclaré que même si le millénaire vise 50% d'accès aux soins de santé, l'Afrique s'efforce de réaliser l'accès universel. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement ne sauraient être réalisés si la situation reste la

même qu'au cours des cinq premières années du siècle. Il a réitéré l'appel lancé par les chefs d'Etats en faveur de l'élaboration d'un Plan d'action pour la production locale de produits pharmaceutiques, qui doit faire l'objet de débat à cette conférence et d'un plan de gestion et de contrôle d'accès aux médicaments. Il a plaidé également en faveur de la mise en œuvre effective de la Décision du Sommet d'Abuja en 2005 [Assembly/AU/Dec.55(IV)] portant sur les principales causes du fardeau des maladies et a souligné que l'accès aux médicaments était conforme à l'esprit de l'Initiative de Bamako.

22. Le Professeur Konaré a également évoqué le Sommet extraordinaire d'Abuja tenu en mai 2006, qui a adopté l'Appel d'Abuja exhortant à l'accélération de la mise en œuvre des Déclarations d'Abuja de 2000 et de 2001. La présente conférence aura également à examiner le Plan de mise en oeuvre de l'Appel d'Abuja. Il a soutenu l'idée que l'on doit continuer de lutter vigoureusement contre le SIDA en dépit de l'existence des médicaments anti-rétroviraux à bon marché. Il a aussi souligné que la lutte contre le VIH/SIDA ne doit aucunement entraver les efforts de lutte contre les autres maladies telles que le paludisme et la tuberculose. A cet égard, il a déclaré que l'Union africaine procédera à un nouveau lancement de la campagne de lutte contre le paludisme en Afrique. Il a lancé un appel aux partenaires pour qu'ils soutiennent un programme arrêté par les gouvernements africains eux-mêmes au lieu leur en imposer et a mis en garde contre le déversement en Afrique de médicaments rejetés ailleurs.

23. Le Professeur Konaré a rappelé le slogan « *la Santé pour tous d'ici à l'an 2000* », slogan qui n'est jamais devenu réalité. S'agissant de la médecine traditionnelle africaine, il a rappelé aux ministres qu'ils avaient demandé un examen à mis-parcours de la Décennie de la Médicine Traditionnelle Africaine. Il a également évoqué la proclamation de 2005, Année de la Prévention contre la violence en Afrique et a informé les ministres qu'un projet de plan d'action sur la prévention contre la violence leur sera soumis, pour examen. Il a indiqué que toutes ces initiatives doivent être réalisées dans le cadre général de la Stratégie pour la santé en Afrique, basé sur la bonne gouvernance et sur une politique efficace de gestion des ressources humaines. Il a félicité les ministres africains de la santé pour l'initiative qu'ils ont prise d'élaborer une politique africaine commune et a lancé un appel aux institutions des Nations Unies et autres partenaires pour qu'ils soutiennent cette initiative. Il a également exprimé ses préoccupations quant aux effets néfastes de l'utilisation des drogues, du tabac et de certains nouveaux aliments sur la santé des populations.

24. Pour terminer, le Professeur Konaré a demandé aux ministres africains de la santé de s'impliquer davantage dans la lutte contre l'utilisation de la drogue dans le sport, en mettant un accent particulier sur l'importance d'organiser une Coupe du Monde 2010 propre, libérée du dopage, que l'Afrique du Sud organisera au nom du continent.

25. Le Président de la Commission de l'Union africaine a conclu son intervention avec un appel en faveur de l'accélération des processus devant aboutir à la création des Etats-Unis d'Afrique.

B. Lancement de la Campagne pour l'éradication du paludisme

26. La Commissaire en charge des Affaires sociales, Maître Bience Gawanas, en sa qualité de maître de cérémonie, a expliqué qu'il avait été décidé de lancer cette campagne à la suite de plusieurs engagements pris par les chefs d'Etat et de gouvernement au niveau continental, notamment dans les Déclarations d'Abuja de 2000 et de 2006. Elle a ajouté qu'il s'agit d'une campagne de plaidoyer initiée par l'UA pour passer de la lutte à l'éradication du paludisme. Elle a ensuite invité les hautes personnalités à prendre la parole devant la Conférence.

27. La porte-parole régionale de l'UNICEF pour la lutte contre le paludisme en Afrique, Mme Yvonne Chaka Chaka, a repris les slogans de la campagne selon lesquels le paludisme peut être prévenu, diagnostiqué et traité, et qu'on ne devrait plus en mourir en Afrique. Elle a ensuite gratifié l'assistance et transmis un message de plaidoyer à travers une chanson sur le paludisme et les enfants.

28. Prenant la parole, le représentant de *Africa Media Partnership Against HIV/AIDS (AMBP)*, M. Solly Mokoetle, a expliqué que son organisation est composée de 35 sociétés de presse dans 25 pays qui s'occupent des questions de VIH/SIDA et qui envisage de traiter de la tuberculose et du paludisme dans un futur proche et a lancé un appel spécial aux ministres pour qu'ils utilisent AMBP pour transmettre leur message. Il a indiqué que son groupe souhaiterait être mis à contribution en qualité de partenaire actif pour traiter des questions de VIH/SIDA sans perdre de vue la tuberculose et le paludisme en suivant toutes les étapes du processus d'organisation des campagnes continentales de plaidoyer. Pour conclure, il a fait observer que le seul fait d'avoir été invité à prendre la parole devant les ministres de la santé, montre que l'importance des médias est reconnue.

29. Après un interlude musical, le Directeur régional de l'OMS, Dr Luis Sambo, a lui aussi félicité la Commission de l'UA pour le lancement de cette campagne. Il a souligné que les principales victimes du paludisme sont les enfants et les femmes enceintes et que les stratégies et outils pour venir à bout de ce fléau étaient connus. Il a félicité les orateurs qui l'ont précédé pour le rôle qu'ils ont joué et continuent de jouer dans la lutte contre les différentes maladies en Afrique. Pour conclure, Il a signalé que l'OMS reste à la disposition de l'UA et des autres partenaires pour toute assistance requise dans la lutte contre le paludisme.

30. Le Ministre sud-africain de la santé par intérim, S.E. M. Jeffrey Radebe, s'est félicité du lancement de cette campagne continentale et a fait référence à l'expérience de son pays. Il a évoqué l'impact des interventions dans son pays, qui ont marqué une baisse considérable du taux de mortalité du fait du paludisme. Il a souligné que l'approche qui consiste à vaporiser de la DDT et à collaborer étroitement avec les pays voisins, a été décriée dans un premier temps mais que désormais l'OMS lui apporte son soutien. Il a conclu en offrant l'assistance de son pays à la Commission de l'UA dans le but d'obtenir des résultats similaires dans d'autres régions du continent. Il a également fait part de l'engagement de son pays à continuer d'œuvrer pour l'éradication du paludisme dans la région d'Afrique australe.

31. Le Président de la Commission de l'Union africaine, Prof. Alpha Oumar Konaré, a eu l'honneur de procéder au lancement officiel de la Campagne pour l'éradication du paludisme. Dans son discours, il a souligné que cette maladie peut

être prévenue et que les voies et moyens pour la vaincre définitivement sont connus. Il a identifié l'accès de tous aux moustiquaires imprégnées, à la DDT et aux médicaments comme étant le véritable défi à relever. Il a insisté sur l'importance d'informer, d'éduquer et de mobiliser le public. Il a fait référence au 25 avril, la Journée africaine de lutte contre le paludisme, comme une opportunité clé pour rendre concrète notre détermination.

32. Après avoir rappelé le thème *« Leadership et partenariat pour des résultats concrets »* et surtout le slogan *« Débarrasser l'Afrique du Paludisme, MAINTENANT ! »,* Son Excellence a fait observer que cela ne sera possible que grâce à la déremination des chefs d'Etat et de gouvernement africains ainsi qu'à la mobilisation de toutes les parties prenantes, notamment les artistes, les sportifs et les médias. Il a ajouté qu'il n'y a aucun doute quant au soutien de partenaires tels que l'OMS, l'UNICEF et autres partenaires au développement à cette grande campagne de mobilisation. Il a conclu en assurant l'assistance de sa conviction que d'ici à 2010, le paludisme sera vaincu grâce à la détermination de tous à gagner la bataille.

33. Le Prof. Konaré a ensuite procédé à la remise de moustiquaires aux membres du bureau sortant de la Conférence des Ministres africains de la santé, représentant les cinq régions de l'Afrique, au Ghana en tant que pays assurant la présidence de l'Union africaine et finalement à l'Afrique du Sud en tant que pays hôte. Le Président a recommandé à ces derniers de veiller à une large distribution de ces outils dans leurs régions respectives.

34. La cérémonie a été clôturée avec la signature, par le Président de la Commission de l'Union africaine, d'une affiche de lutte contre le paludisme et par une autre prestation musicale de Mme Yvonne Chaka Chaka et autres artistes.

IV. QUESTIONS DE PROCEDURE

a) Élection du Bureau

35. Le représentant du Bureau du Conseiller juridique a informé la Conférence sur le Règlement intérieur de la Conférence de l'Union africaine des ministres de la santé et la décision pertinente du Conseil exécutif de l'UA [EX.CL/Dec .298(X)] adoptée en janvier 2007. Après consultations et sur la base des règles établies, la Conférence a élu les membres du Bureau ci-après :

- Président : Afrique australe (Afrique du Sud)
- 1er Vice-président : Afrique centrale (Gabon)
- 2ème Vice-président : Afrique de l'Ouest (Togo)
- 3ème Vice-président : Afrique du Nord (Egypte)
- Rapporteur : Afrique de l'Est (Maurice)

b) Adoption de l'ordre du jour

36. La Conférence adopté le projet d'ordre du jour, après l'avoir examiné. Toutefois, il a été décidé que les questions suivantes seront examinées sous le point « Questions diverses »:

(i) le principe de rotation du poste de Directeur général de l'OMS entre les régions du monde ;
(ii) une information sur la santé et le personnel de la santé en Palestine.

c) Organisation des travaux

37. Le programme de travail a été adopté tel que proposé.

V. DEBAT

Point 3 de l'ordre du jour : Rapport du président sortant (Doc. CAMH/MIN/2(III))

38. Dans son rapport, le Président sortant du CAMH2, Prof. Sheila Tlou, a rappelé la session des ministres de la santé qui s'était tenue en 2005 au Botswana. Elle a mentionné les réalisations modestes enregistrées dans le domaine de la santé. Elle a exprimé sa gratitude au Ministre sud-africain par intérim de la santé d'abriter la présente Conférence et lui a souhaité plein succès dans l'exercice de ses fonctions de nouveau président de la Conférence de l'Union africaine de la santé. Elle a ensuite souhaité à la Ministre sud-africaine de la santé un prompt rétablissement.

39. Le Prof. Sheila Tlou a rappelé la Déclaration de Gaborone, la Stratégie régionale africaine de la nutrition et le Cadre de politique pour les droits à la santé en matière de sexualité et de reproduction, qui ont été adoptés à Gaborone et entérinés ensuite par le Sommet de l'Union africaine. Elle a également déclaré que dans le cadre de la recommandation de la réunion de Gaborone, le Bureau a organisé à Maputo (Mozambique) la session spéciale sur les droits à la santé en matière de sexualité et de reproduction, dont les résultats sont le Plan d'action de Maputo (septembre 2006) sur les droits à la santé en matière de sexualité et de reproduction, qui a été également adopté en janvier 2007 par le Sommet de l'Union africaine.

40. Elle a informé ses pairs qu'elle avait organisé une consultation interministérielle sur les ressources humaines de la santé et qu'elle leur présentera ultérieurement les conclusions de cette consultation. Dans le cadre de la préparation de la présente session, la Ministre a indiqué que le Bureau de la Conférence a dirigé l'élaboration du projet de Stratégie pour la santé en Afrique, qui traite, entre autres, des questions de participation communautaire, du SIDA, de la tuberculose et du paludisme, d'établissement de partenariats et de ressources humaines de la santé.

41. Pour conclure, elle a exprimé ses remerciements à tous les ministres, aux membres du Bureau, au Président de la Commission de l'Union africaine, à la Commissaire de l'Union africaine en charge des Affaires sociales et à tout le personnel, pour leur appui.

Point 4 de l'ordre du jour : Rapport du Président de la Commission de l'Union africaine (Doc. CAMH/MIN/3(III))

42. Présentant ce rapport, la Commissaire de l'Union africaine en charge des Affaires sociales, Maître Bience Gawanas, a mis un accent particulier sur les grands défis auxquels le continent africain est confronté dans le secteur de la santé. Il s'agit, entre autres, des systèmes et des infrastructures sanitaires inadéquats et de la pénurie du personnel de santé. Elle a énuméré les différentes activités menées par la Commission de l'Union africaine au cours des deux dernières années dans le cadre de la mise en œuvre des décisions adoptées par la deuxième conférence de l'Union africaine des ministres de la santé (CAMH 2), y compris l'élaboration et l'adoption de documents d'orientation.

43. Au cours des débats qui ont suivi, les délégués ont félicité la Commission pour le travail qu'elle a effectué et ont soulevé un certain nombre de questions dont celle de savoir quand sera adopté le projet de document sur le système d'alerte et d'intervention rapides en cas de grippe aviaire chez l'homme. Ils ont également évoqué la question de l'échange d'expérience en matière de pharmacopée avec certains pays de l'Est tels que la Chine,.

44. S'agissant du rapport 2006 de la réunion UA/Africa AIDS Vaccine Partnership (AAVP), la Commissaire a informé les participants que le Cameroun a offert de suivre le dossier en question et de faire rapport. En ce qui concerne le plan d'action sur la grippe aviaire, elle a signalé que le Bureau interafricain de l'Union africaine des ressources animales (IBAR) collabore avec l'OMS pour faciliter l'adoption de ce Plan d'action. Elle a ajouté que la Commission de l'Union africaine prendra les dispositions nécessaires pour assurer l'adoption du plan dans les plus brefs délais. S'agissant du partage d'expérience en matière de médecine traditionnelle, la Commissaire a indiqué que cette question fera l'objet de débat plus approfondi au moment de l'examen de ce point clef de l'ordre du jour au cours des travaux de la Conférence.

45. Le rapport a été adopté à l'issue des débats.

Point 5 de l'ordre du jour : Aperçu général sur le thème: Renforcement des systèmes de santé pour l'équité et le développement (Doc. CAMH/MIN/4(III))

46. Présentant ce point, le représentant de la Commission de l'Union africaine, tout en se référant au thème de la présente Conférence, *"Renforcement des systèmes de santé pour l'équité et le développement en Afrique"*, a mis en exergue les questions clés qui sont soulevées dans ce document, notamment le renforcement des systèmes de santé pour l'équité et le développement. Il a fait valoir que les systèmes de santé doivent être perçus dans leur sens le plus élargi en y incluant tous les acteurs, les ressources et les actions dont le premier objectif est de répondre aux besoins fondamentaux de santé des populations. En ce qui concerne l'équité, le présentateur a fait observer que les disparités au sein des pays et à travers les pays quant aux indicateurs de santé ne traitent pas en profondeur de l'équité. Il a suggéré qu'en examinant les questions d'équité dans le développement et le renforcement des systèmes de santé, il ne faudrait pas perdre de vue le principe directeur de la justice et du traitement égal des besoins. Pour conclure, l'orateur a affirmé que la santé et le développement sont liés. Il a souligné qu'améliorer le bien-être général d'une population implique la recherche de solution aux questions de

santé et que, par conséquent, la santé doit être placée au centre des stratégies de réduction de la pauvreté.

47. La Conférence a pris note de cette présentation.

Point 6 de l'ordre du jour : Présentation du projet de Stratégie pour la santé en Afrique (Doc. CAMH/MIN/5(III))

48. Le projet de Stratégie pour la santé en Afrique a été présenté par un représentant de la Commission de l'Union africaine qui a souligné que le fardeau de maladie continue d'entraver le développement socio-économique en Afrique. Il a affirmé que la Stratégie pour la santé en Afrique offre un cadre général pour lever les défis sanitaires en Afrique. La Stratégie, a-t-il ajouté, a pour ultime objectif de renforcer les systèmes de santé, surtout en matière de gouvernance, de financement, de participation de la communauté, de protection sociale, de personnel de santé, de recherche et d'information sur la santé et d'intégration de la pharmacopée africaine tout en tenant compte de leurs faiblesses et de leurs forces. Il a expliqué la voie à suivre préconisée dans la Stratégie, notamment les rôles respectifs que doivent jouer les différentes parties prenantes.

49. Au cours des débats qui ont suivi, les délégués se sont félicités du projet de Stratégie pour la santé en Afrique et ont partagé certaines des expériences de leurs propres pays que les autres participants ont jugé conformes à la Stratégie. D'autres délégués ont indiqué que les amendements proposés devraient être soumis par écrit à la Commission de l'Union africaine pour être incorporés dans la Stratégie, pour examen par la Conférence. D'autres propositions concrètes ont été d'y inclure les questions de genre, de la santé maternelle et infantile, grâce à la collecte de données. Ils ont insisté, par ailleurs, sur la nécessité d'indiquer clairement dans la Stratégie que « la santé génère la richesse ». Les délégués ont également insisté pour que les rôles de l'Union africaine et des CER soient clarifiés étant donné le double emploi constaté.

50. A l'issue des discussions, la Commissaire de l'Union africaine en charge des Affaires sociales a remercié les ministres pour leurs observations qui, a-t-elle déclaré, seront utiles et pertinentes au moment de l'examen de la Stratégie section par section au cours de la réunion. Elle a également signalé que la Stratégie n'exclut pas les autres stratégies déjà existantes mais a affirmé que les rôles de l'Union africaine et des CER doivent être clairement définis sur la base des principes de complémentarité et de subsidiarité. Elle a en outre souligné la nécessité pour les CER d'être pleinement impliquées dans le processus en tant que piliers de l'Union africaine.

Point 7 de l'ordre du jour : Examen de la situation de la médicine traditionnelle africaine (Doc. CAMH/MIN/6(III))

51. Dans sa présentation, le représentant de la Commission de l'Union africaine a donné les informations de base pour situer le document intitulé «Situation de la médicine traditionnelle africaine (Doc. CAMH/MIN/6(III)) et a présenté les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan d'action sur la Décennie de la médecine traditionnelle, proclamée par l'Union africaine (2001-2010), document qui est un des documents de travail de la Conférence.

52. Il a indiqué que la Conférence des ministres africains de la santé, qui s'était tenue en octobre 2005 à Gaborone (Botswana), avait chargé la Commission de l'Union africaine d'effectuer un examen à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan d'action.

53. Il a souligné que par manque d'information fiable au niveau national, des difficultés sont intervenues dans le processus d'examen à mi-parcours, ce qui explique la raison pour laquelle sa présentation s'est concentrée sur les objectifs réalisés dans les cinq régions de l'Afrique. A cet égard, cinq domaines prioritaires ont été identifiés pour mesurer les progrès réalisés.

54. Le présentateur a évoqué deux options sur lesquelles les ministres devront se pencher, à savoir : les Etats membres doivent procéder à l'examen à mi-parcours de la situation de la médecine traditionnelle et encourager une mise en œuvre préventive du Plan d'action le peu de temps qui reste avant la fin de la Décennie, seulement quatre ans.

55. Au cours du débat qui a suivi, les Etats membres ont souligné l'importance de la médecine traditionnelle ainsi que les efforts visant à intégrer la médecine traditionnelle dans leurs systèmes nationaux de santé. Les délégués ont exprimé leurs préoccupations quant aux nombreux défis qui restent encore à relever, tels que les essais cliniques, le développement d'indicatifs appropriés en matière de médecine traditionnelle et l'institution d'un cadre de réglementation pour promouvoir la production locale.

56. En conclusion, il a été recommandé que l'examen à mi-parcours et la mise en œuvre du Plan d'action devraient se faire simultanément étant donné que les deux options ne sont pas exclusives l'une de l'autre.

CONSULTATION INTERMINISTERIELLE SUR LA QUESTION DES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTE

57. Présentant son rapport de la session sur les ressources humaines de la santé et le développement, le président de la session, Son Excellence Mme Missango Paulette, Ministre gabonaise de la santé, a insisté particulièrement sur la nécessité de renforcer les systèmes de santé et sur la rémunération pécuniaire et a proposé que les ministres prennent une décision politique à ce sujet, qui sera soumise aux chefs d'Etat et de gouvernement.

58. S. E. Professeur Sheila Tlou, Ministre botswanaise de la santé, a fait rapport de la consultation technique interministérielle de haut niveau sur le renforcement de l'appui politique à la mise en valeur du personnel de santé en Afrique, qui a eu lieu du 2 au 4 mars 2007 à Gaborone (Botswana). Les hauts fonctionnaires représentant les ministères de l'éducation, des finances, de la fonction publique et de la santé ont pris part à cette consultation. Elle a énuméré une série de recommandations appelant à une action interministérielle, issues de cette consultation dont l'objectif est l'amélioration de la prestation de services, le déploiement effectif de personnel, la réduction de la migration, l'augmentation de la production, le financement du recrutement d'un plus grand nombre de personnel de santé qualifié, la recherche pour déterminer la situation du personnel de santé, le suivi du progrès, l'amélioration de la gouvernance et la promotion du partenariat en appui à l'action du personnel de santé.

59. Le Professeur Francis Omaswa, Directeur général de *Global Health Workforce Alliance (GHWA)* a souligné que la pénurie de personnel de santé dans le monde affecte aussi bien les pays industrialisés que les pays en voie de développement. Les statistiques indiquent que le monde enregistre un manque de 4 millions d'agents médicaux et que l'Afrique a besoin d'un million d'agents médicaux. En Afrique, la crise a pris des proportions graves au cours des décennies écoulées. Cette situation est largement imputable à la conjoncture économique et à un taux d'investissement relativement faible amplifié par une pénurie de professionnels de la santé dans les pays industrialisés. GHWA est un partenariat qui a été lancé en mai 2006 comme point focal pour faire face à cette crise mondiale.

60. Le Professeur Omaswa a ensuite informé les ministres de la stratégie du GHWA et a énuméré certaines activités de cet organisme. Il a conclu en signalant que GHWA anticipe sur la visibilité et la sensibilisation accrues par rapport à la crise et sur les solutions pour l'avenir. Il a informé les ministres qu'un certain nombre de pays mettent en œuvre des plans stratégiques, consacrent davantage de ressources au secteur de la santé avec de meilleures conditions de travail, assurent la formation du personnel et créent un environnement plus propice aux niveaux national et mondial, y compris une meilleure gestion de la migration.

61. Le Professeur Eric Bush, Président du Comité directeur du réseau africain des ressources humaines de la santé, a présenté l'agenda pour une action et a évoqué les consultations tenues en 2005 à Abuja et à Brazzaville, qui recommandent la mise en place d'un mécanisme africain d'appui à l'établissement d'un réseau des ressources humaines de la santé et d'un observatoire du personnel et agents sanitaires. Le Professeur Buch a informé les délégués qu'un secrétariat est en train d'être créé à Brazzaville, qui sera basé au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (Afro) et qu'un Comité directeur, qui sera majoritairement composé de représentants des pays a été mis sur pied. L'intention est de lancer officiellement le réseau africain une fois que le processus de consultation sera finalisé et qu'un plan de travail sera établi. Trois réunions de consultations régionales ont été organisées.

62. L'Observatoire africain du personnel de santé a été créé dont le siège se trouve au sein de l'OMS (Région Afrique) et une base de données du personnel médical et agents de santé a été lancée. Les Observatoires nationaux du personnel de santé ont bénéficié d'un appui. D'autres pays ont été invités à s'impliquer dans ce

processus. Le réseau africain a été conçu comme un réseau qui doit favoriser le consensus et servir de catalyseur pour une action coordonnée, et ne doit pas être un mécanisme de contrôle ni un nouvel outil de financement. Ce réseau appuie le financement de la mise en valeur des ressources humaines de santé dont bénéficient directement les pays. En somme, le réseau vise à mobiliser l'énergie et l'action pour trouver une solution à la crise de pénurie de ressources humaines de la santé en créant un cadre de travail approprié, en encourageant le partage de l'expérience et des meilleures pratiques, la collaboration et l'harmonisation, ainsi que la campagne en faveur du personnel de la santé.

63. Au cours des discussions qui ont suivi, les délégués ont, d'une manière générale, apprécié et approuvé les questions qui ont été soulevées et ont insisté sur la nécessité de former le personnel de santé de niveau moyen, des professionnels de la santé, des infirmiers auxiliaires ainsi que des agents sanitaires au niveau communautaire et des villages avec des fonctions appropriées et des systèmes de recommandations aux professionnels.

64. Les délégués ont aussi demandé à l'UA de faire pression sur les pays développés afin qu'ils forment suffisamment de professionnels de la santé et offrent aux pays en voie de développement une compensation tout en adhérant au code de conduite. Ils ont par ailleurs recommandé l'élaboration de protocoles pour le recrutement en Afrique ainsi que la collecte de données sur la diaspora.

65. Les ministres ont proposé que l'augmentation de la masse salariale, l'amélioration des autres conditions de services, telles que le transport, le logement, la sécurité, la télémédecine, les bourses d'études, la formation après les études supérieures universitaires, les salaires supplémentaires et l'amélioration des systèmes de santé pourraient motiver et maintenir le personnel de santé. La création d'une commission de services de santé a été également envisagée ainsi que la possibilité de sélectionner les meilleurs agents de santé et de rendre flexibles les salaires, pour remplacer la traditionnelle Commission de la fonction publique.

66. Les ministres ont fait observer que les pays en situations de conflits et post-conflits ont besoin d'appui étant donné qu'ils sont confrontés à des défis plus graves à savoir, les infrastructures détruites, le personnel de santé démotivé et les zones rurales mal desservies.

67. La Commissaire en charge des Affaires sociales a vivement remercié la ministre botswanaise de la santé d'avoir convoqué la consultation interministérielle et a accepté le rôle proposé à l'Union africaine. Elle a suggéré que la Commission de l'Union africaine et l'OMS examinent ensemble le Plan de travail en ce qui concerne les propositions soumises. La présidente de la session a indiqué que les propositions de la réunion de Gaborone avaient été largement soutenues ainsi que la proposition de l'Union africaine.

Point 8 de l'ordre du jour: Examen du projet de Plan de développement d'une industrie pharmaceutique en Afrique (Doc. CAMH/MIN/7(III))

68. Ce point a été présenté par un représentant de la Commission de l'Union africaine, qui a expliqué que le projet de plan de développement d'une industrie

pharmaceutique en Afrique a été élaboré dans le cadre de la mise en œuvre de la décision de la Conférence de l'Union africaine [Assembly/AU/Dec. 55 (IV)] adoptée en janvier 2005 à Abuja et de la Déclaration de Gaborone. Il a ajouté qu'en Afrique, les pays dépendent encore des médicaments génériques importés à bas prix. Le fait que les pays qui sont les principaux fournisseurs de ces médicaments génériques étaient supposés respecter, d'ici à 2005, le droit des brevets, a été considéré en Afrique comme étant une grave menace à l'accès aux médicaments génériques à bas prix. Il a énuméré certains des avantages de la production locale, à savoir, l'économie en devise étrangère, la création d'emplois, la technologie de transfert, la valeur ajoutée aux matières premières et l'autosuffisance en approvisionnement en médicaments.

69. En ce qui concerne la capacité de production, le présentateur a fait observer qu'avec la région Afrique de l'OMS, 37 pays produisent localement même si un seul d'entre ces pays a une production limitée, ce qui signifie que la production locale en Afrique dépend encore des ingrédients actifs importés. Il a signalé que la capacité nationale de production a augmenté en Egypte et en Tunisie pour répondre à 60 et 95% de leurs besoins en médicaments essentiels.

70. Le représentant de la Commission de l'UA a ensuite fait valoir que l'Afrique doit décider de ce qu'elle doit produire, comment les produire, des systèmes de réglementation requis et comment évaluer les ressources humaines et financières requises. Pour conclure, il a indiqué que la production locale est possible en Afrique même si actuellement, sa capacité est limitée. Il a ensuite recommandé la mise sur pied d'un comité technique qui sera chargé d'étudier en détail les incidences de cette entreprise et d'élaborer un plan concret. Il a souligné l'importance de la représentation régionale dans la composition d'un tel comité et a proposé qu'il soit composé comme suit :

Afrique du Nord (Egypte et Libye)

Afrique de l'Ouest (Nigeria et Sénégal)

Afrique Centrale (Cameroun et Gabon)

Afrique de l'Est (Kenya et Ethiopie)

Afrique australe (Afrique du Sud et Angola)

71. Ce Comité aura à soumettre aux ministres un rapport ainsi que la phase 2 du plan d'ici à novembre 2007, pour examen.

72. Au cours des débats qui ont suivi, les délégations se sont félicitées du Plan de développement d'une industrie pharmaceutique en Afrique et ont loué la Commission de l'Union africaine d'avoir formulé un plan réaliste. Les Ministres ont approuvé la composition proposée du Comité technique et ont décidé que le Ghana et le Burundi doivent également être membres de ce Comité. Toutefois, les Ministres ont fait observer que la date butoir de novembre 2007 pourrait ne pas être possible. Après ces observations, les Ministres ont adopté le Plan de développement d'une industrie pharmaceutique en Afrique.

Point 9 de l'ordre du jour : Examen du projet de Plan d'action pour la prévention de la violence en Afrique (Doc. CAMH/MIN/8(III))

73. Le projet de Plan d'action a été présenté par le représentant de la Commission de l'Union africaine, qui a indiqué que la violence est un des graves problèmes de santé publique en Afrique. Un certain nombre de facteurs biologique, social, psychologique, culturel, économique, politique et autres sont à l'origine de ces problèmes. Le présentateur a souligné toutefois, que la violence peut être prévenue mais que des efforts concertés sont nécessaires pour résoudre le problème ; ces efforts doivent commencer par la reconnaissance de l'existence de ce phénomène. Il a en outre souligné que le Plan d'action vise à servir de guide pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans et stratégies nationaux de prévention de la violence. Pour conclure sa présentation, le représentant de la Commission de l'U.A. a insisté sur la nécessité de définir le rôle des différents acteurs et parties prenantes aux niveaux national, régional et continental.

74. Au cours du débat qui a suivi, un certain nombre de délégués ont pris la parole pour se féliciter de ce que la Commission de l'Union africaine a pris l'initiative d'élaborer un Plan d'action. Ils ont également affirmé que la violence reste un défi pour la santé publique et le développement. Les délégués ont fait valoir que la pauvreté, l'analphabétisme, l'inégalité sociale et économique entre les hommes, les femmes et les enfants ; l'alcoolisme et beaucoup d'autres facteurs contribuent au comportement violent. Ils ont par ailleurs reconnu que les femmes et les enfants, en particulier ceux dans les situations de conflits, constituent la majorité des victimes de la violence même s'il existe de nombreux autres cas de violence contre les hommes aussi. Les délégués ont mis en exergue le cercle vicieux dans lequel mène la violence à savoir, la mauvaise santé et les problèmes de santé tels que les troubles mentaux qui entraînant souvent un comportement violent, d'où la nécessité de se pencher sur ces deux problèmes.

75. Enfin, les délégués ont recommandé les mesures suivantes que doivent prendre les Etats membres et les partenaires pour prévenir la violence et promouvoir la santé pour un développement durable:

- Traiter les causes profondes de la violence, notamment la pauvreté, l'analphabétisme et l'inégalité entre hommes et femmes ;

- Identifier les institutions chefs de file et assurer la coopération intersectorielle entre les ministères, les organisations de la société civile, les ONG et autres parties prenantes concernées;

- Encourager la participation de la communauté à la prévention de la violence, aux services de soins et à l'appui aux victimes ;

- Mettre au point des mesures d'intervention, fixer des délais pour leur mise en œuvre et suivre l'état d'avancement;

- Accorder une attention particulière aux enfants étant donné que la violence contre les enfants est un phénomène universel ; créer une synergie entre le Plan d'action pour la prévention de la violence contre les enfants et l'actuel Plan d'action.

- Eduquer les femmes, les enfants et la population sur leurs droits. Tous les Etats membres doivent élaborer des lois contre toutes formes de violence car nul n'a le droit d'infliger la violence à une autre personne;

- Créer une cellule nationale d'appui psychologique (pour encadrer psychologiquement les victimes et les coupables) ; pour ce qui est des coupables, l'appui psychologique peut faire partie des mesures correctives;

- La notion de violence doit être définie dans un contexte plus large, ne doit pas être limitée aux préoccupations des seuls femmes et enfants, ni être attribuée uniquement à la pauvreté;

- Tout membre de la société a le devoir et la responsabilité de lutter contre la violence, d'éduquer les enfants et les jeunes en leur enseignant le respect mutuel, en éliminant les séquelles et la discrimination à l'encontre des victimes et des survivants à la violence, d'assurer l'éducation à la paix, de formuler des programmes de promotion de la santé et de soins aux victimes de la violence ainsi que les services médicaux d'urgence; de décourager les enfants à ne pas visionner les vidéo et programmes de télévision incitant à la violence ;

- Elaborer un Plan d'alerte et d'intervention précoces pour prévenir la violence avant qu'elle ne se déclare et y remédier le plutôt possible à mesure qu'elle se déclare ;

- Remédier aux problèmes des pratiques traditionnelles néfastes, notamment la mutilation génitale féminine et le mariage précoce qui provoquent la fistule obstétrique;

- Remédier au phénomène de viol et autres violences sexuelles commises à l'encontre des femmes et des enfants dans les situations de conflits. Les victimes de viol ont besoin de soins médicaux spéciaux qui doivent leur être dispensés dans le même milieu;

- Identifier et remédier au problème du lien entre la dépendance économique et la violence.

76. La Conférence a adopté le Plan d'action avec les recommandations susmentionnées.

Point 10 de l'ordre du jour : Examen du Projet de Plan de mise en œuvre des conclusions du Sommet extraordinaire sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (Doc. CAMH/MIN/9(III))

77. La représentante de la Commission de l'Union africaine a présenté brièvement les grandes lignes du document. Elle a tout d'abord rappelé les conclusions du Sommet extraordinaire sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et a expliqué que ce Plan de mise en œuvre fournit un cadre opérationnel qui décrit le rôle de chaque partie prenante dans la traduction des engagements pris, en actions concrètes.

78. Elle a ensuite fait directement référence aux différents obstacles à la réalisation de l'accès universel aux services de soins de VIH/SIDA, tuberculose et paludisme et a cité notamment la hausse et le triple fardeau de maladies, les difficultés à assurer un financement durable et prévisible et enfin, la faiblesse des activités de planification et des systèmes d'évaluation et de suivi au niveau national. L'oratrice a en outre mentionné que la décision d'élaborer ce cadre de mise en œuvre avait été prise en 2006 au Sommet d'Abuja par les chefs d'Etat et de gouvernement qui se sont engagés collectivement et ont identifié les domaines prioritaires à traiter.

79. La représentante de la Commission de l'UA a expliqué que le document traite essentiellement de l'identification des activités à mettre en œuvre par chacune des parties prenantes, des échéanciers et des indicateurs pour le suivi et l'évaluation.

80. Elle a ensuite présenté un exposé détaillé sur les rôles et activités attribués dans le document à la Commission et autres organes de l'UA, aux Etats membres, et sur les programmes attribués aux CER et à la communauté internationale. Elle a également appelé l'attention sur les questions de mobilisation de ressources, d'évaluation et suivi, qui ont été mises en exergue dans le document.

81. Elle a conclu en expliquant que le Plan est relativement long du fait qu'il porte sur la mise en œuvre de quatre documents portant sur trois maladies.

82. Au cours du débat qui a suivi, les délégués ont félicité la Commission de l'UA pour ce document tout en soulignant la nécessité d'y apporter les corrections et amélioration de langage nécessaires. Plusieurs pays ont partagé leurs expériences dans le développement et la mise en œuvre de politiques relatives aux interventions en matière de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, notamment les conclusions du Sommet extraordinaire d'Abuja. Les discussions ont également porté sur les questions suivantes :

- le rôle des partenaires au développement et la nécessité de les faire adhérer au Plan aux niveaux national et continental et de procéder à des consultations multisectorielles plus approfondies aux niveaux national, régional et continental, avant l'adoption formelle du document ;

- le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme sont les causes courantes du fardeau des maladies, qui doivent être prises en compte dans la Stratégie

pour la santé en Afrique. Le caractère crucial et primordial de la prévention a été souligné ainsi que la nécessité d'inclure la tuberculose dans la lutte contre le VIH/SIDA;

- le financement du plan et l'utilisation de sources flexibles telles que GAVI, l'utilisation du fisc et la création de fonds nationaux spécifiques;

- la nécessité d'accorder la priorité au vaccin et à l'accès aux médicaments anti-rétroviraux, en particulier en faveur des enfants, et de répondre aux besoins en protection des personnes affectées et de celles qui ne sont pas encore affectées par le VIH/SIDA;

- la nécessité pour l'UA d'élaborer des indicateurs précis de suivi et d'évaluation des activités mentionnées dans le Plan et pour l'UA et l'OMS d'entreprendre un plaidoyer en faveur de la recherche en vue de découvrir les médicaments efficaces pour traiter les micro-organismes résistants ;

- en ce qui concerne la lutte contre le paludisme, les Etats membres ont été exhortés à utiliser la DDT ; l'OMS, à faire campagne en faveur de la simplification des processus ; la proposition a été faite de rayer la DDT de la Convention de Stockholm en vue de son utilisation par les services de santé publique. Les difficultés rencontrées au niveau national dans les traitements intermittents chez la femme enceinte, du fait de la résistance aux médicaments ont été mises en exergue;

- la nécessité pour tous les Etats membres et autres parties prenantes de contribuer et de soutenir les efforts de renforcement des capacités;

- la nécessité de coordonner et d'harmoniser la mise en œuvre des stratégies conformément aux principes de «Trois en Un». A cet égard, l'Union africaine a été félicitée d'avoir organisé une réunion inter - institutions UA, CER, OSC et partenaires internationaux;

- comment résoudre les difficultés d'accès équitable de tous aux médicaments anti-paludiques et aux produits pharmacutiques grâce aux subventions internationales tel que proposé par le partenariat dans le cadre du slogan « Faire reculer le Paludisme » ? Cela faciliterait la promotion de l'accès gratuit aux traitements et aux fournitures médicales subventionnés.

83. A la suite des différentes interventions, la Commissaire de l'Union africaine en charge des Affaires sociales a pris la parole pour apporter d'autres éléments de clarification aux préoccupations exprimées par les délégués. Elle a expliqué que le titre du document doit être changé étant donné que la mise en œuvre des engagements continentaux reste avant tout la responsabilité des Etats membres. Le document présenté est par conséquent un simple mécanisme de suivi et d'établissement des rapports, pour rendre compte de la mise en œuvre, par les Etats membres, de ces engagements en 2008 et en 2010. Pour conclure, la Commissaire a rappelé que le document visait à harmoniser les différents cadres de mise en

œuvre et à faciliter aux Etats membres et autres parties prenantes, l'accès aux données requises pour l'établissement des rapports.

84. Le document a ensuite été adopté tel qu'amendé.

Point 11 de l'ordre du jour : Examen de la Stratégie pour la santé en Afrique (Doc. CAMH/MIN/5(III))

85. La Commissaire de l'Union africaine en charge des Affaires sociales a rappelé que le projet de Stratégie pour la santé en Afrique a déjà été présenté aux Ministres au début de la conférence. Les Ministres ont été invités à faire des propositions spécifiques, des commentaires et des observations d'ordre général sur les différentes sections de la Stratégie.

86. Les Ministres ont ensuite procédé à l'examen du projet de Stratégie pour la santé en Afrique, section par section, et ont fait un certain nombre de propositions pour améliorer le document. Ces propositions ont été incorporées dans le document. La délégation libyenne a émis des réserves sur le paragraphe 96, en faisant valoir qu'aucun consensus ne s'est dégagé quant à la question de l'avortement. Les délégués ont également demandé aux auteurs du document d'ajouter une liste des acronymes et de numéroter la bibliographie. Il a été recommandé que le rôle des femmes âgées procurant des soins soit mentionné au paragraphe 94. Les Ministres ont en outre mis en garde contre le déversement en Afrique de produits nocifs. Enfin, les ministres ont adopté la Stratégie pour la santé en Afrique en tant que principale conclusion de la troisième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine des Ministres de la santé.

VI. QUESTIONS DIVERSES

87. S.E. le Ministre libérien de la santé a informé ses homologues que l'OMS n'a jamais eu de Directeur général qui soit originaire d'un pays africain. En conséquence, il a demandé à l'Union africaine de proposer à l'OMS que le poste de Directeur général de l'OMS doit être occupé par rotation. Les ministres ont débattu de la question et ont décidé que l'Union africaine considère cette question comme étant une position commune.

88. Le Ministre égyptien de la santé a, quant à lui, informé ses homologues qu'il importe d'avoir un rapport sur la situation sanitaire en Palestine car il estime que le peuple palestinien ne bénéficie pas des services de santé requis. Les Ministres ont pris acte de la question soulevée par le Ministre égyptien dd la santé et ont ensuite demandé à la Commissaire Gawanas d'obtenir de l'Union africaine qu'elle s'occupe de cette question.

89. S.E. le Ministre tchadien de la santé a suggéré que l'Union africaine mette au point un plan d'urgence pour les réfugiés. Les Ministres ont pris note de cette requête.

90. A la demande de la République du Ghana, l'Ambassadeur du Japon a été invité à présenter un exposé sur le Prix Hideyo Noguchi pour l'Afrique, qui sera présenté décerné à un chercheur africain ou à une organisation africaine au cours de

la Conférence internationale sur le développement en Afrique prévue en 2008 (Conférence de la TICAD). Ce Prix a une valeur de 100 millions de Yen. La sélection sera faite par l'OMS-AFRO et la Société japonaise pour la promotion de la science (JSPS).

VII. DATE, LIEU ET THEME DE LA QUATRIEME SESSION ORDINAIRE DE CONFERENCE DE L'UNION AFRICAINE DES MINISTRES DE LA SANTE

91. Le Ministre de la santé du Zimbabwe a informé la Conférence de l'offre de son pays d'abriter la prochaine session de la Conférence de l'Union africaine des ministres de la santé en 2009. Les Ministres ont accepté l'offre et ont remercié le Zimbabwe d'avoir offert d'abriter la quatrième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine des Ministres de la santé. Ils ont également décidé que les propositions sur le thème de la conférence soient envoyées à la Commission de l'Union africaine, pour examen par le Bureau de la Conférence et le mois d'avril pourrait être retenu pour la prochaine session à condition que les dates ne coïncident pas avec les jours fériés.

VIII. ADOPTION DES RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS DE LA TROISIEME SESSION ORDINAIRE DE LA CONFERENCE DE L'UNION AFRICAINE DES MINISTRES DE LA SANTE

92. La Commission de l'Union africaine a présenté, au nom du Ministre de la santé de Maurice, le rapport ainsi que les documents issus de la conférence à savoir, (i) la Stratégie pour la Santé en Afrique et (ii) la Déclaration de Johannesbourg .

93. S'agissant de la Déclaration de Johannesbourg, ont proposé que le préambule rappelle les Déclarations d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et soit demandé à l'Union africaine de mettre au point un plan régional de mise en valeur des ressources humaines de la santé.

94. Au cours du débat qui a suivi, se sont félicités de la qualité du rapport et ont proposé que le Plan d'Action sur la prévention contre la violence en Afrique traite également de la question de la prophylaxie pour les victimes de viol.

IX. CEREMONIE DE CLOTURE

95. La Commissaire de l'Union africaine en charge des Affaires sociales a exprimé sa gratitude à tous les Ministres de la santé pour le dévouement et leur appui. Elle a également remercié S. E. M. Jeff Radebe, le Ministre par intérim de la santé de la République d'Afrique du Sud, président de la conférence de l'Union africaine des Ministres de la santé et hôte, pour l'hospitalité qui a été réservée à toutes les délégations. Pour conclure, elle a indiqué que travailler avec les Ministres de la santé a été pour elle une expérience positive et leur a souhaité un bon retour chez eux.

96. S.E. M. Radebe, a informé la Conférence de l'Union africaine des Ministres de la santé que ce fut pour lui et pour le Gouvernement sud africain, un honneur d'avoir abrité la troisième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine des ministres de la santé. Il s'est également déclaré très heureux d'avoir eu le privilège

de présider la Conférence de l'Union africaine des Ministres de la santé. Il a invité tous les Ministres, les chefs de délégation et tous les participants à jouir de l'hospitalité sud africaine.

97. Pour conclure ses mots de clôture, il a remercié la Commissaire en charge des Affaires sociales et son personnel et a exprimé son engagement à collaborer avec la Commission de l'Union africaine pour faire en sorte que la Stratégie pour la santé en Afrique est mise en œuvre au cours de son mandat.

98. Après la clôture officielle, S. E. le Ministre de la santé de la République du Kenya a lu la motion de remerciements. Il a exprimé sa gratitude au Gouvernement hôte son hospitalité et pour les facilités mises à la disposition des délégués. Il a également rendu hommage à la Vice-présidente de la République d'Afrique du Sud d'avoir trouvé le temps, malgré son emploi du temps très chargé, de venir s'adresser aux délégués au dîner de gala ; et a remercié le Président Konaré d'avoir fait le déplacement depuis Addis Abeba pour venir ouvrir la conférence.

99. Après ces allocutions, la troisième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine des Ministres de la santé a été déclarée close.

Annexe I : Déclaration de Johannesbourg à l'issue de la troisième session ordinaire de la Conférence des ministres de la santé.

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي

UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ÉTHIOPIE P. O. Box 3243 Téléphone 5517 700 Câbles: OAU, ADDIS ABABA

CAMH/MIN/Decl.(III)

DECLARATION DE JOHANNESBOURG A L'ISSUE DE LA TROISIEME SESSION ORDINAIRE DE LA CONFERENCE DES MINISTRES DE LA SANTE DE L'UNION AFRICAINE 9-13 AVRIL 2007, JOHANNESBOURG (AFRIQUE DU SUD)

Nous, Ministres de la santé des Etats membres de l'Union africaine, réunis en la troisième session ordinaire de la Conférence des Ministres de la santé de l'Union africaine qui s'est tenue du 9 au 13 avril 2007 à Johannesbourg (Afrique du Sud) avec pour thème *"Renforcement des systèmes de santé pour l'équité et le développement en Afrique" :*

Profondément préoccupés par toute une série de défis en matière de santé publique auxquels notre continent est confronté et qui sont notamment dûs à la faiblesse des systèmes de santé, à une protection sociale inadéquate, à l'augmentation du nombre de maladies transmissibles et non transmissibles, à la pénurie de ressources humaines pour la santé, aggravée par l'exode du personnel de santé, à la pauvreté généralisée et à l'impact des conflits armés et de la violence ;

Reconnaissant que les politiques, les programmes et les partenariats nationaux, régionaux, continentaux et internationaux revêtent une importance capitale pour la promotion de la santé ;

Conscients de la nécessité pour l'Afrique de réaliser des progrès considérables en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement d'ici 2015 ;

Conscients en outre du fait que le secteur de la santé n'est pas simplement un secteur consommateur des rares ressources, mais plutôt une immense source de richesse nationale ; et que l'investissement dans la santé des populations est indispensable pour un développement socioéconomique durable ;

Sensibles au caractère plurisectoriel de la santé et à l'importance de la collaboration intersectorielle dans la promotion de l'accès universel et équitable aux services de santé et de la réduction de la charge de morbidité;

Egalement sensibles à la nécessité d'accélérer le processus d'intégration de la médecine traditionnelle africaine dans les systèmes nationaux de santé, et d'une formation des guérisseurs traditionnels ;

Prenant note des recommandations de la consultation technique interministérielle sur le perfectionnement du personnel de santé en Afrique, qui a eu lieu du 2 au 4 mars 2007 à Gaborone ;

Rappelant les Déclarations d'Abuja sur le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes.

Se félicitant du lancement des campagnes pour l'accélération de la lutte contre le VIH (11 avril 2006) et pour l'éradication du paludisme (10 avril 2007),

1. **NOUS ENGAGEONS,** en collaboration avec nos partenaires, à mettre en oeuvre les décisions et recommandations de la troisième session ordinaire de notre Conférence, en particulier celles visant à renforcer nos systèmes de santé et à fournir à la Commission de l'Union des rapports périodiques sur leur mise en œuvre.

2. **NOUS ENGAGEONS EGALEMENT** à instaurer des systèmes de protection sociale destinés en particulier aux pauvres et aux groupes vulnérables en vue d'améliorer l'accès aux soins et de mettre les familles à l'abri des pièges de la dette due à des urgences sanitaires.

3. **NOUS ENGAGEONS EN OUTRE** à mener une campagne à l'échelle continentale en vue de l'éradication du paludisme et à lancer des campagnes semblables à l'échelle nationale le 25 avril 2007, à l'occasion de la Journée africaine de lutte contre le paludisme.

4. **NOUS ENGAGEONS** par ailleurs à mettre en œuvre des programmes pour la lutte contre les maladies infantiles, la promotion de la maternité sans risque et de la santé des femmes en général ainsi que de la santé et du bien-être des groupes vulnérables.

5. **EXHORTONS** les Etats membres à faciliter une coopération interministérielle en vue d'une réponse intégrée, bien coordonnée, harmonisée et globale aux défis auxquels l'Afrique est confrontée dans le domaine de la santé. A cet égard, **NOUS NOUS ENGAGEONS** à mettre en œuvre la Stratégie pour la santé en Afrique, en collaboration avec l'UA, les CER, les organisations régionales de la santé, les institutions des Nations unies, le secteur privé, les partenaires au développement et autres organisations internationales et de la société civile.

6. **APPROUVONS** la proposition visant à créer, dans les meilleurs délais, un comité technique pour faciliter la mise en œuvre et le suivi du Plan de développement d'une industrie pharmaceutique en Afrique.

7. **SOMMES RESOLUS** à mettre en place des mécanismes pour la mise en œuvre effective du Plan d'action pour la prévention de la violence en Afrique, y compris dans les situations d'émeutes et de conflits armés.

8. **SOMMES EGALEMENT RESOLUS** à entreprendre les efforts nécessaires en vue de l'utilisation du Cadre d'évaluation, de suivi et d'établissement de rapports sur les engagements pris en 2006 par le Sommet spécial d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme en 2006, afin d'améliorer l'accès universel aux services de santé.

9. **NOUS ENGAGEONS** à mettre en œuvre un programme d'action détaillé pour remédier à tous les aspects de la crise du personnel de santé en Afrique et, notamment la réalisation d'une meilleure prestation et le déploiement effectif du personnel de santé, la lutte contre la migration de ce personnel, l'augmentation de la production, l'obtention d'un financement durable, l'amélioration des systèmes de gestion, de l'intendance et du partenariat.

10. **LANÇONS UN APPEL** aux institutions des Nations unies, au secteur privé, aux partenaires au développement et aux autres organisations internationales et de la société civile pour qu'ils continuent de collaborer avec le continent et de lui apporter un soutien dans la mise en œuvre de son agenda de développement dans le cadre d'une approche bien coordonnée et harmonisée.

11. **DEMANDONS** à la Commission de l'Union africaine et aux CER, en collaboration avec toutes les parties prenantes, de coordonner l'examen à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan d'action sur la Décennie de la médecine traditionnelle africaine (2001-2010).

12. **DEMANDONS ENFIN** à la Commission de l'Union africaine et aux CER de promouvoir et de coordonner les partenariats internationaux, d'en assurer le suivi et de faire rapport à la prochaine session ordinaire des ministres de la santé, sur la mise en œuvre des résultats de la présente session, en particulier sur celle de la Stratégie pour la santé en Afrique à notre prochaine session ordinaire.

Fait à Johannesbourg (Afrique du Sud), le 13 avril 2007

Annexe II : Stratégie pour la santé en Afrique : 2007 - 2015

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي

UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis-Abeba (ETHIOPIE) P. O. Box 3243 Téléphone 5517 700 Fax : 551 78 44
Website : www.africa-union.org

TROISIÈME SESSION ORDINAIRE DE LA CONFÉRENCE DES MINISTRES DE LA SANTÉ DE L'UNION AFRICAINE
JOHANNESBURG (AFRIQUE DU SUD)
9 - 13 AVRIL 2007

CAMH/MIN/5(III)

Thème: **"Renforcer les systèmes de santé pour l'équité et le développement en Afrique"**

PROJET Rev. 2

STRATÉGIE POUR LA SANTÉ EN AFRIQUE: 2007 À 2015

STRATÉGIE POUR LA SANTÉ EN AFRIQUE: 2007–2015:

TABLE DES MATIÈRES

Aborder le contenu des chapitres

	Pages
1. Introduction	**1**
2. Analyse de la situation	**2**
2.1 Le fardeau des maladies	
2.2 Causes principales	
2.3 Opportunités	
3. Vision et mission, principes, buts et objectifs	**5**
3.1 Vision et mission	
3.2 Principes	
3.3 Buts et objectifs	
4. Approches stratégiques	**7**
4.1 Systèmes de santé	***7***
4.1.1 Gouvernance	
4.1.1a Politiques et législation	
4.1.1b Organisation et gestion	
4.1.1c Performances	
4.1.2 Ressources	
4.1.2a Financement, allocation des ressources et achat des services de santé	
4.1.2b Protection sociale	
4.1.2c Ressources humaines	
4.1.2d Sécurité des produits et réseaux d'approvisionnement	
4.1.3 Opérationnalité ou fonctionnement des services de santé	
4.1.4 Médecine africaine traditionnelle	
4.1.5 Participation	
4.1.5a Participation et renforcement des moyens d'action de la communauté	
4.1.5b Renforcement des partenariats	
4.1.6 Information et recherche en matière de gestion de la santé	
4.1.6a Surveillance et intervention d'urgence	
4.2 Approches intégrées et associations	***22***
4.3 Contexte socioéconomique et politique de la santé	***25***
5. Suivi et évaluation	**25**
6. La voie à suivre	**26**
7. Bibliographie	**28**

STRATÉGIE POUR LA SANTÉ EN AFRIQUE: DE 2007 A 2015

1. Introduction

1. L'Afrique a réalisé des avancées notables dans certains domaines de développement économique et social mais elle a le potentiel pour faire davantage si elle peut éliminer la lourde charge de morbidité qui continue d'être un obstacle à un développement plus rapide. En dépit des bons plans et stratégies mis en place, ce fardeau qui ne cesse de s'alourdir est source de préoccupation pour les décideurs. Cette situation a amené les ministres de la santé de l'Union africaine à améliorer toutes les stratégies de santé existantes en élaborant la présente stratégie pour la santé en Afrique axée sur les domaines prioritaires et que les Communautés économiques régionales (CER) ainsi que les autres entités régionales et les Etats membres peuvent utiliser pour enrichir leur propre stratégie en fonction des défis qui se posent à eux. La stratégie ne concurrence pas et ne nie pas les autres stratégies de santé, elle cherche plutôt à compléter ces autres stratégies spécifiques et détaillées en apportant une valeur ajoutée dans l'optique de l'Union africaine.

2. La Stratégie reconnaît que les États membres, les régions et le continent tout entier ont déjà fixé des objectifs de santé en plus des objectifs du Millénaire pour le développement qu'ils se sont engagés à réaliser. Elle identifie un certain nombre de défis qui entravent les efforts que fait le continent pour réduire le poids des maladies et accroître le développement ; elle s'appuie également sur les opportunités existantes. Elle donne des orientations stratégiques qui peuvent être utiles à condition que l'approche soit multisectorielle, les ressources disponibles, la mise en œuvre et le suivi assurés.

3. L'Union africaine et ses programmes ainsi que les CER se serviront de cette stratégie comme cadre d'exécution de leur rôle. La stratégie est un point d'ancrage et de convergence de toutes les initiatives en matière de santé. Les ministres de la santé en appellent aux agences multilatérales, aux donateurs bilatéraux et aux autres partenaires au développement de l'Afrique d'apporter leur contribution de santé sur la base de cette stratégie. Une telle réponse coordonnée est indispensable pour garantir le maximum de bénéfices dans l'utilisation des ressources mobilisées et pour éviter la fragmentation et le double emploi. La stratégie est donc un cadre global qui assure la cohérence entre les pays, la société civile et la communauté internationale.

4. La Stratégie préconise le renforcement des systèmes de santé par l'amélioration des ressources, des politiques et de la gestion, ce qui contribuera à assurer l'équité grâce à un système qui s'adresse aux pauvres et à ceux qui ont le plus besoin des soins de santé. L'investissement dans la santé aura un impact sur la réduction de la pauvreté et le développement économique général.

5. Le secteur de santé doit être à l'avant-garde des efforts visant à promouvoir les droits de la femme et l'égalité entre homme et femme étant donné que les femmes

portent non seulement le plus grand fardeau de maladie, mais également sont les fournisseurs de soins de santé primaires.

2. Analyse de la situation

2.1 Le fardeau des maladies

6. Il apparaît de plus en plus que de bons investissements et des interventions efficaces ont un impact sur la lutte contre les maladies et sur les indicateurs économiques. Néanmoins, il demeure que l'Afrique porte un poids énorme de problèmes de santé que l'on peut prévenir et traiter et dont les solutions sont connues, ce qui constitue un poids disproportionné par rapport à la part de la population mondiale. Le triple fardeau que représentent les maladies transmissibles et non transmissibles, les blessures et les traumatismes, y compris l'impact social de ceux-ci, a eu des effets néfastes sur le développement de l'Afrique. L'Afrique n'est toujours pas sur la voie de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine de la santé et les tendances actuelles de croissance démographique pourraient compromettre les progrès réalisés. Le taux de mortalité maternelle qui se situe actuellement entre 500 et 1500 devrait baisser à 228 pour 100 000 et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et devrait baisser de 171 à 61 pour 1000 pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. L'espérance de vie sur le continent déjà faible, a été davantage réduite à une moyenne de 52 ans du fait de nombreux facteurs**,** notamment les programmes d'ajustement structurel (PAS) et la pandémie du SIDA. Les femmes et les enfants portent une part disproportionnée de la lourde charge de morbidité en Afrique, avec 4,8 millions d'enfants qui disparaissent chaque année, à cause principalement des maladies qu'on aurait pu prévenir. Les femmes, analphabètes pour la plupart, portent la plus grande responsabilité de prodiguer les soins de santé, ce qui peut exacerber leur condition déjà précaire.

7. Le SIDA, la tuberculose et le paludisme posent les défis les plus importants. Cependant, ils ne devraient pas faire oublier le poids énorme que constituent les autres maladies transmissibles dont la pneumonie, les diarrhées et la rougeole chez les enfants et les autres maladies débilitantes des communautés à savoir l'onchocercose, la trypanosomiase, la schistosomiase, la dracunculose (ver de Guinée) et la filariose. Des foyers de choléra, de méningite, d'Ebola et de Marbourg persistent, tandis que des cas intermittents de grippe aviaire humaine rappellent au continent la menace de pandémie que constitue la mutation.

8. Le taux alarmant de l'aggravation du problème des décès et des informations dues aux maladies non transmissibles en Afrique est désormais reconnu, avec une plus grande prévalence des maladies chroniques associées aux changements démographiques et sociaux et à l'urbanisation. L'hypertension, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les effets du tabagisme, de l'abus d'alcool et des drogues illicites sont en hausse et sont de graves problèmes de santé publique. Les blessures dues à la violence, aux guerres, aux accidents de circulation et à d'autres causes pour la plupart évitables sont à l'origine de nombreux cas de décès et d'invalidités physiques, tandis que l'impact de la mauvaise santé mentale a jusque-là été sous-estimé. La

drépanocytose est le trouble génétique le plus grave, tandis que la prévalence de cancers spécifiques est extrêmement élevée dans certaines régions du continent.

9. La carence en protéines et en micro-nutriments ainsi que la malnutrition croissantes dans de nombreux pays contribuent à un taux de mortalité élevée, tandis que le changement de régime alimentaire et l'inactivité sont des facteurs qui conduisent à l'apparition de maladies chroniques et à l'obésité. La carence en micro-nutriments, notamment en fer, zinc, iode et en vitamine 'A' est largement répandue. Environ 60% de cas de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans dans certaines régions de l'Afrique sont dus à la malnutrition qui reste un défi majeur pour le développement et la survie de l'enfant en Afrique.

2.2 Causes principales

10. La croissance économique dans de nombreux pays d'Afrique, la réduction du nombre des conflits et les importantes avancées en matière de démocratie et de bonne gouvernance sont autant de facteurs qui contribuent à la bonne santé. Il y a toute une autre série d'interventions qui sont faites et des progrès importants sont réalisés dans la lutte contre les causes principales de la charge de morbidité en Afrique. Si les causes peuvent varier d'un pays à un autre, cette forte charge persiste pour les raisons suivantes:

a. Les systèmes de santé sont trop faibles et les services souffrent d'un manque criard de ressources pour pouvoir soutenir les efforts de réduction ciblée de la charge de morbidité et pour pouvoir réaliser l'accès universel.
b. Les interventions sanitaires ne répondent pas souvent à l'ampleur du problème.
c. Les populations n'ont pas de moyens d'action suffisants pour améliorer leur santé ni pour être impliquées de façon appropriée tandis que les facteurs culturels jouent un rôle en matière de santé.
d. Les services de santé ne sont pas équitablement fournis à ceux qui sont les plus affectés.
e. La pauvreté, la marginalisation et le déplacement des populations se généralisent sur le continent
f. L'insuffisance des actions contre les facteurs intersectoriels qui ont un impact sur la santé
g. Les facteurs environnementaux et la dégradation de l'environnement ne sont pas suffisamment pris en compte.

11. Des efforts louables ont été faits pour relever les défis intersectoriels de la santé, en particulier depuis l'avènement de l'Union africaine et de son Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique. Malheureusement, les déficits agricoles, le faible taux d'alphabétisation et le manque d'eau potable, le manque d'assainissement d'électrification et d'infrastructures et les conflits sont tous des facteurs aggravants. Il demeure donc un cercle vicieux où la pauvreté et ses causes alourdissent la charge de morbidité et où la mauvaise santé contribue à la pauvreté.

12. Les facteurs qui contribuent d'entraver les efforts visant à réduire le poids des maladies sont:

a. L'insuffisance des ressources financières durables et les problèmes d'allocation et d'utilisation judicieuse de ces ressources.
b. Le manque de protection sociale pour les groupes vulnérables et dans les situations de catastrophes.
c. Le manque de personnel de santé bien formé et motivé.
d. Les mauvais systèmes d'approvisionnement et de sécurité des produits et les pratiques commerciales déloyales qui bénéficient aux seuls pays riches.
e. La faiblesse des systèmes de santé.
f. La marginalisation de la médecine traditionnelle africaine dans les systèmes nationaux de santé.
g. L'insuffisance des moyens d'action et de l'implication de la communauté.
h. La mobilisation insuffisante du secteur privé, y compris des ONG.
i. L'insuffisance et la sous-utilisation des données et informations des TIC pour soutenir les interventions.
j. L'absence de coordination effective avec les autres secteurs et d'harmonisation avec les partenaires.
k. Le manque d'action et de coordination intersectorielles.
l. Les politiques globales restrictives et déstabilisatrices (par exemple ajustement structurel et détérioration des termes de l'échange) conditionnalité et action qui ont un impact négatif sur les systèmes de santé en Afrique.
m. Les lacunes dans la gouvernance et absence de leadership efficace dans secteur de la santé.

13. Le monde fait face aujourd'hui à une situation de crise de personnel de santé, caractérisée par une mauvaise répartition entre les pays et au sein des pays, de mauvaises conditions de travail et le manque d'informations et de connaissances sur les meilleures pratiques. La migration du personnel de santé vers les nations riches vide les pays pauvres des ressources humaines pour la santé ; cette situation est exacerbée par le nombre insuffisant d'agents de santé formés. A cela s'ajoute le fait que l'Afrique et le monde se trouvent confrontés à l'apparition de nouvelles pandémies et à la résurgence d'anciennes maladies. Alors que l'Afrique ne représente que 10% de la population mondiale, elle supporte 25% de la charge mondiale de morbidité et ne compte que 3% du personnel de santé dans le monde. Sur le nombre de 4 millions de professionnels de santé requis dans le monde, un million est immédiatement requis en Afrique. Cette crise est due à la négligence de longue date du secteur de la santé et à des politiques et pratiques internationales de développement défavorables.

14. A la suite des Déclarations d'Abuja, certains pays ont augmenté leurs dépenses de santé et les partenaires au développement ont accru leur aide au développement en matière de la santé, à plus 10 milliards de $ EU par an. Toutefois le financement de la santé dans la plupart des pays demeure en deçà de ce qui est requis pour mettre en place un système de santé de base fonctionnel, même si les ressources disponibles ont été pleinement utilisées. Seulement 2 des 53 pays africains ont atteint la cible des 15% du total des dépenses publiques devant être allouées au secteur de la santé telles que préconisé dans la Déclaration d'Abuja 2001.

2.3 Opportunités

15. Si l'Afrique a des défis à relever, elle a aussi des opportunités exceptionnelles pour réduire de façon significative sa charge de morbidité, notamment grâce à des investissements adéquats dans les systèmes de santé. Il est de plus en plus reconnu que la santé génère la richesse et fait accroître le PIB.

16. La performance du secteur public, y compris le secteur de la santé connaît une amélioration croissante, grâce à la décentralisation en cours dans bon nombre de pays.

17. Conformément à la Déclaration d'Abuja, certains pays ont augmenté leur allocation budgétaire à la santé en termes réels, dépassant 10% du budget national, c'est dire que l'importance cruciale de ressources humaines suffisantes et motivées pour la Santé est désormais reconnue par les dirigeants d'Afrique.

18. Des progrès ont été réalisés dans la fourniture des produits et la décision adoptée par les chefs d' États de l'UA lors de leur quatrième sommet permettra à l'Afrique de réaliser la production économique en quantité de médicaments génériques et d'autres produits de qualité (par exemple les moustiquaires imprégnées).

19. L'Union africaine et ses programmes constituent un mécanisme africain et une plate-forme commune devant permettre aux pays, aux CER et aux partenaires, d'éviter le double emploi et la fragmentation.

20. Les partenaires au développement ont augmenté leur aide au développement pour la santé en Afrique à plus de 10 milliards de dollars EU par an et leur approche d'apporter un soutien financier aux budgets de santé publique, fondés sur les plans nationaux, à travers les approches intersectorielles intégrées (SWAPS), devrait permettre d'abandonner le financement des projets et programmes verticaux fragmentés et inefficaces, approche qui est sous-tendue par l'engagement international sur l'efficacité de l'aide, tel que convenu lors du Forum de haut niveau qui s'est tenu à Paris en 2005. L'avantage de cette approche provient du fait que le financement par les donateurs est conforme aux plans et priorités identifiés au niveau national. Les opportunités de financement telles que Global AIDS Vaccine Initiative (GAVI) pourraient être également utilisées.

21. La recherche indépendante sur les programmes à large échelle permet de savoir ce qui réussi et ce qui ne réussi, en ce qui concerne en particulier les ressources faibles. Cela permettrait de décider de la méthode à suivre quant à la rentabilité, à l'impact et aux interventions durables.

3. Vision et mission, principes, buts et objectifs

22. L'Afrique sait quelle est sa charge de morbidité avec ses conséquences. L'Afrique sait aussi qu'il est possible de changer cet héritage, qu'elle peut le faire et avec quelles interventions. Les ministres de la santé ont la volonté de mener et de coordonner des efforts résolus pour améliorer la santé de l'Afrique.

3.1 Vision et mission

23. La vision est celle d'une Afrique intégrée et prospère débarrassée de son lourd fardeau de maladies, d'invalidités et de décès prématurés.

24. La mission est celle d'élaborer une réponse africaine efficace pour réduire le poids des maladies et des invalidités grâce au renforcement des systèmes de santé, à l'intensification des interventions sanitaires, aux actions intersectorielles et au renforcement des moyens d'action des communautés.

3.2 Principes

25. La présente stratégie repose sur un ensemble de principes:

- La santé est un droit de l'homme.
- La santé est une question du développement nécessitant une réponse multisectorielle.
- La santé et l'accès aux soins de santé abordables et de qualité, sont un droit de l'homme.
- L'équité dans les soins de santé est un fondement de tous les systèmes de santé.
- L'efficacité est essentielle pour tirer le maximum de bénéfices de l'utilisation des ressources disponibles.
- La preuve tangible est la base de toutes politiques et systèmes efficaces de santé publique.
- Les nouvelles initiatives consisteront à fixer les normes qui vont au-delà de celles qui ont été déterminées auparavant.
- La solidarité est un moyen de faciliter l'accès des pauvres.
- Le respect de la culture et la lever des barrières à l'accès aux services.
- La prévention est le moyen le moins coûteux de réduire le fardeau de maladies.
- La santé est un secteur productif.
- Les maladies ne connaissent pas de frontière.

3.3 Buts et objectifs

26. Le but de la Stratégie pour la santé en Afrique est de contribuer au développement socioéconomique de l'Afrique en améliorant très sensiblement la santé de ses populations et en assurant l'accès aux soins de santé essentiels pour tous les africains, d'ici 2015, en particulier les plus démunis et les plus marginalisés.

27. L'objectif global de la stratégie est de renforcer les systèmes de santé afin de réduire la mauvaise santé et d'accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement en Afrique, plus particulièrement:

a. Faciliter le développement d'initiatives en vue de renforcer les systèmes nationaux de santé dans les Etats membres d'ici à 2009.
b. Promouvoir une collaboration plus étroite entre le secteur de santé et les autres secteurs en vue d'un meilleur environnement

socioéconomique et politique pour assurer une meilleure santé aux populations.

c. Faciliter l'amélioration des interventions en matière de santé dans les Etats membres notamment à travers les organismes régionaux et intergouvernementaux.

4. Approches stratégiques

28. La stratégie constitue une approche pour la lutte contre les maladies, les invalidités et les décès que l'on peut éviter et pour le renforcement des systèmes de santé pour l'équité et le développement, surtout en faveur des populations les plus démunies, les plus marginalisées et des populations déplacées.

29. Pour atteindre les objectifs de la stratégie, un certain nombre d'interventions stratégiques doivent être menées simultanément en vue de créer un secteur de santé efficace, durable et intégré accordant une attention particulière aux principaux problèmes de santé et aux groupes vulnérables. Le but est d'incorporer les meilleures pratiques pour la promotion, la prévention, les soins et la réinsertion dans les plans de santé nationaux en fonction des réalités nationales. Il convient d'accorder une attention spéciale aux pays en situation post-conflit et à ceux ayant le fardeau de réfugiés et de personnes déplacées. Cette Stratégie doit mettre en œuvre l'approche de cycle de vie en vue de la prévention des maladies à moindre frais.

4.1 Systèmes de santé

30. Pour assurer des soins de santé de base à sa population, un pays doit avoir un système de santé pleinement opérationnel. Les éléments constitutifs d'un système de santé fonctionnel sont nombreux, à savoir les ressources humaines de santé, le transport, les TIC, les installations, les médicaments et les fournitures.

4.1.1 Gouvernance

31. La santé est un droit de l'homme qui est de plus en plus reconnu. Les gouvernements ont la responsabilité de garantir les soins de santé à tous leurs citoyens de manière équitable grâce à une gouvernance efficace, en utilisant les ressources de manière responsable. Cela implique un leadership transparent, une vision et une orientation.

32. Une action intégrée et intersectorielle en matière de santé s'impose, qui implique les autres ministères et services gouvernementaux. Le rôle du ministère de la santé va au-delà de son rôle de leadership dans le secteur de la santé (services de santé) et de la gestion stratégique du système de santé (gestion de la santé) et englobe l'environnement intersectoriel et sociopolitique dans lequel fonctionne le système de santé (environnement pour la santé).

33. Les mesures à prendre pour la mise en place d'un plan national, d'un cadre directeur et d'un système de suivi et d'évaluation devraient être accélérées.

4.1.1a Politiques et législation

34. Les politiques de santé seront révisées régulièrement pour refléter la vision et les priorités du gouvernement, les meilleures pratiques ainsi que les réalités socioculturelles du pays. Les politiques devraient promouvoir l'orientation et le suivi de la mise en œuvre effectif des programmes.

35. La législation et la réglementation sont essentielles pour donner effet à la politique. Les pays devraient réviser leur législation en matière de santé et promulguer au besoin à une nouvelle législation et de nouvelles règles pour donner effet à leur politique et combler les lacunes législatives, créant ainsi un environnement pour la fourniture à l'ensemble de la population des soins de qualité, appropriés, équitables et à des coûts abordables.

4.1.1b Organisation et gestion

36. La stratégie préconise un cadre organisationnel cohérent en vue de renforcer l'efficacité par:

- La planification appropriée et adéquate ;
- Le renforcement et la redynamisation d'une approche de soins de santé primaires ;
- La réduction de la bureaucratie et la dotation en personnel qualifié, et motivé en matière de gestion;
- L'augmentation du rapport coût/efficacité et du processus de prise de décision basée sur la preuve ;
- Le renforcement de l'efficacité grâce à des services réorganisés ;
- L'introduction de programmes et services visant à l'amélioration de la qualité à moindre frais ;
- L'allocation des ressources pour répondre aux besoins de santé de manière plus efficace et plus équitable ;
- La détermination d'une ensemble minimum de soins de santé primaires qui soient accessibles à tous ;
- La décentralisation de la gestion opérationnelle du système de santé ;
- L'adoption d'une approche multisectorielle efficace ;
- La fourniture de services de soins de santé accessibles, acceptables et à bas prix.

37. La décentralisation prévoit une gestion efficace et transparente. L'unité de base d'un système de santé bien organisé est le district qui doit être renforcé et qui doit disposer de ressources adéquates par rapport aux niveaux supérieurs de soins de santé. Un tel système se caractérise par une participation active des communautés locales et des parties prenantes et par sa capacité d'adaptation des programmes aux réalités locales. Les responsables de district, dans le cadre des directives et des délégations nationales, devraient pouvoir allouer des ressources, modifier les approches et introduire des innovations. Chaque pays devrait développer un ou plusieurs sites d'apprentissage sur tout ce qui participe d'un système de santé de base efficace, sites qui pourraient également être utilisés à des fins de démonstration pour ce pays et même la région.

38. L'intégration de programmes connexes et complémentaires sera utilisée pour améliorer le système de santé du point de vue coût/efficacité et services au client, ce qui éliminerait les problèmes liés à l'approche verticale et fragmentée.

4.1.1c Performances

39. Les pays se sont engagés à améliorer l'efficacité de leur système de santé en vue d'obtenir les meilleurs résultats possibles avec les ressources disponibles. Chaque pays mettra à jour son plan national de santé et en évaluera le coût, sur la base d'une analyse comparative des plans existants avec la Stratégie et les autres engagements en tenant compte d'un ensemble minimum convenue pour les interventions essentielles. Ces plans nationaux de santé sont la base du développement de la santé dans le pays, et la base du renforcement du système de santé, leur mise en œuvre sera continuellement suivie et leur contenu révisé et mis à jour régulièrement.

40. Les systèmes nationaux de soins de santé doivent répondre de façon adéquate aux attentes des populations et des besoins de santé qui changent constamment ; il devrait y avoir un mécanisme précis pour répondre aux attentes, renforcer, accroître la réceptivité et la participation de la communauté pour améliorer les performances du personnel de santé et les soins qu'il donne. Il convient de promouvoir la transparence, l'obligation de rendre compte et de faire rapport.

41. Les pays devraient examiner trois scénarios possibles de mobilisation efficace des ressources; le premier tenant compte du niveau de croissance actuel ou d'un niveau faible ; le deuxième anticipant un engagement national plus important et l'apport des ressources promises par la communauté internationale et le troisième prenant en considération les ressources requises pour avoir l'impact voulu ; ils devraient ensuite établir des objectifs en fonction de ces ressources. Dans le même temps, les pays doivent constamment se demander si les résultats obtenus dans le domaine de la santé justifient les apports, si les ressources ont été utilisées de façon optimale et si les améliorations du système de santé apporteront un changement positif durable. Ces plans doivent inclure le moyen de combler les lacunes dues au manque de ressources à court, à moyen et à long termes.

42. Incorporer les nouvelles opportunités offertes par les progrès technologiques et développer et retenir les ressources humaines sont essentielles pour la performance des systèmes de santé et tous ces éléments devraient recevoir une attention prioritaire. Les interventions stratégiques doivent valoriser, motiver, compenser proportionnellement et équiper toutes les catégories du personnel de santé.

*Les pays mettront à jour leur Stratégie nationale de santé ainsi que leur plan à la lumière de la Stratégie de Santé et des engagements détaillés pris collectivement par les chefs d'*Etat *et de gouvernement africains et les ministres de la santé concernant des questions spécifiques. Ils procèdent également à une analyse des lacunes et à l'évaluation des coûts en fonction des scénarios de mobilisation des ressources, en tenant compte la formule minimum des interventions essentielles.*

Les ministres de la santé feront tout leur possible pour renforcer le plaidoyer de la santé, la gouvernance et le leadership, pour mettre en œuvre/consolider l'approche des soins de santé primaires et pour effectuer des changements organisationnels afin de soutenir l'efficience, y compris le renforcement des systèmes de santé de district conformément à la Déclaration de 1978 de Alma Ata.

4.1.2 Ressources

43. Les ressources couvrent les contributions essentielles tels que les provisions budgétaires, les ressources humaines, le capital matériel, les approvisionnements des médicaments et autres produits médicaux. Les ministres doivent générer et utiliser ces ressources de manière optimale pour renforcer les systèmes de santé pour l'équité et le renforcement.

4.1.2a Financement, allocation des ressources et achat des services de santé

44. Les gouvernements seuls ne peuvent pas assurer la santé de leur population. Les partenariats avec les communautés, avec les organisations de la société civile ainsi qu'avec les partenaires au développement sont essentiels pour créer un environnement qui est favorable à un état de bonne santé ainsi que pour fournir des services de santé.

45. Les pays sont encouragés à viser la cible des 34 à 40$EU requis par tête d'habitant pour fournir la formule essentielle pour les services de santé.

46. Les États membres sont exhortés à réviser les dépenses courantes publiques et privées de santé en vue d'accroître les dépenses par habitant de façon à ce qu'une proportion plus importante de la population ait accès à l'ensemble indispensable des services de santé. La priorité sera donnée aux groupes vulnérables de la population, en particulier les femmes et les enfants. Il faudrait se concentrer sur les défis majeurs en matière de santé en utilisant des mesures à moindre frais, grâce à un financement adéquat des soins de santé primaires.

47. Les Stratégies qui peuvent être considérées par les États membres pour accroître le pool de financement disponible pour le secteur de santé comprennent:

(a) Augmenter l'efficience du secteur des soins de santé publics et privés;
(b) Plaider pour un soutien plus important de donateurs conformément à la Déclaration de Paris;
(c) Faire campagne en faveur de l'investissement dans la santé tel que préconisé par la Commission de macroéconomie et de santé ;

(d) Étudier d'autres sources de revenu additionnel tant pour le secteur public que pour le secteur privé, y compris les régimes d'assurance maladie, tout en évitant les conflits d'intérêt;
(e) Créer de nouveaux comptes nationaux de santé en vue d'une meilleure gestion des dépenses de santé ;
(f) Etablir des partenariats secteur public – secteur privé.

48. Le financement pour les systèmes de santé a besoin d'être considéré comme un cas exceptionnel. Si les soins de santé de base indispensables doivent être réalisés, alors le plafond budgétaire devra être levé, et des contrats de travail renouvelables à durée déterminée devront être utilisés. Les partenaires au développement auront besoin d'appuyer des approches sectorielles pour assurer la capacité d'absorption et pour réduire les frais de transaction. La santé, une priorité, doit recevoir des allocations dans le cadre de l'appui budgétaire de la part de plusieurs donateurs.

49. Il est vivement conseillé aux États membres d'affecter des ressources en tenant compte de corriger les déséquilibres du passé, y compris ceux entre les riches et les pauvres, entre les communautés urbaines et celles rurales et entre les hommes et les femmes et les enfants.

50. Les États membres doivent renforcer la capacité de leur gouvernement et réviser régulièrement les pratiques et procédures d'achat des services de santé, y compris les systèmes d'appels d'offre, de contrats et de gestion et rendre compte de cette capacité.

51. L'Union africaine devrait prendre part à des initiatives mondiales de santé pour favoriser leur intégration aux systèmes nationaux de santé et pour financer le système principal de santé et les exigences en ressources humaines qui sont nécessaires pour leurs programmes.

Les pays devraient augmenter progressivement leur allocation de budget pour la santé à au moins la cible de 15% fixée par les chefs d'État en accordant la priorité aux soins de santé primaires..

L'Union africaine devrait entamer des discussions avec les partenaires au développement pour qu'ils respectent les engagements qu'ils ont pris lors de forums internationaux, avec des cycles plus longs d'aide sûr et harmonisé.

Les pays devraient examiner l'utilisation de postes contractuels (avec avantages) pour le personnel dans le secteur public financés dans une corbeille de l'aide au développement, les postes étant renouvelables avec de nouveaux cycles de financement.

L'Union africaine devrait prendre part à des initiatives mondiales de santé pour favoriser leur intégration aux systèmes nationaux de santé et pour financer le système principal de santé et les exigences en ressources humaines qui sont nécessaires pour leurs programmes.

En étudiant des sources supplémentaires de revenu, les pays devraient travailler en faveur d'un model de solidarité au sein d'un cadre d'équité, cherchant à mettre en place des systèmes de prépaiement pour éviter des frais d'utilisation au moment où les soins ont besoin d'être obtenus.

Les pays devraient revoir leur allocation budgétaire et entreprendre des révisions de performances pour garantir l'utilisation la plus efficace des fonds disponibles, introduisant des Stratégies précises pour traiter de toute faiblesse et pour utiliser cela en tant que plaidoyer pour obtenir une allocation de ressources accrue pour la santé.

4.1.2b Protection sociale

52. Des filets de sécurité sociale au niveau du pays et au niveau de la communauté ainsi que des plans de santé nationaux ont besoin d'être encouragés et améliorés d'une manière qui réponde aux besoins des vulnérables et qui soit compatible avec les normes et les pratiques traditionnelles et culturelles de la société. Des mesures pour identifier les personnes victimes d'une défaillance du système doivent être mises en place d'une manière participative. Il conviendrait de mobiliser tous les mécanismes de protection sociale notamment l'assurance maladie et la guérison par médicine traditionnelle. Il faudrait également réviser les tarifs des utilisations en vue de les supprimer avec le temps.

53. Les mécanismes nationaux de solidarité doivent être mis en place pour assurer la protection sociale.

54. L'action intersectorielle améliorée devrait fournir un continuum de soins et il devrait être apporté comme tel. Mais il y a certains domaines qui sont clairement de la responsabilité du secteur de la santé et ces derniers devraient être inclus dans les plans de santé nationaux ou de régime de pension.

55. Les stratégies de réduction de la pauvreté plutôt que le bien-être social doivent être placées au centre de la protection sociale.

Les plans nationaux de santé devraient inclure la protection sociale pour les vulnérables et un plan pour protéger les familles des pièges de dettes à long terme en raison de maladie ou de lésion catastrophique.

Il faudrait réviser les redevances couvrant l'utilisation de services afin de les abolir éventuellement.

4.1.2c Ressources humaines

56. Les réformes du secteur de santé doivent mettre en valeur les ressources humaines de la santé dans tous les aspects pour promouvoir la santé et les maintenir, en améliorant les politiques, les plans stratégiques, l'information, la formation, le recrutement, le déploiement et le maintien, l'administration, les conditions de travail et de vie et la santé du personnel. À cet égard, en accord avec

les décisions des chefs d'État et de gouvernement de l'UA, les gouvernements devraient:

- Déterminer les catégories du personnel de santé entre professionnel, auxiliaire (échelon moyen) et de la communauté qui fourniront un mélange approprié des ressources humaines pour leurs besoins.
- Concevoir des plans de développement et de déploiement des ressources humaines avec leurs coûts, incluant la réévaluation des contrats globaux et des primes d'encouragement, surtout pour ceux travaillant dans les zones désavantagées.
- Financer davantage l'établissement de la capacité de formation requise pour produire le nombre voulu d'effectifs de la santé.
- Créer un cadre de personnel clinique polyvalent comme le noyau des prestations de soins de santé.

Les Etats membres doivent en outre :

- Mener collectivement une campagne de sensibilisation en vue de la suppression d'un plafond de dépenses imposées par les partenaires en matière de santé et pour d'autres services sociaux ;

- S'assurer que des agents de santé formés grâce au fonds public fournissent obligatoirement des services à la communauté pendant un certain temps comme un moyen de rembourser ce qu'ils doivent à la société ;

- Explorer de nouveaux moyens de mobiliser des ressources additionnelles pour financer la mise en valeur des ressources humaines de la santé en Afrique ainsi que des moyens de réduire la fuite des professionnels de la santé du continent. Enfin la création d'un fonds de solidarité pourrait être un point de départ ;

- Mener une campagne de sensibilisation des pays occidentaux pour qu'ils augmentent leurs investissements dans la formation de leur propre professionnel de la santé et réduire ainsi le manque de personnel dans leur propre pays pour éviter la fuite des cerveaux africains vers leur pays ;

- Remédier aux facteurs des fuites de cerveaux en mettant en place un mécanisme susceptible de valoriser, de respecter, de motiver, de compenser, de mettre en œuvre et d'équiper le personnel de santé.

57. L'Union africaine doit œuvrer pour un recrutement basé sur l'éthique sur le continent et par les pays industrialisés, en insistant sur des accords qui tiennent compte de l'investissement fait par les pays africains et des droits et libertés des individus. Les pays doivent remédier aux causes de la migration et mener des études sur la migration et la rétention du personnel de santé et devraient aussi améliorer les conditions de travail des professionnels de la santé et des autres agents de la santé. Les pays africains devront œuvrer ensemble pour produire des agents de santé dont ils ont besoin et élaborer un programme africain commun.

58. Le continent doit adopter des moyens plus efficaces de développer, de retenir et d'améliorer le capital des ressources humaines. Il est fondamental de s'assurer que la formation du personnel de santé est appropriée et alignée sur les besoins de continent. La décision par l'Afrique de former des travailleurs de la santé d'échelon moyen et polyvalent doit être suivie par la révision du programme de formation et le partage des ressources et des établissements de formation d'enseignement supérieur sur le continent africain. Cela doit être accompagné par la mise à jour d'audits de personnel de divers cadres supérieurs du secteur de la santé et la détermination des causes de perte en personnel, ainsi que les révisions des structures de carrière.

59. Les politiques et les plans nationaux des pays devraient prévoir un équilibre entre les employés de santé, professionnels, auxiliaires et de la communauté pour assurer des compétences convenables, la sécurité continue, la rentabilité et la disponibilité. Chaque pays doit avoir une évaluation détaillée des besoins en formation de base ou continue, soutenue par un plan d'action. En intensifiant la formation, une des mesures les plus rapides à prendre est d'augmenter la taille des établissements existant et d'accroître le nombre d'admissions en ayant à l'esprit la nécessité d'améliorer également la formation et les infrastructures et les normes appropriées de dotation en personnel de la santé. Certains établissements peuvent avoir besoin de moderniser leurs installations, tous devraient avoir la connexion Internet, et les programmes dans certains pays doivent être mis à jour pour tenir compte des derniers développements. En améliorant la formation, nous devons mettre en place des mécanismes susceptibles d'absorber le personnel qui a été formé. A cet égard, les pays doivent soutenir l'évaluation des besoins en formation en vue d'identifier les domaines ayant besoin d'un certain type, de certain nombre et de certaines qualifications.

60. Les pays devraient assurer une gestion efficace des ressources humaines pour la santé, en commençant par la mise à jour des politiques d'emploi et de déploiement (d'affectation). La hausse des salaires et l'amélioration des conditions de travail sont un facteur essentiel pour réussir. À cela il faudrait ajouter des plans de carrière flexibles, une surveillance et un tutorat de soutien, une formation continue, un plan de développement continu des carrières, des stratégies de motivation et de maintien du personnel. Les responsables devraient montrer ouvertement au personnel de santé, la confiance qu'ils mettent en eux et montrer qu'ils reconnaissent leur valeur professionnelle et les circonstances défavorables dans lesquelles ils travaillent. Il faudrait mettre en place un système efficace d'un enregistrement et de contrôle du personnel de santé.

61. Les graves déséquilibres, rural – urbain, et quartier structuré – bidonville requièrent une attention particulière. Des incitations financières et non financières, par exemple le logement, des congés supplémentaires, des possibilités de formation complémentaire, devraient être utilisées pour attirer / indemniser le personnel. Le service communautaire (sous surveillance) est une manière importante pour les nouveaux diplômés d'offrir quelque chose en retour à la société qui a investi en leur procurant la possibilité de devenir un professionnel de la santé.

62. Il conviendrait de récompenser le personnel de santé ayant de bonnes performances. L'expertise en gestion de la santé devrait être développée. Tous les pays doivent créer des observatoires nationales du personnel de santé.

Les pays devraient concevoir des plans nationaux de développement et de déploiement des ressources humaines avec leurs coûts, incluant la réévaluation des contrats globaux et des primes d'encouragement, surtout pour ceux travaillant dans les zones désavantagées *ainsi que pour les plans de carrière clinique.*

Chaque pays devrait déterminer pour ses besoins, les catégories du personnel de santé entre professionnelle, auxiliaire (échelon moyen) et de la communauté, qui fourniront un mélange approprié des ressources humaines.

Les pays devraient mener des études sur la migration et la rétention du personnel de santé et envisager la possibilité d'établir des réseaux pour la formation des agents de santé.

L'Union africaine devrait favoriser une position commune africaine concernant la migration des professionnels de santé et mener un engagement avec les pays de l'OCDE pour surmonter l'impact dévastateur que cela a sur les systèmes de santé en Afrique.

4.1.2d Sécurité des produits et réseaux d'approvisionnement

63. D'importants progrès ont été réalisés mondialement et en Afrique, mais la sécurité des produits est encore à la traîne dans de nombreux pays. Des ressources plus grandes ont besoin d'être mise à disposition, Des systèmes nationaux d'achat doivent être mis à jour et d'autres sources de produits doivent coordonner leurs efforts avec ceux du gouvernement.

64. L'accès universel aux soins essentiels de santé doit être soutenu par un approvisionnement suffisant de produits, y compris de médicaments essentiels, les anti-rétroviraux, de contraceptifs, de préservatifs, de vaccins, de médicaments efficaces et d'autres approvisionnements. Ils devraient faire partie de la formule essentielle de santé. Les médicaments et produits essentiels doivent être exemptés de taxe.

65. Les réseaux, la logistique et la capacité des ressources humaines pour l'approvisionnement doivent être renforcés pour assurer la commande, le stockage et la distribution. En tant que tels les gouvernements devraient promouvoir l'achat en gros et s'assurer que les infrastructures locales ont des budgets protégés spécifiques pour accéder aux approvisionnements. Les États membres devraient être soutenus dans l'utilisation d'outils disponibles comme le progiciel de technologie intégrée sanitaire de l'OMS et les outils de sécurité des produits du FNUAP pour suivre l'évolution des besoins en produits de santé. Les laboratoires d'assurance de la qualité et les systèmes de contrôle doivent fournir un appui solide.

66. Suite à la décision des chefs d'État et de gouvernement de l'UA de développer et de promouvoir la production locale pharmaceutique des médicaments, des vaccins et des produits de santé en Afrique, les États membres de l'UA doivent se lancer dans la production locale de produits pharmaceutiques et d'autres produits de santé. La préparation adéquate de l'infrastructure, la formation des ressources humaines, la mobilisation des ressources et les partenariats stratégiques pour le transfert de technologie afin d'entreprendre la mise en œuvre du plan de production pharmaceutique pour l'Afrique, sont des étapes cruciales et urgentes. Les ministres de la santé de l'UA devraient convenir d'un calendrier, de l'envergure, de la distribution, de la commercialisation et des types de médicaments et de produits qui seront fabriqués sur le continent.

Le plan africain de production pharmaceutique devrait être soutenu pour réaliser la production économique en quantité de médicaments génériques de qualité et d'autres produits, avec les pays se montrant solidaires et retirant les barrières douanières et non douanières pour son succès.

L'Union africaine devrait discuter avec les partenaires internationaux pour permettre l'intégration efficace des Stratégie s et des systèmes mondiaux de produits avec les besoins en santé des pays ainsi qu'avec l'industrie pharmaceutique et les autres parties prenantes pour le développement accéléré des nouveaux produits nécessaires.

Les pays devraient améliorer leur logistique et leurs systèmes d'approvisionnement pour assurer une disponibilité continue des marchandises aux installations de santé.

4.1.3 Opérationnalité ou fonctionnement des services de santé

67. Pour que toutes les parties du système de santé puissent être fonctionnelles, elles ont besoin d'être opérationnelles et de travailler synchroniquement. Par conséquent tous les éléments devraient être développés simultanément.

68. Les installations de santé requièrent de l'eau, de l'énergie, de l'équipement en exploitation maintenu par un système local d'entretien et de réparations efficaces. Des communications sures sont essentielles. Les progrès dans le domaine des télécommunications signifient qu'aucune clinique désormais ne devrait être isolée. L'accès aux travaux de laboratoires, à la radiographie, à l'approvisionnement fiable en sang et à un système d'archives adéquat, devrait soutenir les soins médicaux donnés aux malades. L'aiguillage des patients vers des centres spécialisés devrait marcher dans les deux sens et devrait être mis en place pour faire face aux urgences. Le transport des malades devrait être complété par un système de logistique et d'approvisionnement efficace, qui, entre autres, garantira que les médicaments et autres produits essentiels ne seront pas en rupture de stock.

69. Tandis que les pays développent leur système de santé, ils devraient penser à établir un ou plusieurs lieux d'apprentissage, comme orientateur-marqueur pour renforcer leur système de santé. Un tel développement intégré offrira une démonstration de travail pour le pays d'un système de santé de base efficace.

70. S'assurer que des responsables formés peuvent mobiliser, motiver et innover de manière efficace, ainsi que planifier, organiser et établir un budget, et qu'ils peuvent rester dans une circonscription de services de santé pour une durée relativement longue, devient une priorité élevée. Cela devrait être complété par un cadre de personnel avec une formation de santé publique. Chaque pays devrait déterminer les qualifications et la formation qu'il aspire à avoir pour ses responsables de circonscription, de programme de santé et ses autres gestionnaires, et devrait développer un plan pour la réalisation de son aspiration.

4.1.4 Médecine traditionnelle africaine

71. En proclamant une Décennie africaine de la médecine traditionnelle en 2001, les gouvernements ont reconnu la vaste utilisation de la médecine traditionnelle et donc l'importance de l'intégrer dans leur système de santé national et de créer un environnement facilitant l'optimisation de sa contribution. Cette dernière inclut de mobiliser et de mettre en rapport toutes les parties prenantes. Il est indispensable de renforcer les structures de la médecine traditionnelle par l'analyse des systèmes qui prévalent et ce avec la participation des guérisseurs traditionnels et des communautés, en accordant la priorité au renforcement des meilleurs pratiques en médecine traditionnelle. Les exigences organisationnelles comprennent l'établissement d'un organisme multidisciplinaire national chargé de la coordination de la médecine traditionnelle ; de la formulation d'une politique et d'un cadre juridique; de l'allocation de ressources suffisantes; du développement d'une réglementation pour la production locale et l'utilisation rationnelle des remèdes traditionnels et de la protection des droits de propriété intellectuelle.

72. Les États membres de l'Union africaine devraient envisager d'établir des mécanismes de coordination au niveau national et au niveau régional pour faciliter la mise en œuvre du Plan d'action de la médecine traditionnelle. La recherche en médecine traditionnelle devrait être promue et financée pour identifier les remèdes traditionnels efficaces et sans danger, ainsi que pour aider les guérisseurs traditionnels à breveter leurs produits.

73. Dans les pays où la médicine traditionnelle africaine n'existe pas d'autres systèmes doivent être envisagés.

Les pays devraient intégrer la médecine traditionnelle africaine ou, au cas de besoin, d'autres formes de médecine traditionnelle, dans leurs systèmes de santé, tout en reconnaissant ses forces et ses limites.

4.1.5 Participation

4.1.5a Participation et renforcement des moyens d'action de la communauté

74. Les membres de la communauté sont souvent perçus comme des clients et pourtant représentent une ressource potentielle qui pourrait être insérée de façon à renforcer les systèmes de santé. Les pays et les régions doivent avoir des stratégies pour faire participer les communautés et pour renforcer leurs moyens d'actions afin de garantir la responsabilité et la maîtrise des programmes ainsi que

leur durabilité. La participation de la communauté ne devrait pas se limiter au partage des coûts mais doit également inclure d'autres aspects tels que les problèmes de référence dans les systèmes de santé.

75. Réaliser le potentiel total de la participation de la communauté est souvent un challenge. En intensifiant l'implication de la communauté, l'on s'engage à mobiliser de l'énergie et du bénévolat d'une manière qui est difficile pour les services de santé officiels à égaler, et à obtenir des résultats en groupes que les services officiels ont du mal à atteindre. Les ministères de la santé ont par conséquent besoin de créer un environnement propice favorisant à la participation active et constructive de la communauté, de faciliter l'apparition d'ONG et d'Organisations de base, de fournir un financement pour mettre en œuvre et faciliter des initiatives dans les zones où les prestations des services médicaux sont faibles. Toutefois, ce soutien ne devrait pas porter atteinte à l'indépendance et à la vitalité de la participation de la communauté et il devrait y avoir de la place pour le plaidoyer, qui pourrait coïncider avec les initiatives gouvernementales ou les confronter et qui pourrait aussi stimuler d'autres secteurs à apporter leur soutien. Le secteur privé a un rôle important à jouer dans l'amélioration de la santé de la population active.

76. Des concepts innovateurs sur la manière dont l'acceptation par les communautés peut être améliorée, ont besoin d'être employés. Un exemple pourrait être de vendre une participation du système de santé, en sous-traitant une partie du système autosuffisante et produisant un revenu aux communautés, afin que cela résulte en des relations mutuellement bénéfiques entre le système de santé et la communauté qu'il sert. Les services de soutien et les services auxiliaires dans un système de santé se prêtent particulièrement bien à ce concept.

77. Les pays devraient concevoir et mettre en œuvre un plan pour réaliser une éducation sanitaire, en particulier aux femmes et aux filles, ainsi que la responsabilisation de la communauté pour se rendre compte de ses conséquences positives sur la santé. Le média a un rôle important à jouer dans l'amélioration des conditions de santé et pour faire connaître l'expérience au niveau de la communauté.

78. Comme les situations varient de pays à pays, il n'existe pas une seule façon de favoriser la participation de la communauté. Chaque pays devrait examiner leur situation locale et incorporer une approche livrable à la participation de la communauté dans leur plan de santé par district. Les détails peuvent être différents, mais l'objectif est commun à tous les pays : atteindre tous les secteurs de la société, surtout les plus pauvres et les plus marginalisés, dans un programme soutenu de mobilisation sociale en faveur de la santé.

Chaque pays devrait organiser leur cadre pour la participation de la communauté dans le système de santé et créer un environnement propice à cet effet.

Les pays devraient concevoir et mettre en œuvre un plan pour réaliser *une éducation sanitaire et un renforcement des moyens d'action de la communauté pour se rendre compte de ses conséquences positives sur la santé.*

4.1.5b Renforcer les partenariats

79. Il existe un partenariat peu méthodique et désordonné entre le donateur et les pays bénéficiaires, ce qui a pour résultat des objectifs contradictoires dans la mise en œuvre de programme. Les pays doivent adhérer au principe de Trois en Un et établir des structures organisationnelles qui assurent un seul point d'entrée et de révision pour leurs relations avec les partenaires au développement. Une mise en œuvre réussie de la stratégie de santé pour l'Afrique nécessitera plus qu'une définition du rôle et des responsabilités de tous les participants. En outre, pour les partenaires à travers le continent, l'UA doit mettre au point des procédures qui leur permettent de s'engager aux côtés de l'Afrique.

80. Les relations fondées sur la direction du gouvernement et le respect mutuel entre le gouvernement et ses partenaires doivent être consolidées pour garantir une action coordonnée visant à renforcer les systèmes de santé.

81. Les ministres de la santé doivent favoriser un environnement qui intensifiera les partenariats en santé. Les Communautés économiques régionales devraient établir des partenariats entre les pays et les autres.

82. Les organismes multilatéraux, les partenaires au développement, les initiatives mondiales de santé, en tant que partie de la communauté mondiale, parce qu'ils ajoutent de la valeur et parce que l'Afrique n'a pas l'espace fiscal nécessaire et qu'il lui manque la capacité dans certains secteurs, offrent un appui précieux. Toutefois, les ministres de la santé devraient entreprendre et faciliter les consultations, la création de forums des donateurs et garantir une bonne gouvernance d'entreprise, y compris des systèmes fiables de financement à long terme. Les fondations devraient continuer à jouer un rôle stratégique, bougeant rapidement et de façon créative pour inspirer de nouvelles initiatives et un nouvel apprentissage. Les institutions de conseils et techniques multinationales devraient garantir qu'elles s'engageront à renforcer les capacités africaines et non à continuer de maintenir la dépendance. Les pays doivent collaborer avec les partenaires en vue d'évaluer les actions à partir des engagements pris les deux catégories de partenaires.

83. Les organisations multilatérales, qui sont principalement dans le système des Nations unies, jouent un rôle important normatif, du développement et technique. Les points de vue de leurs experts devraient continuer à guider les développements. Toutes devraient être instruites du fait qu'elles utilisent des fonds qui auraient pu partir autrement dans des pays et elles devraient examiner attentivement leur dynamisme face à leur responsabilité devant les pays et la proportion des fonds qu'elles dépensent en aval.

84. L'UA et ses organes ainsi que les CER sont exhortés à :

a. consolider la collaboration en Afrique ;
b. consolider et élargir la collaboration sud-sud et nord-sud;
c. la collaboration nord-sud;

d. travailler avec les partenaires donateurs pour s'assurer que les ressources soient mobilisées afin de contribuer à la réalisation des objectifs de cette Stratégie.

Des partenariats innovateurs et efficaces sont envisagés entre le gouvernement et les parties prenantes au développement de la santé, fondés sur le respect mutuel, conduisant à un effort harmonisé et coordonné et à un service de santé continu pour les clients. Les ministres de la santé fourniront un environnement favorable pour que les partenaires au développement puissent jouer leur rôle.

4.1.6 Information et recherche en matière de gestion de la santé

85. Les pays sont en train d'élaborer leur plan essentiel de recherche en matière de santé national et leur système d'information dans le domaine de la santé. Trop souvent ce dernier est perturbé par les pressions de rassembler séparément les données sur des défis spécifiques de santé, conduisant à un système fragmenté. Ces données ont besoin d'être fusionnées afin d'avoir un système approprié d'information dans le domaine de la santé, constitué de données utiles produites et rassemblées localement pour suivre les progrès, guider les prises de décision et assurer la qualité dans les prestations des soins de santé. Les systèmes doivent être facilement accessibles, faciles à utiliser et capables de synthétiser les données pour leur utilisation à n'importe quel niveau du système de santé (politique, planification, mise en œuvre, suivi et évaluation). Ces caractéristiques sont impératives pour gérer un système de santé de manière efficace et efficient. Le système d'information devrait être simple et efficace de manière à garantir la bonne prestation des services de soins de santé et une bonne prise de décision. Le gouvernement doit publier les statistiques officielles sur la santé.

86. Les systèmes d'information de santé devraient être renforcés pour guider et soutenir la prise de décisions à tous les niveaux. Un ensemble standard d'informations sur le genre et l'âge et basé sur une formule minimum d'interventions devrait être rassemblé pour suivre et évaluer les performances du système de santé. Les systèmes d'information du district ou de l'hôpital devraient fournir une base d'informations pour suivre les progrès, identifier où des interventions sont requises et pour évaluer le succès. Les données de routine devront être complétées par d'autres informations, telles que celles provenant d'enquêtes.

87. La recherche en matière de santé fournit les preuves pour la politique et les décideurs à tous les niveaux pour prendre des décisions efficientes et efficaces. Cette recherche a été renforcée et une orientation détaillée sur la recherche dans le domaine de la santé a été donnée dans les rapports des réunions ministérielles à haut niveau d'Abuja et d'Accra en matière de recherche dans le domaine de la santé. Le contenu de la recherche est important et doit aller au-delà de la détermination de la prévalence pour examiner quels facteurs sociaux et psychologiques sont derrière les choix sanitaires, et quels sont les facteurs qui conduisent au succès des interventions. Il conviendrait d'élaborer un document sur une position continentale en matière de recherche sur la santé en Afrique.

88. Le continent africain doit avoir une recherche localement financée et dirigée qui produit des informations pour guider la politique et les plans. La responsabilisation des chercheurs locaux et l'allocation des ressources pour la recherche sont des facteurs critiques pour le développement des approches et des interventions innovatrices qui sont sensibles aux particularités de l'Afrique. La recherche en général, et la recherche opérationnelle des systèmes de santé en particulier, sont une nécessité pour améliorer les performances du système de santé. En conséquence, les pays devraient renforcer les capacités en matière de recherche et allouer au moins 2% des dépenses nationales de santé et 5% de l'aide aux programmes et aux projets pour la recherche. Ils devraient élaborer des législations régissant la recherche et établir ou renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé et instituer des plateformes pour la recherche à présenter de façon à ce qu'elle puisse effectivement influencer la politique et la pratique de santé.

89. Les collaborations multi-pays aideront à déterminer si les facteurs sont spécifiques à un pays ou à une localité ou sont des variables causales et des déterminants plus vastes pour une région ou le continent. Les pays devraient échanger entre eux et avec la Commission l'Union africaine, les résultats de leur recherche. Les essais cliniques et la recherche entrepris par les organisations internationales doivent être réglementés et basés sur l'éthique.

Les pays devraient élaborer un système d'information en santé simple et opportun qui convient pour suivre les progrès, guider la prise de décision et assurer la qualité des prestations de soins de santé.

Les pays devraient allouer au moins 2% des dépenses nationales de santé et 5% de l'aide aux programmes et aux projets pour la recherche. Ils devraient déterminer quels sont leurs besoins nationaux essentiels en recherche de santé et instituer des plateformes pour que cette recherche puisse prospérer.

4.1.6a Surveillance et intervention d'urgence

90. Les États membres et les communautés économiques régionales doivent formuler, renforcer et passer en revue périodiquement leur plan de surveillance et d'intervention d'urgence en cas de catastrophes sanitaires et de catastrophes naturelles ayant des conséquences sur la santé. Les pays doivent être disposés à appliquer les règles internationales en matière de santé.

91. Chaque pays devrait avoir en place un mécanisme de clinique et d'hôpital de district, basé sur la communauté, qui surveille et signale de manière rapide afin d'identifier les foyers de maladies et d'agir de la manière appropriée aux niveaux du district, de la région, du pays et du continent. La réaction devrait être basée sur une suspicion clinique suivie par une confirmation de laboratoire aussi vite que possible. Les pays devraient rapidement faire appel au soutien d'experts et aux approvisionnements mis en commun, mais leur réaction devrait déjà être activée au plan national qui intègre les détails opérationnels.

La surveillance permanente à la fois des maladies et des vecteurs sera la base d'un haut niveau de vigilance pour des foyers de façon à ce qu'ils soient identifiés et que l'on puisse agir tôt de la manière adéquate dans le cadre d'un plan national, les réactions étant basées au départ sur la suspicion clinique suivie rapidement par la confirmation de laboratoire.

4.2 Approches intégrées et associations

92. Chaque pays, en fonction de ses circonstances spécifiques, a besoin de définir, de calculer le coût et de mettre en œuvre un ensemble de soins de santé de base qui s'occupe de la partie principale de son fardeau de la maladie par des interventions appropriées en utilisant une approche intégrée. Les interventions prendraient soin des problèmes prioritaires de santé tant des maladies transmissibles que des maladies non transmissibles et autres, y compris des maladies négligées, des lésions et des traumatismes. Il faudrait planifier conjointement avec les autres tels que l'eau, l'éducation, l'agriculture, l'environnement, le bien-être social et la justice. Les politiques et plans nationaux doivent tenir compte des besoins des personnes âgées, des personnes handicapées, des femmes, des enfants dans les établissements scolaires et d'autres groupes vulnérables. Un accès particulier doit être mis sur le changement de comportement.

93. Les interventions devraient être complètes, traitant de la promotion, de la prévention, du traitement et des soins, du soutien et de la rééducation selon ce qui semble nécessaire. Le secteur de la santé a besoin de renforcer la collaboration intersectorielle pour aborder les autres déterminants de la santé.

94. Les États membres de l'UA devraient accélérer la mise en œuvre des déclarations, des plans d'action, des cadres de stratégies et de politiques qui ont déjà été adoptés par l'Union africaine afin de progresser plus rapidement pour atteindre la réalisation des OMD. Aux termes de la Charte africaine des droits de l'enfant, les pays doivent renforcer ou élaborer des programmes pour la lutte contre les maladies infantiles et en accordant, la priorité aux orphelins, aux enfants vulnérables et aux personnes s'occupant d'eux qui, dans le cas des enfants vulnérables sont essentiellement des femmes âgées.

95. Le système de santé devrait accorder la priorité aux actions visant à remédier aux problèmes de mortalité maternelle, aux questions de genre dans la politique de santé et chercher à éliminer par la loi, toutes les formes de violence à l'encontre des femmes. Il devrait promouvoir les pratiques traditionnelles efficaces et par des législations éliminer les pratiques traditionnelles qui ont pour conséquence la fistule vésico-vaginale et la mutilation génitale féminine.

96. Un programme plus vaste concernant la santé des femmes devrait être institutionnalisé, comprenant les questions d'ordre général sur la planification familiale (réorientées en des programmes de santé plus importants concernant la reproduction), les soins des infections sexuellement transmissibles, la prévention des cancers gynécologiques – y compris les programmes de vaccination contre le virus du papillome humain – le traitement de la stérilité, de la ménopause. Parmi

d'autres facteurs, reconnaissant la morbidité et la mortalité dues à des avortements risqués, les services d'avortement sans danger devraient être inclus, pour autant que la loi les permette. Le droit des femmes à gérer leur propre santé et le comportement en quête de la santé devrait être recommandé. Cela devrait être établi sur un programme d'éducation de genre et de sexualité et sur des services adaptés aux besoins des jeunes et des femmes, avec un accent particulier sur la réduction des grossesses chez les adolescentes et sur les maladies sexuellement associées ainsi que l'amélioration de l'accès à la prophylaxie après le viol pour les jeunes qui en sont victimes. Il est impératif de développer le rôle des hommes, à la fois en tant que partisans et en tant que bénéficiaires des services de santé SRH.

97. Avec 40% des décès chez les enfants de moins de 5 ans intervenant au cours du premier mois après la naissance et environ 26% au cours de la première semaine, il est impératif de réduire le taux de mortalité et de morbidité. Il convient d'intégrer ces efforts pour assurer la maternité sans risque, ce qui implique l'inclusion d'une composante spécifique de soins néonatals.

98. Le nombre réduit des principales causes de la mortalité chez les moins de 5 ans offre l'occasion de faire un impact important grâce à des efforts orientés sur des résultats. Toutefois, l'expérience a montré que les efforts visant à lutter contre une seule maladie peuvent être coûteux et entraîner d'autres cas de mortalité, d'où la nécessité d'adopter des programmes intégrés assurés par le personnel de santé en faveur des familles et des communautés, des interventions séquentielles par le personnel auxiliaire et les services cliniques nécessitant les services permanents de professionnels. La formule d'intervention comporte l'allaitement maternel et l'alimentation des enfants notamment les suppléments alimentaires de micronutriments, la vaccination, y compris l'introduction de nouveaux vaccins tels que le pneumocoque et rotavirus, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, les soins aux malades du Sida, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement préventif intermittent du paludisme et la gestion des maladies infantiles courantes dans le cadre de la stratégie de gestion intégrée des maladies infantiles. Les pays pourraient chercher à mettre en œuvre ces formules dont la complexité et les coûts augmentent mais ils doivent maintenir les liens entre le renforcement des systèmes de santé plus élargis et éviter les estimations de coût qui mettent en exergue les frais marginaux de médicaments et de produits médicaux et ne tiennent pas suffisamment compte des coûts afférents aux ressources humaines à la logistique et à la gestion.

99. La vaccination reste l'intervention la moins coûteuse en santé publique. La poliomyélite occupe une place spéciale dans les programmes de vaccination, pas parce qu'elle est encore une cause de morbidité, mais elle vise une éradication éventuelle et globale. Dans le même temps, l'expérience a montré que le relâchement des efforts à cet effet a provoqué l'importance du virus de la polio dans certaines zones.

L'accent doit être mis sur les défis essentiels de santé auxquels sont confrontés les pays, mais qui sont livrés au sein d'un système intégré de santé. Un résumé des meilleures pratiques pour la promotion, la prévention, les soins et la rééducation pour chacun de ces défis tels qu'expliqués en résumé dans cette Stratégie, seront incorporées dans les plans de santé nationaux en réponse aux circonstances locales. L'accès universel est le point de ralliement de la réponse à tous les défis de santé.

4.3 Contexte socioéconomique et politique de santé

100. Les mesures qui réduisent la pauvreté, en particulier pour les groupes les plus pauvres et les plus marginalisés d'Afrique, doivent être au premier plan des interventions de santé, tandis que les interventions de santé doivent être au premier plan de toute Stratégie pour la réduction de la pauvreté (SRP).

101. Du fait que la santé est influencée par des interventions dans de nombreux autres secteurs, une approche multisectorielle est la pierre angulaire de toute Stratégie de santé. Par conséquent, la Stratégie de santé africaine reconnaît et soutient les engagements africains pour aborder les questions plus générales qui ébranlent la santé, y compris la pauvreté, le VIH/SIDA, la marginalisation et le déplacement des populations, la faible gouvernance, l'instabilité sociopolitique, le sous-développement économique, le manque d'infrastructure (énergie, transport, eau et les installations sanitaires), les niveaux faibles d'enseignement, la vulnérabilité de l'agriculture, la dégradation de l'environnement et l'inégalité des sexes. Le secteur de la santé travaillera en liaison avec ces autres secteurs pour encourager les décisions et les actions qui favoriseront la santé.

Le rapport entre l'environnement et la santé a été mis en exergue au Sommet mondial sur le développement durable. La responsabilité de réduire les risques de santé dans l'hygiène de l'environnement incombe à plusieurs secteurs et le secteur de la santé doit encourager des décisions respectueuses de l'environnement et contribuer à les améliorer. Par ailleurs, le système de santé contribue particulièrement à réduire les risques de maladies dans l'environnement. L'attention a été décalée de l'inspection à la promotion de l'hygiène de l'environnement. Surtout dans les milieux ruraux, les agents du service d'hygiène travaillent main dans la main avec les agents de santé dans les autres communautés pour sensibiliser l'opinion publique sur les technologies appropriées devant être utilisées, avec l'aide des cadres moyens et les professionnels de la santé. L'eau filtrée et désinfectée à la chlorure, les latrines améliorées et bien ventilées, les insecticides électriques et les fourneaux en terre cuite, sont tous des moyens de réduire les maladies. Par exemple, les fourneaux en terre cuite dotés de cheminées réduisent la pollution de l'air à l'intérieur, la cuisine en pleine air et la chaleur incandescente ont, à la longue, un impact sur la mortalité chez les enfants du fait de la pneumonie. Le drainage des eaux stagnantes qui servent de réservoir de moustiques, l'enlèvement de bouteilles vides réduisent les risques d'infection. L'élevage du bétail dans des conditions appropriées est devenu d'autant plus important que la grippe aviaire menace. Les établissements urbains informels méritent une attention particulière dans le cadre de l'hygiène de l'environnement. Il

s'agit notamment de l'éducation des vendeurs de nourriture en vue d'éviter les empoissonnements alimentaires et de l'éducation sur l'hygiène alimentaire quant aux mesures à prendre pour éviter les risques d'incendie dus aux ordures et les risques d'incendie.

102. La question du déversement des substances dangereuses en Afrique doit être examinée.

Les ministres de la santé chercheront à participer à la Stratégie pour la réduction de la pauvreté de leur pays et aux processus économiques du renforcement des moyens d'action pour encourager les options de promotion de la santé et le développement des populations les plus pauvres et les plus marginalisées et ils entameront des discussions avec les autres secteurs pour promouvoir les décisions et les actions qui sont en faveur de la santé.

5. Suivi et évaluation

103. Le suivi et l'évaluation des performances du système de la santé dépendent de la production et de l'utilisation de données solides concernant les données à traiter, les traitements, les données de sortie et les résultats du système de santé. Les programmes de santé doivent répondre aux problèmes de santé. Les pays doivent s'assurer que les données rassemblées soient précises et pertinentes car elles indiqueront à la fois les performances du système ainsi que la pertinence des programmes aux problèmes de santé. L'adéquation d'un système de suivi et d'évaluation peut être évaluée par la régularité, l'état complet et la qualité des rapports. Les données sur le genre et l'âge doivent être désagrégées en vue d'une action plus orientée vers des résultats. Il conviendrait de promotion la participation de la communauté au suivi des programmes de santé.

104. Bien que les tendances de morbidité et de mortalité soient importantes, l'importance du suivi des opérations des services de santé ne devrait pas être ignorée. Les données de traitement et de sorties sont particulièrement importantes. Les enquêtes, y compris avant et après les études d'intervention devraient être incorporées comme une partie du système S&E, tout comme les perspectives qualitatives devraient l'être, telles que : -par les comités de communauté aux cliniques et aux hôpitaux et provenant des groupes de discussion. Une philosophie d'utilisation de S&E pour créer un meilleur service de santé, plutôt que de le considérer comme un outil de contrôle, devrait être développée et a de fortes chances d'améliorer les résultats. Les pays doivent prendre la responsabilité de rendre les donateurs conscients des exigences quelquefois onéreuses de S&E qui sont attachées au financement et de les négocier. Seuls les indicateurs les plus importants de succès devraient être identifiés et l'évaluation de leur contribution devraient être intégrée à celle des autres.

105. Des révisions périodiques devraient être tenues au niveau régional et au niveau continental. Cela permettrait de partager les meilleures pratiques, de s'occuper des problèmes de manière plus efficace, de renforcer une approche de partenariat et d'accélérer les progrès dans la mise en œuvre de cette Stratégie de santé.

106. L'assurance de la qualité devrait faire partie intégrante de la mise en œuvre à tous les niveaux du programme de santé.

107. Le continent africain doit convenir des zones qui devront être suivies pour évaluer les progrès en santé. Pour ce faire, des indicateurs communs doivent être développés sur la base de la formule minimum des interventions en matière de santé. A cet effet, des séries de normes et de données communes désagrégées selon le genre et l'âge devront être conçues. Cela nécessitera le rassemblement de données communes dans tout le continent, en utilisant la même conception et les mêmes méthodologies, afin de pouvoir faire de manière scientifique de bonnes analyses et comparaisons. Il faudrait concentrer les efforts sur l'amélioration des systèmes d'enregistrement des statistiques de la vie, de la surveillance épidémiologique, de l'enregistrement de la morbidité et de la mortalité et des systèmes intégrés de gestion des ressources. Le contrôle du personnel de santé doit être une partie intégrale du système d'information.

6. La voie à suivre

108. La Commission imprimera et diffusera largement la Stratégie à tous les membres, les partenaires et à toutes les parties prenantes. Les CER et les États membres devraient renforcer leur capacité pour la mise en œuvre de cette Stratégie puisqu'ils devront revoir leur plan de santé pour incorporer les éléments essentiels de la Stratégie pour la Santé en l'Afrique. Il sera nécessaire d'augmenter les ressources financières et humaines de la Commission de l'UA, en particulier dans le suivi et l'évaluation pour s'assurer que la Commission joue son rôle dans la mise en œuvre effective de la Stratégie.

Rôle des parties prenantes

(a) **L'Union africaine**

109. L'Union africaine devra, entre autres, entreprendre le plaidoyer, la mobilisation des ressources et la vulgarisation des meilleures pratiques au niveau continental dans le cadre de la mise en œuvre de cette Stratégie. À cet égard, la Commission aider les CER et les Etats membres à élaborer leur propre plan de mise en œuvre assortis de coûts, ainsi que leur cadre de suivi et d'évaluation. L'Union africaine devrait organiser une réunion des parties prenantes en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la mise en œuvre globale de cette Stratégie.

(b) **Communautés économiques régionales**

110. Les Communautés économiques régionales, entre autres choses, fourniront le soutien technique aux pays membres y compris la formation dans le domaine du renforcement des systèmes de santé, recommanderont des ressources accrues pour le renforcement des systèmes de santé, harmoniseront la mise en œuvre des plans d'action nationaux, contrôleront les progrès et partageront les meilleures pratiques.

(c) **États membres**

111. Les États membres passeront en revue leur plan de santé et aborderont les questions d'obligation de rendre compte au sein du secteur de santé. Ils mettront aussi en place le plaidoyer, la mobilisation des ressources et les provisions budgétaires comme une manifestation de responsabilité et de maîtrise. Ils s'engageront aussi à suivre et à évaluer au niveau national et à faire leur rapport aux CER et à la Commission de l'UA. Ils s'assureront aussi de la participation de la société civile et du secteur privé à l'élaboration et à la révision des programmes nationaux de santé et créeront un environnement favorable pour que cela puisse se réaliser. Les États membres harmoniseront aussi leur politique et leur stratégie pour garantir la cohérence.

(d) **Partenaires**

112. En accord avec le principe de Paris, les organisations multilatérales et bilatérales, les organisations de société civile internationales et nationales et les autres partenaires au développement aligneront leurs plans de coopération et d'assistance technique et financière avec les priorités et les besoins nationaux et régionaux pour la mise en œuvre de la Stratégie pour la santé en Afrique.

113. L'OMS, les autres institutions des Nations Unies et organisations internationales doivent fournir l'appui technique à la mise en œuvre de cette Stratégie.

(e) **Organisations de la société civile**

114. Il s'agit des ONG, des organisations basées sur la foi, des organisations chrétiennes, les chefs traditionnels, les guérisseurs traditionnels ainsi que les organisations de médias. La société civile et le secteur privé doivent être inclus dans les programmes nationaux.

7. Bibliographie

7.1 Union africaine

1. Résolution du Sommet d'Abuja sur la sécurité alimentaire. Somment sur la sécurité alimentaire en Afrique. Abuja, 4 au 7 décembre 2006.

2. Plan d'action de l'Union africaine sur la prévention de la violence en Afrique.

3. Plan d'action de Maputo sur la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction, de 2007 à 2010. Session extraordinaire de la Conférence des ministres de la santé de l'Union africaine, intitulée "L'accès universel aux services complets de santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique". Maputo, 18 au 22 septembre 2006. *Et* Documents et décisions de la session extraordinaire de la Conférence des ministres de la santé de l'Union africaine, Maputo, 18 au 22 septembre 2006.

4. Documents et décisions de la session spéciale de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine – 18-22 septembre 2006 – Maputo.

5. Rapport 2006 sur l'état de la population de l'Afrique de l'Union africaine.

6. Union africaine, 2005. Position commune africaine sur les progrès réalisés concernant la mise en œuvre des OMD.

7. Appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme en Afrique. Sommet extraordinaire de l'Union africaine sur le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme (ATM) intitulé ''Une Afrique unie pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme d'ici 2010, Abuja, 2 au 4 mai 2006. *Et*

8. Documents du Sommet extraordinaire de l'Union africaine sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, Abuja, 2 au 4 mai 2006.

9. Engagement de Brazzaville sur l'intensification de l'action pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH et du SIDA en Afrique d'ici 2010, Brazzaville, 8 mars 2006.

10. Stratégie régionale africaine relative à la nutrition, 2005 à 2015.

11. Déclaration de Gaborone sur la feuille de route pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins. Deuxième session ordinaire de la Conférence des ministres africains de la santé intitulée ''Accès durable au traitement et aux soins pour la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement, Gaborone, 10 au 14 octobre 2005. *Et*

12. Documents et décisions de la deuxième session ordinaire de la Conférence des ministres africains de la santé, Gaborone, 10 au 14 octobre, 2005.

13. Cadre stratégique continental pour la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction. Adopté à la deuxième session ordinaire de la Conférence des ministres africains de la santé, Gaborone, 10 au 14 octobre, 2005.

14. Déclaration de Syrte sur la survie de l'enfant. Cinquième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine, Syrte, 4 au 5 juillet 2005.

15. Le Plan stratégique 2005 à 2007 sur le VIH/SIDA de la Commission de l'Union africaine et le Plan stratégique d'AIDS Watch Africa. Septième session ordinaire du Conseil exécutif de l'Union africaine, Syrte, 28 juin au 2 juillet 2005.

16. Un rapport provisoire de la situation sur le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et la polio: cadre sur l'action pour accélérer l'amélioration de la santé en Afrique. Quatrième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine, Abuja, 30 au 31 janvier 2005. *Et*

17. Décision sur le rapport provisoire de la situation sur le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et la polio: Conférence/UA/Dec.55 (IV). Quatrième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine, Abuja, 30 au 31 janvier 2005.

18. La lutte contre le VIH/SIDA. Position du Comité directeur du NEPAD pour le Forum africain de partenariat. Maputo, 16 au 17 avril 2004.

19. Conférence de l'Union africaine. Maputo Déclaration sur le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes. Maputo, 10 au 12 juillet 2003.

20. Programme détaillé pour le développement de l'Agriculture en Afrique (PDDAA), adopté à la Conférence de l'Union africaine. Maputo, 10 au12 juillet 2003.

21. Documents et décisions concernant les documents de la première session ordinaire de la Conférence des ministres africains de la santé, Tripoli, 26 au 30 avril 2003.

22. Stratégie de santé du NEPAD. Adoptée à la Conférence de l'Union africaine. Juillet 2003.

23. Décision de Lusaka sur la Décennie de la médecine traditionnelle africaine de l'Union africaine. Lusaka, 2001, et son plan d'action.

24. Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes. Adoptée au Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes. Abuja, 26 au 27 avril 2001.

25. La Déclaration d'Abuja et son Plan d'action, adoptés au Sommet africain pour l'Initiative « Faire reculer le paludisme ». Abuja, 25 avril 2000.

26. Plan continental d'Action pour la Décennie africaine des personnes handicapées de l'Union africaine (1999 à 2009).

27. Cadre d'orientation et Plan d'action de l'UA sur le vieillissement – 2002.

7.2 Sources récentes mondiales et continentales

28. ONUSIDA, Rapport 2006 sur la situation mondiale du SIDA

29. ONUSIDA, Rapport 2006 de mise à jour sur l'épidémie du SIDA

30. Faire reculer le paludisme. Rapport mondial sur le paludisme, 2005

31. OMS, Bureau régional pour l'Afrique. Rapport 2006 sur la Santé africaine régionale

32. UNICEF, OMS, Banque mondiale - Un cadre stratégique pour rechercher les objectifs du millénaire pour le développement sur la survie de l'enfant en Afrique – non publié, 2006

33. Documents de la cinquante-sixième session du Comité régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé, Addis-Abeba, 28 août au 1er septembre 2006.

34. Documents de la cinquante-cinquième session du Comité régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé, Maputo, 22 au 26 août 2005.

35. Macroéconomie et santé: Investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission sur la macroéconomie et la santé, Organisation mondiale de la santé, 2001.

Annexe III : Plan de production pharmaceutique pour l'Afrique

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي

UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis-Abeba (ETHIOPIE) P. O. Box 3243 Téléphone 5517 700 Fax : 551 78 44
Website : www.africa-union.org

TROISIEME SESSION DE LA CONFERENCE
DES MINISTRES DE LA SANTE DE L'UNION AFRICAINE
9-13 AVRIL 2007
JOHANNESBURG (AFRIQUE DU SUD)

CAMH/MIN/7 (III)

AVANT-PROJET PU - 13 février 2007

UNION AFRICAINE
PLAN DE PRODUCTION PHARMACEUTIQUE

INTRODUCTION:

Conformément à la décision 55 de la Conférence de l'Union africaine prise au cours du sommet d'Abuja en janvier 2005 qui a mandaté la Commission de l'UA pour élaborer un plan de production pharmaceutique dans le cadre du NEPAD, la conférence des Ministres de la Santé de l'UA s'est engagée "à poursuivre avec le soutien de nos partenaires la production locale des médicaments génériques sur le continent et à utiliser pleinement les flexibilités au sein des aspects des droits de la propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et de la Déclaration de Doha relative aux ADPIC et à la Santé publique {Doc. de la Déclaration de Gaborone CAMH/Décl.1(II) 3 (10 au 14 octobre 2005)}. De plus ils ont demandé à la Commission de l'UA "d'accélérer le développement et la facilitation de la mise en œuvre d'un Plan de production pharmaceutique pour l'Afrique" {CAMH/Décl.1 (II) 13(ii)}. La Commission de l'UA en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé a conduit un exercice pour établir une carte des capacités de production de médicaments en accord avec la décision de la Conférence concernant la production locale de médicaments dans le continent.

Lors de la 56e réunion du comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'est tenue à Maputo (AFR/RC55/10), des discussions sur le renforcement de la production locale des médicaments essentiels ont souligné que les décisions de politique sur le choix soit d'importer les médicaments essentiels de sources de bonne réputation soit de promouvoir la fabrication locale devaient être basées sur l'analyse méticuleuse de la situation et sur l'évaluation réaliste de la faisabilité technique et la viabilité financière étayées par de bons systèmes réglementaires. Une taille du marché qui assurerait une durabilité ainsi qu'une viabilité technique et financière a été considérée impérative. Le comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté les résolutions AFR/RC/49/R5 et AFR/RC38/R19, qui mettent l'accent sur les médicaments essentiels, la production locale des médicaments essentiels et les médicaments traditionnels africains.

La production pharmaceutique s'effectue à trois niveaux, primaire, secondaire et tertiaire. Le niveau primaire comprend la production des principes pharmaceutiques actifs et des intermédiaires à partir de substances de base chimiques et biologiques. La production secondaire comprend la production des formes finies de dosage à partir de matières premières et d'excipients. Le niveau tertiaire est limité au conditionnement et à l'étiquetage des produits finis ou au reconditionnement des produits finis en vrac. (OMS-AFRIQUE, CDAA)

Un certain nombre de pays sur le continent dépendent en grande partie de l'Inde et de la Chine pour l'importation de produits génériques abordables et de matières premières. L'obligation en 2005 pour l'Inde et la Chine de se conformer à la fois au droit des brevets de procédé et de produit a été considérée comme

une menace potentielle au fait de pouvoir acheter des médicaments essentiels abordables et à leur accès en Afrique.

Les systèmes peu sûrs d'approvisionnement en médicaments continuent d'entraver l'accès. Quelques uns des avantages **perçus** d'une production locale incluent:

i. La production locale évitera les opérations de change;
ii. La production locale crée des emplois, donc réduit la pauvreté et promeut le développement social;
iii. La production locale facilite le transfert de technologie;
iv. La production locale stimulera l'exportation;
v. Les matières premières produites localement seront facilement disponibles et moins chères;
vi. La production locale augmentera/ améliorera l'autosuffisance d'approvisionnement en médicaments. [1]

La direction de l'Union africaine s'est engagée à assurer l'accès aux médicaments essentiels pour les pays qui en ont besoin, sans tenir compte de leur niveau de développement technologique et de leur capacité de production.

ANALYSE DE SITUATION

L'évaluation de la production locale de médicaments dans quelques pays africains (dans la région africaine de l'OMS) a indiqué que sur 46 pays, 37 ont des industries pharmaceutiques, 34 ont un niveau secondaire de production et 25 ont un niveau tertiaire de production. Seulement **un pays** a une production primaire limitée. Neuf pays n'ont aucune capacité de production (OMS AFRIQUE, août 2005). L'autosuffisance dans la production locale semble être une stratégie prioritaire dans plusieurs pays du Sud et de l'Est Méditerranéen. En Egypte, en République Islamique d'Iran, en Jordanie, au Maroc, au Pakistan, en République Arabe Syrienne et en Tunisie, la capacité nationale pour la production a augmenté entre 60% et 95% de leurs besoins nationaux pour les médicaments essentiels.[1] Bien qu'aucun pays, quel que soit sa taille et son niveau de développement économique, ne soit complètement autosuffisant en produits pharmaceutiques, la balance commerciale négative de la plupart des pays du continent est préoccupante.

QUESTIONS À CONSIDÉRER

La production pharmaceutique est déterminée par la haute intensité de **capital**, de **technologie** et de connaissances. **L'expertise technique** est absolument critique, tant en termes de quantités suffisantes qu'en termes de compétences

---

1

appropriées. Le continent devra investir dans la production de différents scientifiques spécialisés (biologistes, chimistes, ingénieurs des procédés, ingénieurs médicaux, biochimistes, bio-informaticiens, physiciens, médecins hospitaliers, scientifiques en pharmacie, techniciens, etc.). Le facteur critique est la capacité du système éducatif de produire un nombre suffisant de personnes qualifiées d'une manière convenable. Il sera nécessaire de nouer des relations solides avec les universités et les financiers pour assurer des réserves durables des compétences requises. **Les universitaires sont souvent plus intéressés par la recherche fondamentale que par la recherche clinique**, car la première est une voie plus rapide pour obtenir des promotions.[3] L'équilibre entre les deux doit être correctement promu et entretenu À cet égard, les africains dans la diaspora peuvent probablement aider. Des incitations peuvent être identifiées. En ce moment il existe très peu d'experts techniques avec la qualification et l'expérience appropriées pour permettre au continent de se lancer dans la production primaire à grande échelle.

Au niveau national et au niveau régional, le **cadre législatif** a besoin d'être conducteur pour régionaliser la production locale. Cela s'étend au-delà de la législation qui assure les Bonnes pratiques de fabrication (BPF), les Bonnes pratiques de distribution (BPD), les Bonnes pratiques de laboratoire (BPL), les Bonnes pratiques cliniques (BPC) et tous les autres aspects de la réglementation des produis mais couvre aussi la législation **réglementant les droits et les taxes connexes sur les matières premières et intermédiaires importées**. La législation d'approvisionnement des pays ainsi que les directives peuvent devoir être modifiées. Le continent n'est pas homogène et a des cadres législatifs et une capacité de mise en application qui varient.

Les politiques de prix et la législation, liées à la taille du marché ont aussi un impact sur la mesure dans laquelle la production locale peut être développée. **Les flexibilités des ADPIC et des droits nationaux des brevets ont aussi un impact.**

PROMOTION DU TRANSFERT DE TECHNOLOGIE

De solides relations entre la recherche universitaire et la recherche industrielle doivent être encouragées. Le transfert de technologie peut se produire positivement lorsqu'il existe un niveau de production primaire. Il est aussi fortement dépendant de la volonté du propriétaire de la technologie, qui pourrait en même temps perdre un marché. La production innovatrice est entre les mains de quelques multinationales qui ont radicalement réduit le nombre des lieux de production à quelques secteurs de niche sur tout le globe, idéalement situés près des marchés les plus lucratifs. L'emplacement est aussi influencé par les coûts favorables de main-d'œuvre. **Ces innovateurs seraient-ils prêts en réalité à transférer la technologie ?** Quelques exemples de transfert de technologie provenant du Nord ont été pour des maladies du monde en voie de

développement, et de vieilles technologies qui ne sont plus rentables, par exemple pour le traitement de la tuberculose.

INFRASTRUCTURE PHYSIQUE

À part l'usine de production et l'équipement de laboratoire, des alimentations **en électricité et en eau**, fiables, durables avec des prix raisonnables, et des technologies de communication ainsi qu'une technologie de l'information sont essentielles. Des réseaux fiables de distribution sont aussi importants. Singapour a utilisé quelques-unes de ces stratégies pour promouvoir la production pharmaceutique. [2]

PARTENARIATS

L'aide de partenaires au développement peut-être requise dans les secteurs suivants:

i. La Banque mondiale et le DFID ont réalisé quelques analyses économiques de la production pharmaceutique dans les pays en voie de développement et ces dernières peuvent être concentrées sur le continent ou utilisées comme un point de référence/ des éléments de comparaison.
ii. L'OMS AFRIQUE a aussi fait une étude sur la production locale. L'OMS peut être utilisée pour obtenir ou se procurer une expertise spécifique lorsque cela s'avère nécessaire.
iii. D'autres partenaires au développement peuvent être utilisés pour soutenir la Recherche et le Développement, en particulier dans les domaines des systèmes de connaissances indigènes et des maladies négligées.
iv. Au départ les partenaires au développement peuvent aussi être utilisés pour canaliser les capitaux d'amorçage.
v. Le partenariat public privé a besoin peut-être d'être étudié.

La production dans le continent est entre les mains du secteur privé. L'OMS recommande cela comme peut-être le meilleur arrangement de façon à ce que les gouvernements se concentrent sur les mécanismes de régulation.

TENSION ENTRE LES OBJECTIFS SANITAIRES ET LES OBJECTIFS COMMERCIAUX

Il existe une tension entre la politique industrielle et la politique sanitaire. Un fabricant déciderait de produire une denrée, si:-

i La qualité désirée n'est pas disponible,
ii Les fournisseurs sont peu fiables,
iii Il y a désir de conserver les droits de propriété intellectuelle,

[2] Footnote to be completed

iv Il est nécessaire de développer une base locale d'emplois,
v Il est nécessaire de réduire la dépendance vis-à-vis des importations et de gérer le flux des opérations de change,
vi Il y a désir de produire pour l'exportation,
vii Il y a désir d'accroître le transfert de technologie.[1]

Par contre, le but des objectifs de politique sanitaire est d'améliorer l'accès aux médicaments abordables de bonne qualité, sans avoir de contraintes comme l'accès aux devises étrangères, les longs délais de réapprovisionnement et l'incapacité de négocier des prix abordables. Plusieurs pays en voie de développement se sont lancés dans des politiques 'pro-pauvres' en plafonnant les prix pour le marché intérieur, accordant une série d'incitations pour les producteurs locaux, etc. Certaines politiques commerciales ont encouragé l'investissement par des sociétés étrangères innovatrices, avec des garanties automatiques pour le transfert de technologie afin d'améliorer leur compétitivité mondiale. Un équilibre doit être trouvé pour gérer cette tension. Tant les politiques sanitaires que les politiques commerciales devraient être explicites et en accord avec la stratégie générale de développement.[3]

QUE PRODUIRE ?

Le plan doit étudier et suggérer des critères pour déterminer **ce qui doit être produit**. Bien que l'intérêt premier doit porter naturellement sur les maladies qui contribuent davantage au poids de la maladie, comme le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme, une étude a besoin d'être réalisée pour savoir si le fait de se concentrer uniquement sur ces conditions prioritaires conduira à la viabilité. Une décision a besoin d'être prise concernant qui devra produire quels médicaments. Les listes de médicaments essentiels ne sont pas harmonisées et des négociations pourraient être nécessaires sur le choix des produits à produire. Cependant peu de médicaments sont en ce moment utilisés pour administrer la tuberculose, le paludisme et le SIDA.

Des critères auront besoin d'être développés pour décider **quelles usines de production rempliront les conditions**. Ceux-ci peuvent être liés au financement durable, à la conformité des normes BPF, à de bons systèmes de régulation, à la disponibilité des ressources humaines appropriées, à des sources fiables en électricité et en eau, à la faisabilité technique et à une taille viable du marché.

Des décisions ont aussi besoin d'être prises sur le choix intra-régional en ce qui concerne **quel pays ou quel groupe de pays produira quel produit.**

Les **ressources** requises ont besoin d'être identifiées. Les sources de financement devront être identifiées en avance pour à la fois les producteurs et

---

3

les acheteurs. Les **ressources humaines** ont besoin d'une attention spéciale tant au début que pour garantir l'approvisionnement continu et la durabilité.

Une évaluation honnête indiquant **quand les systèmes de régulation peuvent être convenablement renforcés** est une étape critique importante. Plusieurs modèles pour consolider les systèmes de régulation peuvent être examinés. **Des pays dans une région peuvent mettre en commun leurs ressources et former un système de régulation semblable à celui de l'UE**. Ainsi des pays avec des systèmes de régulation plus faibles accroîtraient finalement leurs compétences de régulation au sein de ce collectif. La surveillance d'après commercialisation fait partie de la consolidation du système de régulation. La prolifération de médicaments contrefaits et de qualité inférieure sur le marché et le retrait récent des inhibiteurs Cox2 fabriqués par des sociétés de bonne réputation rend cela impératif. La réglementation des essais cliniques est tout aussi importante. Des systèmes de distribution efficaces et rentables sont nécessaires pour s'assurer que les médicaments de qualité atteignent les bénéficiaires prévus. Il sera important d'analyser si les marges bénéficiaires par l'intermédiaire de la chaîne de valeur ne compromettent pas des prix abordables, et donc n'entravent pas l'accès.

FACTEURS SUPPLÉMENTAIRES À CONSIDÉRER

POLITIQUE

Le plan doit être protégé contre les tendances monopolistes par les centres approuvés. Des outils pour mesurer l'efficacité et l'équité / la compétitivité des prix doivent être élaborés, mis en œuvre et contrôlés de façon continue. Une stratégie a besoin d'être développée pour les pays qui n'ont pas de capacité de production pour partager les profits et les tâches du plan, autres que les médicaments (matériels de conditionnement de production, etc.).

Est-ce que les usines fabriqueront uniquement les médicaments qui s'occupent du VIH, du SIDA, du paludisme et de la tuberculose ou produiront-elles d'autres médicaments, par exemple des antibiotiques, des analgésiques ; les produits de comptoir (OTC) forment aussi un panier de produits fabriqués? La viabilité déterminera le modèle.

Est-ce que les marchés seront segmentés pour pourvoir à la production à plus faible technologie et à haute technologie? Où seront situés les centres de R&D?

Est-ce que la production sera limitée aux médicaments génériques ou est-ce qu'une tentative sera faite pour créer un espace pour le développement de technologies innovatrices incluant les médicaments traditionnels africains et les autres systèmes de connaissance indigène ? Est-ce que le plan comprendra les études des meilleurs systèmes de livraison de médicaments qui conviennent à nos climats et conditions ?

Un certain nombre de pays ont récemment conclu des joint-ventures avec des producteurs d'Inde pour produire les antirétrovirals. Comment ces usines s'adapteront-elles ?

Quelles stratégies seront utilisées pour faire concurrence à la Chine et à l'Inde qui historiquement ont des coûts de main-d'œuvre plus faibles et des marchés plus grands?

L'admissibilité des médicaments génériques produits localement à la fois par les fournisseurs et les consommateurs peut être un challenge à moins que la commercialisation n'ait été faite.

Puisque les pays dans le continent sont à des niveaux différents de développement, les coûts salariaux ne seront pas les mêmes et ils auront un impact sur le prix final des produits.

QUELQUES PENSÉES QUI DONNENT À RÉFLÉCHIR

La production locale peut ne pas éviter les devises étrangères à l'entrée. Les principes pharmaceutiques actifs représentent 60% ou plus du coût final du produit. Jusqu'à ce que la production primaire devienne une réalité, il n'y aura pas d'économies significatives de devises étrangères. L'équipement de production, l'équipement de laboratoire ainsi que les réactifs, etc. seront payés en devises étrangères.

La production requiert des scientifiques, des ingénieurs, des techniciens, etc. hautement qualifiés. La production moderne est déterminée par la technologie et peut ne pas créer de nombreux emplois de départ. Cependant il y a des possibilités de création d'emplois dans toute la chaîne de valeur si nous commençons à la recherche par le développement, la production et la distribution. Des emplois peuvent être créés dans les organisations publiques de recherche, dans les petites et moyennes entreprises de biotechnologie, en amont dans l'ingénierie et en aval dans les services publics de santé.[3]

Les marchés à l'exportation peuvent seulement être réalisés avec l'innovation, des prix compétitifs et la qualité. L'approvisionnement déterminé par le gouvernement protège souvent les produits locaux par des marges préférentielles dans les appels d'offre gouvernementales. Cela peut fausser le marché, puisque les petites entreprises locales n'essaient peut-être même pas d'être compétitives.

Les matières premières et intermédiaires sont produites par quelques protagonistes et les quantités produites ne sont pas très importantes. Une analyse devra être réalisée pour établir si la production des matières premières

est moins onéreuse que leurs importations. Les questions de brevets et d'ADPIC jouent aussi un rôle important dans ce domaine.

La réponse au plan du grand PhRMA (La recherche et l'industrie pharmaceutique d'Amérique) et d'autres structures similaires et leur influence géopolitique doivent être peut-être analysées, particulièrement en ce qui concerne la communauté de donateurs.

CONLUSION

La production locale peut être faite avec succès dans le continent. Toutefois il est nécessaire que les pays africains réévaluent les réalités, les possibilités et la faisabilité du programme, afin que ce dernier passe d'un état de slogan politique à une réalité après qu'un bon travail de terrain ait été effectué. Il faudra certainement plus de deux ans pour réaliser des analyses scientifiques approfondies dans le continent, en association avec l'OMS et d'autres organismes qui peuvent ajouter de la valeur. Toutefois une analyse économique a besoin d'être réalisée pour assurer une planification adéquate.

Il peut être recommandé pour la conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine de mandater un organe technique bien versé dans la production afin d'effectuer une "recherche de compétences" et de nommer toute l'expertise compétente (en prenant soin de respecter tous les groupes régionaux, c'est-à-dire géographiques, linguistiques) pour étudier les implications détaillées et établir un plan conseillé pour les ministres dans les domaines suivants:

- Les capacités des régions,
- Les réformes législatives nécessaires –ADPIC
- Les produits et le niveau de production (primaire, secondaire et tertiaire)
- Analyse d'infrastructure, de capital et de marché
- Questions des profits équitables pour tous les pays par région
- Possibilité de viabilité des nouvelles inventions
- Ce groupe peut être mandaté pour amener une proposition ferme/des conseils fondés aux Ministres sur cette question hautement technique dans un délai de quelques mois.

PLAN D'ACTION

Ce plan d'action est présenté en phases afin de permettre une évaluation sérieuse de la faisabilité et de la modalité de la production locale des médicaments en Afrique.

PHASE I

Il est recommandé que les Ministres de la santé doivent nommer un comité d'experts qui aura une représentation régionale et linguistique dans le continent avec les expertises suivantes:-

i. Production pharmaceutique y compris le transfert de technologie
ii. Économistes de la santé
iii. Bio-ingénieurs
iv. Experts en BPF
v. Universitaires
vi. Epidémiologistes
vii. Droits de propriété intellectuelle et ADPIC
viii. Achats
ix. Médecine traditionnelle africaine
x. Biotechnologie
xi. Partenaires de développement en matière de santé
xii. Juridique

Ce groupe devrait pouvoir rallier les experts quand cela s'avère nécessaire.

2. TERMES DE RÉFÉRENCE DU GROUPE D'EXPERTS

1) Définition des régions
2) Établissement d'une carte des usines pharmaceutiques
3) Audit des compétences
4) Identification des besoins en ressources humaines
5) Évaluation de l'infrastructure
6) Identification des produits à produire par les différentes régions
7) Niveau de production (primaire, secondaire, tertiaire)
8) Prospection de marché dans les limites du continent et au-delà
9) Identification des opportunités pour les nouvelles inventions technologiques
10) Besoins en ressources financières.

3. Le groupe devrait travailler avec le soutien de la Commission de l'Union africaine et présenter un plan d'action avisé aux Ministres de la santé dans un délai de six mois.

DÉLAI	**Avril 2007 CAMH 3**	**Mai à octobre 2007**	**Novembre 2007**
ACTIVITÉS	Nomination d'un groupe d'experts avec les compétences suivantes:- i. Production pharmaceutique y compris le transfert de technologie ii. Économiste de la santé iii. Bio-ingénieurs iv. Experts en BPF v. Universitaires vi. Epidémiologistes vii. Droits de propriété intellectuelle et ADPIC viii. Achats ix. Médecine traditionnelle africaine x. Biotechnologie xi. Partenaires au développement en matière de santé xii. Juridique	Groupe d'experts effectue son travail guidé par (sans que cela soit exhaustif) les TDR suivants : 1. Définition des régions 2. Établissement d'une carte des usines pharmaceutiques 3. Audit des compétences 4. Identification des besoins en ressources humaines 5. Évaluation de l'infrastructure 6. Identification des produits à produire par les différentes régions 7. Niveau de production (primaire, secondaire, tertiaire) 8. Prospection de marché dans le continent et au-delà 9. Identification des opportunités pour les nouvelles inventions technologiques 10. Besoins en ressources financières.	Rapport et présenter le plan avisé de **Phase II** du plan d'action aux Ministres.

RÉFÉRENCES

1. Kaplan, W. et Laing, R. Production locale des produits pharmaceutiques : Politique industrielle et accès aux médicaments – Une vue d'ensemble des concepts principaux, des questions et des opportunités pour la recherche future. 2005, Banque mondiale, Avant-projet HNP, Réseau de développement humain.

2. Seiter, A., Produits pharmaceutiques: la production locale. 2005, Banque mondiale, avant-projet n° 3 HNP. Réseau de développement humain.

3. AT Kearney, Rapport de consultants en gestion, L'industrie pharmaceutique basée sur la recherche comme une chance pour l'emplacement commercial en Allemagne

Annexe IV : Plan d’action pour la prévention de la violence en Afrique

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي

UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis-Abeba (ETHIOPIE) P. O. Box 3243 Téléphone 5517 700 Fax : 551 78 44

Website : www.africa-union.org

TROISIEME SESSION DE LA CONFERENCE DES MINISTRES DE LA SANTE DE L'UNION AFRICAINE
9 - 13 AVRIL 2007
JOHANNESBOURG (AFRIQUE DU SUD)

CAMH/MIN/8 (III)

Thème : « Renforcer les systèmes de santé pour réaliser l'équité et le développement en Afrique »

REUNION DES MINISTRES
du 10 au 13 avril 2007.

PROJET DE PLAN D'ACTION POUR LA PREVENTION DE LA VIOLENCE EN AFRIQUE

PROJET DE PLAN D'ACTION POUR LA PREVENTION DE LA VIOLENCE EN AFRIQUE

1.0 INTRODUCTION

1. La violence est un phénomène extrêmement complexe qui plonge ses racines dans l'interaction de plusieurs facteurs : biologiques, sociaux, culturels, économiques et politiques. La violence existe dans le monde depuis les temps immémoriaux. Les guerres que les pays de la région ont connues les ont amenés à prendre plus profondément conscience du fait qu'il était important de s'attaquer aux causes profondes de la violence et de veiller à ce que les personnes, les familles, les communautés et les sociétés soient renforcées et reçoivent l'appui nécessaire pour prévenir toutes les formes de violence. Même si la violence peut avoir de nombreuses causes différentes, un aspect commun à toutes les formes de violence, est son effet sur la santé des millions de personnes en Afrique. Ces effets sont notamment des coups et blessures, des problèmes psychologiques et d'ordre mental, des infirmités et des cas de décès.

2. Il est maintenant généralement admis que la violence, particulièrement celle qui provoque des blessures physiques ou d'ordre mental, constitue une violation des droits de l'homme et qu'elle a un impact négatif sur le droit de toute personne de jouir de la meilleure santé physique et mentale possible, et de tous les autres droits de l'homme, tel qu'énoncé dans la résolution 2003 de la Commission des Nations unies sur les droits de l'homme. La Commission a notamment souligné l'importance du renforcement de la réaction de la communauté internationale aux actes de violence, à travers le renforcement des efforts de prévention au niveau national, et elle a recommandé que l'Assemblée générale des Nations unies déclare l'année *2007, Année des Nations unies pour la prévention de la violence.*

3. Il existe des systèmes traditionnels, religieux, philosophiques, juridiques et communautaires qui ont été mis en place dans presque toutes les sociétés, pour prévenir et limiter la violence. Ceci constitue la preuve de la conviction de la société, qu'il est possible de prévenir la violence et de réduire son impact. Les facteurs qui contribuent à des réactions violentes - que ce soient des facteurs, des attitudes et des comportements, liés aux conditions sociales, économiques, politiques et culturelles plus vastes - peuvent être changés.

4. L'approche des systèmes de santé en ce qui concerne la violence met l'accent sur l'action collective. Les efforts collectifs des différents secteurs tels que la santé, l'éducation, les services sociaux, la justice et les décideurs sont nécessaires pour résoudre des problèmes qui sont généralement considérés comme des problèmes d'ordre purement médical. Chaque secteur a un rôle important à jouer dans la solution du problème de la violence et collectivement, les approches utilisées par chacun peuvent aboutir à une réduction importante de la violence. L'investissement dans des stratégies sectorielles pour la prévention de la violence entre les personnes est non

seulement une obligation morale, mais est aussi logique du point de vue scientifique, économique, politique et social, tout comme la prépondérance du secteur de la santé est à la fois cruciale et appropriée, compte tenu des dimensions évidentes du problème et de sa solution.

1.1 DEFINITION DE LA VIOLENCE

5. L'OMS définit la violence comme étant 'la menace ou la réalité de l'usage de la force ou de la puissance physique contre soi-même, une tierce personne, un groupe ou une communauté, qui entraîne ou pourrait entraîner des blessures, la mort, les dégâts psychologiques, des malformations ou des privations. Cette définition exclut les blessures involontaires telles que les accidents de la route et les brûlures'. La nature des actes de violence peut être physique, sexuelle et psychologique mais elle peut également prendre la forme de privations et de négligence.

1.2 CAUSES DE LA VIOLENCE

6. La violence est un phénomène extrêmement complexe qui a ses racines dans l'interaction entre plusieurs facteurs : biologiques, sociaux, culturels, économiques et politiques. En se servant d'un modèle écologique, le *Rapport mondial sur la violence et la santé* tente de comprendre la nature multiforme de la violence. Le modèle est utile dans l'analyse des facteurs qui influencent le comportement ou qui multiplient les risques de commettre des actes de violence ou d'en être victime, en les divisant en quatre niveaux :

- **Le niveau de la personne :** le premier niveau identifie les facteurs biologiques et les antécédents qui influencent le comportement d'une personne et augmentent les risques pour la personne de commettre des actes de violence ou d'en être victime. Les facteurs qui peuvent être évalués et dont on peut retrouver les origines sont notamment les aspects démographiques (age, sexe, éducation, revenus), les troubles psychologiques ou de la personnalité, l'abus des drogues, le mauvais traitement des enfants et des situations de comportement agressif ou des cas de violences subies.

- **Le niveau des relations :** le deuxième niveau examine les relations étroites notamment avec la famille, les amis, les partenaires intimes ou les pairs, et analyse la façon dont ces relations pourraient augmenter le risque pour la personne d'être victime des actes de violence ou d'en être l'auteur. Les facteurs qui accroissent les risques sont notamment les mauvaises pratiques d'éducation des enfants, la mésentente dans le ménage, la violence des conflits entre les parents, une situation socioéconomique difficile, et le fait d'avoir des amis qui se livrent à des actes de violence.

- **Le niveau de la communauté :** le troisième niveau analyse le contexte communautaire dans lequel se situent les relations sociales, notamment l'école, le lieu de travail, le voisinage, et s'emploie à identifier les aspects de ces environnements qui pourraient accroître les risques de violence. Ici, il s'agit de facteurs tels que la pauvreté, le changement fréquent de résidence, la densité de la population, un niveau élevé de chômage ou l'existence d'un trafic local de drogue, une forte criminalité, des politiques institutionnelles inappropriées et des services de soins sociomédicaux inadéquats pour les victimes.

- **Le niveau de la société :** le quatrième niveau étudie les facteurs de la société qui aident à la création d'un climat dans lequel la violence est encouragée ou alors inhibée. Ces facteurs sont, entre autres, la disponibilité des armes, et les normes sociales et culturelles qui font passer les droits des parents avant le bien-être des enfants ; considèrent le suicide comme une affaire de choix personnel ; renforcent la domination des hommes sur les femmes et les enfants ; soutiennent l'usage de la force excessive par la police contre les citoyens et les conflits politiques. Les autres facteurs de la société sont notamment les politiques sanitaires, économiques, éducationnelles et sociales qui favorisent le maintien des inégalités sociales ou économiques entre les différents groupes de la société. La pauvreté, les changements sociaux rapides, les inégalités économiques et entre les sexes, la faiblesse des systèmes de protection économiques, l'existence de beaucoup d'armes à feu, la médiocrité de l'Etat de droit, les situations de conflit ou au lendemain des conflits, constituent donc des facteurs importants.

1.3 VIOLENCE ET SANTE

7. La résolution WHA49.25 de 1996 de l'Assemblée mondiale de la santé a reconnu les proportions croissantes de la violence en tant que l'un des premiers problèmes de santé publique du monde et a exhorté les Etats membres à en faire une évaluation dans leurs pays et d'en communiquer les informations à l'OMS, et a demandé au directeur général de l'Organisation d'entreprendre des activités de santé publique en vue de faire face au problème de la violence.

8. La violence a de nombreux effets sur la santé qui sont, entre autres, les blessures, les problèmes psychologiques et mentaux, les infirmités et la mort. Il y a quatre domaines principaux dans lesquels la violence et le VIH se chevauchent :

- Le viol peut exposer directement les femmes au VIH à travers le traumatisme physique ;
- La violence et les menaces de violence limitent la capacité des femmes à négocier un comportement sexuel sans risques ;

- Les abus sexuels infligés aux enfants peuvent les amener à prendre encore plus de risques de nature sexuelle pendant l'adolescence et la vie d'adulte ;
- Les femmes séropositives qui prennent le risque de s'en ouvrir à leurs partenaires s'exposent encore plus à des risques de violence.

1.4 ENGAGEMENTS DE L'UNION AFRICAINE

9. La première session de la conférence des Ministres de la santé de l'Union africaine qui a eu lieu en avril 2003 à Tripoli (Libye) a examiné le Rapport mondial de l'Organisation mondiale de la santé de 2002 sur la Violence et la Santé et formulé des recommandations au Conseil Exécutif et à la Conférence à Maputo (Mozambique), pour adoption. Le Conseil exécutif a entériné les recommandations et demandé aux Etats membres de proclamer l'année **2005**, **Année africaine de la prévention de la violence.** Le conseil Exécutif a par ailleurs demandé aux Etats membres d'accorder la priorité à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans d'action multisectoriels pour la prévention de la violence et de renforcer les systèmes de collecte de données sur la violence.

10. L'UA a été un partenaire crucial sur le continent et la Commission de l'UA a préparé, en collaboration avec l'OMS, un Projet de Rapport sur l'Analyse de la Situation de la Violence et la Santé en Afrique, qui est en voie de finalisation. Le rapport analyse la portée et l'ampleur de la violence dans la région et examine les initiatives de prévention qui existent. Il se propose également de servir de base pour l'élaboration d'une Stratégie continentale pour la Prévention et la lutte contre la violence en Afrique.

2.0 JUSTIFICATION

11. En plus des effets bénéfiques qu'une prévention efficace de la violence peut avoir sur la qualité de la vie des personnes, des familles, des communautés et de la vie sociale, les possibilités de faire des économies financières sont également énormes. La mise en œuvre de mesures efficaces de prévention de la violence pourrait améliorer de nombreux aspects de la vie des populations par l'économie de l'argent actuellement dépensé pour le traitement des conséquences de la violence. En améliorant les services de soins pour les victimes de la violence, la gravité de leurs blessures physiques et psychologiques peut être atténuée et leurs chances de retourner à une vie productive et épanouie comme de véritables survivants augmenteront.

3.0 OBJECTIFS

12. L'objectif général du plan d'action est de contribuer à l'amélioration de la santé en Afrique. Il vise à promouvoir la prévention de la violence et la prise en charge des victimes à travers la prise de conscience de l'existence du problème de violence en Afrique et à défendre l'idée qu'il est possible de prévenir la violence et que la santé publique a un rôle crucial à jouer dans l'élimination de ses causes et de ses

conséquences. Le renforcement du système de soins de santé pour faire face à la violence en sera également une composante essentielle.

4.0 PREVENTION DE LA VIOLENCE

13. La non reconnaissance de toute l'ampleur du problème de la violence est un obstacle majeur à sa prévention. L'idée que la violence constitue un problème de santé publique est nouvelle ; et elle est contraire à la croyance traditionnelle que la violence n'est pas un crime punissable par la loi. La notion selon laquelle la violence peut être évitée est également nouvelle et elle pourrait même être douteuse aux yeux des décideurs. Beaucoup de décideurs n'ont pas encore remarqué que les différentes formes de violence peuvent être évitées. Beaucoup d'entre eux pensent que les approches traditionnelles des systèmes de justice pénale sont les seules qui « marchent ». Ce point de vue ne reconnaît pas l'ampleur de la violence dans la société. Il est nécessaire de mener des recherches pour démontrer qu'il est possible de prévenir la violence. Il est nécessaire que la recherche prouve que la violence peut être évitée. Elle peut révéler qu'il existe des options pour résoudre le problème de la violence.

14. La violence est un problème extrêmement sensible et de nombreux pays hésitent à prendre des mesures pouvant défier les attitudes et les pratiques traditionnelles établies. Il faut un courage politique considérable pour essayer de nouvelles approches dans des domaines tels que le maintien de l'ordre et la sécurité publique.

15. Dans tous les cas, les professionnels de la santé publique, les institutions universitaires, les organisations non gouvernementales et les organisations internationales doivent jouer un grand rôle pour aider les gouvernements à mieux connaître les interventions réalistes de prévention de la violence et à ne pas en douter. Une partie de ce rôle est le plaidoyer en utilisant l'éducation et l'information scientifique. L'autre partie doit être jouée en tant que partenaire ou consultant pour aider les gouvernements dans l'élaboration des politiques et la conception ou la mise en œuvre des interventions.

PREVENTION DES CONFLITS

16. Les effets de la guerre sont bien connus, mais le nombre de morts et de blessés ne constitue que la partie émergée de l'iceberg en ce qui concerne l'impact des conflits armés sur les personnes. Les guerres provoquent des déplacements massifs des populations et notamment des membres les plus vulnérables de ces populations (les femmes, les enfants, les personnes âgées et les malades) et elles sont également responsables de plusieurs formes de violence allant du viol aux mutilations corporelles en passant par la destruction d'infrastructures essentielles. Les taux de mortalité parmi les personnes déplacées et les réfugiés sont 15 à 20 fois supérieurs aux taux correspondants dans leurs localités d'origine.

17. Un examen des données disponibles sur la situation de la santé dans des situations de guerre et de post-conflit révèle l'existence d'un taux élevé de mortalité maternelle et infantile et de malnutrition comme de grands problèmes de société. A cet égard, les pays devraient s'efforcer de faire face au problème des conflits notamment en mettant en place des systèmes d'alerte précoce et des plans de préparation aux situations d'urgence.

GESTION ET LUTTE CONTRE LA VIOLENCE

18. Renforcement des systèmes de santé pour jouer les rôles suivants :

Réduction des dégâts au strict minimum : lorsqu'il n'est pas possible de prévenir des actes de violence, des services de santé de bonne qualité peuvent aider à réduire au minimum les effets de toutes les formes de dégâts causés aux victimes.

Identification de la victime : C'est seulement lorsque la victime est connue qu'on peut lui fournir tous les soins nécessaires et réduire les effets des dégâts au minimum. C'est lorsque tous les besoins médicaux, psychologiques, sociaux et juridiques seront satisfaits qu'on peut pourra réduire les effets des dégâts au minimum. Ceci exige la collaboration avec d'autres secteurs.

TENIR COMPTE DES NORMES CULTURELLES

19. L'expérience a montré l'importante des consultations préalables avec les chefs religieux et traditionnels, les groupes de laïcs et les éminentes personnalités de la communauté, en vue de prévenir et de réduire les effets de la violence au minimum.

RENFORCEMENT DE L'ENGAGEMENT ET DE L'ACTION AU NIVEAU NATIONAL

1. Promouvoir l'égalité entre les sexes et les droits des femmes conformément aux traités internationaux et aux mécanismes des droits de l'homme, y compris l'accès des femmes à la propriété et aux biens, et l'augmentation des possibilités d'éducation pour les filles et les jeunes femmes ;

2. Obtenir des responsables sociaux, politiques et religieux ainsi que des autres dirigeants, qu'ils dénoncent la violence ;

3. Renforcer les capacités et mettre en place des systèmes de collecte de données pour surveiller la situation de la violence, et les attitudes et les croyances qui en perpétuent la pratique.

20. Même si le soutien et la prise en charge des victimes de la violence sont importants pour la réduction des conséquences physiques et psychologiques de la violence entre les personnes et l'atténuation de la vulnérabilité des personnes, il est nécessaire, pour commencer, d'accorder une attention spéciale à la prévention du développement de comportements violents.

21. La promotion de la prévention primaire de la violence entre les personnes implique qu'il faut encourager et soutenir l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes expressément conçus pour empêcher que des actes de violence soient commis.

PREVENTION PRIMAIRE DE LA VIOLENCE

1. **Investissement dans les interventions préventives** : Les programmes de prévention ciblant les enfants ou ceux qui ont une influence sur eux au cours de leur croissance, ont la capacité de déterminer leurs attitudes, leurs connaissances et leurs comportements d'enfant, au moment où ils sont le plus ouverts aux influences positives, et d'affecter leurs comportements pendant tout le reste de leur vie. Les programmes d'éducation préscolaire et à domicile, les programmes scolaires de développement social qui apprennent aux enfants des aptitudes sociales et des compétences pour résoudre des problèmes, se sont révélés efficaces dans la réduction ou la prévention de la violence juvénile.

2. **Implication accrue des adultes :** Le suivi, la supervision et l'implication insuffisants des parents dans les activités des adolescents et des enfants constituent des facteurs de risques bien connus qui favorisent la violence juvénile. Il est prouvé qu'une relation chaleureuse et de soutien parental ou de la part d'autres adultes constitue un bouclier de protection contre des comportements antisociaux.

3. **Renforcement des Communautés :** La communauté est l'environnement dans lequel les familles et les personnes interagissent et un aspect important dont il faut tenir compte dans les efforts de prévention, est le degré de tolérance ou de condamnation de la violence et des comportements à risque connexes (par exemple l'ivrognerie). Les interventions visant à réduire l'accès à l'alcool, à travers les restrictions sur les méthodes de distribution, le renforcement de la disponibilité et de la qualité des services de protection de l'enfance peuvent contribuer à la promotion d'une croissance saine et faciliter la réussite à l'école, et la création d'itinéraires sûrs à destination et en provenance de l'école pour les enfants et vers d'autres activités communautaires, peut prévenir leur harcèlement.

4. **Changement des normes culturelles :** il est important de résoudre le problème des normes qui associent la violence à la masculinité. Les normes culturelles peuvent être une source de protection contre la violence, comme dans le cas de tradition de longue date qui prône l'égalité pour les femmes et le respect des personnes âgées.

5. **Réduction des inégalités des revenus :** La juxtaposition de la pauvreté extrême et de l'opulence semble être liée à la violence collective et entre les personnes partout dans le monde.

6. **Renforcement des systèmes de justice pénale et de protection sociale :** La mise en place d'un système de justice pénale équitable et efficace contribue à la prévention générale de la violence. Les institutions de protection sociale qui accordent un soutien de base aux personnes et aux familles se trouvant dans des situations économiques difficiles peuvent aider à atténuer les effets des inégalités des revenus.

PROMOTION DES STRATEGIES DE PREVENTION PRIMAIRE.

1. Elaborer, mettre en œuvre et assurer le suivi des programmes axés sur la prévention primaire de la violence. Ceux-ci doivent comprendre des activités durables de sensibilisation du public en vue de changer les attitudes, les croyances et les valeurs qui tolèrent la violence comme quelque chose de normal et empêchent toute remise en question de la violence et même d'en parler.

2. Accorder une plus grande priorité à la lutte contre les abus sexuels des filles et des garçons dans les programmes de santé publique ainsi que dans la réaction des autres secteurs tels que la justice, l'éducation et les services sociaux ;

3. Intégrer la riposte contre la violence envers les femmes dans les programmes existant de prévention contre le VIH et le SIDA et de promotion de la santé des adolescentes ;

4. Rendre l'environnement physique plus sûr pour les femmes et les enfants à travers les mesures telles que l'identification des endroits qui sont souvent le théâtre d'actes de violence, l'amélioration de l'éclairage public, le renforcement des patrouilles de police, et d'autres systèmes de vigilance ;

5. Rendre les écoles plus sûres en les faisant participer aux systèmes éducatifs dans la lutte contre la violence, notamment en éradiquant la violence des enseignants et en déployant des efforts plus intenses pour lutter contre la violence ;

6. Développer une riposte globale du secteur de la santé aux différents impacts de la violence et en particulier lever les barrières et les stigmatisations qui empêchent les personnes victimes de la violence de demander de l'aide. Ceci comprend notamment le soutien aux services de santé mentale pour leur permettre de faire face à la violence contre les femmes et les enfants en tant que facteur essentiel des problèmes de santé mentale des femmes.

7. Utiliser les services de santé en matière de procréations pour l'identification et la prise en charge des femmes subissant des abus sexuels et pour leur fournir des services d'aiguillage vers un hôpital, ou l'assistance.

8. Renforcer les systèmes formels et informels de soutien aux femmes vivant dans des environnements violents ;

9. Sensibiliser les systèmes juridiques et judiciaires aux besoins spécifiques des femmes victimes de la violence ;

10. Soutenir et promouvoir la recherche sur les causes et les conséquences de la violence contre les femmes et sur les mesures efficaces de prévention.

PROMOUVOIR L'EGALITE SOCIALE ET ENTRE LES SEXES AINSI QUE L'EQUITE EN VUE DE PREVENIR LA VIOLENCE

22. Les relations inégales constituent la principale cause de violence. Les inégalités sociales et entre les sexes et les injustices s'apparentent à plusieurs des facteurs à risque et notamment au niveau sociétal du modèle écologique. Elles peuvent exacerber les autres facteurs à risque dans les niveaux écologiques et faciliter les conditions dans lesquelles les actes de violence peuvent se développer. Inversement, le renforcement de l'égalité et de l'équité peuvent multiplier les effets des facteurs de protection pour réduire les risques de violence.

23. L'élaboration et la mise en œuvre de politiques appropriées peuvent contribuer considérablement à la réalisation de l'égalité sociale et entre les sexes et de l'équité. Ces politiques peuvent assurer une protection juridique contre la discrimination et améliorer l'accès des groupes sociaux aux opportunités et aux ressources. Même si les mesures prises par les pouvoirs publics sont un pas important vers la création de conditions sociales équitables, il est également important de ne pas oublier que les injustices ne résultent pas uniquement des mesures inappropriées des pouvoirs publics, mais proviennent aussi des attitudes discriminatoires et des normes sociales. Le changement de politiques peut avoir un certain impact sur les normes sociales, mais l'implication et l'engagement des dirigeants et des décideurs, combinés avec les campagnes de sensibilisation du public, la promotion sociale et les autres stratégies de communication sont souvent nécessaires pour provoquer des efforts soutenus en vue d'un changement social.

24. Les politiques sociales sont celles qui mettent en place des programmes de bien-être et de protection sociale pour sauvegarder le bien-être des citoyens ; et elles peuvent cibler le public en général ou certains groupes (tels que les jeunes et les personnes âgées). Les résultats d'une politique sociale spécialement efficace pour la prévention de la violence en raison de son influence sur les facteurs intersectoriels de risque se sont entre autres:

- Un accès renforcé aux soins et à l'éducation de qualité des enfants ;
- Un accès amélioré à l'enseignement primaire et secondaire, l'attribution de ressources suffisantes à l'éducation ;
- Une réduction des taux du chômage ;
- Des systèmes de protection sociale plus efficaces (par exemple la sécurité sociale pour les personnes âgées et les personnes handicapées, l'assurance maladie, la puériculture, les revenus et/ou les suppléments alimentaires, et les indemnités de chômage).

POLITIQUE D'EGALITE ENTRE LES SEXES

25. En plus de son importance pour la réalisation des droits de l'homme et en particulier des droits des femmes, la promotion de l'égalité et de l'équité entre les sexes constitue une composante essentielle de la prévention de la violence. La discrimination basée sur le sexe et la répartition inégale des opportunités, du pouvoir et des ressources entre les hommes et les femmes sont les causes profondes de la violence entre les personnes. La violence contre les femmes dépasse tous les types de violence entre des personnes et doit être considérée comme une composante de l'inégalité et de l'injustice entre les sexes. La violence contre les femmes n'est pas seulement une manifestation des relations de pouvoir inégales entre les hommes et les femmes ; elle est aussi un mécanisme qui perpétue les inégalités. La violence dirigée contre les femmes et les filles, souvent du fait de leur féminité, peut les empêcher d'obtenir un statut d'égalité et de jouir pleinement de leurs droits humains. Comme stipulé dans la Plate-forme d'action de Beijing, la peur de la violence peut fonctionner comme une barrière qui limite l'accès des femmes aux opportunités et aux ressources. Des mesures spécifiques pour éliminer la violence contre les femmes doivent être incorporées dans toutes les stratégies mises en œuvre pour la promotion de l'égalité et de l'équité entre les sexes.

PLAIDOYER EN FAVEUR DE POLITIQUES SOCIALES ET D'EGALITE ENTRE LES SEXES EFFICACES

26. La promotion de l'égalité et de l'équité sociales et entre les sexes par l'adoption d'une politique sociale et d'égalité entre les sexes exige de convaincre les décideurs pour qu'ils mettent en œuvre des politiques dont les résultats attendus pourraient prendre plusieurs années pour se manifester. Ceux qui sont chargés du plaidoyer doivent comprendre le types d'arguments et de raisonnements qui peuvent motiver les décideurs responsables de ces domaines pour leur permettre d'adapter leurs stratégies avec un mélange de droits de l'homme, de santé publique, et des arguments de rentabilité. Pour comprendre cela, il est important de comprendre le contexte local dans lequel les politiques sont conçues, adoptées et mises en œuvre par les gouvernements, ainsi que l'environnement social et politique.

RENFORCEMENT DES SERVICES DE SOUTIEN ET DE PRISE EN CHARGE DES VICTIMES

27. En plus de la promotion des approches de prévention primaire de la violence entre les personnes, les prestations de services de soutien et de prise en charge des victimes constituent une composante essentielle de toute réaction à la violence entre les interpersonnels. Les services appropriés de soutien aux victimes de la violence non mortelle peuvent prévenir les cas ultérieurs de décès, réduire le nombre d'invalidités à court et à long terme et aider les personnes affectées à faire face à l'impact de la violence sur leur vie. Les objectifs spécifiques du renforcement de tels services sont :

- Le traitement des blessures et la réduction au minimum des dommages et des souffrances tant à court qu'à long terme ;
- La réduction des possibilités de faire des victimes secondaires tant intentionnelles qu'accidentelles,- par les prestataires des services ;
- La facilitation des réparations éventuelles par l'intermédiaire du système de justice, le cas échéant ;
- La réduction des probabilités de faire encore des victimes dans l'avenir et de voir ces victimes commettre elles-mêmes des actes de violence.

RECHERCHE ET INFORMATION

- Mener des recherches axées sur la santé publique et diffuser les résultats sur la gravité, les causes et les conséquences des blessures ;
- Encourager la recherche pour identifier, soutenir et développer les exemples des meilleures pratiques en matière de prévention primaire et de soutien et de prise en charge des victimes ;
- Renforcer les capacités des chercheurs africains pour leur permettre de faire face à la violence et aux blessures.

ANNEXE 1

DIRECTIVES POUR L'ELABORATION D'UN PLAN D'ACTION NATIONAL POUR LA PREVENTION DE LA VIOLENCE

Un plan d'action national pour la prévention de la violence et l'amélioration des soins et de la prise en charge des victimes est un plan directeur qui prévoit pour les différents secteurs concernés, un ensemble d'objectifs communs, un calendrier et une stratégie pour la coordination des activités, ainsi qu'un cadre pour l'évaluation. Un tel plan national est donc essentiel pour l'organisation, aux niveaux national et communautaire, des interventions qui comportent plusieurs objectifs et qui dépendent de la contribution des participants des différents secteurs.

Dans la plupart des pays, les autorités sanitaires sont les principaux responsables de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Il est donc souhaitable que si possible, le Ministère de la santé prenne l'initiative de l'élaboration du plan d'action national, tout en facilitant une participation multisectorielle des autres principales parties prenantes.

Le contenu du plan national d'action porte sur des domaines d'activités spécifiques et des sujets pertinents, et cela doit refléter les réalités locales ainsi que l'évaluation de la compréhension et de la prévention de la violence. Il est important de considérer les cinq recommandations du rapport mondial sur la violence et la santé comme de possibles domaines d'activités. Ces recommandations sont les suivantes :

- Renforcement des capacités pour la collecte des données sur la violence ;
- Recherche sur la violence : ses causes, ses conséquences et sa prévention ;
- Promotion de la prévention primaire de la violence ;
- Promotion de l'égalité et de l'équité entre les sexes en vue de prévenir la violence ;
- Renforcement des services de soins et de prise en charge des victimes.

Un plan d'action doit spécifier les objectifs de chaque domaine d'activités ci-dessus, et les stratégies pour les réaliser ainsi que les indicateurs de l'évaluation des progrès accomplis. Tout plan d'action national efficace devrait être multisectoriel et assurer un leadership multisectoriel dans la prévention à tous les niveaux du programme. Pour faciliter une collaboration efficace et significative, le plan national d'action doit identifier clairement les rôles et les responsabilités de chaque partie prenante dans chacun de ces domaines d'activités. Par exemple, un groupe de travail interministériel sur la prévention de la violence pourrait être mis en place grâce à un accord qui oblige les différents ministères à collaborer dans la prévention de la violence sous la direction générale du Ministère de la santé.

ACTIVITES PREVUES DANS L'ELABORATION D'UN PLAN D'ACTION NATIONAL

Quel que soit le niveau atteint par un pays dans la prévention de la violence, il peut élaborer un plan national d'action. La principale ressource humaine est une petite unité de préférence une personnalité gouvernementale influente (si possible du Ministère de la santé) ou un consultant recruté par le gouvernement pour entreprendre les activités suivantes:

1. Identifier et consulter les principales parties prenantes ;
2. Mener une analyse de la situation de la violence et de la santé au niveau national ;
3. Organiser une conférence consultative nationale ;
4. Réviser et finaliser le plan d'action ;
5. Faire entériner le plan d'action ;
6. Mettre en œuvre, assurer le suivi et faire rapport sur les progrès réalisés.

Le message important est que la participation multisectorielle et une volonté politique claire sont essentiels pour la réussite des efforts déployés au niveau national pour la prévention de la violence. Comme c'est le cas de tout nouveau défi en matière de santé publique, il y aura des résistances sur le terrain à mettre en œuvre les propositions qui pourraient être formulées. Certains pourraient prétendre que ça coûtera trop cher, et que ce n'est pas envisageable compte tenu des priorités sanitaires plus pressantes telles que le VIH/SIDA, le paludisme ou la tuberculose.

Annexe V : Projet de mécanisme de suivi et d'établissement des rapports pour les engagements d'Abuja de 2006 concernant les services de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme (2007-2010)

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي

UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone 517 700 Cables: OAU, ADDIS ABABA

TROISIÈME SESSION ORDINAIRE DE LA CONFÉRENCE DES MINISTRES DE LA SANTE DE L'UNION AFRICAINE
9-13 AVRIL 2007
JOHANNESBOURG (AFRIQUE DU SUD)

CAMH/MIN/9 (III)

PROJET DE MÉCANISME DE SUIVI ET D'ÉTABLISSEMENT DES RAPPORTS SUR LES ENGAGEMENTS D'ABUJA DE 2006 CONCERNANT LES SERVICES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME (2007-2010)

SECTION 1 : CONTEXTE

1.1 BUT DU DOCUMENT

1. Ce document traite du Mécanisme de suivi et d'établissement des rapports sur le mandat donné par la Conférence de l'Union afrcaine concernant l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme en Afrique d'ici à l'an 2010, lors du Sommet spécial sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, tenu à Abuja (Nigeria), du 2 au 4 mai 2006. Lors du Sommet spécial, les chefs d'Etat et de gouvernement ont pris les engagements suivants :

(a) L'appel d'Abuja pour une action accélérée vers l'accès universel aux services de soins du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme en Afrique (STM).

(b) Position africaine commune à la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies sur le SIDA, ensemble avec la Déclaration de Brazzaville pour une action accélérée vers un accès universel aux services de prévention, du traitement, des soins et d'appui contre le VIH/SIDA.

(c) Le Cadre continental d'harmonisation des approches et des politiques de droits de l'homme et des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

2. Le but de ce document est de discuter du plan de mise en œuvre qui doit guider le rôle des Etats membres de la Commission de l'Union africaine (CUA) des Communautés économiques régionales (CER), des partenaires en développement (organisations bilatérales et unilatérales), de la société civile et du secteur privé dans la traduction concrète des décisions des chefs d'Etats, prises au Sommet spécial d'Abuja en 2006. Le Mécanisme de suivi et d'établissement des rapports sur la mise en œuvre des engagements concernant le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme est un Cadre stratégique opérationnel pour le Sommet spécial d'Abuja de 2006 qui identifie les responsabilités générales de chacune des parties prenantes et définit les activités de mise en œuvre des priorités des programmes adoptés par les chefs d'Etat et de gouvernement lors du Sommet d'Abuja de 2006. Le document identifie les agences ou organisations qui aideront les Etats membres dans les activités de mise en œuvre. Le document comporte aussi des indicateurs et des délais pour la mise en œuvre des engagements pris par les Etats membres à Abuja.

3. Ce document est composé de six sections :

Section 1 discute dans l'ensemble du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme en Afrique, du Cadre d'action opérationnel de suivi et d'établissement des rapports et, des questions transversales de mise en œuvre qui s'appliquent à toutes les parties prenantes dans la quête de l'accès universel aux services de soins des trois maladies.

Section 2 décrit brièvement Mécanisme continental de suivi et d'établissement des rapports sur les engagements concernant le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Section 3 décrit les activités de mise en œuvre de suivi et d'établissement de rapports, les centres de responsabilité, pour chaque priorité du programme ainsi que les indicateurs et les délais pour le rôle envisagé des parties prenantes dans la période allant de 2007 à 2010.

Section 4 traite de la nécessité spéciale de mobiliser les ressources adéquates aux différents niveaux.

Section 5 offre un Cadre opérationnel pour la Commission de l'Union africaine et ses organes et programmes, pour l'exécution de leur rôle technique, dans le cadre de leur mandat de suivi et d'établissement des rapports sur le plan de mise en œuvre, y compris les revues demandées par la Conférence de l'Union pour 2008 et 2010.

Section 6 comporte les annexes au présent document ainsi qu'une liste bibliographique pour le travail de référence sur le plan de mise en œuvre. Pour une liste complète des documents sur la position de l'UA, les résolutions et les plateformes, les lecteurs sont invités à consulter le site web de la Commission de l'Union africaine, le Département des Affaires sociales ou la Direction des services de conférences.

1.2 ANALYSE DE LA SITUATION

4. Lors du Sommet spécial d'Abuja de 2006 sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, les chefs d'Etat et de gouvernement ont noté ce qui suit :

a) Les pays au Sud du Sahara représente 10% de la population mondiale et comptent plus de 60% de l'estimation des populations infectées dans le monde. L'Afrique compte 77,4% de cas de décès dus au SIDA dans le monde et 90% de tous les orphelins du SIDA (0 à 17 ans d'âge) dans le monde.

b) L'Afrique représente 25% de tous les cas notifiés dans le monde et c'est la seule région du monde où les taux d'incidence de la Tuberculose augmente tout en dépit de la disponibilité des stratégies de lutte et des programmes de mise en œuvre efficients. Plus de 600 000 personnes meurent de Tuberculose en Afrique et au moins 2 millions contractent la maladie chaque année.

c) Le Paludisme est le tueur numéro un des enfants en Afrique. La plupart des décès d'enfants dus au paludisme en Afrique seraient évités si les parents avaient accès à un prompt diagnostic et traitement. L'Afrique représente presque 90% des 500 millions d'épisodes de paludisme notifiés chaque année dans le monde. 1 million des personnes au moins meurent chaque année de Paludisme en Afrique tropicale, ce qui

représente plus de 90% de tous les décès dus à cette maladie dans le monde.

d) Les femmes et les enfants en Afrique demeurent particulièrement vulnérables au VIH/SIDA, à la Tuberculose et au Paludisme. Les femmes africaines ont les plus hauts taux d'infection du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme, comparé aux autres femmes dans le monde.

1.3 Progrès de la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

5. Les chefs d'Etats et de gouvernement ont noté au Sommet d'Abuja que le continent et les Etats membres ont fait des progrès dans la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Ils ont noté le progrès réalisé depuis la Déclaration du Millénaire de l'An 2000 et les objectifs du Millénaire pour le Développement, les Déclaration et Plans d'action d'Abuja de 2001, et la Déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2001 sur le VIH/SIDA. Les chefs d'Etat et de gouvernement ont aussi noté le progrès remarquable fait au niveau national par les gouvernements, la société civile, le secteur privé et les partenaires de développement dans la conception et la mise en œuvre des stratégies nationales contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

6. La Commission de l'Union africaine a développé son Plan stratégique VIH/SIDA pour la période 2005 – 2007 et a, lors de ses réunions, coordonné l'adoption du cadre continental sur l'harmonisation et l'intégration des droits des populations vivant avec le VIH/SIDA, dans les politiques nationales. La Commission de l'Union africaine a aussi développé un Plan d'action sur le cadre du Plan stratégique de l'observatoire du SIDA en Afrique.

7. La Conférence de l'Union africaine a, au Sommet de Maputo de l'An 2003, réaffirmé les déclarations d'Abuja de 2000 et 2001 sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, et a adopté en 2004 la Déclaration solennelle sur l'égalité de genre en Afrique. En 2005, la Conférence de l'Union africaine a centré ses délibérations sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, la Poliomyélite et a exhorté les Etats membres à jouer un rôle de premier plan lors des négociations de l'Organisation mondiale du commerce, sur les aspects liés au commerce des droits de propriété intellectuelle (TRIPS). Les Communautés économiques régionales (CER) d'Afrique sont en train de travailler vers l'intégration des questions sociales et de santé dans leurs stratégies de développement et travaillent aussi dans l'harmonisation de l'assistance au développement dans les Etats membres. Les CER sont aussi à l'avant-garde dans les problèmes de coopération transfrontalière et les services de coordination des migrants, des personnes déplacées et des réfugiés.

8. Le Comité régional de l'OMS/Afrique a déclaré l'année 2006 Année de la prévention contre le VIH, ainsi que l'urgence contre la Tuberculose. De plus, le Bureau régional de l'OMS/Afrique a publié en novembre 2006, le premier rapport régional de santé pour l'Afrique. La Conférence des Ministres de la santé a adopté en 2005 la Déclaration de Gaborone sur *« la Feuille de Route vers un Accès Universel à la prévention aux soins et au traitement »* et a réitéré son engagement à allouer 15% des budgets nationaux au secteur de la santé. En mars 2006, les représentants de 31 pays

membres de l'Union africaine, y compris les Ministres, les représentants du secteur privé et de la société civile ont adopté *« l'engagement de Brazzaville sur l'accélération vers un accès universel contre le VIH et le SIDA »* en Afrique jusqu'à l'An 2010. Ceci représente la contribution de l'Afrique à l'Équipe mondiale de réflexion sur l'accélération vers l'accès universel aux services du VIH/SIDA d'ici à l'An 2010.

9. La Commission de l'Union africaine et les Etats membres participent activement aux réunions et fora organisés sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Beaucoup d'Etats membres bénéficient maintenant d'un appui significatif du Fonds mondial contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (GFARM), du Fonds du Président des Etats-Unis pour le Programme de secours contre le VIH/SIDA (PEPFAR), du Programme de la Banque mondiale multi-pays sur le SIDA (MAP) et d'autres appuis des agences bilatérales et multilatérales.

10. Au Sommet spécial d'Abuja 2006, les chefs d'Etat et de gouvernement ont aussi noté que :

(a) Le leadership contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme est maintenant consolidé aux niveaux national et continental. Depuis 2001, environ 50% des Ministres africains de la santé ont déclaré l'urgence contre la Tuberculose. En 2005, au moins 85% de tous les pays africains ont soit établi ou renforcé les agences nationales de coordination contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. La plupart des pays membres de l'Union africaine ont adopté des politiques nationales et des lignes directrices sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme ;

(b) La part des budgets nationaux allouée au secteur de santé s'accroît depuis 2001. Au moins 33% des Etats membres ont des budgets nationaux qui allouent au moins 10% de toutes les dépenses au secteur de la santé. Le Botswana aurait atteint et même dépassé la barre d'Abuja 2001 de 15% du budget national alloué au secteur de la santé ;

(c) Sur les efforts de lutte contre le Paludisme, 29 pays ont adopté le traitement préventif intermittent de l'OMS (TPI). Au moins 9 Etats membres sont en train d'appliquer la combinaison à base d'arthémisine, dont 4 pays entreprennent des programmes à l'échelle nationale.

(d) Sur la prévention du VIH et les stratégies des soins cliniques du SIDA, 3 pays sont allés au-delà de l'objectif de l'OMS « 3 par 5 » qui consiste à mettre au moins 50% des individus nécessitant la thérapie anti-rétrovirale (TAR) dès la fin de 2005. De plus, 5 pays au moins produisent déjà localement des anti-rétroviraux (ARV). Beaucoup de pays seraient en train de se proposer de produire des anti-rétroviraux localement.

(e) Sur les services de santé et d'appui de la Tuberculose, la plupart des pays ont connu une amélioration du taux de couverture. La plupart des Etats membres ont accès aux médicaments de la Tuberculose à travers la facilité mondiale du médicament. Au moins 50% des Etats membres ont mis en place des systèmes d'approvisionnement (PSM).

(f) Les fora de partenariat national qui rassemblent les secteurs publics et privés, la société civile existent maintenant dans au moins 50% de tous les Etats membres. Les réseaux des gens vivant avec le SIDA existent dans 64% de tous les Etats membres.

11. Pour des détails plus complets sur les progrès réalisés par l'Afrique tout entière depuis l'An 2000 sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, veuillez consulter le site web de la Commission de l'Union africaine ou contacter le personnel pertinent du Département des affaires sociales de la Commission.

1.4 Les défis de l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme

12. Un défi à l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme est le manque de ressources proportionnées. Deux tiers des pays africains dépensent en dessous de 10% de leur budget national sur la santé. Même si tous les pays africains atteignent la cible de 15% du budget national pour la santé telle que fixée à Abuja en 2001, plus de la moitié des pays africains n'atteindront pas les 34 $EU par tête d'habitant estimés comme étant le minimum requis pour une meilleure santé d'après la Commission de l'OMS sur la macroéconomie et la santé (CMH). Bien que l'Afrique compte plus de 60% des individus vivant avec le VIH/SIDA dans le monde, les dépenses sur le SIDA en Afrique ne représentent que 6 à 10% des dépenses mondiales sur la pandémie. D'après l'ONUSIDA, l'Afrique a besoin de 80% de l'appui extérieur pour faire face à ses besoins financiers sur le VIH/SIDA.

13. Les chefs d'Etat et de gouvernement au Sommet d'Abuja de 2006 ont identifié les défis majeurs suivants ainsi que les obstacles à une action accélérée menant à un accès universel aux services du VIH et du SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme en Afrique :

- Le triple fardeau de la maladie y compris les maladies non transmissibles et les blessures ;

- La difficulté de garantir un financement prévisible et durable pour les services du VIH, de la Tuberculose et du Paludisme ;

- La faible planification en particulier dû au manque de capacité institutionnelle et de ressources humaines au niveau national ;

- La crise de santé qui se reflète en terme de faibles systèmes de santé et d'infrastructures, l'insuffisance de réseau de laboratoires pour le diagnostic des maladies, crise de ressources humaines en termes de nombre, de mélange de compétences, de motivation et de rétention tout ceci constitue des barrières majeures à la mise en œuvre des programmes de lutte contre les maladies en général, et de lutte contre le VIH et le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme en particulier.

- L'insuffisance d'accès aux médicaments essentiels et des produits et technologies de prévention dans la plus grande partie du continent, l'insuffisance d'approvisionnement en moustiquaires imprégnées d'insecticide et de la thérapie

à base de combinaison d'arthémisine ; l'insuffisante pulvérisation intra domiciliaire avec des insecticides efficaces.

- Le manque de politiques et de législation adéquates de protection des gens vivant avec le VIH/SIDA et la Tuberculose dans la plus part des pays.

- Le non-prise en compte du lien existant entre le VIH et le SIDA et la santé sexuelle et reproductive.

- La stigmatisation, la discrimination et l'inégalité qui aboutissent à une insuffisante protection des droits de l'homme des gens infectés ou affectés par le VIH et gène directement leur capacité d'accéder aux services.

- La médiocrité ou insuffisante coordination des partenaires nationaux, régionaux et internationaux.

- La faiblesse des systèmes de suivi et d'évaluation, et la lourdeur du mécanisme de suivi et d'évaluation pour la Déclaration d'Abuja sur le VIH et le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

- Les conflits qui sont à l'origine des déplacements de masse, de violences, du manque de moyen d'existence et de propriété aussi bien que des grandes dislocations des services essentiels.

- D'autres questions transversales telles que la garantie d'une bonne nutrition et d'une sécurité alimentaire, et de migration interne et entre les pays pour des raisons autres que des conflits.

- La planification et la programmation des politiques pour la prise en compte de la santé dans le cadre du développement national par la plupart des pays est reflétée par le faible développement des systèmes de santé, la faible couverture et l'accès inadéquat aux services pour les trois maladies, et

- Un fardeau croissant de la maladie et d'autres défis de développement.

14. De plus les partenaires internationaux en développement ressentent maintenant la coordination de l'appui extérieur des donateurs comme une question extrêmement préoccupante. Les Etats membres ont besoin de travailler étroitement avec les partenaires en développement sur l'établissement des priorités d'évaluation des besoins et de mise en œuvre des interventions appropriées. Le rôle du secteur privé en tant que ressource technique, financière et logistique est critique dans les Etats membres, même parmi les pays ayant des défis en ressources significatives. Le secteur privé peut travailler avec les gouvernements nationaux dans la mobilisation des ressources, la logistique des soins et la mise en œuvre des services pour des populations définies. L'implication de la société civile pendant la conceptualisation, la conception, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes est extrêmement importante pour obtenir l'adhésion des communautés et assurer la durabilité des programmes viables.

SECTION 2 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE POUR LA REALISATION DE L'ACCES UNIVERSEL DU VIH/SIDA, DE LA TUBERCULOSE ET DU PALUDISME D'ICI A L'AN 2010

2.1 Aperçu général du mécanisme de contrôle, de suivi et d'établissement de rapports

15. Le Sommet spécial d'Abuja de 2006 s'est centré sur le thème. *« Accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme, d'ici l'An 2010* ». Les principaux objectifs de ce Sommet étaient d'examiner l'état de la mise en œuvre des déclarations et des mécanismes d'action du Sommet d'Abuja de 2000 sur « *faire reculer le paludisme* », du Sommet d'Abuja de 2001 sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et les autres maladies connexes, et d'adopter un engagement renouvelé pour stopper et renverser l'impact de ces maladies et s'assurant l'accès universel aux services. Lors de ce Sommet spécial les chefs d'Etats et de gouvernement ont exprimé leurs préoccupations devant la morbidité, la mortalité et la débilité continues dues au VIH/SIDA, à la Tuberculose et au Paludisme. Ils ont aussi noté le rôle que jouent ces trois maladies dans l'intensification de la pauvreté, de la marginalisation, de la vulnérabilité et des inégalités de genre sur le continent. Ils ont chargé la Commission de l'Union africaine de développer un plan de mise en œuvre en vue de réaliser l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme en Afrique d'ici à l'An 2010.

2.2 Mécanisme de suivi et d'établissement de rapports

16. Au Sommet spécial d'Abuja de 2006 sur la VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, les chefs d'Etat ont déclaré un état d'urgence sur les trois maladies et se sont résolus à se consacrer sur, et dans leur pays, à un effort général de redressement ancré sur un mécanisme de mise en œuvre traitant des domaines du programme suivants :

2.2.1 : Le leadership aux niveaux national, régional et continental

- Intensifier le leadership pratique aux niveaux national, régional et continental en vue de mobiliser toute la société dans une lutte plus efficace contre le VIH et le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

2.2.2 La mobilisation des ressources :

- Mobiliser les ressources locales pour un financement durable et prévisible y compris la mise en œuvre de la Déclaration d'Abuja appelant à consacrer 15% du Budget national au secteur de la santé et à renforcer la collaboration avec les partenaires nationaux et internationaux en vue de mobiliser assez de ressources financières pour lutter contre les épidémies, et de s'assurer que les ressources financières ainsi mobilisées pour lutter contre les trois épidémies peuvent être dépensées par la suppression des plafonds de dépenses à moyen terme sur les dépenses publiques imposées sur les pays africains par les institutions financières internationales.

- Négocier pour l'annulation de la dette et la disponibilité des dons aux niveaux national et régional en vue de cibler le financement de la prévention, du traitement, des soins et d'appui des trois maladies.

- Entreprendre un plaidoyer collectif avec les bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux pour mettre fin à toutes les conditionnalités, à l'exception des exigences fiduciaires

2.2.3 Protection des droits de l'Homme

- Continuer à promouvoir des politiques facilitant un environnement juridique et social en faveur des droits humains des femmes, des personnes âgées, des jeunes et des enfants en particulier et, assurer la protection des personnes infectées et affectées par le VIH et le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, et réduire la vulnérabilité et la marginalisation des personnes y compris les personnes âgées qui s'occupent des orphelins du SIDA et des enfants vulnérables, les personnes affectées par les conflits, les personnes déplacées, les réfugiés et les rapatriés.
- Adopter les législations nationales en tenant compte des questions relatives au VIH et au SIDA, à la Tuberculose et au Paludisme, la discrimination et en particulier de la stigmatisation des personnes infectées, et affectées, et encourager les Etats membres à ratifier les conventions internationales pertinentes telle que la Convention sur la discrimination et l'emploi.
- Promulguer ou abroger des lois et politiques relatives au genre et aux droits humains, conformément aux cadres de l'Union africaine y compris la Déclaration solennelle sur l'égalité des sexes en Afrique, le Protocole de l'Union africaine relatif aux droits des femmes en Afrique, le Mécanisme et le Plan d'action sur le vieillissement et la Charte de la jeunesse.

2.2.4 Réduction de la pauvreté, santé et développement

- Intégrer les programmes du VIH et du SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme dans les stratégies et programmes de réduction de la pauvreté, et dans les programmes de réduction de la pauvreté dans les programmes des pays, et par conséquent avoir accès à une nutrition adéquate, à une sécurité alimentaire en poursuivant la réalisation d'une production alimentaire en Afrique, un plan de stockage et de distribution, et d'autres mesures de production, y compris les régimes de sécurité sociale adéquats pour assurer la durabilité du traitement aussi bien que le traitement, les soins et l'appui, tout assurant l'implication et la participation de la communauté.

2.2.5 Renforcement des systèmes de santé

- Renforcer les systèmes de santé et tirer profit des structures existantes (infrastructures, ressources humaines, financement, fournitures et autres) en vue d'accélérer l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui au VIH/SIDA, à la Tuberculose et au paludisme.

- Renforcer la gestion des données et la surveillance, y compris la gestion des données par âge et par sexe pour inclure les enfants de moins de 15 ans et les personnes âgées de plus de 50 ans.
- Faire face aux normes de l'OMS en matière de médecins et d'infirmières.

2.2.6 Prévention, traitement, soins et appui

- Investir lourdement dans la prévention basée sur l'évidence comme intervention la plus rentable en se concentrant sur les jeunes, les femmes, les filles et les autres groupes vulnérables.
- Garantir l'accès à un paquet complet des interventions de prévention pour la prévention des infections primaires et secondaires du VIH et du SIDA, et des maladies sexuellement transmissibles (MST) (y compris la prophylaxie après dénonciation suite à une violence sexuelle), la Tuberculose et le Paludisme, la réduction de la vulnérabilité du VIH et au SIDA, à la Tuberculose et au Paludisme.
- Garantir la promotion et l'intégration de l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui aux services de soins de santé primaires et aux institutions d'éducation.
- Améliorer l'information, l'éducation et la communication.
- Disséminer une information correcte amie des lecteurs, sur la prévention, le traitement, les soins et l'appui aux services du VIH et du SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme.
- Garantir l'accès universel des hommes et des femmes aux préservatifs pour toutes les personnes sexuellement active.
- Intégrer les questions du VIH et du SIDA dans les programmes d'immunisation en cours et les programmes de santé sexuelle et reproductive et réciproquement les questions de santé sexuelle et reproductive dans les programmes du VIH et du SIDA.
- Réveiller les valeurs traditionnelles d'abstinence, mais accroître continuellement l'utilisation du préservatif.

2.2.7 Accès à des médicaments et technologies abordables

- Promulguer et utiliser une législation appropriée et des réglementations de commerce international pour garantir une disponibilité des médicaments et des produits à des prix abordables ainsi que des technologies pour le traitement, les soins et la prévention du VIH et du SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme, y compris les vaccins, la thérapie anti-rétrovirale.
- Promouvoir les achats groupés régionaux et la production locale des médicaments génériques et d'autres produits.
- Appuyer le travail de production local régional des médicaments anti-rétroviraux génériques.

2.2.8 Recherche et Développement.

- Promouvoir et appuyer la recherche et le développement des microbicides, des vaccins, des diagnostics et de traitement du VIH et du SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme y compris la médecine traditionnelle ;
- Surveiller la résistance aux médicaments dans le traitement du VIH et du SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme ;
- Entreprendre des enquêtes démographiques et de santé tous les cinq ans ;
- Mettre en œuvre des recherches éthiques y compris pour le VIH et le SIDA,
- Entreprendre des enquêtes nationales régulières sur le VIH.

2.2.9 Mise en œuvre au niveau national

- Renforcer et appuyer la mise en œuvre des programmes stratégiques complets au niveau national et régional contre le VIH et le SIDA, la Tuberculose, le Paludisme ;
- Mettre en œuvre des programmes de prévention contre la Tuberculose, multirésistante aux médicaments ;
- Accélérer les programmes de lutte contre le Paludisme dans le but d'éliminer le paludisme par l'utilisation des stratégies effectives telles que la pulvérisation résiduelle intra-murale, les moustiquaires imprégnées d'insecticide, la thérapie de combinaison d'arthémisine (ACT) et la thérapie présomptive intermittente (IPT) ;
- Mettre en œuvre des programmes de prévention contre la Tuberculose multi résistante aux médicaments ;
- Accélérer les programmes de lutte contre le Paludisme dans le but d'éliminer le Paludisme par l'utilisation des stratégies effectives tel que la pulvérisation résiduelle intra-murale, les moustiquaires imprégnées d'insecticides, la thérapie de combinaison d'Arthémisine, et la thérapie présomptive intermittente ;
- Mettre en œuvre les trois-uns (une autorité d'exécution un plan d'action et plan de suivi et d'évaluation) pour le VIH et le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

2.2.10 Partenariat

- Développer d'avantage et appuyer les cadres complets et les mécanismes d'un partenariat bien coordonné, en particulier entre les secteur public, privé et la société civile, le partenariat régional et international, y compris les donateurs, en vue de promouvoir l'accès universel aux services de prévention de traitement, de soins et d'appui du VIH et du SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme.

2.2.11 Suivi, évaluation et notification

- Renforcer la collaboration avec les parties prenantes pertinentes, en particulier les partenaires de la société civile affectés par les trois maladies, et renforcer la planification et le suivi et l'évaluation et la génération des

informations dans des buts d'assurance de qualité, la durabilité l'obligation de rendre compte des programmes et le plaidoyer ;

- Garantir l'établissement d'un réseau et un partage de meilleures pratiques et soumettre régulièrement des rapports d'activités aux organes appropriés de l'Union africaine ;
- Entreprendre le renforcement de la mise en œuvre de la Stratégie de Santé du NEPAD pour lutter contre la pauvreté et le sous-développement.

2.2.12 Rôle de coordination des ministères de la santé, des conseils nationaux SIDA ou leur équivalent, des ministères de Finance ou de planification économique dans la réalisation multisectorielle et intégrée à la lutte conte la maladie, en collaboration avec les autres secteurs y compris l'implication de la communauté dans la planification et la mise en œuvre.

2.2.13 Un fort engagement dans la mise en œuvre des recommandations et des points d'action figurant dans la déclaration de Brazzaville sur l'accélération de l'accès universel aux services de prévention, de traitement et d'appui aux VIH et du SIDA et d'étendre cela à la Tuberculose, au Paludisme et aux maladies prévalentes.

SECTION 3 : ACTIVITES DE MISE EN ŒUVRE, RESPONSABILITÉS, INDICATEURS ET DÉLAIS

17. Les chefs d'Etat et de gouvernement au Sommet spécial d'Abuja de 2006 ont demandé des revues consultatives à l'échelle continentale de la mise en œuvre après deux ans (2008) et après cinq ans (2010). La Commission est en train de coordonner les revues de 2008 et de 2010. Les chefs d'Etat et de gouvernement ont aussi identifié les rôles majeurs de la Commission de l'Union africaine, des Etats membres, des Communautés économiques régionales, des partenaires au développement, de la société civile et du secteur privé dans la mise en œuvre, le contrôle et le suivi des engagements d'Abuja 2006.

18. Pour le reste de cette section, chaque partie prenante dans la mise en œuvre, le suivi et l'établissement des rapports sur les résultats/conclusions d'Abuja de 2006 aura identifiée les activités connexes, les agences ou les organisations responsables des activités de mise en œuvre, ainsi que les indicateurs et les délais de suivi et d'évaluation des activités de mise en œuvre proposées. Un centre d'intérêt majeur de ces activités sera le besoin de chaque partie prenante de participer aux évaluations instruites à la Commission de l'Union africaine en 2008 et 2010, tels que l'ont demandé les chefs d'Etat et de gouvernement au Sommet spécial d'Abuja de 2006.

3.1 Le rôle de la Commission de l'Union africaine et des organes de l'Union africaine dans le Mécanisme de suivi et d'établissement des rapports

3.1.1 Mise en œuvre effective du plan stratégique de la Commission sur le VIH/SIDA et du Cadre stratégique de l'observation du SIDA (AWA)

Activité de mise en œuvre :

19. La Commission des affaires sociale de l'Union africaine va assurer la mise en œuvre de tous les buts et objectifs du plan stratégique de la Commission de l'UA sur le VIH/SIDA, 2005-2007 et du Cadre stratégique de l'observation du SIDA 2005-2007 en

collaboration avec d'autres départements, programmes et organes de l'Union africaine. L'accord sera mis sur le lien étroit entre le VIH/SIDA et la tuberculose.

Centres de responsabilités :
20. Commissaire des affaires sociales de l'Union africaine, chef de la division santé de l'Union africaine ; chef de la division VIH/SIDA de l'Union africaine et coordinateur des activités concernant la tuberculose, le paludisme et de AWA.

Indicateurs et délais
21. Achèvement de tous les objectifs fixés dans le Plan stratégique de l'Union africaine sur le VIH/SIDA et le Cadre stratégique de AWA d'ici décembre 2007. L'évaluation sera entreprise et des actions de suivi pour 2008 et au-delà seront ploanfifiées.

3.1.2 Promotion de l'intégration régionale et collaboration dans le domaine de lutte contre les maladies.

Activités de Mise en œuvre

22. La Commission de l'Union africaine organisera une réunion annuelle de haut niveau regroupant les grandes institutions régionales, les Banques africaine de développement (BAD) la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans la région de l'Afrique et l'ONUSIDA pour discuter, examiner et mettre en œuvre les initiatives d'intégration régionale et de collaboration.

Centres de responsabilités
23. Le Commissaire des affaires sociales de l'Union africaine, le bureau du Président de la Commission de l'Union africaine.

Indicateurs et les Délais
24. La Commission de l'Union africaine organisera deux réunions de haut niveau avec les CER, les organisations régionales de la santé, la BAD, la CEA, l'OMS et l'ONUSIDA avant la revue de la Conférence de 2008 et de deux autres réunions avant la revue de 2010 sur les questions d'intégration régionale et de collaboration ; la Commission de l'Union africaine mettra sur pied un groupe technique composé d'institutions régionales sur la lutte contre les maladies d'ici juin 2007. Le groupe technique produira un plan technique conjoint sur la prévention et la lutte contre les maladies en Afrique d'ici avril 2008. La Commission de l'Union africaine présentera le plan technique conjoint sur la prévention et la lutte contre les maladies à la Conférence de l'UA de décembre 2008, pour examen et approbation ; les Etats membres commenceront à mettre en œuvre le plan continental sur la prévention et la lutte contre les maladies dès juillet 2009. La Commission de l'UA inclura le rapport d'activités sur la lutte conte les maladies dans la revue de 2010, tel que demandé par la Conférence.

3.1.3 S'assurer que la stratégie de santé africaine tient compte du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme

Activités de mise en œuvre :

25. L'Union africaine doit élaborer la stratégie africaine de la santé, en mettant l'accent approprié sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Après son adoption par les Ministres africains de la santé, la Commission de l'Union africaine devra présenter la stratégie africaine de la santé à la Conférence de l'Union africaine pour approbation et mise en œuvre par les différentes parties prenantes. Les activités de mise en œuvre seront prévues dans le mécanisme par l'intensification des efforts vers l'accès universel, l'accent étant mis sur la prévention, le traitement, les soins et la prise en charge.

Centres de responsabilités

26. Les responsables de la santé de l'Union africaine, la Commissaire aux affaires sociales de l'union africaine, le Conseiller en matière de santé du NEPAD.

Indicateurs et délais

27. Les Affaires sociales de l'UA et l'équipe de santé du NEPAD doivent élaborer la stratégie africaine de la santé d'ici avril 2007, les Ministres de la santé de l'Union africaine devront adopter le document avant avril 2007 ; la Commission de l'Union africaine devra présenter la stratégie africaine de la santé à la Conférence de l'Union en juillet 2007, les Etats membres devront travailler étroitement avec l'Union africaine, les CER et les organisations régionales de la santé devront de commencer à mettre en œuvre la stratégie africaine d'ici à décembre 2007.

3.1.4 S'assurer que la prévention et la lutte contre le paludisme sont accélérées dans le but d'éliminer le paludisme en Afrique dès 2010 en utilisant toutes les stratégies de lutte disponibles

Activités de mise en œuvre :

28. Le Département des affaires sociales de l'Union africaine devra recruter deux experts en matière de santé, de suivi et d'évaluation qui vont mener des évaluations organisées, des stratégies d'Abuja 2000 pour la prévention et la lutte contre le paludisme dans les Etats Membres, la Commission de l'Union africaine, l'OMS et l'initiative « Faire reculer le paludisme » devront organiser des réunions techniques de haut niveau sur le paludisme pour discuter des progrès réalisés et des défis à relever avec la participation des États membres, des Communautés économiques régionales, des institutions régionales, des universités, des sociétés civiles, du secteur privé, des partenaires au développement de l'Union africaine travaillant étroitement avec l'OMS, l'UNICEF, l'initiative « faire reculer le paludisme » et les autres alliances sur le paludisme pour organiser l'assistance technique aux Etats membres en ce qui concerne les meilleures pratiques, l'accès au financement, les capacités logistiques, les indicateurs de suivi et d'évaluation, les mécanismes de l'obligation de rendre compte. La Commission de l'Union africaine inclura le rapport d'activités sur la prévention et la lutte contre le paludisme dans les évaluations demandées par la Conférence de l'Union

africaine et lancera une campagne plus vigoureuse pour l'élimination du paludisme (avril 2007).

Centres de responsabilités :

29. Le Département des affaires sociales de l'UA sera l'entité chef de file, et la Commissaire aux affaires sociales de l'UA, les Secrétaires exécutifs des CER fourniront le leadership direct au niveau continental et au niveau régional. Les partenaires au développement joueront un rôle de premier plan suivant leurs mandats respectifs.

Indicateurs et délais

30. La Commission de l'Union africaine, l'OMS, l'UNICEF et le RBM, lancent la campagne d'élimination du paludisme le 25 avril 2007 (journée africaine du paludisme). Le Département des Affaires sociales recrute deux experts de suivi et d'évaluation dès juillet 2007 pour assister la Commission de l'UA à assurer son mandat de suivi et à évaluer des efforts organisés pour réaliser l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Les experts de suivi et d'évaluation vont travailler avec les collègues des Etats membres, de l'OMS/AFRO et des CER pour mettre en place des protocoles de suivi et d'évaluation qui satisferont les normes de l'OMS, dès décembre 2007.

31. La Commission de l'UA organise des réunions techniques de haut niveau pour discuter du progrès réalisé sur les stratégies de lutte et de prévention du paludisme sur le continent en 2008 et 2010. La Commission travaillant avec l'OMS/AFRO et l'initiative « Faire reculer le Paludisme » coordonnera les consultations sur l'assistance technique avec les Etats membres et les CER sur le financement, les dispositions logistiques, les indicateurs et de questions de responsabilité en 2007, 2008, 2009 et 2010. La Commission de l'UA prépare le rapport d'activité sur la prévention et la lutte contre le paludisme, comme faisant partie des revues mandatées par la conférence pour les années 2008 et 2010.

3.1.5 Coordonner en partenariat élargi avec la société civile et le secteur privé, la mise en œuvre effective de l'Appel d'Abuja et faire rapport annuellement à la Conférence.

Activités de mise en œuvre :

32. La Commission de l'Union africaine et les Etats membres devraient établir ou renforcer un large partenariat avec la société civile et le secteur privé sur la prévention et la lutte contre le paludisme, la Commission de l'UA commence une enquête annuelle sur le partenariat de prévention et de lutte contre le paludisme dans les Etats membres et faits rapports des résultats à la Conférence de l'Union africaine. La Commission de l'UA s'assure de la participation des partenaires à la prévention et à la lutte contre le paludisme lors des réunions continentales de haut niveau sur la maladie.

Centres de responsabilités

33. Le Département des affaires sociales de l'Union africaine et l'ECOSOC de l'Union africaine sont les entités motrices.

Indicateurs et délais

34. La Commission de l'UA devra établir ou renouveler le partenariat secteur public/ privé/société civile sur la prévention et la lutte contre le paludisme en 2004, le Département des affaires sociales et l'ECOSOC devront commencer une enquête annuelle sur le partenariat en matière de prévention et de lutte contre le paludisme, d'ici à janvier 2008, la Commission de l'UA s'assure de la présence du partenariat dans la prévention et la lutte contre le paludisme aux réunions de haut niveau sur le paludisme dès le début 2008. La Commission de l'UA présentera son rapport d'activités sur le partenariat secteur public/ privé/ société civile comme faisant partie des revues mandatées de 2008 et 2010.

3.1.6 Demander à la Commission du Travail et de la santé des affaires sociales et au Parlement panafricain d'assurer la supervision et la responsabilité pour la mise en œuvre de la Déclaration d'Abuja

Activités de mise en œuvre :

35. La Commission de l'UA fait la requête à la Commission du travail et de la santé des affaires sociales et au Parlement panafricain. La Commission de l'UA conclut un accord avec la Commission du travail et des affaires sociales sur leur rôle de supervision et de responsabilité. La Commission de l'UA commence son rapport annuel sur les activités de suivi et de responsabilités du Comité à la Conférence de l'UA.

Centres de responsabilités :

36. La Commissaire aux affaires sociales de l'Union africaine et le Président du Comité du Parlement panafricain de la santé du travail et des affaires sociales dirigeront cet effort.

Indicateurs et délais

37. La Commission de l'Union africaine informe régulièrement la Commission du Travail, de la Santé des affaires sociales ; du parlement panafricain. Ladite Commission se réunit et commence son travail de supervision et de contrôle de l'obligation de rendre compte en décembre 2007 ; la Commission de l'Union africaine commence son rapport annuel sur la supervision et les responsabilités du Comité en 2008 ; la Commission de l'Union africaine inclura son rapport d'activités dans les revues demandées par la Conférence en 2008 et 2010.

3.1.7 Demander au Conseil de paix et de Sécurité (CPS), au Conseil économique, social et culturel de l'UA (ECOSOCC), au programme du NEPAD et aux autres organes de l'Union africaine et aux parlementaires nationaux, de jouer un rôle effectif de plaidoyer et de donner un appui nécessaire aux Etats membres dans la lutte contre ces maladies

Activités de mise en œuvre

38. La Commission de l'Union africaine entre en contact avec toutes ses entités et demande une actualisation annuelle sur leur rôle effectif de plaidoyer ; la Commission de l'Union africaine commence un rapport annuel qu'elle présentera à la Conférence sur le rôle de plaidoyer de ses entités.

Centres de responsabilités

39. La Commissaire en charge des Affaires sociales de l'Union africaine et les principaux responsables du CPS, de l'ECOSOCC, du NEPAD et des autres organes de l'UA, seront responsables de cet effort.

Indicateurs et délais

40. La Commission de l'Union africaine entre en communication avec toutes les entités dès février 2007 et demande une actualisation annuelle pour couvrir la période 2007-2008. La Commission de l'UA donne une mise au courant lors d'au moins une réunion régulière de ces entités en 2007. La Commission donne les actualisations annuelles à la Conférence à partir de 2008.

3.2 Le rôle des Etats membres

41. Les Etats membres ont le rôle particulier de mettre directement en œuvre les domaines du programme qui sont identifiés dans les engagements d'Abuja. Le domaine de la réalisation de l'accès universel au service du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme incluent : le leadership ; la mobilisation des ressources ; la protection des droits de l'homme ; la réduction de la pauvreté ; la santé et le développement ; le renforcement des systèmes de santé ; la prévention , le traitement, les soins et l'appui ; l'accès aux médicaments et aux technologies abordables ; recherche et le développement ; la mise en œuvre ; le partenariat, le suivi, l'évaluation et la notification ; et la coordination des services.

42. A la Conférence de Banjul 2006, les Chefs d'Etat et de gouvernement ont demandé aux Etats membres de s'assurer que les ministères de la santé, les conseils nationaux SIDA ou leurs équivalents et les ministres des finances et de la planification économique coordonnent la réalisation d'une approche multisectorielle et intégrée de la lutte contre la maladie, en travaillant en collaboration avec les autres secteurs, y compris l'implication des communautés cibles dans la planification et la mise en œuvre des initiatives et programmes. De même, la Conférence a réaffirmé l'engagement du continent envers la mise en œuvre de la recommandation et des points figurant dans l'engagement de Brazzaville d'accélération de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à la prise en charge et aux services liés au VIH/SIDA et ont étendu leur engagement à la lutte contre la Tuberculose, le Paludisme et d'autres maladies connexes.

43. Le mécanisme de suivi et d'établissement des rapports sur la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme dans les Etats

membres relève, en grande partie, des Etats membres qui doivent suivre les étapes suivantes :

(1) La documentation des indicateurs de base et de l'audit des services, des programmes et des initiatives existantes ;

(2) L'établissement ou l'actualisation des lignes directrices et de politiques nationales en vue de se conformer aux normes de l'OMS, de l'ONUSIDA et d'autres normes internationales ;

(3) Une mise en œuvre rigoureuse des objectifs du programme révisés, avec une bonne analyse de tendances, une participation des parties prenantes et des mécanismes de comptabilité et de gestion transparente ;

(4) Envoyer des rapports d'activités réguliers à la Commission de l'Union africaine surtout aux revues mandatées par la Conférence en 2008 et 2010.

3.2.1 **Leadership dans les pays membres**

3.2.1.1 Intensifier le rôle de leadership pratique aux niveaux national et local

Activités de mise en œuvre

44. Les dirigeants politiques au haut niveau et les décideurs doivent intensifier leur leadership sur l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme aux niveaux national et local, à travers les déclarations et des conférences de presse régulières, en mettant de côté plus de ressources (financières et techniques) sur une base annuelle pour des initiatives et des programmes universels, une meilleure coordination de l'assistance extérieure au développement et encourager l'implication du secteur privé de la société civile.

Centres de mise en œuvre

45. Les chefs d'Etat ou de Gouvernement ; les ministres de la Santé, les ministres des Finances et du développement économique ; les gouverneurs ou les préfets ; les présidents des gouvernements locaux et des districts, entre autres.

Indicateurs et délais

46. Le Président de la Commission de l'Union africaine entre en communication avec les chefs d'Etat et de gouvernement au sujet du mandat d'Abuja 2006 pour intensifier leur leadership sur l'accès universel au VIH/SIDA, la Tuberculose et au Paludisme, dès janvier 2007 et demande un rapport d'activités au début de décembre 2007 ; la Commission de l'Union africaine commence une documentation sur la proportion du budget national alloué à la santé et la proportion du budget national de santé alloué à l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et au Paludisme dans les Etats membres et en fait rapport à la Conférence chaque année à partir de 2008 ; la Commission de l'Union africaine devra inclure le rapport d'activités sur le leadership pratique des Etats membres dans les évaluations demandées par la Conférence pour 2008 et 2010.

3.2.2 Mobilisation des ressources dans les Etats membres

3.2.1 Mobiliser des ressources locales pour un financement durable et prévisible, y compris la mise en œuvre de l'appel de la déclaration d'Abuja, pour 15% du budget alloué à la santé.

Activités de mise en œuvre

47. Les ministères de la santé, des finances et de développement économique, et de la planification nationale ou leurs équivalents, et l'autorité nationale de coordination VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme doivent travailler avec le secteur et la société civile pour identifier et prélever dans les ressources locales, dans leurs efforts de mettre en œuvre l'appel de la déclaration d'Abuja du 2001 d'allocation de 15% du budget national au secteur de la santé ; les Etats membres doivent allouer une proportion spécifique des impôts sur l'alcool et le tabac pour lutter contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme ; les Etats membres doivent travailler en collaboration les parlementaires nationaux dans la promulgation de la loi pertinente, y compris la reconnaissance de l'appui en nature.

Centres de responsabilités

48. Les chefs d'Etat et de gouvernement doivent apporter un fort appui politique ; les ministres de la santé, des finances et de développement national et de la planification doivent mener cet effort.

Indicateurs et délais

49. A partir de 2007 la Commission de l'Union africaine doit avoir une documentation sur la part du budget national alloué au secteur de la santé dans les Etats membres ; d'ici décembre 2007, les Etats membres doivent convoquer un forum national sur la mobilisation des ressources en vue de réaliser l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme ; les Etats membres doivent soumettre des rapports annuels à la commission de l'UA à partir de 2008, sur les efforts de mobilisation locale de ressources pour l'accès universel aux services du VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme ; d'ici juillet 2008, les Etats membres doivent utiliser au moins 5% des impôts prélevés sur l'alcool et le tabac afin de réaliser l'accès aux services de VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme.

3.2.2.2 Renforcer la collaboration avec les partenaires internationaux pour mobiliser assez des ressources financières pour lutter contre les épidémies et s'assurer que les ressources financières mobilisées pour lutter contre les trois maladies peuvent réellement être dépensées pour enlever le plafond de dépenses à moyen terme imposé sur l'Afrique par les institutions financières internationales.

Activités de mise en œuvre

50. Les ministres de la santé, des finances et de développement économique et de la planification nationale doivent travailler étroitement avec les partenaires bilatéraux et

multilatéraux du développement qui sont actifs dans les Etats membres pour accroître la mobilisation des ressources et enlever le plafond de dépenses en moyen terme.

Centres de responsabilités

51. Les ministres de la santé, des finances et de développement économique et de la planification nationale sont les entités clés.

Indicateurs et délais

52. D'ici décembre 2007, les Etats membres doivent achever la discussion et conclure un accord avec les partenaires du développement sur les modalités d'accroissement de la mobilisation des ressources et convenir sur un plan d'action ; d'ici décembre 2007, les Etats membres doivent conclure des accords sur la suppression des plafonds des dépenses à moyen terme, avec les institutions financières internationales actives dans les paiements ; entre 2008 et 23010, les membres devront progressivement accroître les ressources locales et extérieures, mobilisées vers l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme ; les membre doivent envoyer les rapports d'activités sur l'accroissement de la mobilisation des ressources et la suppression de plafond de dépenses à moyen terme à la Commission de l'Union africaine à partir de 2008. La Commission de l'Union africaine devra inclure les rapports d'activités sur la mobilisation des ressources dans le cadre des revues demandées par la Conférence pour 2008 et 2010.

3.2.2.3.1 Négocier pour la dette extérieure et la disponibilité des dons pour les programmes nationaux ciblant spécifiquement la prévention, le traitement, les soins et l'appui contre les trois maladies.

Activités de mise en œuvre

53. Les chefs d'Etat et de gouvernement et les ministères des finances et du développement économique initieront et continueront à négocier pour l'annulation de la dette avec les institutions internationales pertinentes, et cibleront agressivement les dons internationaux pour les initiatives nationales sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme ; les Etats membres devront concevoir un mécanisme transparent et vérifiable d'utilisation des économies réalisées de l'annulation ou de l'allégement de la dette pour financer les programmes de santé, de l'éducation et du bien-être social, y compris des efforts organisés pour réaliser l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme.

Centre de responsabilités

54. Bureau du chef de l'Etat ou du chef de gouvernement ; Ministère des finances et du développement économique.

Indicateurs et délais

55. Au cours de 2008, les Etats membres doivent initier, pour continuer des discussions sur l'annulation de la dette avec les institutions pertinentes et chercher une augmentation des programmes et des services appuyés par des dons. D'ici décembre

2008, les Etats membres doivent concevoir des mécanismes transparents et vérifiables d'utilisation des économies réalisées de l'annulation ou de l'allégement de la dette dans le secteur de la santé, de l'éducation, du bien-être social, y compris les initiatives visant l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme ; d'ici décembre 2009, les Etats membres auront réalisé l'annulation de la dette extérieure.

3.2.2.4 Entreprendre un plaidoyer collectif avec les donateurs multilatéraux et bilatéraux pour mettre fin à toutes les conditionnalités à l'exception des exigences fiduciaires normales.

Activités de mise en œuvre

56. Les chefs d'Etat ou de gouvernement et les ministères des finances et du développement économique travailleront avec les agences bilatérales et multilatérales actives dans les Etats membres pour mettre fin aux conditionnalités associées à l'assistance au développement ; les Etats membres doivent entrer en liaison avec l'Union africaine dans le cadre des efforts de plaidoyer continental de la communauté internationale.

Centres de responsabilités

57. Bureau du chef de l'Etat ou du gouvernement et les Ministres des finances et du développement économique ainsi que le Président de la commission de l'Union africaine.

Indicateurs et délais

58. Au cours de 2007, le Président de la Commission de l'Union africaine, la Banque africaine de développement, la CEA, les CER et les organisations régionales de la santé devront conduire les efforts de plaidoyer au niveau continental pour mettre fin aux conditionnalités imposées sur l'assistance au développement ; d'ici septembre 2007, les Etats membres devront mettre sur pied un groupe de travail technique national pour mettre fin aux conditionnalités de l'assistance au développement. Le Groupe de travail recommandera des lignes directrices nationales ; la Commission de l'UA organisera un atelier technique sur les conditionnalités et l'assistance au développement d'ici 2007, avec l'objectif de recommander des meilleures stratégies et des paramètres de sortie pour les Etats membres ; les Etats membres devront convoquer un forum national pour mettre fin aux conditionnalités d'assistance au développement et arriver à un consensus d'ici avril 2008 ; d'ici juillet 2008, les Etats membres devront conclure un accord avec les partenaires au développement sur la fin des conditionnalités ; d'ici juillet 2009, les Etats membres mettre sur pied des programmes pour mettre aux conditionnalités avec les partenaires de développement.

3.2.3 Protection des droits de l'homme dans les Etats membres

3.23.1 Continuer à promouvoir un environnement politique, juridique et social facilitant les droits de l'homme en particulier ceux des femmes, des jeunes, des enfants et des personnes âgées en vue d'assurer la protection des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme et de réduire la vulnérabilité et la marginalisation, sans oublier

les personnes affectées par les conflits, et les personnes déplacées, les réfugiés et les rapatriés.

Activités de mise en œuvre

59. Les Etats membres doivent envoyer annuellement un rapport à la Commission de l'Union africaine sur les activités, les politiques et la législation visant la satisfaction aux domaines prioritaires du « cadre continental d'harmonisation des approches entre pays membres et d'intégration des politiques des droits de l'homme et des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA en Afrique ». Les huit domaines prioritaires inclus : les cadres nationaux ; une plus grande implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA ; le partenariat communautaire ; le partenariat international ; la mobilisation des ressources ; la revue des lois ; les services de réforme et d'appui ; la promotion de l'égalité et de l'équité du genre ; la promotion d'une environnement facilitant et d'appui ; le suivi et la mise en vigueur des droits de l'homme.

Centres de responsabilités

60. Bureau du chef de l'Etat ou du gouvernement ; Ministère de la santé ; Bureau du garde de seaux et Ministre de la Justice ; le Parlement national ; le Barreau national ; les organisations de la société civile.

Indicateurs et délais

61. Chaque Etat membre entreprend un audit des cadres existants, politiques et législation qui appui le cadre continental d'ici décembre 2007. Les Etats membres établissent ou actualisent des politiques et législations qui font la promotion du cadre continental d'ici décembre 2008. Les Etats membres envoient un rapport d'activités à la Commission de l'Union africaine dans le cadre de revue mandatée par la conférence en 2008 et 2010.

Activités de mise en œuvre

62. Entreprendre un audit de la législation existante, développer, mettre en œuvre et mettre en vigueur les politiques et lois visant le stigmate et la discrimination, protéger les droits des hommes vivant avec la Tuberculose et faire face aux besoins des groupes vulnérables, surtout les femmes et les enfants et appuyer tous cela par des campagnes de plaidoyer.

Centres de responsabilités

63. Bureau du chef de l'Etat ou du gouvernement ; Bureau du garde de seaux, Ministre de la Justice, Ministère de la santé ; Parlement national ; Barreau national ; les syndicats et les autres organisations de la société civile.

Indicateurs et délais

64. Chaque État membre devra entreprendre d'ici décembre 2007, un audit des cadres des politiques et des législations existantes qui appuient les déclarations du Sommet d'Abuja de 2006, dans ses dispositions relatives à la Tuberculose ; les pays

membres doivent établir et actualiser, dès décembre 2008, des politiques et des législations au sujet de la déclaration d'Abuja 2006 sur les droits des personnes vivant avec la Tuberculose ; les Etats membres devront envoyer des rapports d'activités à la Commission de l'UA pour transmission à la Conférence pendant les revues de 2008 et 2010.

Activités de mise en œuvre

65. Les Etats membres doivent entreprendre un audit et passer en revue les législations, les politiques et les programmes nationaux anti-discriminatoire et anti-stigmatisation et ceux qui se rapportent au VIH/SIDA et la Tuberculose en particulier. Les Etats membres devront mettre en place ou actualiser la législation, les politiques et les programmes qui se conforment aux nomes de l'ONUSIDA et de l'OMS. Les Etats membres devront ratifier toutes les conventions internationales sur les droits de l'homme, y compris la Convention sur la discrimination et l'emploi ; les Etats membres doivent envoyer les rapports d'activités régulièrement à la Commission de l'Union africaine.

Centres de responsabilités

66. Bureau du chef de l'Etat ou du gouvernement ; Bureau du garde de seaux et Ministre de la Justice ; Parlement national.

Indicateurs et délais

67. Les Etats membres devront entreprendre un audit d'ici décembre 2007. Les Etats membres devront d'ici 2008, mettre en place ou actualiser la législation, les politiques et les programmes anti-discriminatoires et anti-stigmatisations pour répondre aux mandats de l'appel d'Abuja 2006 ; les Etats membres devront ratifier toutes les conventions internationales sur les droits de l'homme, y compris les Conventions continentales et régionales sur la discrimination et l'emploi, d'ici décembre 2008 ; les Etats membres devront envoyer des rapports d'activités à la Commission de l'UA en 2008 et 2010, dans le cadre de revue mandatée par la Conférence.

3.2.3.3 Promulguer ou abroger les lois et les politiques relatives en genre et aux droits de l'homme afin de les aligner avec les structures de l'UA, y compris la déclaration solennelle sur l'égalité de genre et le Protocole de l'UA relatif au droits des femmes en Afrique et le cadre stratégique sur le vieillissement.

Activités de mise en œuvre

68. Les Etats membres devront entreprendre un audit national des lois et des législations sur le genre et les droits de l'homme ; les Etats membres devront promulguer ou actualiser les lois nationales sur le genre et les droits de l'homme qui sont alignés sur les cadres de l'UA sur la déclaration solennelle sur l'égalité entre les hommes et les femmes en Afrique et le Protocole de l'UA relatif aux droits des femmes en Afrique.

Centres de responsabilités

69. Bureau du chef d'Etat ou du Gouvernement ; Bureau de garde de seaux, Ministre de la Justice ; Parlement national ; Ministre de la condition féminine ou son équivalent ; le Barreau national ; l'Association des femmes ; les syndicats.

Indicateurs et délais

70. Achever l'audit national avant décembre 2007 ; promulguer ou actualiser les lois nationales avant 2008 ; envoyer des rapports d'activités à la Commission de l'Union africaine en 2008 et 2010 dans le cadre de la revue mandatée par la Conférence.

3.2.4 Réduction de la pauvreté, Santé et développement dans les pays membres

3.2.4.1 S'assurer de l'intégration des programmes du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme dans les stratégies et programmes de réduction de la pauvreté et des programmes des pays

Activités de mise en œuvre

71. Les Etats membres devront intégrer le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme dans tous les programmes et toutes les stratégies de réduction de la pauvreté financés avec les ressources locales et les ressources extérieures des donateurs.

Centres de responsabilités

72. Ministère des finances et du développement économique ; Ministère de la Santé ; Conseils nationaux de coordination pour le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, et les décideurs des gouvernements locaux.

Indicateurs et délais

73. Les Etats membres devront entreprendre un audit sur les liens existant entre les programmes nationaux, VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme et les stratégies et programmes nationaux de réduction de la pauvreté d'ici juillet 2007 ; les Etats membres devront développer et mettre en œuvre des politiques qui intègrent l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme dans les initiatives de réduction de la pauvreté aux niveaux local et national, d'ici juillet 2008 ; les Etats membres devront envoyer des rapports d'activités à la Commission de l'UA en 2008 et 2010 dans le cadre des revues mandatées par la Conférence.

3.2.4.2 S'assurer un accès adéquat à la nutrition et à la sécurité alimentaire en poursuivant la réalisation d'une production alimentaire africaine intégrée, d'un plan de stockage de distribution et d'autres mesures de protection sociale parmi lesquelles des régimes de sécurité sociale adéquats pour assurer une durabilité du traitement ainsi que le traitement, le soin et l'appui ; s'assurer d'une implication et d'une participation communautaire.

Activités de mise en œuvre

74. Les Etats membres devront développer une production alimentaire, un stockage et une distribution intégrés, en mettant l'accent sur les besoins nutritionnels des individus vivant avec ces maladies, dans la pauvreté et des conditions vulnérables ; les Etats membres devront explorer la faisabilité des régimes de sécurité sociale qui offrent un appui fondamental aux pauvres et aux populations indigentes et si possible, se fixer un délai pour la mise en œuvre ; les Etats membres devront travailler avec la Commission de l'Union africaine et les partenaires de développement pour développer un plan africain de sécurité alimentaire ; la Conférence de l'UA devra adopter le plan africain de sécurité alimentaire.

Centres de responsabilités

75. Dans les pays membres, les entités clés sont les ministères de l'Agriculture des ressources naturelles, le ministère de la santé, le ministère de services de bien-être social, le ministère des finances et du développement économique, les syndicats, les écoles d'agriculture, la société civile et le secteur privé du secteur agricole ; au niveau continental, l'entité clé et la Commission de l'Union africaine qui travaillent étroitement avec les partenaires au développement tels que la FAO, le PAM et l'OMS.

Indicateurs et délais

76. D'ici décembre 2007, les Etats membres devront convoquer un atelier regroupant le secteur privé et la société civile pour commencer une discussion sur le plan de sécurité alimentaire national ; les Etats membres décideront sur la faisabilité d'un régime national de sécurité sociale qui offre un appui de base pour les pauvres et les personnes indigentes d'ici mars 2008 ; les Etats membres commenceront la mise en œuvre du plan de sécurité alimentaire national, soit comme régime général de sécurité sociale national, soit en tant qu'initiative à part d'ici juillet 2008 ; les Etats membres devront travailler avec la Commission de l'Union africaine et les partenaires de développement dont la FAO, le PAM et l'OMS pour développer le plan de sécurité alimentaire continental, d'ici mars 2009 ; la Conférence de l'Union africaine adoptera le plan de sécurité alimentaire dès juillet 2009 ; la Commission enverra des rapports d'activités sur le plan de sécurité alimentaire continental dès 2010 et au cours des années qui s'en suivront.

3.2.5 Renforcement des systèmes de santé dans les Etats membres

3.2.5.1 Renforcer les systèmes de santé et travailler sur la base d'une structure existante (infrastructures, ressources humaines, financement, approvisionnement et autres pour accélérer l'accès universel aux services de prévention de traitement de soins du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Cela est prévu dans le mécanisme de la stratégie africaine de la santé.

Activités de mise en œuvre

77. Les Etats membres devront entreprendre un audit à l'échelle nationale sur le système national de santé en mettant l'accent sur l'état des infrastructures, des

ressources humaines, des capacités de financement, de processus d'approvisionnement et d'achat, de la coordination et de gestion de services. Après un audit général et un examen de système de santé national, les Etats membres qui travaillent avec les parties prenantes nationales et les partenaires du développement devront développer une stratégie nationale complète des systèmes de santé qui incluent les dispositions permettant de réaliser l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Les Etats membres devront soumettre des rapports d'activités sur des efforts organisés pour réaliser l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme, conformément aux revues bisannuelles mandatées par la Conférence. Les Etats membres devront réaliser ou dépasser les 15% du budget national alloué au secteur de santé.

Centres de responsabilités

78. Le ministre de la santé sera directement responsable de l'initiation et de l'achèvement de cet effort vital.

Indicateurs et délais

79. Les Etats membres devront achever la revue nationale de systèmes de santé d'ici décembre 2007. Les Etats membres devront développer une stratégie nationale complète de systèmes de santé d'ici juillet 2008. Les Etats membres devront commencer la mise en œuvre de stratégie complète de systèmes de santé à tous les niveaux de gouvernement d'ici décembre 2008. Les Etats membres doivent envoyer des rapports d'activités à la commission de l'Union africaine en 2008 et 2010 dans le cadre de la revue mandatée par la Conférence. Les Etats membres devront accroître progressivement, entre 2007 et 2010, la part du budget national alloué au secteur de santé, l'objectif étant d'atteindre 15% ou plus.

3.2.5.2 Renforcer la gestion et la surveillance de données

Activités de mise en œuvre

80. Les Etats membres devront renforcer les activités de gestion de surveillance de données dans le cadre de la revue générale du système de santé ci-dessus mentionné au 3.2.5.1. A court terme, les Etats devront élevé la qualité de données existantes en matière de VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme et former et reformer le personnel de gestion de données.

Centres de responsabilités

81. Le ministère de la santé, unité de services de gestion de données, le ministère de la planification nationale, le bureau national de statistiques.

Indicateurs et délais

82. D'ici juillet 2008, les Etats membres devront élever le système de gestion de données sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme pour atteindre les normes de l'ONUSIDA et de l'OMS. Les Etats membres devront former et reformer le personnel de

gestion de données sur l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Les Etats membres incluront les activités de surveillance et de gestion de données comme faisant partie d'une réforme générale du système de santé ci-dessus mentionné au 3.2.5.

3.2.5.3 Appliquer les normes de l'OMS pour les Médecins et les Infirmières

Activités de mise en œuvre

83. Les Etats membres devront déterminer les ratios des populations locales, des Docteurs et des Infirmières. Ensuite, les Etats membres devront développer une stratégie nationale pour atteindre ou dépasser les normes de l'OMS.

Centres de responsabilités

84. Ministère de la santé et ministère de finances et du développement économique.

Indicateurs et délais

85. Les Etats membres devront déterminer des ratios sur des docteurs et des infirmières par rapport à la population et comparer cela avec les normes de l'OMS en 2007, à travers des audits du personnel du secteur public, un inventaire sur le personnel du secteur public et des organisations non-gouvernementales. Les Etats membres devront développer et commencer la mise en œuvre d'une stratégie nationale pour atteindre les normes de l'OMS pour les médecins en 2008.

3.2.6 Prévention, traitements, soins, appui dans les Etats membres

3.2.6.1 Investir massivement dans la prévention basée sur l'évidence comme étant l'intervention la plus rentable en se centrant sur les jeunes, les femmes, les filles et d'autres groupes vulnérables.

Activités de mise en œuvre

86. Les Etats membres devront revoir les programmes actuels de prévention du VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme et s'assurer que cela se conforme aux nomes basées sur l'évidence. Les Etats membres devront travailles avec des institutions professionnelles nationales et les organisations, l'OMS/AFRO, l'OMS/EMRO, les partenaires au développement pour mettre en œuvre la prévention basée sur l'évidence.

Centres de responsabilités

87. Le ministère de la santé sera le chef de fil dans cet effort ; les partenaires coordonneront les activités dans cet effort.

Indicateurs et délais

88. Les Etats membres devront passer en revue les stratégies de prévention du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme pour s'assurer qu'elles sont basées sur

l'évidence et qu'elles se conforment aux nomes de l'ONUSIDA et de l'OMS ou obéissent aux recommandations faites de décembre 2007. Les Etats membres devront travailler avec les parties prenantes, l'OMS/FRO, l'OMS/EMRO et les partenaires de développement pour mettre sur pied et mettre en œuvre des programmes de prévention basés sur l'évidence contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme d'ici juillet 2008. Les Etats membres devront inclure les rapports d'activités de prévention basée sur l'évidence, dans les revues mandées par la Conférence en 2008 et 2010.

3.2.6.2 S'assurer un accès à un paquent complet des interventions de prévention pour la prévention des infections primaires et secondaires avec le VIH et les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris la prophylaxie après acte, suite aux violences sexuelles, la Tuberculose et le Paludisme, la réduction de la vulnérabilité au VIH/SIDA, à la tuberculose et au Paludisme.

Activités de mise en œuvre

89. Les Etats membres devront se fixer des objectifs nationaux en s'inspirant des objectifs internationaux et continentaux pour un paquet complet des stratégies, de prévention primaire et secondaire de tel sorte que cela augmente, les capacités nationale et continentale pour faire face aux Objectifs de Millénaire du Développement d'ici 2015.

Centres de responsabilités

90. Le Ministère de la Santé sera l'entité motrice.

Indicateurs et délais

91. Les Etats membres devront se fixer des objectifs nationaux sur la prévention primaire, secondaire et tertiaire du VIH de MST, de la Tuberculose et du Paludisme d'ici décembre 2007. Des Etats membres devront commencer à mettre en œuvre lesdits objectifs en 2008. Les Etats membres doivent envoyer les rapports d'activités dans le cadre de revues demandées par la Conférence pour 2008 et 2010.

3.2.6.3 S'assurer la promotion et l'intégration de l'accès à la prévention au traitement, aux soins et à l'appui aux services de soins de santé primaire dans les institutions d'éducation.

Activités de mise en œuvre

92. Les Etats membres devront entreprendre une revue de services de soins de santé primaire. Les Etats membres doivent rétablir des services de soins de santé primaire comme fondation de soins santé nationaux à travers le développement des infrastructures ou la réhabilitation des centres de soins de santé primaire existants, un équipement approprié de centres de soins de santé primaire, l'emploi ou le déploiement de personnel pertinent et la participation organisée de la communauté locale ou cible dans la conception ou la mise en œuvre des programmes. Les Etats membres devront développer et promouvoir des directives pour un accès opportun aux soins de qualité au niveau primaire, secondaire et tertiaire des soins et dans le système scolaire. Les Etats

membres devront développer et mettre en œuvre des directives sur un système de prestation de services, de la prévention, de traitement des soins et d'appui aux services du VIH/SIDAs, de la Tuberculose et du Paludisme.

Centres de responsabilités

93. Le Ministère de la santé est le chef de fil et bénéficie de l'appui du Ministère des finances et du développement économique, les Associations nationales des professionnelles de la santé, les syndicats du secteur de la santé et les partenaires au développement.

Indicateurs et délais

94. Les Etats membres devront achever un audit national complet et une évaluation du système de soins de santé primaires, y compris une revue des indicateurs pour accès opportun aux services, par les populations cibles d'ici décembre 2007. Les Etats membres devront achever une revue complète à l'échelle nationale et une évaluation de services de santé dans les institutions d'éducation, y compris l'accès aux services d'ici décembre 2007. Les Etats membres doivent concevoir et commencer la mise en œuvre des systèmes de soins de santé primaires conformes aux nomes de l'OMS d'ici décembre 2008. Les Etats membres devront commencer la mise en œuvre d'un système de santé scolaire national qui améliore l'accès aux soins et qui est intégré le système de soins de santé primaire d'ici 2008. Les Etats membres devront commencer la mise en œuvre d'une prestation de service intégrée sur la prévention, le traitement et les soins d'appui aux services du VIH/SIDA, de Tuberculose et du Paludisme dans le système de service de santé primaire et le système de santé scolaire d'ici 2009. Les Etats membres devront envoyer des rapports d'activités à la Commission de l'Union dans le cadre des revues demandées par la Commission pour 2008 et 2010.

3.26.4 Améliorer les campagnes d'information, d'éducation et de communication contre la transmission du VIH, de la Tuberculose et du Paludisme pour disséminer les informations exactes amis de lecteurs sur la prévention, le traitement, les soins et l'appui aux trois maladies

Activités de mise en œuvre

95. Les Etats membres devront entreprendre un audit complet de campagne d'information, d'éducation et de communication (IEC) existante contre la transmission du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme en se centrant principalement sur les messages, les messagers, les populations cibles, les résultats escomptés et les indicateurs de suivi et d'évaluation. Les Etats membres devront mettre en œuvre une nouvelle politique à l'échelle nationale sur les campagnes IEC contre les trois maladies en se centrant principalement sur le message, le messager, les résultats escomptés et les questions de suivi et d'évaluation. Les Etats membres doivent travailler avec les parties prenantes nationales et les partenaires du développement pour concevoir et diffuser des informations exactes facile à comprendre par le lecteur sur la prévention, le traitement, le soin et l'appui aux trois maladies, y compris l'accès universel aux préservatifs masculins et féminins de toutes les personnes sexuellement actives, un environnement de vie propre et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

Centres de responsabilités

96. Ministère de la santé, Ministère des finances et de développement économique, les organisations professionnelles et nationales et les partenaires du développement.

Indicateurs et délais

97. Les Etats membres doivent achever un audit général de programme IEC existant d'ici juillet 2007. Les Etats membres devront commencer la mise en œuvre des nouvelles directives sur l'IUEC d'ici janvier 2008. Les Etats membres devront développer et disséminer des informations amis de lecteurs sur la prévention, le traitement, l'accès d'ici juillet 2008. Les membres devront envoyer des rapports d'activités à la Commission en 2008 et 2010, dans le cadre des revues demandées par la Conférence.

3.2.6.5 Intégrer les questions du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme dans les programmes de vaccination, de santé sexuelle et reproductive en cours, et réciproquement les questions de santé sexuelle et reproductive dans les programmes de prévention du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme.

Activités de mise en œuvre

98. Les Etats devront intégrer les programmes de prévention de VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose dans les programmes nationaux de vaccination et de santé sexuelle et reproductive ; les Etats membres devront prendre des mesures pour créer des programmes de santé préventive généralisés qui intègrent la prévention du VIH avec les programmes d'immunisation de la santé sexuelle et reproductive.

Centres de responsabilités

99. Le Ministère de la santé sera responsable.

Indicateurs et délais

100. Les Etats membres devront intégrer les programmes de prévention du VIH dans les programmes de vaccination et de santé sexuelle et reproductive, à travers une actualisation ou la promulgation de nouvelles politiques nationales et de plans d'action d'ici 2007. Les Etats membres devront créer et commencer à mettre en œuvre les programmes de santé préventive intégrée qui lient les programmes de prévention du VIH, de la tuberculose et du paludisme aux services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2008.

3.2.6.6. Raviver les valeurs traditionnelles d'abstinence mais en augmentant continuellement l'utilisation des préservatifs.

Activités de mise en œuvre

101. Les Etats membres devront entreprendre des campagnes nationales d'information, d'éducation et de communication (IEC) qui encouragent les valeurs traditionnelles d'abstinence au sein des populations sexuellement non actives mais en mettant aussi l'accent sur l'importance de l'utilisation consistante des préservatifs pour les populations sexuellement actives.

Centres de responsabilités

102. Le Ministère de la santé, le Ministère de l'éducation et le Ministère de l'information de la culture sont responsables.

Indicateurs et délais

103. Les Etats membres devront entreprendre un dialogue national des parties prenantes pour mettre sur pied des règlements de base et de bonne pratique pour la campagne nationale IEC. Les Etats membres travaillant avec les partenaires du développement devront commencer la mise en œuvre de la campagne nationale IEC d'ici 2008.

3.2.7 Accès à des médicaments et des technologies abordables dans les Etats membres

3.27.1 Promulguer et utiliser une législation appropriée et de règlements commerciaux et de flexibilité internationale pour s'assurer la disponibilité de médicaments et de produits à des prix abordables aussi bien que de technologies pour les traitements, les soins et la prévention du VIH/SIDA, de la tuberculose et du Paludisme, y compris le vaccin, les médicaments et la thérapie anti-retroviral.

Activités de mise en œuvre

104. Les Etats membres devront promulguer ou actualiser des législations qui mandatent la disponibilité des médicaments, des produits et des technologies pour la prévention, le traitement, les soins, et l'appui aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme dans l'hypothèse que les médicaments de base et d'autres produits de base sont un droit humain et doivent être disponibles et accessibles à tous ceux qui sont dans le besoin dans le pays. Les Etats membres ont promulgué ou ont actualisé leurs législations pour faire face à l'esprit et à la lettre, du cadre continental d'harmonisation des approches et de politiques sur les droits humains et les populations infectées et affectées par le VIH/SIDA ; les Etats membres devront développer les politiques nationales pour adopter les législations qui tirent profit des dispositions favorables, des règlements et flexibilités du commerce international pour que le bien de santé public soit à la disposition de ceux qui sont dans le besoin.

Centres de responsabilités

105. Ministère de la santé, Bureau du garde de seaux et Ministre de la Justice, Conseils nationaux de coordination de trois maladies, Parlement national.

Indicateurs et délais

106. Les Etats membres devront promulguer des législations pertinentes sur l'accès opportun aux médicaments, aux produits et technologie d'ici décembre 2007, en prenant connaissance des plates-formes continentales, des Conventions des Nations Unies, de la Déclaration de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC de DOHA) sur l'accès aux biens de santé public (TRIPS). Les Etats membres devront envoyer des rapports d'activités sur les efforts visant à améliorer la disponibilité et l'accès aux médicaments et produits abordables à la Commission de l'Union africaine dans le cadre des revues mandatées de la Conférence en 2008 et 2010.

3.2.7.2 Promouvoir des achats régionaux groupés et la reproduction locale de médicaments génériques et de produits

Activités de mise en œuvre

107. Les Etats membres, dans chacune des communautés économiques régionales (CER), en collaboration avec les organisations régionales de la santé devront mettre sur pied, un groupe de travail technique sur l'achat régional groupé et la production locale de médicaments génériques et d'autres produits, et de se fixer un délai ferme pour le commencement des achats groupés et la production de médicaments génériques. Les CER travaillant avec le groupe technique, devront soumettre des rapports aux chefs d'Etat des CER, qui se réunissent pour adopter une politique régionale sur les achats groupés et la production de médicaments génériques. Les achats régionaux groupés devront commencer à la date fixée. La production locale des médicaments génériques dans les Etats membres devra commencer à la date fixée.

Centres de responsabilités

108. Les Ministères de la santé ainsi bien que les Ministères des finances et du développement économique des Etats membres, le leadership des CER.

Indicateurs et délais

109. D'ici octobre 2007, les Etats membres de chaque CER, devront se rencontrer et discuter de la mise sur pied d'un processus d'achats régionaux groupés, mettre sur pied un groupe technique régional et convenir d'une date pour le commencement des achats régionaux groupés. D'ici octobre 2007, les Etats membres de chaque CER devront se réunir pour discuter de la production locale de médicaments génériques, mettre sur pied un groupe technique de travail et convenir d'une date où les Etats membres devraient commencer la production des médicaments génériques et d'autres produits. D'ici mars 2008, les Etats membres de chaque CER devront convenir des achats groupés et d'ici juillet 2008, les programmes régionaux des achats groupés devront commencer dans les CER. D'ici mars 2008, les Etats membres devront convenir d'un plan régional pour la production locale des médicaments génériques et d'autres produits. D'ici juillet 2008, les Etats membres devront commencer des discussions et des négociations avec les fabricants des médicaments génériques approuvés par l'OMS sur la production locale des médicaments. D'ici décembre 2008, les Etats membres devront conclure un accord avec les fabricants de médicaments génériques approuvés par l'OMS, et commencer la

construction des usines et de facilités. D'ici décembre 2009, au moins 50% des Etats membres auront des unités de fabrication locale de produits génériques déjà en fonctionnelles et produiront les médicaments génériques pour le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Les Etats membres devront envoyer des rapports d'activités à la Commission de l'UA en 2008 et 2010, dans le cadre des revues demandées par la Conférence.

3.2.7.3.1 Appuyer le travail sur la production régionale et locale des médicaments génériques anti-rétroviraux, contre la tuberculose et le paludisme.

Activités de mise en œuvre : *voir 3.2.7.3, ci-dessus*
Centres de responsabilités : *voir 3.2.7.3.3 ci-dessus*
Indicateurs et délais : voir *3.2.7.3, ci-dessus*

3.2.8 Recherche et développement dans les Etats membres

3.2.8.1 Promouvoir et appuyer la recherche et le développement des microbicides, des vaccins et des matériels de prévention, des diagnostics et du traitement du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme y compris la médicine traditionnelle

Activités de mise en œuvre

110. Les Etats membres devront s'assurer au moins 2% de budget national de santé et dépenser sur l'initiative de recherche conformément au mandat d'Abuja 2001. Les Etats membres devront progressivement accroître la proportion du budget national de santé consacré aux activités de recherche. Les Etats membres devront accroître la collaboration entre le Ministère de la santé et les institutions de recherche locales. Les Etats membres devront accroître l'appui technique et financier aux activités de recherche et de développement sur les microbicides, les vaccins, les diagnostics et le traite du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Les Etats membres devront accroître l'appui technique et financier aux activités de recherche et du développement de la médicine traditionnelle. Les Etats membres devront progressivement accroître l'appui financier des partenaires du développement pour la recherche et le développement des microbicides, des vaccins, des diagnostics et de traitement du VIH/SIDA, de Tuberculose et de Paludisme dans les Etats membres. Les membres devront créer ou actualiser des laboratoires nationaux de référence existant pour s'adapter aux nomes de l'OMS. Les Etats membres devront créer ou actualiser des organes nationaux de supervision, de la recherche et du développement, du secteur de la santé. Les Etats membres devront progressivement accroître le nombre et le genre de scientifiques engagés dans les activités de recherche et de développement du secteur de la santé.

Centres de responsabilités

111. Le Ministère de la santé est l'entité clé ; il est assisté par les organes professionnels de supervision et des partenaires de développement.

Indicateurs et délais

112. Les Etats membres devront s'assurer que 2% du budget national de la santé sont consacrés aux activités de recherche d'ici 2008. Les Etats membres devront mettre sur pied ou établiront des politiques sur les laboratoires nationaux de référence pour atteindre les normes de l'OMS d'ici 2008. Les Etats membres devront créer ou actualiser les organes nationaux de supervision existants sur la recherche et le développement, pour atteindre les normes internationales d'ici décembre 2009. Entre 2007 et 2010, les Etats membres devront progressivement accroître le nombre et le type d'accord de recherche et de collaboration entre le Ministère de la santé et les institutions académiques locales. Entre 2007 et 2010, les Etats membres devront progressivement :

(a) accroître la proportion du budget de santé consacré aux activités de recherche et de développement ;

(b) accroître l'appui technique et financier local et de partenaires de développement pour la recherche et développement de microbicides, de vaccins et autres matériels de prévention, de diagnostics et de traitement du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme ;

(c) accroître l'appui technique et financier pour la recherche et le développement des activités en médecine traditionnelle ; et

(d) accroître le nombre et le type de scientifiques travaillant dans les activités de recherche et de développement du secteur de santé.

(e) Participer activement aux négociations des ADEPIC

3.2.8.2 Surveiller la résistance aux médicaments dans le traitement du VIH et du SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme

Activités de mise en œuvre

113. Les Etats membres devront mettre sur pied ou actualiser des politiques nationales de surveillance, de la résistance aux médicaments, dans le secteur de la santé, y compris le traitement du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Les Etats membres devront progressivement accroître les ressources techniques et financières pour surveiller la résistance aux médicaments dans le secteur de la santé et de dans le traitement du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme.

Centres de responsabilités

114. Ministère de la santé ; l'Agence nationale responsable de la sécurité de médicaments ou son équivalent ; les conseils nationaux de médicaments ou les pharmacies ; les hôpitaux universitaires et les institutions universitaires de recherche.

Indicateurs et délais

115. D'ici mars 2008, les Etats membres devront mettre en place ou actualiser les politiques nationales sur la surveillance de la résistance aux médicaments dans le secteur de la santé, y compris le traitement de VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Entre 2007 et 2010, les Etats membres devront progressivement accroître les ressources financières consacrées à la surveillance de la résistance aux médicaments dans le secteur de la santé, et le traitement de VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Entre 2007 et 2010, les Etats membres devront progressivement accroître le nombre et la catégorie des experts travaillant dans les activités de recherche et de surveillance de la résistance aux médicaments.

3.2.8.3 Mener des enquêtes démographiques et de santé tous les cinq ans

Activités de mise en œuvre

116. Les pays membres devront mener des enquêtes démographiques et de santé tous les cinq ans. Les Etats membres devront progressivement accroître le nombre des démographes, d'épidémiologiste, des statisticiens, des experts en enquête locaux. Les Etats membres devront lier les résultats de démographes et des experts en santé avec les politiques nationales spécifiques et les initiatives des programmes pour une meilleure santé.

Centres de responsabilités

117. Ministère de la santé, Ministère des finances et du développement économique, Ministère de la planification nationale, Bureau national des statistiques, partenaires du développement.

Indicateurs et délais

118. Les Etats devront commencer des enquêtes démographiques et de santé, à l'échelle nationale, localement organisées et gérées en décembre ou avant décembre 2008, ensuite tous les cinq ans. Entre 2007 et 2010, les Etats membres devront progressivement accroître le nombre de démographes, des épidémiologistes, des statisticiens et des experts en enquête localement qualifiée. En commençant par les résultats de la première enquête de 2008, les Etats membres devront envoyer leurs rapports d'activités à la Commission de l'Union africaine sur les politiques nationales spécifiques et les initiatives de programmes émanant des résultats d'enquêtes.

3.2.8.4 Mettre en œuvre des éthiques de recherche, y compris les activités de mise en œuvre pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme

Activités de mise en œuvre

119. Les Etats membres devront mettre en place ou actualiser des directives d'éthiques de recherche existantes dans le secteur de la santé, pour qu'elles se conforment, entre autres, aux normes internationales sur le consentement, la

confidentialité et la sauvegarde des résultats. Les Etats membres devront établir ou actualiser les directives existantes sur la recherche sur VIH / SIDA pour répondre aux normes de l'OMS, de l'OIT et de l'ONUSIDA, et protéger la vie privée et les droits des individus vivant avec le VIH / SIDA.

Centres de responsabilités

120. Ministère de la santé.

Indicateurs et délais

121. Les Etats membres devront élaborer ou actualiser les directives existantes sur la recherche de VIH/SIDA d'ici 2008. Les Etats membres devront élaborer ou actualiser les directives existantes de recherche du secteur de la santé d'ici décembre 2008.

3.2.8.5 Entreprendre régulièrement des enquêtes nationales d'incidence sur le VIH/SID, la tuberculose et le paludisme

Activités de mise en œuvre

122. Les Etats membres devront entreprendre des enquêtes d'incidences régulières sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Les Etats membres devront publier les résultats des ces incidences régulières. Les Etats membres devront entreprendre une revue par les parties prenantes nationales des enquêtes sur les incidences régulières sur le SIDA.

Centres de responsabilités

123. Ministère de la santé, les gouvernements locaux ou les districts, les partenaires du développement.

Indicateurs et délais

124. Les Etats membres devront entreprendre au moins deux enquêtes nationales d'incidences entre 2007 et 2010. Les Etats membres devront publier les résultats du minimum de deux enquêtes d'incidences entre 2007 et 2010. Les Etats membres devront convoquer des réunions nationales des parties prenantes représentant le secteur public, le secteur privé et la société civile en vue de discuter des résultats des enquêtes d'incidences nationales et faire des recommandations sur les étapes suivantes au moins deux fois entre 2007 et 2010.

3.2.9 Mise en œuvre dans les Etats membres

3.2.9.1 Renforcer et appuyer la mise en œuvre des programmes stratégiques généraux au niveau des pays et au niveau régional contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

Activités de mise en œuvre

125. Les Etats membres devront renforcer et appuyer la mise en œuvre de programmes généraux contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme en se centrant spécifiquement sur les questions financières, techniques, logistiques et de responsabilité.

Centres de responsabilités

126. Ministères de la Santé, Ministères de Finances et du développement économique, les partenaires du développement.

Indicateurs et délais

127. Les Etats membres devront évaluer les efforts entrepris dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme d'ici décembre 2007, le cas échéant, assurer leur alignement sur les domaines figurant dans les engagements d'Abuja de2006. D'ici décembre 2007, les Etats membres devront établir des indicateurs mesurables sur la façon d'évaluer les mécanismes techniques, logistiques et de responsabilité pour les programmes VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme, en utilisant les normes fixées par l'ONUSIDA et l'OMS. A partir de 2008, les Etats membres devront progressivement accroître la part des budgets nationaux alloués au secteur de la santé dans le but d'atteindre la cible de 15% en 2010. A partir de 2008, les devront progressivement accroître la part allouée aux programmes du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. A partir de 2008, les Etats membres travaillant avec les partenaires du développement doivent accroître progressivement le coût total de l'appui extérieur pour appuyer les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Les Etats membres devront soumettre leurs rapports d'activités à la Commission de l'UA pour les revues demandées par la Conférence pour 2008 et 2010.

3.2.9.2 Mettre en œuvre les programmes contre la Tuberculose multi-résistante aux médicaments

Activités de mise en œuvre

128. Les Etats membres devront établir ou actualiser les indicateurs de base pour la Tuberculose multi-résistante aux médicaments. Les Etats membres devront établir ou actualiser les directives à la Tuberculose multi-résistante aux médicaments pour se conformer aux nomes de l'OMS. Les Etats membres devront continuer à fournir des programmes dynamiques de médicaments anti-tuberculeux gratuits et améliorer l'accès des populations pauvres et marginalisées. Les Etats membres devront s'assurer que tous les districts ou gouvernements locaux mettent en œuvre les programmes nationaux DOTS et que tous les agences de santé sont formés en DOTS.

Centres de responsabilités

129. Ministères de la santé, OMS, Partenariat « STOP Tuberculose », les Partenaires au développement.

Indicateurs et délais

130. D'ici décembre 2007, les Etats membres devront établir ou actualiser les indicateurs de base sur la Tuberculose multi-résistante aux médicaments et publié des actualisations annuelles en 2008, 2009 et 2010. Les Etats membre devront établir ou actualiser, les directives de résistance aux médicaments conformes aux normes de l'OMS d'ici décembre 2007. Les Etats membres des zones endémiques à la Tuberculose doivent progressivement accroître le nombre de personnel de service de santé formé d'ici 2010. Les Etats membres devront progressivement accroître la proportion des individus ayant une Tuberculose résistante aux médicaments qui complète des protocoles des traitements cliniques et qui guérissent complètement la Tuberculose entre 2007 et 2010. Les Etats membres devront établir ou actualiser des efforts de collaboration régionale à travers les CER, d'ici juillet 2008. Entre 2007 et 2010, Les Etats membres devront fournir des services gratuits antituberculeux à Tous ceux qui sont dans le besoin à travers le service du Fonds mondial pour les médicaments et l'achat direct du Fonds mondial pour les médicaments.

3.2.9.3 Accélérer les programmes de lutte contre le paludisme en vue d'éliminer le paludisme en utilisant toutes les stratégies effectives telles que la pulvérisation intra-domiciliaire, les moustiquaires imprégnées d'insecticide, la thérapie de combinaison d'arthémisine et la thérapie arthémisine intermittente

Activités de mise en œuvre

131. Les Etats membres devront progressivement accroître la sensibilisation et l'implication de la Communauté, la pulvérisation intra-domiciliaire, les moustiquaires imprégnées d'insecticide, la thérapie de combinaison d'arthémisine et la thérapie arthémisine intermittente. Les Etats membres devront réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme.

Centres de responsabilités

132. Ministère de la santé, Ministère des Finances et du développement économique, l'Initiative « faire reculer le paludisme », l'OMS/AFRO, les partenaires du développement.

Indicateurs et délais

133. D'ici décembre 2007, tous les Etats membres devront supprimer les taxes et impôts sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide (comparées aux 64% qui sont impliquées dans tous les pays en 2006) et d'ici 2010, tous les Etats membres se seront conformés à la Déclaration d'Abuja 2001, selon laquelle, 60% des enfants âgés de moins de 5 ans, dormiront dans des moustiquaires imprégnées d'insecticides. D'ici décembre 2008, tous les Etats membres devront appliquer la pulvérisation intra-domiciliaire (comparée à 50% en 2006). D'ici 2008, tous les Etats membres devront adopter des politiques nationales qui incluent des médicaments effectifs contre le paludisme (comparées au deux tiers des pays membres en 2006). D'ici décembre 2008, tous les Etats membres devront adopter la thérapie présomptive intermittente

(comparée à 29 pays en 2006). D'ici juillet 2009, tous les Etats membres devront établir des services d'approvisionnement des médicaments anti-paludisme pour faciliter l'accès et le déploiement de la thérapie de combinaison d'arthémisine et d'autres produits antipaludiques. D'ici décembre 2009, tous les Etats membres devront mettre en œuvre la thérapie de combinaison d'arthémisine à l'échelle nationale (comparée à 4 pays seulement en 2006) avec l'objectif de réduire la morbidité et la mortalité associées au paludisme.

3.2.9.4 Mettre en œuvre les trois-uns (une autorité d'exécution, un plan d'action et plan de suivi et d'évaluation) pour le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

Activités de mise en œuvre

134. Les Etats membres devront adopter et commencer la mise en œuvre des trois-uns pour le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

Centres de responsabilités

135. Conseils nationaux de coordination SIDA, Ministère de la santé et Partenaire au développement.

Indicateurs et délais

136. Tous les Etats membres devront adopter et commencer la mise en œuvre des trois-uns pour le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme d'ici décembre 2007. Tous les Etats membres devront soumettre des rapports d'activités sur la mise en œuvre des trois-uns à la Commission de l'Union africaine dans le cadre des revues mandatées par la Conférence de l'UA en 2008 et 2010.

3.2.10 Partenariat dans les pays membres

3.2.10.1 Développer davantage et appuyer des cadres généraux et des mécanismes de partenariat bien coordonnés en particulier les secteurs publics, privés, la Société civile, les partenariats régional et international, y compris les bailleurs de fonds, pour promouvoir l'accès universel aux services de prévention, de traitement et d'appui du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme.

Activités de mise en œuvre

137. Tous les Etats membres devront avoir un consortium national fonctionnel composé du secteur public/privé/de la société civile, sur l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Le consortium national, secteur public, privé, société civile devra avoir les objectifs et de résultats mesurables. Le consortium national devra publier des rapports nationaux disponibles à tous les membres de la société. Les Etats membres devront participer à toutes les alliances et partenariats régionaux, continentaux et mondiaux existantes sur l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme.

Centres de responsabilités

138. Le Ministère de la santé assurera un grand leadership sur cet effort.

Indicateurs et délais

139. Tous les Etats membres devront avoir un consortium fonctionnel, secteur public/privé/société civile sur l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme d'ici décembre 2007 ayant des objectifs et de résultats mesurables. Le consortium national devra commencer la publication d'un rapport annuel en 2008. Tous les Etats membres devront participer aux alliances et partenariats régionaux, continentaux et mondiaux consacrés à l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme d'ici juillet 2008. Les Etats membres devront soumettre des rapports d'activités à la Commission de l'UA dans le cadre des revues mandatées par la Conférence en 2008 et 2010.

3.2.11 Suivi, évaluation et notification aux pays membres

3.2.11.1 Renforcer la collaboration avec toutes les parties prenantes pertinentes, en particulier les partenaires de la société civile affectée par les trois maladies et renforcer la planification, le suivi, l'évaluation et la production des informations dans le but d'assurance de qualité, de durabilité et de responsabilité des programmes et pour le plaidoyer

Activités de mise en œuvre

140. Les Etats membres devront mettre en place pour actualiser, des politiques nationales de suivi et d'évaluation du secteur de santé conformément aux normes de l'OMS. Les Etats membres devront mettre en place ou actualiser des plans nationaux de suivi et d'évaluation pour les services du VIH/SIDA, la Tuberculose et du Paludisme conformément aux normes de l'ONUSIDA et de l'OMS, y compris des indicateurs d'impacts et de processus des indicateurs d'assurance de qualité ; des indicateurs de comptabilité, de durabilité et de plaidoyer. Les Etats membres devront s'assurer que les questions de suivi et d'évaluation font partie du centre d'intérêt principal du consortium national, secteur public/secteur/société civile, sur la réalisation de l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme.

Centres de responsabilités

141. Ministère de la santé, Conseils nationaux de coordination du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme, Ministère des Finances et du développement économique, Bureau national de statistiques, Ministère de la planification nationale ou son équivalent.

Indicateurs et délais

142. Les Etats membres devront mettre en place ou actualiser la politiques nationale de suivi et d'évaluation du secteur de santé d'ici décembre 2007. Les Etats membres devront mettre en place ou actualiser le plan national de suivi et d'évaluation du

VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme d'ici juin 2008. Les Etats membres devront documenter l'inclusion des questions de suivies et d'évaluation dans les activités du partenariat national, secteur privé/public/société civile visant l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme avant juillet 2007. Les Etats membres devront soumettre des rapports d'activités à la Commission de l'Union africaine conformément aux revues mandatées de la Conférence de l'UA de 2008 et 2010.

3.2.11.2 S'assurer le résautage et partage de meilleures pratiques et soumettre régulièrement des rapports d'activités aux organes appropriés de l'Union africaine

Activités de mise en œuvre

143. Les Etats membres devront partager les bonnes pratiques et les leçons apprises à travers la publication des rapports annuels du partenariat national, secteur public/privé/société civile. Les membres devront participer aux revues mandatées du Sommet spécial d'Abuja 2006.

Centres de responsabilités

144. Ministère de la santé, Conseils nationaux de coordination au VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme ; partenariat national, secteur public, secteur privé, société civile.

Indicateurs et délais

145. **Les Etats membres devront** produire des rapports annuels du partenariat national, secteur public, secteur privé, société civile qui partagent les meilleures pratiques et les leçons apprises chaque année à partir de 2008. Les Etats membres devront participer aux revues mandatées de 2008 et de 2010 du Sommet spécial d'Abuja 2006.

3.2.11.3 Entreprendre le renforcement de la mise en œuvre de la stratégie du NEPAD en vue de lutter contre la pauvreté et le sous-développement

Activités de mise en œuvre

146. Les Etats membres devront travailler étroitement avec la Commission de l'UA et le Secrétariat du NEAPD pour mettre en œuvre la stratégie africaine de santé. Les Etats membres devront soumettre les rapports sur une base régulière sur la mise en œuvre de la stratégie africaine de santé.

Centres de responsabilités

147. Ministère de la santé, Commission de l'Union africaine, Secrétariat du NEPAD.

Indicateurs et délais

148. Les Etats membres devront, avant octobre 2008, commencer la mise en œuvre de la stratégie sanitaire africaine après avoir réalisé les délais et les indicateurs fixés au paragraphe 3.1.3 ci-dessus. Les Etats membres devront soumettre des rapports d'activités sur la mise en œuvre de stratégie sanitaire africaine dans le cadre de revues demandées par la Conférence de l'UA pour 2008 et 2010.

3.3 Appel à la société civile et au secteur privé

149. Les progrès réalisés par les Etats membres ont été reconnus et salués de même que les efforts et les réalisations de la société et du secteur privé, appelés les partenaires nationaux, régionaux, continentaux et internationaux, y compris les ONG et la société civile (y compris les efforts des jeunes, des femmes, des handicapés, des organisations religieuses, des syndicats, des organisations des employeurs, des tradipraticiens, des chefs traditionnels, des personnes vivant avec le VIH/SIDA, et des autres groupes.

3.3.1 Intensifier leurs efforts plus que jamais de la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

Activités de mise en œuvre

150. Les Etats membres devront mettre en place le consortium du secteur public, privé et société civile à tous les niveaux (national, provincial, de district) regroupant les parties prenantes de tous les secteurs en vue d'œuvrer à l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Les Etats membres devront veiller à ce que les individus vivant avec le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme ou ceux qui sont affectés par les trois maladies, les groupes de soutien, les prestataires de soins et les tradipraticiens soient représentés au consortium secteur public, privé, société civile. Les Etats membres devront veiller à ce que les individus vivant avec le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme ou ceux qui sont affectés par ces maladies, les prestataires de soins et les tradipraticiens soient consultés lors de l'élaboration ou de la finalisation des politiques et programmes nationaux. Les Etats membres devront s'assurer de la participation du consortium national secteur public, privé et société civile, aux partenariats et aux alliances visant l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme.

Centres de responsabilités

151. Bureau de chefs d'Etat ou du Gouvernement, Ministère de la Santé, Consortium national, secteur public, secteur privé, Société civile sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

Indicateurs et délais

152. Tous les Etats membres devront avoir un Consortium national, secteur public, secteur privé, société civile sur l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme d'ici décembre 2007 avec des objectifs et des résultats mesurables. Le Consortium national devra commencer la publication d'un rapport

annuel en 2008. Tous les Etats membres devront participer aux partenariats et alliances régionaux, continentaux et mondiaux consacrés à l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme avant juillet 2008. Dès juillet 2008 ou avant, les Etats membres devront établir des mécanismes vérifiables pour s'assurer que les gens vivant avec le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, les groupes de soutien et les tradipraticiens, sont consultés dans la conception ou le raffinement des politiques et programmes nationaux de santé. Les Etats membres devront envoyer des rapports d'activités à la Commission de l'UA dans le cadre des revues demandées par la Conférence pour 2008 et 2010.

3.3.2 Les Etats membres devront développer et mettre en œuvre des cadres bien coordonnés et harmonisés qui fourniront des résultats concrets et appueront la mobilisation des ressources additionnelles pour la prévention, les soins, l'appui et les activités liées au traitement du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme

Activités de mise en œuvre

153. Les Etats membres devront s'assurer que le Consortium national, secteur public/privé/société civile sur l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme coordonnent et harmonisent leurs activités avec les activités des chefs des programmes et des politiques et jouent un rôle spécifique dans la mobilisation des ressources additionnelles pour les activités de prévention de soins et d'appui.

Centres de responsabilités

154. Ministère de la Santé, Consortium national, Secteur public/privé/société civile sur l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme.

Indicateurs et délais

155. D'ici décembre 2008, les Etats membres devront s'assurer que le Consortium, secteurs public, privé, société civile, à tous les niveaux, met en œuvre des cadres coordonnés et harmonisés sur l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme en incluant une stratégie de mobilisation des ressources intégrée et harmonisée.

3.3.3 Faciliter, à travers le renforcement de leur rôle l'opérationalisation des engagements à tous les niveaux.

Activités de mise en œuvre

156. Les Etats membres devront s'assurer que le partenariat, secteur public, privé, société civile, à tous les niveaux, à des rôles importants de suivi et des efforts organisés pour réaliser l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme.

Centres de responsabilités

157. Ministère de la Santé à tous les niveaux, Consortium, secteur public, privé, société civile, à tous les niveaux.

Indicateurs et délais

158. Les Etats membres devront organiser des programmes annuels de formation sur les fonctions de suivi (questions de procédure et d'impact et des indicateurs) pour le Consortium, secteur public, privé, société civile, à tous les niveaux, chaque année à partir de 2008. Les Etats membres devront préparer un rapport annuel, à partir de 2009, sur le suivi des activités du Consortium, secteur public, privé, société civile sur la réalisation de l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme.

3.4. Appel aux Communautés économiques régionales (CER)

159. Appeler les Communautés économiques régionales et les autres groupements régionaux à :

3.4.1 intensifier la mise en œuvre des initiatives de santé inter-pays et transfrontalières

Activités de mise en œuvre

160. Toutes les CER et les organisations régionales de la santé devront actualiser leurs politiques de santé inter-pays et transfrontaliers. Toutes les CER devront mettre en œuvre les buts et objectifs des politiques de santé révisées inter-pays et transfrontalières. Toutes les CER devront mettre en œuvre les initiatives de santé inter-pays et transfrontalières de concert avec les Etats membres.

Centres de responsabilités

161. Les chefs des CER.

Indicateurs et délais

162. Toutes les CER et les organisations régionales de la santé devront collaborer et achever d'actualiser leurs politiques de santé inter-pays et transfrontalières, d'ici décembre 2007. Toutes les CER devront commencer à mettre en œuvre les buts et objectifs des politiques de santé inter-pays et transfrontalières révisées, d'ici juillet 2008. Toutes les CER travaillant avec les Etats membres et des partenaires du développement devront mettre en œuvre au moins une initiative de santé inter-pays dans chaque pays et mettre en œuvre une initiative transfrontalière entre deux Etats membres avant juillet 2010.

3.4.2 Coordonner les efforts inter-pays et apporter un appui aux pays membres

Activités de mise en œuvre

163. Les CER devront mettre sur pied les bureaux spéciaux pour traiter des efforts sur l'accès universel aux VIH/SIDA, à la Tuberculose et au Paludisme. Les CER devront publier des rapports réguliers sur l'appui spécifique aux pays membres.

Centres de responsabilités

164. Les dirigeants des CER.

Indicateurs et délais

165. Les CER devront créer des bureaux spécifiques traitant des efforts inter-pays dans les Etats membres d'ici juillet 2008. Les CER devront publier, à partir de 2008, un rapport annuel sur l'appui spécifique aux pays membres sur l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme.

3.4.3 Mobiliser les ressources pour les programmes du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme dans leurs régions respectives

Activités de mise en œuvre

166. Les CER travaillant avec les Etats membres, les organisations régionales de la santé et les partenaires du développement devront mettre en place ou actualiser un plan régional de mobilisation des ressources pour l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Les CER devront mettre en œuvre tous les buts et objectifs fixés dans le plan régional de mobilisation des ressources. Les CER devront convoquer des réunions consultatives régulières sur la mobilisation des ressources et disséminer les résultats de la réunion consultative aux gouvernements et aux populations des Etats membres et aux partenaires de développement.

Centres de responsabilités : Les dirigeants des CER.

Indicateurs et délais

167. Les CER travaillant avec les Etats membres et les partenaires de développement devront mettre en place ou actualiser le plan régional de mobilisation des ressources pour l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme d'ici décembre 2007. Les CER devront commencer la mise en œuvre du plan régional de mobilisation des ressources dès ou avant mars 2008. Les CER devront convoquer une réunion consultative annuelle sur la mobilisation régionale des ressources à partie de 2008, et publier les résultats de la réunion consultative au cours de la même année.

3.4.4 Les CER devront faire rapport à la Conférence de l'UA, à travers la Commission de l'UA sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de cet appel

Activités de mise en œuvre

168. Les CER devront envoyer un rapport d'activités annuel à la Conférence de l'UA par le biais de la Commission de l'UA.

Centres de responsabilités

169. Les dirigeants des CER.

Indicateurs et délais

170. Les CER devront envoyer un rapport d'activités annuel à la Conférence de l'UA par le biais de la Commission de l'UA à partir de 2008. Les CER devront envoyer un rapport d'activités annuel à la Commission de l'UA dans le cadre des revues mandatées par la Conférence de l'UA de 2008 et 2010.

3.4.5 Accélérer la prévention et la lutte contre le paludisme en s'inspirant des meilleures pratiques du continent dans le but d'éliminer le paludisme en Afrique en utilisant de lutte disponibles, y compris la pulvérisation intra-domiciliaire, utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, la thérapie de combinaison arthémisine et la thérapie préventive intermittente

Activités de mise en œuvre

171. Les CER devront mettre en place ou actualiser l'unité des efforts de lutte contre le paludisme. Les CER travaillant avec les partenaires du développement devront apporter une assistance technique aux Etats membres.

Centres de responsabilités

172. Les dirigeants des CER.

Indicateurs et délais

173. Les CER devront mettre en place ou actualiser l'unité des efforts de lutte contre le paludisme d'ici 2007. Les CER devront apporter une assistance technique aux Etats membres sur les efforts lutte contre le paludisme et publier les résultats de ces efforts d'assistance technique à partie de 2008.

3.5 Appel à la communauté internationale

3.5.1 Les partenaires du développement devront continuer à travailler étroitement avec les Etats membres, la Commission de l'UA et les CER pour s'assurer un financement prévisible à long terme, à la mesure du fardeau de ces maladies et de fournir un appui financier et technique à nos efforts d'une manière coordonnée, efficiente et régi par l'UA et les pays.

Activités de mise en œuvre

174. La Commission de l'UA devrait convoquer une réunion de haut niveau sur l'harmonisation, la coordination et la consolidation de l'assistance internationale au développement dans le continent. A la fin de cette réunion de haut niveau, la Commission de l'UA devra concevoir un projet de plate-forme continentale sur l'harmonisation, la coordination et la consolidation de l'assistance internationale au

développement de l'Afrique. La Commission de l'UA, les Etats membres et les CER devront travailler étroitement avec les pays du G8 pour la réalisation des promesses du Sommet Gleneagles sur l'allocation de nouvelles ressources financières pour le développement de l'Afrique. Les Etats membres devront accroître d'une façon significative, le nombre, la grandeur et genre de dons reçus du Fonds mondial sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Les Etats membres qui sont éligibles au Fonds d'urgence du Président des États-Unis, de secours contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (PEPFAR) et au Fonds des États-Unis de défis du Millénaire devront accroître le niveau d'appui reçu. Les Etats membres devront accroître l'appui au développement reçu de l'Union européenne pour la santé et le développement et à l'accès universel aux services du VIH/SIDA, à la Tuberculose et du Paludisme. Les Etats membres devront accroître d'une façon significative, les ressources basées sur les dons et non remboursables de la Banque mondiale en vue de l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Les Etats membres devront accroître d'une façon significative, l'appui des dons reçu des partenaires bilatéraux au développement pour un accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. La Commission de l'UA et les Etats membres devront accroître le niveau de l'appui et de la collaboration Sud-Sud sur l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme, en particulier avec les économies émergeantes de la Chine, de la Coré du Sud, de l'Inde et Brésil. La Commission de l'UA et les Etats membres devront accroître le niveau de l'appui et de la collaboration avec la diaspora africaine sur l'accès universel aux service du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme.

Centres de responsabilités

175. La Commission de l'Union africaine travaillant avec la Banque africaine de développement (BAD), la Commisson économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA)et les institutions concernées des Nations Unies devront établir des contacts avec les partenaires du développement, les Etats membres, et les CER.

Indicateurs et délais

176. La Commission de l'Union africaine travaillant avec la BAD, la CEA, les CER et les institutions concernées des Nations Unies devront organiser une réunion de haut niveau avec les partenaires du développement sur l'harmonisation, la coordination et la consolidation des programmes d'aide au développement appuyés de l'extérieur dans le secteur de santé avant décembre 2007. La Commission de l'UA devra présenter, pour examen et ratification, à la Conférence de l'UA de juillet 2008, une plate-forme continentale pour une assistance au développement harmonisée, coordonnée et consolidée. La Commission de l'UA, les Etats membres et les CER devront continuer à travailler étroitement avec les pays du G8 pendant les réunion annuelles et aussi avec le pays hôte pour réaliser les promesses faites à l'Afrique au Sommet de Gleneagles et lors des Sommets subséquents entre 2007 et 2010. Les Etats membres devront soumettre des rapports annuels d'activités à partir de 2007, à la Commission de l'UA sur le montant et le genre d'appui donné par les partenaires de développement pour lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. La Commission de l'UA devra soumettre un rapport annuel d'activités à la Conférence de l'UA à partir de 2008, sur le montant et le genre d'appui reçu de partenaires du développement, pour lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme dans les Etats membres. La Commission de

l'UA et les Etats membres devront accroître le niveau et le genre d'appui et de la collaboration avec les partenaires du Sud, en particulier la Chine, l'Inde, la Coré du Sud et le Brésil à partir de 2008. La Commission de l'UA et les Etats membres devront accroître le niveau et le genre d'appui à l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme avec la diaspora africaine y compris les pays et les institutions à partir 2008.

3.5.2 Les agences des Nations Unies et les autres partenaires du développement devront apporter un appui matériel et financier et faciliter le suivi de la mise en œuvre de cet appel

Activités de mise en œuvre

177. Dans le cadre des activités visant à l'adoption d'une plate-forme continentale sur une assistance au développement harmonisée, coordonnée et consolidée, tel que stipulé dans le 3.4.1 ci-dessus, la Commission de l'Union africaine travaillant avec les Etats membres devra engager les partenaires du développement sur un appui spécifique technique, matériel et financier du secteur de la santé. La Commission de l'UA travaillant avec les Etats membres devront conclure un accord avec les partenaires du développement actifs dans l'appui aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme pour un appui spécifique technique, matériel et financier pour la mise en œuvre des mandats du Sommet spécial d'Abuja de 2006.

Centres de responsabilités

178. La Commission de l'UA dirigera cet effort. Les autres entités sont les pays membres et les partenaires du développement.

Indicateurs et délais

179. Après l'adoption d'une plate-forme, d'une assistance de développement harmonisée, coordonnée et consolidée d'ici à juillet 2008, la Commission de l'UA devra organiser d'ici décembre 2008, une réunion de haut niveau, des agences des Nations Unies et des autres partenaires du développement sur un appui accru, technique, financier et matériel aux services du VIH/SIDA, à la Tuberculose et du Paludisme dans les Etats membres. Les Etats membres devront publier un rapport d'activités annuel sur l'appui financier, technique et matériel reçu des agences des Nations Unies et des autres partenaires du développement, à partir de 2009. La Commission de l'UA devra soumettre un rapport d'activités annuel à la Conférence de l'AU à partir de 2009 sur l'augmentation de l'appui technique, matériel et financier reçu des agences des Nations Unies et d'autres partenaires du développement aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme dans les Etats membres.

3.5.3 Les partenaires du développement devront mobiliser des ressources additionnelles suffisantes à long terme pour la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

Activités de mise en œuvre

180. Les Partenaires du développement devront mobiliser des ressources additionnelles suffisantes pour la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme à travers une allocation accrue aux agences bilatérales et aux organisations multilatérales.

Centres de responsabilités

181. La Commission dirigera cet effort avec les Etats membres, le GATM et les partenaires du développement.

Indicateurs et délais

182. La Commission de l'UA et les Etats membres devront engager les partenaires du développement et conclure un accord sur une allocation accrue pour lutte contre le VIDH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme aux niveaux bilatéral et multilatéral, dès décembre 2008 ou avant. La Commission de l'UA travaillant avec les Etats membres et les partenaires du développement devra envoyer un rapport d'activités biannuel sur l'accroissement de l'allocation budgétaire aux niveaux bilatéral et multilatéral par les partenaires du développement à la Conférence de l'UA à partir de 2010.

3.5.4 La communauté internationale devrait réaffirmer son engagement de renforcer le partenariat avec l'Afrique pour lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme et d'autres causes majeures de morbidité et de mortalité.

Activités de mise en œuvre

183. Les Etats membres devront entreprendre un audit de partenariat existant avec les partenaires du développement dans la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme et identifier les lacunes Les Etats membres devront engager les partenaires du développement dans chaque pays, pour combler ces lacunes identifiées. Les Etats membres devront envoyer à la Commission de l'UA le rapport d'activités sur le renforcement de partenariat avec les partenaires du développement dans la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme et d'autres causes majeures de morbidité et de mortalité en Afrique. La Commission de l'UA devra soumettre des rapports d'activités en 2008 et 2010 dans le cadre de revues mandatées par la Conférences de l'UA.

Centres de responsabilités

184. Ministères de la santé des Etats membres, Commission de l'Union africaine.

Indicateurs et délais

185. Les Etats membre devront entreprendre un audit de partenariat existant avec les partenaires du développement et identifier les lacunes d'ici décembre 2007. Les Etats membres devront organiser des consultations de haut niveau, afin de combler des lacunes identifiées avec les partenaires du développement actifs dans chaque pays d'ici mars 2008. Des Etats membres devront soumettre des rapports d'activités à la

Commission de l'Union africaine dans le cadre des revues mandatées par la Conférence pour 2008 et 2010.

Section 4 : Questions importantes pour la mobilisation des ressources en faveur des services du VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

186. L'Afrique avec 10% de la population mondiale représente 25% du fardeau de la maladie, 2% du personnel mondial de santé, et moins de 1% de dépenses mondiales de la santé. Avec des faibles niveaux de mobilisation de revenu local, des faibles niveaux de revenu par tête d'habitant et des perspectives de croissance économique incertaine dans beaucoup des pays membres, le continent fait face à des défis terribles pour financer ce service de santé. Le continent fait aussi face à de sérieux défis dans la gestion de services de santé existants et dans l'élargissement des services disponibles à la lumière de la demande de services plus élevés. Seuls 12% des pays en Afrique au Sud du Sahara, ont atteint la cible de 34$EU par tête d'habitant, au secteur de la santé tel que fixé par l'OMS.

187. Pour réaliser le mandat du Sommet spécial d'Abuja 2006, sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, il est très important pour les Etats membres, la Commission de l'Union africaine et les Communautés économiques régionales, de combler le fossé qui existe sur la mobilisation des ressources en Afrique. Cet effort requiert une attention particulière aux besoins financiers, techniques et matériels de réalisation de l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Cela nécessitera aussi une approche générale et coordonnée d'engagement des parties prenantes nationales, régionales et des partenaires internationaux du développement.

188. Le paramètre national clé de mobilisation des ressources dans les Etats membres est proportion du budget national consacré aux services de santé. La Déclaration d'Abuja 2001, a fixé à 15% cette proportion. Un autre paramètre clé pour la mobilisation des ressources locales, est le niveau du partenariat public/privé dans la réponse nationale au VIH/SIDA, à la Tuberculose et au Paludisme. Tous les Etats membres devront avoir les accords de coopération du secteur public/privé, aux niveaux national et local. Une collaboration effective publique/privée, peut mener à la mobilisation des ressources financières, techniques et logistiques, nationales et locales, vers l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Les Etats membres devront concevoir et mettre en œuvre une Stratégie Nationale de mobilisation des ressources.

189. La Stratégie nationale de mobilisation des ressources devra être basée sur les cadres suivants :

(5) Un partenariat général et transparent de mobilisation des ressources public/privé ;

(6) Un engagement sans exception aux directives de mise œuvre de trois-uns ;

(7) Un centre d'intérêt à long terme sur des stratégies de financement prévisibles et durables ;

(8) Des lignes directives sur l'établissement des priorités des préventions de traitement, de soins, de programmes et d'activités d'appui ;

(9) Un système basé sur la preuve pour estimation des coûts et les interventions proposées ;

(10) Un mécanisme transparent pour le financement des programmes d'intervention, la location des ressources, l'établissement et la mise en œuvre des processus de comptabilité, le suivi des recettes et de dépenses ;

(11) Un mécanisme transparent de suivi et d'évaluation des services et programmes d'intervention ; et

(12) Un centre d'intérêt sur l'obtention des ressources financières, bilatérales et internationales et en tirant profit des alliances mondiales et les opportunités philanthropiques émergeantes extérieures.

190. Une grande partie de la stratégies de mobilisation des ressources nationales est constituée par le besoin d'examiner et de renforcer le partenariat avec les partenaires du développement. A cet effet, le partenariat entre les Etats membres et les partenaires du développement, devra traiter des questions suivantes :

(13) S'assurer que l'appui extérieur de donateurs est aligné aux priorités nationales ;

(14) S'assurer que les partenaires du développement acceptent les principes de mise en œuvre des trois-uns ;

(15) Accroître l'appui financier et technique des sources bilatérales et multilatérales existantes, de financement, pour l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme ;

(16) Combler le fossé existant entre les engagements de donateurs extérieurs et de décaissement ;

(17) Utiliser les ressources additionnelles d'appui technique et financier des sources multilatérales et bilatérales, pour un accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme ;

(18) Négocier l'allégement ou la suppression de la dette et utiliser les économies ainsi réalisées, pour les dépenses vérifiables dans la santé, l'éducation et les programmes sociaux y compris l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme ; et

(19) Chercher le partenariat de financement direct avec les organisations philanthropiques à poche pleine émergeantes et les partenariats mondiaux émergeants qui ont été créées pour lutter contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

Section 5 : Renforcer la capacité de la Commission de l'Union africaine dans ses fonctions de suivi et d'évaluation

191. La Commission de l'Union africaine est chargée du suivi et de l'établissement des rapports sur la mise en œuvre des engagements pris par les chefs d'Etat et de gouvernement au Sommet spécial d'Abuja de 2006. Comme on peut le noter dans la section 3.1 de ce document, la Commission de l'Union africaine devra travailler avec les Etats membres, la Société civile, le secteur privé, les Communautés économiques régionales, les organisations régionales de la santé et les partenaires du développement pour assurer la mise en œuvre du mandat du Sommet d'Abuja de 2006. La Conférence de l'Union africaine a mandaté la Commission de l'Union africaine d'entreprendre deux évaluations des progrès réalisés au niveau continental en 2008 et 2010.

192. Pour réaliser le mandat du Sommet d'Abuja de 2006 sur l'accès universel aux services du VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, la Commission de l'UA devra renforcer ses capacités dans les domaines suivants :

(20) la capacité de suivre et d'établir des rapports sur le rôle des Etats membres, des CER, de la société civile et du secteur privé et des partenaires du développement, dans la mise en œuvre du mandat du Sommet spécial d'Abuja de 2006 ;La Commission aura besoin d'une expertise supplémentaire pour établir un mécanisme de suivi et de l'élaboration sur la base des indicateurs internationaux. Le mécanisme de suivi devra aider la Commission de l'UA à préparer les rapports sur les évaluations demandées par la Conférence pour 2008 et 2010.

(21) La Commission de l'Union africaine devra renforcer le partenariat technique avec l'OMS, la CEA, la BAD, l'ONUSIDA, la RBM, le partenariat STOP Tuberculose, le FNUAP, l'UNICEF et d'atures entités dans les domaines de l'assistance technique, de la mobilisation des ressources et de la logistique là où il n'existe pas d'expertise technique – maison, la Commission de l'UA devra engager des experts indépendants pour mener cette action.

(22) La Commission de l'Union africaine et les organes de l'UA auront aussi besoin de travailler étroitement ensemble pour mettre en œuvre les mandats du Sommet spécial d'Abuja 2006. La Commission de l'UA pourra donner des services logistiques et d'appui technique aux organes de l'UA qui des fonctions de supervision de la mise en œuvre des engagements d'Abuja ;

(23) La Commission de l'UA aura besoin de travailler étroitement avec les CER et les organisations régionales de la santé pour promouvoir une approche régionale de l'accès universel aux servies du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Cette tâche aura requérir un déploiement additionnel de l'appui financier, programmatique, logistique et technique de la Commission de l'Union africaine ;

(24) La Commission de l'UA aura besoin d'engager les partenaires de développement à deux niveaux : politique et technique. La Commission de l'Union africaine pourrait accroître les compétences techniques pour faire face à des questions telles que l'annulation ou l'allégement de la dette, le financement de donateurs, le droit propriété intellectuel, le programme de mise en œuvre de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme et au suivi et aux revues directs du programme ;

(25) La Commission de l'Union africaine aura besoin d'investir d'une façon significative sur les systèmes d'information de gestion, la recherche et le développement des systèmes de gestion de données, et les experts de gestion de données (Maison ou Consultant) pour faire face aux besoins de rapport de suivi et d'évaluation du mandat du Sommet spécial d'Abuja 2006.

193. Pour exécuter les mandats de suivi et d'évaluation que lui a confiés le Sommet spécial d'Abuja de 2006 sur l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme, la Commission de l'UA devra accroître d'une façon significative, sa capacité technique sur la santé et travailler très étroitement avec les organisations spécialisées, continentales et internationales. Elle pourra faire face aux besoins de ressources de capacité technique en employant directement un nouveau personnel ; du détachement du personnel des Etats membres ou des organisations de collaboration et l'emploi de consultants indépendants.

SECTION 6

ANNEXES
(A INCLURE DANS LE PLAN DE MISE EN ŒUVRE)

ANNEXE 1 : Appel d'Abuja pour l'intensification des efforts pour l'accès universel aux services du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme.

ANNEXE 2 : Position africaine commune à la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le SIDA (juin 2006).

ANNEXE 3 : Le Cadre continental pour l'harmonisation des approches et des politiques en matière de droits de l'homme des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Union africaine (2006). Rapport sur les résultats du Sommet spécial sur le VIH/SIDA, la TUBERCULOSE ET LE PALUDISME (ATM), Abuja (Nigeria 2–4 mai 2006. Addis-Abeba : Union africaine.

Union Africaine (2006). Rapport intérimaire sur la mise en oeuvre des Plans d'action sur la Déclaration d'Abuja sur le Paludisme (2000), VIH/SIDA et Tuberculose (2001). Session spéciale de l'Union africaine sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (ATM), Abuja (Nigeria) 2–4 mai 2006. Sp/EX.CL/ATM/4 (1). Addis-Abeba : Commission de l'Union africaine.

Union Africaine (2006). Financement de la Santé en Afrique. Document de base pour le Sommet spécial de l'Union africaine sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (ATM), Abuja (Nigeria), 2–4 mai 2006 Sp/PRC/ATM/5 (1). Addis-Abeba: Union africaine.

Union africaine (2006). AIDE MÉMOIRE. Réunion continentale consultative sur l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en Afrique. Brazzaville (Congo), 6–8 mars 2006. Addis-Abeba: Commission de l'Union africaine.

Union africaine (2006). Accès universel aux services complets de santé sexuelle et reproductive en Afrique. Plan d'action de Maputo sur l'opérationalisation du Cadre de politique continental pour la santé sexuelle et reproductive et les droits 2007–2010. Session spéciale de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine, Maputo (Mozambique), 18–22 septembre 2006. Sp/Min/CAMH/5(1). Addis-Abeba: Commission de l'Union africaine.

Union africaine (2005). Revue de la Déclaration du Millénaire et des objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD): Position africaine commune. Conseil exécutif. Septième session ordinaire, 28 juin–2 juillet 2005, Syrte (Libye). EX.CL/Dec.181 (VII). Addis-Abeba : Commission de l'Union africaine.

Union africaine (2005). Revue de la Déclaration du Millénaire et des objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD): Vers une position africaine commune. Conseil :exécutif. Septième session ordinaire, 28 juin–2 juillet 2005, Syrte (Libye). EX.CL/Dec.181 (VII) Annexe 1. Addis-Abeba : Commission de l'Union africaine.

Union africaine (2005). Déclaration de Gaberone sur une feuille de route vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins. 2ème session ordinaire de la Conférence des Ministres africains de la santé (CAMH2), Gaberone (Botswana), 10-14 octobre 2005. CAMH/Decl.1 (11). Addis-Abeba: Comisión de l'Union africaine.

Chinua Akukwe (2006). Ne le laisser pas mourir : le VIH/SIDA, la Tuberculose, le Paludisme et la crise de santé en Afrique. Adonis&Abbey, éditeur – Londres (Royaume Uni).

Chinua Akukwe (2006). Au-delà de la rhétorique. Essaies sur le défi du développement de l'Afrique. Adonis&Abbey, Londres (Royaume–Uni).

Chinua Akukwe (2006). (Editeur). La prestation de soins de santé en Afrique. Questions, défis et opportunités. Edition spéciale, Africa Rennaissance Journal, Volume.3. No.4, Juillet/Août.

Rhoi Wangila & Chinua Akukwe. Les orphelins du SIDA en Afrique et leurs grands-parents. Le succès et le danger caché et évitable. Tsehai, Editeurs, Los Angeles (Californie) Etats-Unis.

Chinua Akukwe (2005). Repenser la guerre mondiale contre le SIDA. World Press magasine. Disponible au: http://www.worldpress.org/americas/2182.cfm.

Chinua Akukwe (2003). La Tuberculose et le Paludisme en Afrique : les maladies oubliées. Perspective magazine, Smyrna, Georgie (Etats-Unis). Disponible au : http://www.theperspective.org/2004/may/forgottendeseases.html.

ONUSIDA (2005). Suivi de la Déclaration d'engagement sur le SIDA. Lignes directrices sur la construction des indicateurs centraux. Session de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Genève (Suisse) : l'Auteur.

ONUSIDA (2005). ONUSIDA et Budget unifié et plan de travail 2006-2007. Annexe. Détails des résultats clés. Co-parrains, Secrétariat et inter-agence. Genève (Suisse) : l'Auteur.

ONUSIDA (2006). Fixation des cibles nationales dans les mouvements vers l'accès universel. Éclairage opérationnel. Genève (Suisse) : l'Auteur.

ONUSIDA (2005). Intégration du SIDA dans les instruments et les processus de développement au niveau national. Examen des expériences, Genève (Suisse) : l'Auteur.

ONUSIDA (2005). Les « Trois-uns » en action : Où est-ce que nous sommes et où est-ce que nous allons. Genève (Suisse) : l'Auteur.

Bureau du Premier Ministre (2005). Notre intérêt commun. Rapport de la Commission pour l'Afrique. Le Gouvernement de sa Majesté, Londres (Royaume-Uni) : Commission pour l'Afrique.

Organisation mondiale de la santé (2006) : Lignes directrices pour le traitement du paludisme, Genève (Suisse) : Programme global paludisme.

Organisation mondiale de la santé, Afrique (2006). La santé des populations. Rapport de santé régionale africaine, Brazzaville (Congo) : l'Auteur.

Organisation mondiale de la santé (2006). Document d'orientation stratégique sur la prévention et la lutte contre le paludisme. Pour les chefs de programmes nationaux et internationaux impliqués dans la lutte contre le paludisme au niveau du pays. Première

édition. Genève (Suisse) : Département « Faire reculer le Paludisme », Appui opérationnel et Développement des capacités.

Organisation mondiale de la santé (2006). Le Plan mondial pour stopper la Tuberculose, 2006-2015. Actions pour la vie. Vers un monde débarrassé de la Tuberculose. Genève (Suisse) : Arrêter le Partenariat Tuberculose.

Organisation mondiale de la santé. Travailler avec le secteur non-étatique en vue d'atteindre les objectifs de santé publique. Faire fonctionner les systèmes de santé. Genève (Suisse) : Groupe de travail des secteurs non étatiques, Département des politiques du système de santé et des politiques d'information de l'évidence opérationnelle.

Organisation mondiale de la santé (2003). Traiter 3 millions de cas d'ici 2005. Les réaliser. La stratégie de l'OMS. Genève (Suisse) : Initiative mondiale de l'OMS et de l'ONUSIDA de fournir la thérapie anti-retro virale aux 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays en développement d'ici la fin de 2005. Genève (Suisse) : OMS et ONUSIDA.

Organisation mondiale de la santé (2003), Stratégie mondiale du Secteur de la santé pour le VIH/SIDA, 2003-2007. Fournir un cadre de partenariat et d'action. Genève (Suisse) : Département du VIH/SIDA et Département de la famille et de la santé communautaire.

Organisation mondiale de la santé. Commission sur les macroéconomies et la santé (2001). Investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission sur les macroéconomies et la santé. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé.

Assemblée générale des Nations Unies (2006). Accélérer la prévention des soins et l'appui. Note du Secrétaire général de la 60ème session, point 45 de l'ordre du jour. Suivi de résultats de la 26ème session spéciale. Mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. A/60/737. New York (USA): Bureau du Secrétaire general.

Assemblée générale des Nations Unies (2006). Déclaration politique sur le VIH/SIDA. Projet de résolution soumis par le Président de l'Assemblée générale. 60ème session. Point 45 de l'ordre du jour. Suivi des résultats de la 25ème session spéciale : Mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. A/60/L.57. New York (USA): Bureau du Président de l'Assemblée générale des Nations Unies.

AFRICAN UNION UNION AFRICAINE

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

Organs Council of Ministers & Executive Council Collection

2007

Report of the third ordinary session of the African Union conference of ministers of health

African Union

African Union

http://archives.au.int/handle/123456789/4487

Downloaded from African Union Common Repository