



**GROUPE DE TRAVAIL DU COMITE
TECHNIQUE SPECIALISE SUR LA SANTE, LA
POPULATION ET LE CONTROLE DES
DROGUES, REUNION D'EXPERTS
25-26 AVRIL 2016, ADDIS-ABEBA**

**REUNION DES MINISTRES DE LA SANTE
GENEVE, 21 MAI 2016**

**RAPPORT D'EVALUATION DE LA STRATEGIE
AFRICAINNE DE LA SANTE 2007 - 2015**

Table des matières

I.	LISTE DES ACRONYMES	ii
II.	REMERCIEMENTS	1
III.	RÉSUMÉ ANALYTIQUE	2
IV.	INTRODUCTION	5
V.	HISTORIQUE DE LA SAS 2007-2015	6
VI.	METHODOLOGIE D’EVALUATION	14
	1. Méthodes :	14
	2. Cadre analytique:	14
	3. Limites méthodologiques:	15
VII.	PRINCIPALES CONSTATATIONS	17
	1. Situation sanitaire en Afrique	17
	2. Analyse des lacunes et des défis	30
	3. Résultats des évaluations et analyse sommaire du degré d’utilisation de la stratégie africaine de la santé 2007-2015 dans les cadres de politique sanitaire des Etats membres et des CER	37
VIII.	LEÇONS APPRISES ET OPPORTUNITÉS	40
	1. Leçons apprises	40
	2. Opportunités	41
IX.	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS POUR LA SAS 2016-2030	50
	1. Conclusions de l’évaluation de la SAS 2007-2015	50
	2. Recommandations pour guider la SAS 2016-2030	51
X.	LISTE DES REFERENCES	55
XI.	ANNEXES	58

I. LISTE DES ACRONYMES

BAD :	Banque africaine de développement BAD
SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquise SIDA
ARV :	Médicaments antirétroviraux
ART :	Thérapie antirétrovirale pour le VIH / SIDA
UA :	Union africaine
CUA :	Commission de l'Union africaine
CCC :	Changement de comportement et communication
OBC :	Organisations communautaires
PEV :	Programme élargi de vaccination
OBC :	Organisations confessionnelles
GAVI :	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
PIB :	Produit intérieur brut
FMSTP :	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
HHA :	Harmonisation pour la santé en Afrique
VIH :	Virus d'immunodéficience humaine
RSS :	Renforcement du système de santé
ICT :	Information, communication et technologie
IDU :	Administration de drogue par injection
IEC :	Information, Education et Communication
LOTUS :	Moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le développement
MDR-TB :	Tuberculose résistant à la multi-thérapie
S & E :	Suivi et évaluation
MNT :	Maladies non transmissibles
NEPAD :	Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique
ONG :	Organisation non gouvernementale
MTN :	Maladies tropicales négligées
ONU :	Organisation des Nations Unies
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économique
SSP :	Soins de santé primaires
PVVIH :	Personnes vivant avec le VIH/sida
PTME :	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH
PPP :	Partenariat Public Privé
SRP :	Stratégie de réduction de la pauvreté
CER :	Communautés économiques régionales
SRMNCH :	Santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et infantile
AS :	Approches sectorielles
TB :	Tuberculose
TM :	Médecine traditionnelle
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
FNUAP :	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
BM :	Banque mondiale
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
XDR-TB	Tuberculose extrêmement résistante aux médicaments

II. REMERCIEMENTS

La Commission de l'Union africaine tient à remercier les États membres et les communautés économiques régionales pour lui avoir fourni les informations et les conseils nécessaires à l'évaluation de la stratégie africaine de la santé 2007- 2015 et la finalisation de ce rapport d'évaluation. Le rôle du secteur privé et des organisations de la société civile dans la représentation des points de vue non-gouvernementaux est, également, apprécié.

L'évaluation de la Stratégie africaine de la santé 2007-2015, n'aurait pas été accomplie sans le soutien technique et financier de la Direction Nationale de la Santé du Gouvernement de la République d'Afrique du Sud, du Nouveau Partenariat pour le Développement (NEPAD) de l'Afrique, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) auxquels la Commission reste hautement reconnaissante.

Enfin, la Commission aimerait remercier, tout particulièrement, tous les membres du secrétariat technique pour leur soutien technique à l'évaluation de la SAS 2007-2015.

III. RÉSUMÉ ANALYTIQUE

En 2007, l'Union africaine a développé la première stratégie de santé en Afrique 2007-2015 qui a été approuvée par la 3e Conférence des ministres africains de la santé tenue la même année et la 11ème session du Conseil exécutif ordinaire en 2008. En 2015, le 1er Comité technique spécialisé sur la santé, la population et le contrôle des drogues (STC-HPDC) de l'Union Africaine a recommandé la mise au point d'une stratégie de santé en Afrique révisée pour la période 2016-2030 sur la base d'une évaluation de la stratégie précédente et les instruments de la politique de santé pertinents de l'UA. En outre, la stratégie révisée devrait intégrer la recherche et l'innovation pour la santé.

L'évaluation a été principalement réalisée par le biais d'un examen de littérature et de documentation clés et la révision de rapports se rapportant à d'autres instruments de politique de santé. Sous l'égide du Département des affaires sociales de la Commission de l'Union africaine (CUA), un secrétariat technique a apporté des conseils et un soutien technique à l'évaluation. Celle-ci a été guidée par deux objectifs à savoir: déterminer à quel point la SAS 2007-2015 a été utilisée pour guider la politique, les plans et les programmes de santé des États membres, des Communautés économiques régionales (CER) et leurs partenaires, et identifier les lacunes, les leçons apprises, les défis et les opportunités au cours de la mise en œuvre de la SAS 2007-2015, en mettant un accent particulier sur les progrès accomplis vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et d'autres engagements politiques et stratégies continentaux de santé.

Les résultats de l'évaluation ont révélé que des efforts considérables pour améliorer la performance du secteur de la santé en Afrique ont été déployés, mais, ont, également, reconnu que de nombreux grands défis demeurent. Grâce à un leadership fort pour la mise en œuvre des instruments et des engagements pertinents de l'UA, la SAS 2007-2015 a pu augmenter l'attention et les ressources d'investissement par les États membres, les CER et leurs partenaires dans des domaines stratégiques clés avec des réalisations remarquables.

Le continent a réussi à éradiquer la poliomyélite et a été la première région du monde à atteindre l'OMD (6b) lié au VIH / SIDA. Le continent a, également, réduit, de façon significative, la mortalité due à des causes maternelles, chez les enfants, au SIDA, à la tuberculose et au paludisme, outre les progrès significatifs réalisés dans la réduction de la malnutrition. En particulier, il est évident que l'influence de la SAS 2007-2015 et les engagements politiques continentaux indiqués dans l'Appel d'Abuja, le Plan d'action de Maputo et les campagnes / plateformes telles que la campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), les nombreuses décisions et déclarations des ministres et des Conférences de l'UA ont pu inciter les États membres, les CER et les communautés africaines à faire de grands progrès dans la réduction des décès liés au VIH, la mortalité maternelle et infantile, entre autres. De même, l'influence des initiatives internationales a été importante dans la réalisation de progrès en matière de santé et des OMD relatifs à la santé. La capacité des États membres et des CER de tirer parti de la croissance économique remarquable combinée à leur capacité de bâtir sur les leçons apprises, ainsi que les innovations locales et mondiales ont constitué

un important élan pour les résultats obtenus.

Face aux grandes épidémies de VIH dans le monde, de nombreux pays africains ont surmonté les obstacles difficiles et établi des réponses fortes en matière de santé publique contre le VIH, suffisamment vigoureuses pour inverser le cours de leurs épidémies et assez complètes pour aborder la prévention, le traitement, les soins, devenant, ainsi, la première région du monde entier à atteindre l'OMD 6b avant la date limite de décembre 2015.

Les résultats de l'évaluation ont révélé que la focalisation de la SAS 2007-2015 sur la santé des femmes et des enfants a été reprise par la plupart des États membres et des CER, même si moins de 40% des États membres semblent se référer directement aux priorités de la SAS 2007-2015 dans la formulation de leurs cadres, stratégies et plans de politique nationale de santé.

La performance du secteur de la santé en Afrique trouve ses racines dans le niveau global de développement socioéconomique, accordant une importance particulière aux déterminants économiques, environnementaux et sociaux de la santé. Mis à part un petit nombre de pays, peu de progrès a été réalisé en matière d'accès à l'approvisionnement en eau et en assainissement (l'accès à l'approvisionnement en eau a été légèrement plus amélioré que l'accès à des installations sanitaires adéquates), la réduction de la pauvreté et de la faim et l'autonomisation des femmes - les trois déterminants socio-économiques étroitement associés à l'amélioration de la santé. Bien que le financement de la santé ait augmenté en Afrique depuis 2001, il n'a pas encore atteint l'objectif d'Abuja d'allouer 15% du total des dépenses publiques à la santé.

Plusieurs facteurs ont eu une incidence (positive et négative) sur la façon dont les États membres et les CER ont formulé et abordé les priorités du secteur de la santé de la SAS 2007-2015. Le facteur clé a été la crise humanitaire en Afrique qui a eu un effet négatif sur la planification et la mise en œuvre appropriées du secteur de la santé. La période 2007-2015 a connu de grandes catastrophes naturelles, des urgences de santé publique et des conflits armés suffisamment importants pour influencer sur la capacité des États membres de traiter les priorités de la SAS 2007-2015.

Le progrès du continent en matière de réduction de la mortalité infantile due au VIH / SIDA et le taux de nouvelles infections des adolescents a pris du retard. Bien que la mortalité due au paludisme et à la tuberculose ait été considérablement réduite, il y a encore des défis majeurs pour assurer un accès suffisant à la prévention et le traitement pour réduire la morbidité de ces deux maladies. Bien que certains progrès aient été accomplis dans la réalisation des OMD 4 et 5 (réduire la mortalité infantile et maternelle, respectivement), l'Afrique a encore une part disproportionnellement élevée de la mortalité maternelle et infantile.

L'évaluation recommande des orientations stratégiques clés pour guider le développement de la SAS 2016 - 2030. Celles-ci comprennent le renforcement du leadership du secteur de la santé pour renforcer l'harmonisation, l'intégration et la coordination à tous les niveaux afin d'assurer une plus grande appropriation, gestion et responsabilité; mettre l'accent sur l'équité et privilégier les réponses aux défis de

la santé respectueuses des droits de l'homme, notamment, parmi les catégories les plus vulnérables de la société; l'augmentation des investissements qui tiennent compte des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé; privilégier les efforts visant à renforcer les systèmes de santé et communautaires; multiplier les efforts de l'Afrique pour assurer un accès équitable à la santé sexuelle, génésique, maternelle, néonatale, des adolescents et des enfants; l'extension des services intégrés adaptés au contrôle des maladies non transmissibles, la santé mentale, le handicap, les accidents, la violence (notamment fondée sur le sexe), les blessures, la toxicomanie, les défis de santé en milieu urbain et environnementaux; l'augmentation considérable de la mobilisation des ressources nationales et internationales, tout en mettant l'accent sur l'efficacité et les investissements stratégiques avec une gestion saine des ressources mobilisées; tirer parti des engagements mondiaux pour mettre fin aux décès maternels et infantiles évitables, le sida, la tuberculose et le paludisme d'ici 2030; développement d'un paradigme et d'un système solides de préparation et de gestion des interventions en cas de catastrophe, sur la base du Règlement sanitaire international (RSI 2005) pour mieux gérer les risques et le renforcement des capacités nationales et continentales de surveillance des maladies et d'intervention; tirer profit de façon créative des partenariats public-privés (PPP) pour soutenir la performance du secteur de la santé; renforcer les capacités de recherche et d'innovation stratégiques des pays; et amélioration des systèmes de surveillance, des rapports et de la responsabilité.

Cette évaluation sert de base à la révision de la stratégie africaine de la santé 2007-2015 pour guider le programme de santé du continent au cours des 15 prochaines années, notamment, en alliant ces orientations stratégiques recommandées avec les engagements continentaux et mondiaux actuels dans la période post-2015. Ainsi, cette évaluation et la SAS 2016-2030 s'inspire fortement de l'«Agenda 2063: L'Afrique que nous voulons», les objectifs de développement durable, les priorités recommandées établies par les examens officiels des engagements continentaux précédents, tels que l'examen de l'Appel d'Abuja, le plan d'action de Maputo, la Stratégie régionale africaine sur la nutrition, entre autres.

IV. INTRODUCTION

La stratégie africaine de la santé 2007-2015 (SAS 2007-2015) a été approuvée par la 3^{ème} Conférence des ministres africains de la santé en 2007 et la 11^{ème} session du Conseil exécutif ordinaire en 2008 pour enrichir et compléter les stratégies des États membres en leur ajoutant de la valeur en termes de renforcement des systèmes de santé sur la base de l'unique perspective continentale.

La SAS 2007-2015 a offert une orientation stratégique aux efforts de l'Afrique dans la création d'une santé meilleure pour tous et a reconnu que les États membres, les régions et le continent s'étaient déjà fixés des objectifs de santé, en plus des objectifs du Millénaire pour le développement auxquels ils se sont engagés. La SAS 2007-2015 a étudié les défis et les opportunités liés aux efforts qui pourraient diminuer la charge de morbidité du continent, renforcer ses systèmes de santé et accroître le capital humain pour la santé. Elle a mis en évidence les orientations stratégiques qui pourraient être utiles si elles sont abordées de façon multisectorielle, avec des ressources adéquates, mises en œuvre et suivies. Dans ce contexte, la SAS 2007-2015 n'a pas été conçue pour être un document autonome, ou un engagement supplémentaire, mais plutôt, destinée à être un cadre intégratif pour les actions politiques renforçant d'autres engagements continentaux.

Suite à la décision du premier comité technique spécialisé sur la santé, la population et le contrôle des drogues (STC-HPDC) de l'Union Africaine, la Commission a entrepris l'évaluation de la SAS 2007-2015. Un secrétariat technique dirigé par le Département des Affaires Sociales de la CUA (DAS) a été créé pour réaliser l'évaluation et développer une nouvelle stratégie pour la période 2016-2030. Le Secrétariat se compose de la CUA, le NEPAD, les agences des Nations Unies et le ministère national de la Santé de la République d'Afrique du Sud.

L'objectif de l'évaluation de la SAS 2007-2015 était de déterminer le degré de réalisation de sa vision, sa mission, ses buts et objectifs. Précisément, les objectifs de l'évaluation étaient comme suit:

1. déterminer dans quelle mesure la SAS 2007-2015 a été utilisée pour guider la politique, les plans et les programmes de santé des États membres, des CER et des partenaires;
2. identifier les lacunes, les leçons apprises, les défis et les opportunités dans la mise en œuvre de la SAS 2007-2015 en général, notamment, en ce qui concerne les objectifs de développement du Millénaire et d'autres engagements politiques et stratégies de la santé continentale.

V. HISTORIQUE DE LA SAS 2007-2015

La SAS 2007-2015 a offert une orientation stratégique aux efforts de l'Afrique dans la création d'une santé meilleure pour tous et a reconnu que les États membres se sont déjà fixé des objectifs de santé en plus des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) auxquels ils se sont engagés. La SAS 2007-2015 a examiné les défis et les opportunités liés aux efforts susceptibles de diminuer la charge de morbidité du continent, renforcer ses systèmes de santé et accroître le capital humain pour améliorer la santé. Elle a mis en évidence des orientations stratégiques qui pourraient être utiles si on les aborde de façon multisectorielle, avec des ressources adéquates, mises en œuvre et suivies. En tant que cadre d'inspiration dans lequel les États membres et les Communautés économiques régionales (CER) devaient remplir leur rôle, la SAS 2007-2015 a, également, créé une plateforme stratégique continentale sur laquelle les partenaires du secteur de la santé, tels que les agences multilatérales, les partenaires bilatéraux de développement et la société civile pourraient harmoniser et aligner leurs contributions à la santé pour appuyer les priorités du secteur de la santé aux niveaux national, régional et continental.

La SAS 2007-2015 avait proposé le renforcement des systèmes de santé dans le but de réduire le fardeau de la maladie grâce à l'amélioration des ressources, des systèmes, des politiques et de la gestion. Ses principes directeurs étaient délibérément en faveur des pauvres avec un accent particulier sur les groupes défavorisés, notamment les femmes et les enfants. Elle a, également, encouragé la prise de décisions fondées sur des données probantes en favorisant une meilleure production et l'utilisation de données fiables sur les entrées, les processus, les produits et les résultats du système de santé pour gérer, surveiller et évaluer la performance du système de santé.

Depuis l'approbation de la SAS 2007-2015, un élan et des progrès importants ont été réalisés en soutien d'une série de priorités du secteur de la santé. Une série d'engagements continentaux ont fourni l'accent tant nécessaire sur certaines priorités de santé qui avaient été prioritaires dans la SAS 2007-2015. En outre, la période de mise en œuvre de la SAS 2007-2015 a coïncidé avec une injection remarquable de ressources financières et techniques supplémentaires pour répondre aux priorités des thèmes spécifiques du secteur de la santé, tels que le VIH / SIDA, la tuberculose, le paludisme et les programmes de vaccination. Ainsi, l'environnement politique qui a influencé le développement et la mise en œuvre de la SAS 2007-2015 a inclus, mais ne s'est pas limité aux instruments stratégiques suivants:

- 2000: Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD);
- 2001: Déclaration d'engagement envers l'accès universel aux services VIH / SIDA des Nations Unies;
- 2003 : Protocole de l'UA à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique ;
- 2005 : Stratégie régionale africaine pour la nutrition de l'UA 2005-2015;
- 2005 : Déclaration de Syrte sur la survie des enfants;
- 2005 : Cadre directeur continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction ;
- 2006 : Déclaration politique des Nations Unies pour atteindre l'accès universel

- aux services VIH / SIDA ;
- 2006 : 'Appel d'Abuja en faveur d'une action accélérée pour permettre l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme en Afrique ;
- Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique 2007-2010 ;
- 2009 : Décision de l'UA sur le rapport de la session extraordinaire de la Conférence de l'Union africaine des ministres de la Santé (CAMH4) sur la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique;
- 2009 : Campagne de l'UA sur la réduction accélérée de la mortalité maternelle et infantile en Afrique (CARMMA);
- 2010 : Déclaration de la 15e Session ordinaire de la Conférence de l'UA; Actions sur la santé de la mère, du Nouveau-né et de l'enfant et le développement en Afrique d'ici 2015;
- 2010 : Décision de l'UA sur le partenariat pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH / SIDA, Sommet des chefs d'Etat africains ;
- 2010 : Stratégie mondiale de SGNU pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent ;
- 2011 : Position africaine commune de l'UA à la session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU sur l'accès universel au VIH / SIDA, 5e Conférence des ministres africains de la Santé (CAMH5);
- 2013 : Déclaration du Sommet spécial de l'Union africaine sur le VIH / SIDA, la tuberculose et le paludisme: Actions d'Abuja Vers l'élimination du VIH /SIDA, la tuberculose et le paludisme en Afrique d'ici 2030;
- 2014 : Position commune africaine sur l'agenda du développement durable
- 2014 : Agenda 2063 : « L'Afrique Nous voulons » ;
- 2015 : « Examen de l'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 » et la « Feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique » ;
- 2015 : Examen « du Plan d'action de Maputo » ;

Différentes résolutions du Comité régional de l'OMS AFRO adoptées par les États membres entre 2007 et 2015 (voir l'annexe 4 pour la liste complète).

Certains de ces engagements politiques mondiaux et continentaux continueront de guider la SAS 2016-2030 lors de sa mise en œuvre, notamment, l'Agenda 2063: L'Afrique que nous voulons, la Déclaration d'Abuja, le Cadre Directeur Continental pour la Santé Sexuelle et les Droits Liés à la Reproduction, le Plan d'Action de Maputo 2016-2030, la Stratégie régionale africaine pour la nutrition 2015 - 2025, le Plan de fabrication des produits pharmaceutiques, le cadre catalytique pour l'élimination du sida, de la tuberculose et du paludisme en Afrique d'ici 2030 et le partenariat international pour la santé (IHP +, JANS), entre autres.

L'impact de l'engagement politique fort des États membres mobilisé par la CUA pour le soutien du secteur de la santé a été tangible en termes de réalisation de progrès et d'impact positif. Dans le cadre des OMD, cette mobilisation continentale massive et le soutien politique ont été particulièrement conséquents dans la conduite des

progrès accomplis dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile, ainsi que dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Le Cadre Directeur Continental pour la Santé Sexuelle et les Droits Liés à la Reproduction (SDSR) et le Plan d'action de Maputo (MPoA) 2007 - 2015 pour sa mise en œuvre ont été adoptés en reconnaissance du fait que les pays africains ont peu de chances d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) sans amélioration significative de la santé sexuelle et reproductive. Depuis l'adoption du plan en 2006, un certain nombre d'évènements ont eu lieu pour placer la santé maternelle, néonatale et infantile au centre de la politique, la stratégie et la programmation nationales. Comme indiqué dans l'évaluation finale du MPoA, le continent a connu un engagement politique et un leadership forts pour répondre aux besoins de santé des enfants et des femmes. L'examen a, en effet, confirmé que les énormes améliorations observées dans la santé maternelle et infantile tels que la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et maternelle de près de la moitié par rapport aux taux de 1990 peut être attribuée à l'engagement politique et le leadership au niveau des pays pour l'application du MPoA et la mise en œuvre de la Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle et infantile en Afrique (CARMMA)..

En dépit de cette énorme baisse, le continent n'a pas atteint le taux requis de réduction pour atteindre les cibles 4 et 5 des OMD. Malgré cela, un certain nombre de pays africains ont réalisé de véritables progrès et réussi à atteindre les cibles 4 et 5 des OMD. Cependant, beaucoup doit encore être fait puisque plus de 70% des femmes et des enfants continuent de mourir de causes évitables; la réduction des taux de mortalité néonatale est encore très faible et les inégalités dans l'accès au/ et l'utilisation des services de santé persistent.

La satisfaction des besoins de santé pour la jeunesse africaine reste un défi majeur au cours des prochaines décennies. Ceci est dû, à la fois, à l'explosion démographique qui verra cette tranche d'âge augmenter à travers l'Afrique et au fait que les jeunes soient, actuellement, parmi les plus mal desservis des populations de l'Afrique. A titre d'exemple, les adolescents en Afrique sont affectés de manière disproportionnée par/ et ont moins accès aux services du VIH / SIDA, la santé mentale, la violence fondée sur le sexe (en particulier les filles) et la toxicomanie. La violence sexiste demeure un problème omniprésent et sous-déclaré en Afrique. La proportion de femmes déclarant la violence conjugale et la violence sexuelle non-partenaire est élevée (allant de 29,7% dans la région de l'Afrique australe à 65,6% dans la région d'Afrique centrale).

La croissance de la population des adolescents en Afrique et la haute prévalence de la violence fondée sur le sexe sont étroitement liées. Une source particulière de danger pour la santé et la vie des filles et des jeunes femmes est la prévalence du mariage des enfants dans les pays où les jeunes sont les plus nombreux dans les populations. Dans le monde entier, 39.000 filles deviennent enfants mariées chaque jour, soit environ 140 millions en dix ans. En outre, cette pratique ne tend pas à la baisse, mais elle devient plus fréquente, en partie, pour des raisons démographiques. Le problème risque de s'amplifier avec la croissance de la population des jeunes dans le monde en développement (FNUAP, 2012). Le mariage des enfants se traduit généralement par des décès liés à grossesse

précoce suite à des complications de la grossesse et de l'accouchement. En outre les filles mariées sont plus susceptibles que les femmes mariées à subir des violences et autres mauvais traitements de la part de leurs maris (PMNCH, 2012).

L'Appel d'Abuja engage les États membres de l'UA à mettre en place des mesures pour améliorer l'accès aux médicaments et aux technologies abordables pour le sida, la tuberculose et le paludisme par le biais, entre autres, d'une législation appropriée et en utilisant les règlements et les flexibilités commerciales internationales. A la 3ème session de la Conférence de l'Union africaine des ministres de la Santé en avril 2007, les États membres ont adopté le plan de fabrication de produits pharmaceutiques pour l'Afrique (PMPA) pour renforcer la capacité de l'Afrique de fabriquer et de fournir, localement, des médicaments et des produits essentiels pour lutter contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le PMPA vise à réduire la dépendance de l'Afrique vis-à-vis des fournisseurs externes et la charge financière du diagnostic, de prévention et des soins, tout en améliorant les produits alimentaires.

Le plan d'affaires du PMPA reconnaît l'existence d'initiatives sur le continent axées sur le renforcement de l'industrie pharmaceutique. En guise de soutien aux objectifs du PMPA, les CER bénéficient d'un appui dans l'élaboration et la mise en œuvre de projets d'harmonisation des médicaments comme une intervention clé pour renforcer la réglementation des produits pharmaceutiques sur le continent et promouvoir l'expansion des marchés potentiels pour les médicaments de qualité assurée. Des initiatives régionales complémentaires comprennent le Plan d'affaires pharmaceutiques 2007-2013 de la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC) et plan d'action régional pour l'industrie pharmaceutique 2012–2016 de la CAE.

La Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) est en cours d'élaboration d'une charte pour faciliter les partenariats public privé pour la production locale des ARV et d'autres médicaments essentiels. La réalisation de la vision du PMPA d'une industrie compétitive, durable et autonome exigera une capacité accrue en ressources humaines, l'accès à un financement abordable, des systèmes réglementaires solides, des partenariats stratégiques et des liens d'affaires. Il faudra, également, améliorer les données du marché et des systèmes d'information. Divers défis qu'il faudra surmonter comprennent l'engagement avec les politiques commerciales internationales défavorables et le manque de soutien à la mise en œuvre des flexibilités ADPIC. Ces problèmes entravent la production locale de médicaments essentiels.

Dans un effort de réduire la fragmentation en matière de réglementation des médicaments et des dispositifs essentiels, le NEPAD coopère avec des partenaires pour coordonner l'initiative d'harmonisation de la réglementation des médicaments en Afrique (AMRH). AMRH vise à accélérer les progrès pour atteindre les OMD liés à la santé en générant un environnement réglementaire solide pour le développement du secteur pharmaceutique en Afrique. AMRH aide les Communautés économiques régionales (CER) et les pays à (i) développer des processus d'approbation réglementaire harmonisés, efficaces et efficaces et (ii) instituer des mécanismes de gouvernance et de responsabilisation pour assurer la transparence dans la prestation de services de réglementation. Le premier projet de

l'AMRH sur l'harmonisation de l'enregistrement des médicaments a été lancé avec succès dans la Communauté de l'Afrique de l'Est. Le développement d'une loi-modèle sur la réglementation des médicaments se poursuit dans le même cadre et avec le soutien des organes pertinents de l'UA. La CUA est, également, engagée dans le processus de création de l'Agence des médicaments en Afrique (AMA), qui va améliorer l'environnement réglementaire et limiter la prolifération des produits médicaux sous-standard, faux, faussement étiquetés, falsifiés/contrefaits (SSFFC).

La Déclaration d'Abuja de 2013¹ accorde la priorité au domaine de la santé dans l'agenda de développement post-2015 et l'Agenda 2063 de l'UA. La Déclaration définit les objectifs de mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique en 2030. Elle souligne, en outre, l'importance de la pleine mise en œuvre de la Feuille de route de l'UA sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique. En outre, elle prend en charge le renforcement de l'environnement politique et les systèmes de réglementation, dont la coopération active entre les États membres pour encourager l'investissement dans la production locale de médicaments essentiels de qualité. Le cadre invite la Commission de l'UA, le système des Nations Unies et d'autres partenaires de développement à coopérer avec les États membres pour la mise en œuvre de ces engagements.

La première réunion ministérielle du Comité technique spécialisé sur la santé, la population et le contrôle des drogues de 2015 (STC-HPDC-1) a renforcé l'engagement d'intensifier les efforts pour mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme en 2030. Le STC-HPDC-1 a demandé à la Commission de l'UA de préparer une feuille de route pour la mise en œuvre de la Déclaration d'Abuja + 12 et de la soumettre à la 2ème réunion des ministres africains de la santé organisée conjointement par l'UA et l'OMS en 2016.

La décision de la Conférence de l'UA sur le rapport de AIDS Watch Africa (AWA)², Juin 2015, Johannesburg, a demandé à la Commission de travailler avec l'Agence du Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) et en consultation avec les États membres et les partenaires pour élaborer un « cadre catalytique » détaillant les étapes pour l'élimination du sida, de la tuberculose et du paludisme en ligne avec les objectifs d'Abuja +12. La décision a, également, demandé à la Commission de travailler en consultation avec les États membres et les partenaires pour l'élaboration d'un cadre de responsabilisation avec des objectifs et des indicateurs clairs à suivre et mesurer les progrès accomplis. Le Cadre catalytique est aligné sur les objectifs et les cibles fixés dans les objectifs de développement durable (ODD)³ et l'Agenda 2063 de l'UA.

Outre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Afrique continue de souffrir d'un lourd fardeau d'autres maladies transmissibles, facilement évitables, dont, la pneumonie, la diarrhée et la rougeole chez les enfants. De même, il y a eu des progrès lents dans la réduction de la charge et de l'impact socio-économique des maladies

¹ Déclaration du Sommet spécial de l'Union africaine sur le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme d'Abuja ; « Actions vers l'élimination du VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique d'ici 2030 ».

² Décision sur le rapport de AIDS WATCH AFRICA (AWA) – Doc. Assembly/AU/14(XXV)

³ Transformer notre monde: l'Agenda 2030 pour le développement durable : Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015 A/RES/70/1

tropicales négligées (MTN), telles que l'onchocercose, la trypanosomiase, la schistosomiase, le ver de Guinée et la filariose. Le choléra, la méningite, les épidémies d'Ebola et de Marburg existent encore.

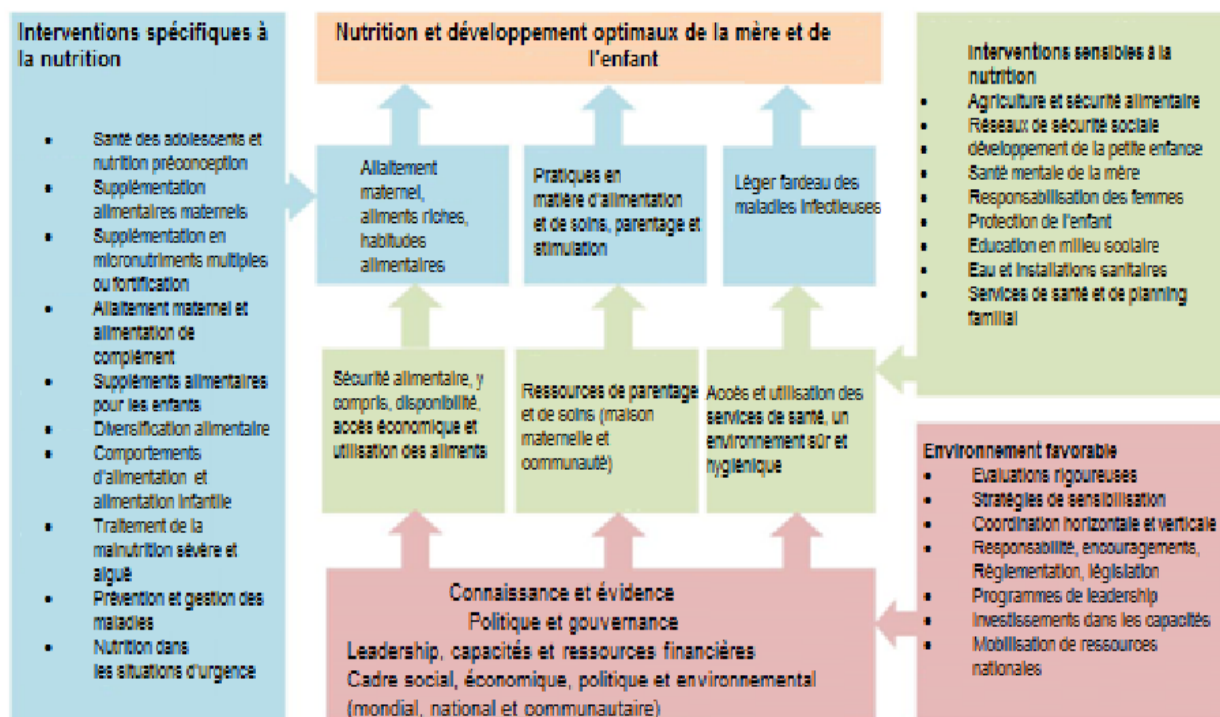
La mortalité et l'incapacité dues aux maladies non transmissibles (y compris les conditions de santé mentale) en Afrique sont en augmentation. Un facteur important est les changements démographiques, comportementaux et socioéconomiques associés à des revenus plus élevés, l'urbanisation et d'autres facteurs. L'hypertension, l'accident vasculaire cérébral, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les conséquences de l'usage du tabac, de l'abus d'alcool et de drogues illicites continuent de poser des problèmes de santé publique sérieux dans de nombreux pays africains. Les blessures causées par les accidents, notamment, celles liées à la circulation, la pollution environnementale et intérieure, la violence et les guerres contribuent, également, à la morbidité et la mortalité dues aux maladies non transmissibles.

La crise d'Ebola qui a secoué le continent a démontré l'importance de la mise en œuvre de stratégies qui anticipent, préparent, atténuent et répondent aux catastrophes. En 2013, la Conférence des chefs d'État et de gouvernement (en vertu de la décision Assembly / AU / Dec.499 (XXII)) a demandé à la CUA de mettre en place un Centre africain de prévention et de contrôle des maladies (ACDC) et en 2014, la 16ème session extraordinaire de la réunion du Conseil exécutif de l'UA sur le virus Ebola a demandé à la CUA d'assurer le fonctionnement de l'ACDC, ainsi que la création de centres régionaux avant la mi-2015. La CUA, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres parties prenantes identifiées ont été chargées de fournir un appui technique à la mise en place de l'ACDC. La Commission a fait des progrès significatifs dans la mise en place de l'ACDC qui devrait être lancée en 2016.

Tous les pays africains ont adopté les objectifs globaux pour l'amélioration de la nutrition, comme convenu par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2011. Ces objectifs ont été adoptés comme objectifs d'impact de la stratégie régionale africaine révisée sur la nutrition pour 2015-2025 (ARNS 2015-2025), y compris, la réduction de 40%, d'ici 2030, du nombre d'enfants africains de moins de cinq ans qui ont un retard de croissance; la réduction de 50% de l'anémie chez les femmes en âge de procréer en Afrique; la réduction du faible poids à la naissance en Afrique de 30%; l'augmentation du taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois d'au moins 50%, la réduction et le maintien de la perte de poids chez les enfants à moins de 5% et s'assurer qu'il n'y ait pas d'augmentation de l'obésité chez les enfants africains de moins de 5 ans.

La Stratégie régionale africaine sur la nutrition 2015-25 vise à atteindre ces objectifs grâce à une combinaison d'interventions « spécifiques et sensibles à la nutrition ». La stratégie énumère 10 interventions spécifiques à la nutrition et propose la nécessité de faire d'autres secteurs de développement national sensibles à la nutrition, tout en créant un environnement favorable à la promotion de la nutrition.

Figure 1. Interventions spécifiques à la nutrition et sensibles à la nutrition



Les défis des travailleurs de la santé en Afrique représentent l'un des maillons les plus faibles de ses systèmes de santé. Une production insuffisante, une formation initiale faible, un déploiement et des stratégies de rétention pauvres, outre l'absence d'un cadre global de ressources humaines nationales font partie des principales caractéristiques des problèmes de ressources humaines dans de nombreux pays.

Le nombre de pays ayant des politiques nationales en matière de médecines traditionnelles et complémentaires (MT & C) a augmenté de huit en 1999/2000 à 39 en 2010, et le nombre de ceux qui ont des plans stratégiques nationaux de MT & C est passé de zéro à 18. Les cadres réglementaires nationaux sont passés de un en 1999 / 2000 à 28 en 2010, dont, divers instruments, tels que le code d'éthique et le cadre juridique des praticiens des MT & C (Comité régional de l'OMS AFRO, septembre 2013). En 2010, huit pays africains ont institutionnalisé des programmes de formation pour les praticiens des MT & C, 13 pays ont élaboré des programmes de formation pour les étudiants en sciences de la santé et des MT & C, alors que 22 pays ont mené des recherches sur les médicaments traditionnels contre le paludisme, le VIH / sida, la drépanocytose, le diabète et l'hypertension en utilisant des lignes directrices de l'OMS. Par conséquent, quatre pays africains ont inclus les médicaments traditionnels dans leurs listes de médicaments essentiels nationaux. Les lignes directrices pour la protection des droits de propriété intellectuelle (DPI) et les connaissances de la médecine traditionnelle ont, également, été mis au point par plusieurs États membres. En 2010, six pays africains avaient des outils nationaux de protection des DPI et des connaissances de la médecine traditionnelle et huit ont établi des bases de données sur les praticiens de la médecine traditionnelle, les connaissances de la médecine traditionnelle et l'accès aux ressources biologiques (Comité régional OMS AFRO, Septembre 2013).

En somme, l'avantage comparatif de la SAS 2007-2015 était de fournir un ensemble de priorités et d'orientations stratégiques pour les États membres et les CER à traiter. Mise dans le cadre d'un certain nombre d'engagements clés de la politique continentale et mondiale, la SAS 2007-2015 a donné l'élan nécessaire aux États membres et aux CER. Dans le même temps, les nouvelles réalités en Afrique et les nouveaux engagements mondiaux et continentaux sont en train d'émerger dans le but de répondre aux priorités de santé des populations africaines à l'ère post-2015. Les principaux sont l'«Agenda 2063: L'Afrique que nous voulons» et les objectifs de développement durable. Afin de poursuivre les acquis et relever les défis restants de la santé, il est essentiel que la performance de la SAS 2007- 2015 soit analysée pour mettre à jour la nouvelle SAS 2016-2030.

VI. METHODOLOGIE D'EVALUATION

1. Méthodes :

L'évaluation a été effectuée par un examen documentaire de la littérature clé, les instruments politiques et les résultats des rapports d'examen qui ont analysé les progrès pertinents pour la stratégie africaine de santé 2007-2015.

L'examen documentaire a compris:

- a. examen des rapports d'évaluation des autres instruments de la politique de santé de l'UA venant à échéance, les rapports d'examen de santé des Nations Unies et tout autre document similaire;
- b. examen des politiques, stratégies ou plans dans le secteur de la santé nationale disponibles des États membres de l'UA (accessibles à la base de données mondiale de l'OMS <http://www.nationalplanningcycles.org/>);
- c. examen de la documentation sur les politiques régionales du secteur de la santé couvrant la période allant de mai 2007 à Décembre 2015. Les documents régionaux ont couvert les huit Communautés économiques régionales à savoir:
 - i) Union du Maghreb arabe (UMA) ;
 - ii) Marché commun de l'Afrique orientale et australe (COMESA) ;
 - iii) Communauté des Etats sahélo-sahariens (CEN-SAD) ;
 - iv) Communauté d'Afrique de l'Est (CAE) ;
 - v) Communauté économique des Etats d'Afrique centrale (CEEAC) ;
 - vi) Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) ;
 - vii) Autorité intergouvernementale pour le développement (IGAD) ;
 - viii) Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC).

2. Cadre analytique:

Pour répondre aux questions clés énoncées dans les objectifs de cette évaluation, l'analyse a été réalisée à deux niveaux. Le premier vise à répondre à l'objectif d'évaluation cherchant à identifier les lacunes, les défis, les opportunités et les leçons apprises. Il s'est appuyé sur la littérature disponible, notamment, l'évaluation des progrès en Afrique dans la réalisation des ODM et l'examen des politiques et des engagements en matière de santé sur le continent, pour en évaluer l'impact.

Le deuxième niveau vise à répondre à l'objectif d'évaluation pour déterminer à quel point les cadres politiques de santé nationales et régionales ont utilisé les orientations stratégiques de la SAS 2007-2015. Ainsi, cette seconde analyse a examiné tous les cadres de la politique de santé nationaux (États membres) et régionaux (CER) existants afin de déterminer le degré de prise en compte des sept orientations stratégiques principales suivantes de la SAS 2007-2015:

- i) renforcer les **systemes nationaux de la santé** pour une riposte

durable du secteur de la santé; notamment **l'approvisionnement/fourniture des produits, les ressources humaines pour les systèmes de santé et d'information sanitaire** en tant que composantes de base d'un système de santé efficace;

- ii) créer des **liens politiques multisectoriels clairs et des approches intégrées** dans la lutte contre les défis des maladies transmissibles, non transmissibles et les problèmes de la reproduction, de la santé maternelle et infantile avec les secteurs qui ont une influence prouvée sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
- iii) améliorer les systèmes nationaux et sous-nationaux de gouvernance pour accroître l'appropriation communautaire et renforcer les partenariats avec la communauté, le secteur privé et / ou les institutions traditionnelles (par exemple les institutions religieuses, les guérisseurs traditionnels, etc.);
- iv) large **mobilisation de ressources pour le financement durable du secteur de la santé** ;
- v) efficacité de l'aide grâce à une **meilleure harmonisation** entre les partenaires internationaux au développement, ainsi qu'un meilleur **alignement** entre eux et la politique nationale et les cadres stratégiques de la santé;
- vi) accorder la priorité à **la santé des femmes, des enfants et des autres groupes ayant besoin de protection sociale**;
- vii) investir dans **la recherche** qui renforce la réponse du système de santé aux défis nationaux, y compris, la recherche sur la médecine traditionnelle africaine, renforcer la surveillance et la capacité d'évaluation du secteur national de la santé, améliorer la surveillance et la réponse aux maladies, renforcer la gestion des risques de catastrophe et d'autres domaines.

3. Limites méthodologiques:

Il y a des limites précises à la méthodologie adoptée pour cette évaluation qu'il faudrait prendre en considération lors de l'interprétation des résultats et des conclusions. La mesure dans laquelle la SAS 2007-2015 a guidé les États membres et les CER à mettre en œuvre leurs cadres politiques de santé ne vise pas à refléter le succès des États membres dans la lutte contre les principaux problèmes de santé décrits dans la stratégie. C'est, plutôt, un indicateur général pour savoir s'ils ont utilisé la SAS 2007-2015 lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de leurs cadres.

L'étude théorique ne peut pas déterminer avec précision la mesure dans laquelle la SAS a été appliquée par les États membres, ou répondre de manière adéquate à la question de savoir si cette application a conduit ou non à des changements dans

l'état de santé de la population. Il faut espérer que cette limitation soit partiellement compensée par le fait que la littérature consultée dans cette évaluation comprenait l'examen, en 2015, des progrès accomplis dans la réalisation des ODM en Afrique, l'examen de l'Appel d'Abuja et celui du Plan de Maputo Action en 2015.

VII. PRINCIPALES CONSTATATIONS

1. Situation sanitaire en Afrique

Des progrès significatifs ont été accomplis en Afrique dans la réalisation des ODM. La réduction radicale de la mortalité maternelle et infantile, la réduction spectaculaire de la mortalité due au sida, à la tuberculose et au paludisme, ainsi que l'éradication totale de la polio en Afrique sont des réalisations qui ont démontré l'existence d'une volonté vive et d'un leadership solide dans le continent.

Cependant, beaucoup reste à faire et les révisions de 2015 des instruments de la politique de santé de la Commission de l'Union africaine et des informations provenant d'autres rapports sur la santé ont indiqué la nécessité de maintenir l'effort pour s'attaquer au lourd fardeau des maladies en Afrique.

En comparaison à d'autres régions du monde, l'Afrique a toujours le plus grand nombre de pays ayant les pires indicateurs de la mortalité maternelle et infantile, la morbidité et la mortalité des maladies transmissibles. Le triple fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles et des blessures et des traumatismes, y compris l'impact socio-économique de ceux-ci, a entravé le développement en Afrique. À moins qu'un effort plus fort et délibéré ne soit déployé pour réduire ce fardeau de la maladie grâce à des investissements à long terme dans les systèmes de santé et le capital humain, les gains réalisés dans les domaines économiques et politiques seront probablement érodés.

a. Progrès dans l'amélioration des déterminants sociaux de la santé

La pauvreté, la nutrition, l'autonomisation des femmes, l'éducation, ainsi que l'approvisionnement en eau et l'assainissement sont des thèmes importants des ODM du point de vue du secteur de la santé, car ils sont les plus étroitement associés à l'amélioration de la santé. Relever le défi du chômage des jeunes est, également, essentiel pour que l'Afrique puisse tirer un dividende de l'explosion de la population jeune.

La réduction de la pauvreté et de la faim (ODM 1) n'a pas été très réussie en Afrique. En raison d'un manque d'emplois décents, la majorité de la population en Afrique occupe des emplois vulnérables, largement concentrés dans le secteur informel. Malgré une croissance positive du PIB depuis 2001 (moyennant au moins 5% au-dessus de la moyenne mondiale de 3%, tirée par les industries extractives, en particulier les minéraux, le pétrole et le gaz), cette croissance a entraîné des améliorations qui sont soit insuffisants, soit suffisamment inclusives pour fournir des opportunités d'emploi décent pour la majorité de la population active. En effet, le taux d'emploi a diminué de 57,7% en 2005 à 44,4% en 2012. Les taux de chômage sont à deux chiffres dans certaines sous-régions (bien que ceux-ci soient dissimulés, dans certains cas, par des niveaux élevés d'informalité). L'Afrique australe a enregistré les taux de chômage les plus élevés en 2013 (21,6%), suivie de l'Afrique du Nord (13,2%), l'Afrique centrale (8,5%), et l'Afrique orientale (7,9% pour cent), alors que l'Afrique de l'Ouest a eu les taux de chômage les plus bas (6,9 %). Le taux

de chômage chez les jeunes et les femmes est constamment plus élevé que celui des hommes dans toutes les régions. Bien qu'il y ait eu des réductions significatives du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, les niveaux de retard de croissance restent élevés. (CUA, CEA, PNUD, septembre 2015).

Le Rapport d'étape des ODM en Afrique de 2015 indique certains progrès accomplis collectivement par le continent dans certains ODM, notamment, dans la scolarisation primaire (ODM 2). Dans l'ensemble, la plupart des pays africains ont fait des progrès significatifs, suite à des réformes politiques en utilisant des approches participatives, l'amélioration de la gouvernance et des prestations de services. Les progrès ont été plus lents en matière de satisfaction des besoins des jeunes hors de l'école, les enfants handicapés, les enfants vivant dans les Etats touchés par les conflits, les populations nomades et certaines minorités ethniques. Avec un taux d'achèvement du primaire de 67%, l'Afrique est encore loin des taux d'achèvement du primaire pour tous avant 2015. A peine 20 % des pays africains ont atteint cet objectif en 2012. Entre 2000 et 2012, certains pays, par exemple, trois pays ont enregistré des progrès rapides, tandis que d'autres stagnent ou ont connu des baisses sévères.

L'égalité des sexes (ODM 3) s'est légèrement améliorée en termes de proportion des femmes dans la population active. La croissance de l'Afrique a eu un impact limité sur le bien-être des femmes et des jeunes, et plusieurs contraintes font perpétuer des lacunes significatives entre les sexes en matière de participation des femmes dans des emplois rémunérés dans le secteur formel, y compris, l'accès aux intrants, aux crédits, à la terre, au capital et à la technologie.

A part une poignée de pays, peu de progrès a été réalisé en matière d'accès à l'approvisionnement en eau et l'assainissement (cible 10 de l'ODM 7), l'accès à l'approvisionnement en eau s'est amélioré légèrement plus que l'accès à des installations sanitaires adéquates. En Afrique, seulement 24% de la population actuelle a pu avoir accès à une source améliorée d'eau potable depuis 2000, ce qui est le taux le plus bas à l'échelle mondiale. En outre, seulement 16 pour cent de la population a accès à l'eau potable courante et c'est, également, le taux le plus bas du monde. Il existe de grandes disparités entre les zones rurales et urbaines dans l'accès à l'eau potable qui ont tendance à tirer vers le bas les chiffres globaux nationaux dans certains pays. De même, la proportion de personnes ayant accès à un assainissement amélioré n'a que modérément augmenté en Afrique (hors Afrique du Nord), de 24% en 1990 à 30% en 2012. Les différences entre zones rurales et urbaines et la mauvaise situation des habitants des bidonvilles (dans un continent connaissant des taux d'urbanisation non planifiée élevés) compliquent davantage cette lenteur de progrès dans la réalisation d'un meilleur accès à l'eau courante et aux installations sanitaires adéquates.

b. Progrès dans la réalisation des ODM liés à la santé

Le continent a fait des efforts considérables pour améliorer les résultats de la santé de ses populations. Les principales réalisations comprenaient des réductions impressionnantes de mortalité des moins de cinq ans, des réductions significatives de la mortalité maternelle et des réductions spectaculaires de la mortalité due au sida, à la tuberculose et au paludisme. Face aux grandes épidémies du VIH dans le

monde, de nombreux pays africains ont surmonté d'immenses obstacles et apporté des réponses énergiques de la santé publique au VIH, si puissantes pour inverser le cours de cette épidémie et atteindre l'ODM 6b avant la date limite de décembre 2015.

i) Santé infantile

Dans l'ensemble, les pays africains ont fait des progrès significatifs vers la réalisation de l'ODM 4 (Réduire la mortalité infantile). En effet, 43 pays d'Afrique ont réalisé une baisse plus significative de la mortalité au cours de la période 2000-2013 que pendant la période 1990-2000. Alors que l'Afrique hors Afrique du Nord a le taux de mortalité infantile le plus élevé du monde, le déclin absolu de la mortalité infantile est le plus important au cours des deux dernières décennies. Le taux de mortalité des moins de cinq ans est passé de 179 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 86 en 2015 (ONU, Juillet 2015). Le Taux de mortalité infantile (TMI) est passé de 90 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 54 décès pour 1000 naissances vivantes en 2014; ce qui représente une baisse moyenne de 40%. Toutefois, à titre de comparaison, l'Afrique hors Afrique du Nord a vu une réduction de seulement 32% de la mortalité néonatale, de 46 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 31 en 2013 (UNICEF, CUA, 2014).

En dépit de la réduction impressionnante des taux de mortalité pour les moins de cinq ans en Afrique, il est clairement nécessaire d'intensifier les efforts en vue d'obtenir un impact plus frappant. Le premier jour et la première semaine de la vie sont les plus critiques pour la survie du nouveau-né. En 2013, 36% de tous les décès de nouveau-nés ont eu lieu au cours des 24 premières heures de vie, tandis que 37% d'autres se sont produits dans les six jours suivants. En 2013, les décès dans les 28 premiers jours de la vie ont représenté près de 44% de tous les décès des moins de cinq ans dans le monde et 34% de tous les décès des moins de cinq ans en Afrique (hors Afrique du Nord). La plupart de ces décès résultent de complications de l'accouchement prématuré, les infections du nouveau-né et les complications survenant au cours de l'accouchement. Les maladies infectieuses (dont, le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la pneumonie, la rougeole et la diarrhée) contribuent à près d'un tiers de tous les décès chez les enfants de moins de cinq ans au niveau mondial. La pneumonie, la diarrhée et le paludisme représentaient environ 1,3 million, soit 40% des décès des moins de cinq ans en Afrique hors Afrique du Nord en 2013. En outre, les effets de la malnutrition pèsent lourdement sur la santé des enfants et on estime que la sous-alimentation (dont, le retard de croissance intra-utérin, le retard de croissance, l'émaciation et les carences en vitamines) ont contribué à 45% des décès des enfants de moins de cinq en 2011 (UNICEF, CUA, 2014).

Les taux de mortalité néonatale, en particulier, est loin derrière les autres taux de mortalité infantile et la persistance semble être affectée par quelques importantes contraintes. Celles-ci comprennent l'accès limité aux soins prénatals et postnatals, l'accès limité aux soins obstétricaux et néonataux urgents, la couverture vaccinale limitée, ainsi que les déterminants sociaux et économiques plus larges tels que la pauvreté maternelle, la malnutrition maternelle, le faible niveau d'instruction chez les femmes et les filles. La situation est pire pour les grandes populations rurales

d'Afrique qui ont un faible accès aux/ et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale.

ii) Santé maternelle

L'Afrique a réalisé des progrès significatifs dans la santé maternelle entre 1990 et 2013. Cependant, le continent compte environ 66% des décès maternels dans le monde. Le taux moyen de mortalité maternelle (TMM) en Afrique, hors Afrique du Nord, est passé de 990 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1990 à 510 pour 100 000 naissances vivantes en 2013, avec des variations à travers le continent (OMS / UNICEF / FNUAP / BM / PNUD, 2014). Certains États membres ont réduit leur taux de mortalité maternelle de plus de 75% entre 1990 et 2013, atteignant, ainsi, la cible 5 des ODM.

Le taux moyen des accouchements assistés par un personnel qualifié dans le continent en général a augmenté de près de 60% entre 2006 et 2013, mais, il reste en deçà du taux des accouchements assistés par un personnel qualifié proposé par l'OMS (80%). L'Afrique est toujours l'une des régions avec la plus faible proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (68%), même si elle a fait mieux que l'Asie du Sud (51 %) en 2012. En Afrique du Nord, la proportion de femmes enceintes qui ont reçu quatre ou plusieurs visites prénatales a augmenté de 50 à 89 pour cent entre 1990 et 2014 (ONU, Juillet 2015), alors que quatre pays ont enregistré une performance impressionnante, avec plus de 95 pour cent des naissances étant assistés par du personnel de santé qualifié (CUA / CEA / PNUD, 2015).

Parmi les principaux facteurs qui contribuent à la hausse du taux de mortalité maternelle sur le continent, le faible taux des naissances assistées par un personnel de santé qualifié, le faible taux de prévalence contraceptive, le taux élevé de natalité chez les adolescentes, la couverture limitée de soins prénatals, les besoins non satisfaits de la planification familiale et le faible accès aux contraceptifs (ONU, Juillet 2015). Le fait que près d'un sur deux de toutes les femmes qui meurent à l'accouchement en Afrique, hors Afrique du Nord, décèdent dans un cadre humanitaire met, également, en évidence l'effet perturbateur des catastrophes sur l'accès aux services de santé. Il y a aussi des défis majeurs dans le système d'information sur la santé dans la plupart des pays d'Afrique. Moins de deux cinquièmes des pays africains ont un système complet d'enregistrement civil et des statistiques vitales avec des indications exactes sur la cause de la mort, ce qui est nécessaire pour une mesure précise de la mortalité maternelle.

iii) Les services de santé sexuelle et reproductive

Le rapport d'étape des ODM en Afrique de 2015 indique que la moyenne des besoins non satisfaits en contraceptifs modernes pour les périodes 1990-2005 et 2006-2013 reste élevée et varie entre 24,5% et 26,2%, respectivement, alors que le taux de prévalence contraceptive moyenne n'a que légèrement augmenté, passant de 24,3% entre 1990 et 2005 à 25,9% entre 2006 et 2013.

Dans la plus grande partie d'Afrique, hors Afrique du Nord, la fécondité est à peine en baisse, tandis que le nombre de femmes en âge de procréer augmente de

manière significative, menant à de plus grandes cohortes d'enfants, d'adolescents et de jeunes. Les besoins de cette proportion croissante d'enfants, d'adolescents et de jeunes sont à peine couverts. En outre, il y a très peu de reconnaissance du formidable «dividende démographique» que l'Afrique peut réaliser par la mise en œuvre et l'intensification des interventions dans le capital humain (santé et éducation) qui sont avérés avoir un rendement élevé sur les investissements, à côté des politiques économiques et de gouvernance saines. Dans ce contexte, il est important de noter que le dividende n'est pas automatique et nécessite un ensemble d'investissements et d'engagements politiques, y compris, les politiques et les programmes qui favorisent et protègent l'équité et les droits humains.

Chaque année, il en coûterait 17,2 milliards \$ (76 \$ par femme en âge de procréer), pour fournir à toutes les femmes et les filles en Afrique un ensemble complet de services de santé sexuelle et reproductive.(SSR) , notamment, les services de contraception moderne, de santé maternelle et néonatale, de dépistage du VIH et de conseil et de traitement antirétroviral pour les femmes pendant la grossesse et après l'accouchement; le dépistage du VIH chez les nouveau-nés et leur traitement et le traitement pour quatre grandes IST (infections sexuellement transmissibles) curables. Ceci est cinq fois plus élevé que les niveaux actuels d'investissement et donne une indication que l'Afrique ne dépense pas assez sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR).

iv) Nutrition

L'Afrique, hors Afrique du Nord, souffre le plus de déficience de nourriture de toutes les régions du monde, avec 25 pour cent de sa population ayant fait face à la faim et de la malnutrition au cours de la période 2011-2013, une amélioration modeste de 8% par rapport au niveau connu au cours des années 1990-1992. Les conflits constants en Afrique centrale et les conditions météorologiques défavorables, comme les sécheresses et les inondations au Sahel, en Corne de l'Afrique et en Afrique du Sud continuent d'exercer une pression sur la sécurité alimentaire et la nutrition.

Assurer une bonne nutrition adéquate est important pour et la croissance et la santé de l'enfant et des adolescents, notamment, chez les adolescentes, les femmes enceintes et les jeunes filles enceintes. En Afrique au sud du Sahara, la proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale a diminué de seulement un tiers depuis 1990. Toutefois, en raison de la croissance de la population de la région, le nombre d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale a, en fait, augmenté (ONU, Juillet 2015). La proportion d'enfants rabougris a été réduite de 41,6 pour cent en 1990 à une moyenne de 34,1% entre 2006 et 2013. Toutefois, le nombre d'enfants rabougris a, en fait, augmenté en Afrique sub-saharienne où les chiffres ont augmenté d'environ un tiers entre 1990 et 2013. Le retard de croissance reste donc encore un problème majeur sur le continent en raison d'un certain nombre de facteurs qui incluent les barrières socioculturelles, la pauvreté chronique, l'insécurité alimentaire, l'approvisionnement inadéquat en aliments sains et nutritifs en quantité et qualité, ainsi que, le manque d'accès à l'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement.

v) Les jeunes et les adolescents

Les complications pendant la grossesse et l'accouchement sont une cause fréquente de décès chez les filles et les jeunes femmes dans les pays en développement. Chaque jour, dans les pays en développement, 20 000 jeunes filles de moins de 18 ans accouchent (FNUAP, 2013). Les filles de moins de 15 ans représentent deux millions du total annuel de 7,3 millions de nouvelles mères adolescentes et, si les tendances actuelles se poursuivent, le nombre de naissances pour les filles de moins de 15 ans pourraient atteindre trois millions par an en 2030.

Environ 11% des naissances dans le monde entier, ou environ 16 millions sont chez les filles de 15-19 ans, et les très jeunes mères sont les plus susceptibles de souffrir de complications et de mourir de causes liées à la grossesse. Les adolescentes ont des taux élevés de complications liées à la grossesse, l'accouchement et l'avortement à risque; les causes maternelles constituent la deuxième principale cause de mortalité chez les femmes de 15 à 19 ans à l'échelle mondiale. Les conséquences ont des implications pour les générations futures, puisque les nouveau-nés et les nourrissons de mères adolescentes risquent le plus l'insuffisance pondérale et la mortalité à la naissance.

Le VIH est aujourd'hui la deuxième cause de décès pour les adolescents, contrairement au problème de la mortalité maternelle. Etant donné que les filles et les jeunes mères sont plus exposées au VIH, cette augmentation des décès liés au VIH est un cas évident de l'échec de satisfaire les besoins des jeunes, notamment, les filles et les jeunes femmes, en matière de santé sexuelle et reproductive.

L'accès à l'information et les services de santé appropriés sont au centre de la capacité des jeunes hommes et femmes de réaliser leurs droits à la santé sexuelle et reproductive. Malheureusement, en dépit de toute la récente attention à leurs besoins, la plupart des adolescents et des jeunes n'ont toujours pas obtenu ce dont ils ont besoin en matière d'information et de services. L'accès à une éducation sexuelle complète de qualité reste difficile pour la plupart des adolescents (Commission des Nations Unies sur la population et le développement, 2014; UNESCO, 2014a). Bien que de nombreux pays aient une politique et un programme d'éducation sexuelle complets, la plupart d'entre eux ne les mettent pas en œuvre à grande échelle ou d'une manière qui respecte les normes internationales (FNUAP, 2014c, FNUAP, 2013b). En outre l'accès aux contraceptifs est très faible : seulement 22 pour cent des adolescents ont accès aux contraceptifs contre 60 pour cent pour les femmes de plus de 30 ans.

Le pourcentage de jeunes ayant une connaissance globale du VIH était de 39% pour les jeunes hommes et 28% pour les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans en Afrique sub-saharienne (Nations Unies, 2014a). Pour compléter ces connaissances, les jeunes ont besoin d'un large éventail de services de santé sexuelle et reproductive, notamment, pour la prévention de la grossesse chez les adolescentes, les soins pour les adolescentes enceintes, la prévention, le dépistage, le conseil, le traitement et les soins du VIH, la fourniture de vaccins contre le VPH, l'accès aux moyens de prévention de la grossesse et les soins d'avortement sans risque (Organisation mondiale de la Santé, 2014b).

vi) Vaccination

La vaccination reste l'une des interventions de santé publique les plus rentables pour réduire la morbidité et la mortalité infantile. C'est, également, une intervention efficace ciblant les adolescents dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus causé par le virus du papillome humain.

La couverture vaccinale de la diphtérie, le tétanos, le vaccin contre la coqueluche (DTC3, qui est souvent utilisée comme indicateur de la couverture vaccinale de routine) était de 84% dans le monde en 2013, 10% en Afrique, hors Afrique du Nord, la couverture de 2014 en DTC3 était de 77% avec de fortes disparités entre les pays (OMS /CUA, 2014).

Entre 2000 et 2009, la couverture mondiale avec la première dose de vaccin contre la rougeole (MCV1) est passée de 73 à 83 pour cent, mais elle a stagné à 83-84 pour cent de 2010 à 2013. La progression la plus impressionnante a été réalisée en Afrique, hors Afrique du Nord, où la couverture est passée de 53 pour cent en 2000 à 74 pour cent en 2013 (ONU, Juillet 2015).

vii) VIH /SIDA, tuberculose et paludisme

Le continent africain a fait des progrès significatifs dans la riposte au sida, la tuberculose et le paludisme depuis la Déclaration d'Abuja sur l'initiative « Faire reculer le paludisme » (2000) et la Déclaration d'Abuja sur le VIH / SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes (2001). L'Appel d'Abuja de 2006, la Feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme et la déclaration d'Abuja de 2013 ont démontré un engagement soutenu au plus haut niveau.

L'Afrique (à l'exception de l'Afrique du Nord) est devenue la première région du monde à atteindre la cible 6 des ODM pour le VIH avant l'échéance de décembre 2015 (OMS, déclaration de la DG PRESS, décembre 2015). Face aux grandes épidémies de VIH dans le monde, de nombreux pays africains ont réussi à surmonter les obstacles difficiles et établi des réponses fortes en matière de santé publique contre le VIH, suffisamment vigoureuses pour inverser le cours de leurs épidémies et assez complètes pour aborder la prévention, le traitement, les soins. En conséquence, le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH a diminué d'environ 41% au cours de la période 2000 - 2014 (plus que dans toute autre région du monde) et le renforcement extraordinaire de traitement du VIH à près de 11 millions de personnes vers 2014 a permis d'éviter environ 5,4 millions de décès, avec une réduction de près de la moitié des décès liés au sida depuis 2005.

En dépit de toutes ces réalisations impressionnantes, l'Afrique (sauf l'Afrique du Nord) continue d'être la région la plus touchée par la pandémie du VIH / SIDA avec près de 26 millions de personnes vivant avec l'infection et neuf sur dix de tous les enfants vivant avec le VIH / SIDA dans le monde se trouvent dans la région. En outre, 1,4 millions de personnes sont infectées par la maladie chaque année et il y avait près de 800.000 décès dus au VIH rien qu'en 2014. Par ailleurs, et alors que la mortalité due au paludisme et à la tuberculose a été considérablement réduite, il y a encore des défis majeurs pour assurer un accès suffisant à la prévention et le traitement afin de réduire la morbidité de ces deux maladies.

Parmi ces défis majeurs figurent la stigmatisation et la discrimination encore omniprésentes associées au VIH / SIDA et la tuberculose en Afrique, notamment, envers les populations clés vivant avec ces maladies. La couverture de la thérapie antirétrovirale (ART), l'intégration des différents programmes portant sur les conditions de comorbidité (par exemple tuberculose / VIH, tuberculose / hépatite, injection de drogues chez les personnes vivant avec le VIH, VIH et maladies sexuellement transmissibles, santé reproductive avec PTME, etc.) est une lacune importante dans la réponse du secteur de la santé en Afrique. Plus largement, l'association entre la vulnérabilité au VIH et la violence fondée sur le genre, la pauvreté, les conflits et d'autres facteurs doivent être pris en compte.

Selon le Cadre catalytique pour mettre fin au sida et la tuberculose et éradiquer le paludisme en Afrique d'ici 2030 (CUA, 2015), l'accès au traitement du VIH en Afrique a augmenté de plus de 100 fois entre 2000 et 2013. Environ 10 millions de personnes sont désormais sous traitement. Les nouvelles infections à VIH et les décès liés au SIDA en Afrique au sud du Sahara ont diminué de 33% et 30% respectivement (Ibid.).

Plus de 6,2 millions de décès dus au paludisme ont été évités entre 2000 et 2015, principalement, des enfants de moins de cinq ans en Afrique au sud du Sahara. Plus de 900 millions de moustiquaires traitées à l'insecticide ont été livrées aux pays où le paludisme est endémique en Afrique sub-saharienne entre 2004 et 2014. Entre 2000 et 2013, la prévention de la tuberculose, les interventions de diagnostic et de traitement ont sauvé environ 37 millions de vies. Le taux de mortalité lié à la tuberculose a chuté de 45 pour cent et le taux de prévalence de 41 pour cent entre 1990 et 2013 (ONU. juillet 2015).

Cependant, l'Afrique détient encore plus de la moitié de tous les cas du monde et des taux de décès dus au VIH / SIDA, au paludisme et à la tuberculose. L'Afrique (sauf l'Afrique du Nord) continue d'être la région la plus touchée par la pandémie du VIH / SIDA avec près de 26 millions de personnes vivant avec l'infection et neuf sur dix de tous les enfants vivant avec le VIH / SIDA dans le monde se trouvent dans la région. En outre, 1,4 millions de personnes sont infectées par la maladie chaque année et il y avait près de 800.000 décès dus au VIH rien qu'en 2014.

Alors que la mortalité due au paludisme et à la tuberculose a été considérablement réduite, il y a encore des défis majeurs pour assurer un accès suffisant à la prévention et le traitement afin de réduire la morbidité de ces deux maladies.

Le rapport mondial de l'OMS de 2015 sur la tuberculose indique que 74% des cas de VIH ont développé la tuberculose en Afrique. Le Bureau régional de l'Afrique de l'OMS n'a pas réussi à atteindre l'objectif ODM qui consiste à réduire la prévalence et la mortalité due à la tuberculose de 50%. Neuf des 22 pays les plus touchés par la tuberculose contribuent à hauteur de 80% de la charge mondiale de morbidité sont en Afrique.

De même, le rapport mondial de l'OMS de 2014 sur le paludisme indique que des 584 000 décès liés au paludisme en 2013, 525 000 ont eu lieu en Afrique, dont 410 000 (78%) étaient des enfants de moins de cinq ans. En Afrique, parmi les 786

millions de personnes à risque de paludisme, seulement 7% (55 millions) ont été protégées par la pulvérisation intra-domiciliaire qui a diminué de 11% en 2010. En 2013, 49% de la population à risque avait accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticides dans leurs ménages, mais seulement 44% dormaient sous les filets. Il y a une grave préoccupation face à une résistance croissante aux insecticides, notamment les pyréthrinoides

viii) Autres infections transmissibles

En outre, il est essentiel de mettre en évidence le lourd fardeau d'autres maladies transmissibles, facilement évitables, dont, la pneumonie, la diarrhée et la rougeole chez les enfants. De même, les progrès ont été lents dans la réduction de la charge et de l'impact socio-économique des maladies tropicales négligées (MTN), telles que l'onchocercose, la trypanosomiase, la schistosomiase, le ver de Guinée et la filariose. D'autres maladies transmissibles importantes pour la santé publique comme le choléra, la méningite, Ebola et Marburg continuent de causer des épidémies.

ix) Maladies non transmissibles (MNT), santé mentale, blessures et invalidité

L'Afrique a, désormais, affaire au triple fardeau des deux maladies transmissibles et non transmissibles et une gamme de conditions de santé liées à la santé reproductive, maternelle, de l'adolescent et de l'enfant, aussi bien que les blessures, les accidents, la santé mentale et la toxicomanie. Ces faits se produisent, souvent, simultanément, dans le même pays. Les maladies non transmissibles (MNT), notamment, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, sont responsables de 63% de tous les décès dans le monde (36 millions sur 57 millions décès dans le monde). 80% des décès liés aux MNT surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les MNT ne sont pas, seulement, un problème de santé, mais, également, un problème de développement. L'élimination des principaux facteurs de risque pourrait prévenir environ les trois quarts des maladies cardiaques, du diabète de type 2, de l'AVC et 40% des cancers.

Le taux de croissance de la mortalité et de l'incapacité due aux maladies non transmissibles (y compris les problèmes de santé mentale, les blessures et l'invalidité) en Afrique est en augmentation, avec des maladies chroniques qui deviennent de plus en plus répandues. Un facteur important est les changements démographiques, comportementaux et socio-économiques associés à des revenus plus élevés, l'urbanisation et d'autres facteurs. L'hypertension, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les conséquences de l'usage du tabac, l'abus d'alcool et de drogues illicites continuent de poser des problèmes de santé publique graves dans de nombreux États membres. Les blessures causées par les accidents, la pollution de l'environnement et dans les espaces clos, la violence, les guerres et les accidents de la circulation contribuent à la morbidité et la mortalité dues aux maladies non transmissibles. Les problèmes de santé mentale, notamment, la toxicomanie, sont particulièrement préoccupants chez les adolescents et les jeunes. La prévalence du handicap en Afrique souffre de l'absence de données fiables actualisées pour mieux décrire le

problème, mais, elle est considérée comme élevée. Les facteurs contributifs sont associés aux effets des conflits armés, la violence, les taux rapides d'urbanisation, ainsi que la persistance de maladies tropicales débilitantes négligées.

x) Violence sexiste et pratiques traditionnelles néfastes

La violence fondée sur le sexe (VFS) comprend la violence sexuelle; la violence familiale; la violence infligée aux enfants, le mariage forcé et précoce; les pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations génitales féminines; les crimes d'honneur; et le trafic. En 2010, près de 70% des États membres avaient des lois / instruments juridiques qui traitaient la VFS (ACUA, 2015). La proportion de femmes déclarant la violence conjugale et la violence sexuelle non-partenaire est élevée (allant de 29,7% dans la région de l'Afrique australe à 65,6% dans la région d'Afrique centrale).

Une source particulière de danger pour la santé et la vie des filles et des jeunes femmes est la prévalence du mariage des enfants dans les pays où les jeunes sont les plus répandus dans les populations. Dans le monde entier, 39.000 filles deviennent des épouses enfants tous les jours, ou environ 140 millions en une décennie. En outre, cette pratique devient de plus en plus commune, en partie, pour des raisons démographiques. « Le problème menace de s'aggraver avec l'expansion de la population jeune dans le monde en développement », note le FNUAP (2012). Le mariage d'enfants, du fait qu'il s'accompagne généralement de grossesses précoces, est lié aux décès résultant de complications de la grossesse et de l'accouchement; les filles mariées risquent également davantage que les femmes mariées de subir des violences et d'autres sévices commis à leur rencontre par leur mari. (PMNCH, 2012).

c. Catastrophes et situations humanitaires

Les conflits armés ont eu des conséquences catastrophiques sur la santé et le bien-être des populations touchées, causant la mort, des blessures, la violence fondée sur le sexe, la perturbation des réseaux de soutien social, la perturbation des moyens de subsistance, des déplacements massifs de populations, la destruction des infrastructures de santé, la perturbation des services de la santé, le handicap, la malnutrition, des problèmes de santé mentale et des maladies transmissibles, ainsi que le détournement des ressources nécessaires et la volonté politique nécessaire pour répondre aux priorités de santé.

La crise d'Ebola est un rappel de la rapidité de réduire à néant les progrès réalisés lorsque les systèmes de santé ne sont pas résistants aux chocs. Elle a souligné l'importance de compléter les interventions de santé ciblées par des approches intégrées qui renforcent les systèmes de santé en général. En outre, Elle a accentué l'importance de la reconstruction des systèmes de santé des États membres fragiles, afin d'en renforcer la résilience contre de tels risques. En outre, l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest a amplifié l'inflation alimentaire dans les pays touchés et la sous-région, menaçant d'agrandir la Proportion de la population consommant moins que le niveau minimum requis d'énergie alimentaire. L'épidémie d'Ebola souligne non seulement la faiblesse de l'investissement dans les systèmes de santé, y compris la mauvaise préparation de réagir aux épidémies, mais, elle a, également,

mis en évidence des insuffisances structurelles à tous les niveaux, y compris la réponse opérationnelle globale.

d. Faiblesses du secteur de la santé

Bien qu'un système de santé solide ne soit pas une cible des ODM, une condition préalable essentielle pour la réalisation des ODM liés à la santé, c'est un fait qui est maintenant mieux reconnu dans les ODD qui cherchent à obtenir une couverture de santé universelle. L'absence d'une plateforme solide du système de santé peut saper les efforts de riposter de façon durable et rentable à des fardeaux spécifiques de maladies ou de problèmes de santé (« renforcer les systèmes de santé: l'affaire de tous » OMS, 2010). Sur le continent, le rapport des agents de santé (médecins, infirmières, sages-femmes, dentistes, pharmaciens et psychiatres) pour 10000 personnes était 6 fois inférieur à la moyenne mondiale. Des niveaux très élevés de dépenses, une faible couverture des systèmes nationaux d'assurance maladie, des faibles niveaux de dépenses gouvernementales sur la santé et des proportions très élevées de l'assistance internationale en termes de pourcentage des dépenses totales de santé.

La faible performance du système de santé sur les problèmes de santé spécifiques a ses racines dans la transversale de six blocs de construction des systèmes de santé, selon des études continentales de la CUA (rapport sur l'état de la SMNI, 2014), l'OMS (divers examens des faiblesses du système de santé dans le Région africaine) et d'autres sources. Pourtant, très peu d'États membres investissent l'effort et les ressources nécessaires pour renforcer systématiquement les systèmes de santé afin d'obtenir de meilleurs résultats pour la santé à l'échelle individuelle et collective.

- *Intendance, gouvernance*

Une harmonisation insuffisante, des approches multisectorielles faibles et un contrôle réglementaire inadéquat semblent être les principales caractéristiques de l'intendance et de gouvernance des défis de l'Afrique. Les défis sont évidents même par rapport à de nombreuses promesses législatives et constitutionnelles des États membres qui déclarent que la santé est un droit pour leurs citoyens. L'accès universel aux services de santé semble un objectif lointain plutôt qu'un objectif mesurable, réalisable et mis en place pour la plupart des politiques nationales de santé.

Il y a un manque de cohésion au sein des cadres nationaux de politique du secteur de la santé dans de nombreux États membres. Par exemple, la plupart des pays avaient des politiques et des stratégies de santé nationale qui étaient déconnectées dans le contenu des programmes-thème spécifiques ou verticaux tels que la vaccination, le VIH / SIDA, le paludisme. Examen du Plan d'action de Maputo de 2015 a rapporté que seulement 43% des États membres de l'UA avaient intégré les services SDSR, VIH / SIDA / IST et paludisme dans leurs politiques nationales de santé.

D'autres défis liés à la gouvernance et à l'intendance affectant le secteur de la santé sont communs à tous les secteurs de développement. Certains se sont aggravés,

plutôt qu'atténués par les succès économiques et leurs résultats dans certains États membres. Le coût de la croissance économique mal géré a entraîné l'échec des systèmes des services sociaux et municipaux afin de maintenir les taux rapides d'urbanisation. Les augmentations de population ultérieures et la dislocation de l'urbanisation non planifiée sont associées à la vulnérabilité aux maladies liées à la pauvreté, le logement inadéquat, la mauvaise qualité de l'eau et des services d'assainissement, ainsi que des risques accrus de maladies non transmissibles.

De même, la faiblesse de la gouvernance et du contrôle réglementaire ont augmenté la dégradation environnementale attribuable à une utilisation accrue des intrants agricoles, des déchets industriels, la pollution environnementale résultant de l'industrie extractive, la sécheresse et l'insécurité alimentaire en raison de conflits fonciers (souvent armés), ainsi que la déforestation excessive entraînée par l'agriculture et les investissements dans les infrastructures associées à la croissance économique. Dans seulement quelques États membres, l'introduction de l'élément de la gouvernance dans la réforme du secteur de la santé a conduit à l'amélioration des performances, notamment au Rwanda où la décentralisation des pouvoirs a été accompagnée par la délégation concomitante de la responsabilité de la gestion des ressources au niveau du district local.

- *Ressources humaines pour la santé:*

Divers examens ont cité les défis cruciaux auxquels la force de travail de la santé en Afrique est confrontée. Le personnel de santé en Afrique souffre d'une production insuffisante, de formation initiale insuffisante, de compétences insuffisantes, d'inadéquation de la combinaison des compétences, de pratiques de déploiement et de distribution pauvres, de soutien insuffisant en milieu de travail, de stratégies de motivation et de maintien, de faiblesse des cadres réglementaires et de répartition inégale des travailleurs de la santé. Ce dernier comporte un déséquilibre entre les différentes disciplines médicales, entre les milieux urbains et ruraux, entre les niveaux de soins (primaire, secondaire et tertiaire) ainsi qu'entre les secteurs public et privé.

- *Financement des soins de santé:*

Bien que le financement de la santé ait augmenté en Afrique depuis 2001, il n'a pas encore atteint l'objectif d'Abuja d'allouer 15% du total des dépenses publiques à la santé. Malgré cela, des progrès significatifs ont été accomplis en vue d'atteindre cet objectif. Par exemple, entre 2001 et 2013, les budgets de santé dans les États membres de l'UA ont augmenté de 9% à 11%. Seuls six États membres de l'UA ont atteint l'objectif d'Abuja d'allouer 15% des dépenses publiques pour la santé et un certain nombre d'autres pays sont en passe d'atteindre de l'objectif de 15%.

En outre, le financement des soins de santé souffre de frais supplémentaires élevés alors que la couverture d'assurance est en retard sur l'expansion de la population. Le rapport qualité-prix et le rendement des investissements ne font pas systématiquement partie des politiques gouvernementales dans le choix des interventions les plus rentables ou les priorités politiques. D'autres inefficacités dans les systèmes de santé en Afrique peuvent également être trouvées dans le faible niveau de l'effet de levier des potentiels du secteur privé en matière d'innovation, de

cofinancement et de couverture.

L'expérience de la plupart des secteurs de santé nationaux en matière de forte dépendance des donateurs, d'exploitation limitée du secteur privé, d'attribution inappropriée des finances disponibles à la santé, ainsi que l'attention insuffisante accordée à l'importance de l'équité dans la prise de décisions d'investissement. Les faibles investissements dans les systèmes de prévention et de santé publique, ainsi que l'accent sur les soins secondaires et tertiaires au détriment des soins de santé primaires de base et de prévention ont aggravé le problème.

Les investissements dans le secteur de la santé ne sont, cependant, pas les seuls déterminants de la santé et, là aussi, la mauvaise performance de nombreux États membres africains en termes d'investissement dans les secteurs qui influent sur la santé a été signalée. La marginalisation de nouveaux segments de la population en raison de l'absence de systèmes de protection sociale et les catastrophes cycliques signifient que la forte proportion de frais à la charge des patients dans la plupart des États membres enfonce toujours plus les pauvres et les marginalisés dans la pauvreté et la mauvaise santé.

- *Organisation des services de santé:*

Les défis de l'organisation des services de santé en Afrique sont étroitement liés à la gouvernance, le financement des soins de santé et le personnel de santé. Très peu de pays ont créé des approches décentralisées qui soient plus appropriées à leur santé et réalités démographiques de façon à accroître l'accès aux services. À quelques exceptions près, de nombreux États membres ont encore du mal à achever leurs processus de décentralisation, tout en répétant des erreurs telles que la décentralisation insuffisante des pouvoirs et des ressources à des unités administratives inférieures auxquelles une responsabilité supplémentaire a été déléguée. Les défis de l'organisation de prestation de services sont également évidents dans les faibles normes de dotation de personnel (ou leur application), mélange de compétences inadaptées dans les établissements de santé, l'absence de services d'aiguillage normalisés qui assurent un continuum de soins uniforme pour les patients, les inégalités dans la distribution des nouveaux établissements de santé (en comparaison avec la densité démographique et la charge de morbidité) et les mauvais gestion, supervision et soutien.

- *Les systèmes d'information sur la santé:*

Il y a des défis majeurs dans le système d'information sur la santé dans la plupart des pays d'Afrique. Moins de deux cinquièmes des pays africains ont un système complet d'enregistrement civil avec une bonne attribution de la cause de la mort, de l'état civil sur les naissances. Ces éléments sont essentiels pour la mesure précise des différents indicateurs de santé comme la mortalité maternelle. La pauvre base d'information stratégique dans la plupart des États membres a entraîné la faible utilisation des données et des preuves pour la prise de décision, y compris, la politique nationale et le développement de la stratégie et de la planification sous-nationale et la gestion des services de santé.

En étroite association avec une faible capacité de gouvernance, l'évaluation de l'UA de la réponse à l'épidémie d'Ebola a révélé comment l'information clé avait disparu, des données indiquant que les situations graves ont été supprimées et l'obligation juridique d'un État membre (conformément au Règlement sanitaire international; RSI 2005) de partager de manière transparente les données sur la situation en rapide détérioration a été négligée.

- *produits pharmaceutiques essentiels et sécurité des produits d'hygiène et d'approvisionnement:*

L'achat et le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement, l'environnement réglementaire et législatif sont insuffisants pour assurer l'accès aux produits médicaux de qualité assurée, sûrs et efficaces dans le continent. Les efforts actuels visant à renforcer les capacités locales et les capacités de fabrication, les systèmes de gestion réglementaire et intelligente de la chaîne d'approvisionnement aura un long chemin à parcourir pour la réalisation de la sécurité d'approvisionnement en produits médicaux essentiels en Afrique. L'accent doit être maintenu sur l'élimination des principaux obstacles par le développement des ressources humaines nécessaires, l'innovation des compétences et des technologies, le renforcement des capacités financières des institutions pour améliorer l'accès aux capitaux, le renforcement des industries et des secteurs de soutien, la promotion de partenariats stratégiques, tout en créant un environnement politique, législatif et réglementaire robuste et favorable.

2. Analyse des lacunes et des défis

Les causes de décès évitables et la mauvaise santé comprennent les maladies transmissibles et non transmissibles, les maladies mentales, les blessures et la violence, la malnutrition, les complications de la grossesse et de l'accouchement, les grossesses non désirées et le manque d'accès à/ou l'utilisation des services de soins de santé et qualité et de produits vitaux. Les causes structurelles sous-jacentes sont la pauvreté, l'inégalité entre les sexes (qui se manifeste par une discrimination dans les lois, politiques et pratiques) et la marginalisation (fondée sur l'âge, l'origine ethnique, la race, la caste, l'origine nationale, le statut d'immigration, le handicap, l'orientation sexuelle et d'autres motifs) qui sont des violations des droits de l'homme. D'autres facteurs qui influent de manière significative sur la santé et le bien-être comprennent: la génétique; les familles, les communautés et les institutions; l'inégalité des normes entre les sexes dans les ménages; les niveaux de revenu et d'éducation; les contextes sociaux et politiques; le lieu de travail et l'environnement.

Dans la mise en œuvre de leurs plans du secteur de la santé, les États membres de l'UA, les CER, les organisations de la société civile et les partenaires internationaux ont clairement fait des efforts considérables pour corriger les principales lacunes dans les systèmes de prestation de santé, dont, l'amélioration de la génération de l'information sur la santé, l'amélioration des politiques des ressources humaines et des normes de qualité meilleures pour la prestation des services de santé. Pourtant, les défis du secteur de la santé en Afrique posent encore des charges lourdes sur la vie, les moyens d'existence et le potentiel de développement socio-économique de nombreuses collectivités et des États membres sur le continent. L' « Agenda 2063:

L'Afrique que nous voulons» en collaboration avec l'Agenda SDG sont des occasions évidentes de recadrer et de redynamiser cet effort continental.

Les principaux défis restants qui nécessitent une attention, selon des récentes études, comprennent la mortalité maternelle et infantile qui reste élevée, les hauts niveaux de malnutrition aiguë et chronique, le taux élevé de morbidité et de mortalité par maladies non transmissibles et les lacunes en matière d'équité d'accès aux services de santé parmi les pauvres, les femmes, les adolescents et les jeunes, les personnes handicapées, les migrants et d'autres populations vulnérables.

a. analyse de l'équité

Les perceptions de l'inégalité et la privation des droits constituent au moins l'un des facteurs qui ont conduit à la déstabilisation politique considérable dans plusieurs États membres en Afrique. Dans cette optique, l'équité pourrait être considérée non seulement comme une valeur morale, mais, aussi, comme une condition pragmatique préalable au développement économique durable et la stabilité politique. L' « Agenda 2063: L'Afrique que nous voulons » de l'UA souligne le rôle vital que la sécurité sociale et la protection peuvent jouer pour garantir que la croissance conduise à la réduction de la pauvreté et de l'inégalité que les expériences de l'Europe, en Amérique latine et en Asie ont prouvé. En outre, la lutte contre les inégalités par la protection sociale rend la croissance plus inclusive en contribuant à la croissance de la demande intérieure. Il est également important de souligner que la sécurité sociale est à la fois un droit humain et une nécessité économique et sociale.

En Afrique, le système de sécurité sociale contributif fondé sur l'emploi couvre à peine 10% des travailleurs, en raison de la prédominance de l'économie informelle et du secteur rural. Cela se traduit par un écart significatif de la couverture sociale sur le marché du travail malgré les efforts de certains pays africains pour mettre en place des programmes de protection sociale non contributifs à l'aide de transferts de fonds, les travaux publics et une gamme de réseaux de sécurité pour les pauvres et les plus vulnérables. Les principaux défis dans les systèmes de protection sociale de l'Afrique (tant contributifs que non contributifs) sont le sous-financement et l'inefficacité de l'organisation et de la gestion ce qui a mené à une faible couverture et faible valeur de leurs prestations. Sans systèmes de protection sociale robustes qui ciblent ceux qui ont un accès inéquitable à la santé, le progrès ne peut être que lent dans la réalisation de meilleurs résultats en matière de santé au niveau national et encore moins, une croissance économique soutenue tirée par le développement du capital humain.

Pour les populations les plus vulnérables dans la plupart des États membres, les systèmes de protection sociale sont mal définis ou trop dysfonctionnel pour réduire les frais à la charge des patients et d'autres dépenses catastrophiques associées à la recherche des soins de santé. En réponse, et au niveau continental, l'Union africaine a adopté le Cadre de politique sociale (CPS), qui vise à encourager les États membres à étendre la couverture et fournir un ensemble minimal de services aux pauvres et aux vulnérables. Les plans de protection sociale ont généralement ciblé l'économie informelle et les travailleurs ruraux puisque la grande majorité de la

population active est engagée dans l'économie informelle et le secteur rural avec une faible couverture sociale.

Le nombre de pays africains ayant des programmes de protection sociale est passé de 21 en 2010 à 37 en 2013, c'est dire qu'ils ont presque doublé en nombre dans l'espace de trois ans seulement. Ils comprennent 123 programmes de transferts d'argent dans 34 pays et plus de 500 programmes de travaux publics. En outre, presque tous les pays africains ont des programmes de réseaux de sécurité - sur 48 pays de l'échantillon 45 avaient des transferts en nature conditionnels, 13 avaient des transferts monétaires conditionnels, 39 avaient des transferts en nature sans conditions, 37 avaient des transferts monétaires inconditionnels et 39 avaient des programmes de travaux publics, outre d'autres programmes nationaux qui fournissent une aide alimentaire d'urgence aux groupes vulnérables.

Bien qu'il ne soit pas la seule exigence pour obtenir des résultats, le financement durable de la santé est l'un des piliers les plus importants de la construction de systèmes de santé viables et une importante mesure pour améliorer l'accès équitable aux soins de santé et la réduction de la pauvreté. Cependant, et malgré l'augmentation des fonds des donateurs disponibles pour le secteur de la santé dans certains États membres et en dépit des engagements continentaux au niveau politique à Abuja et à Maputo, les dépenses du secteur de la santé par habitant dans certains États membres ont effectivement subi une baisse. L'Appel d'Abuja de 2006, a proposé qu'au moins 15% du budget annuel d'un pays soit affecté au secteur de la santé. Or, seulement une moyenne de 10,5% des dépenses publiques est actuellement allouée à la santé sur le continent, tandis que sept États membres ont atteint l'objectif d'Abuja. Dans le même temps, et alors que l'Appel d'Abuja a également invité les pays donateurs à remplir l'objectif à atteindre de 0,7% dans l'aide au développement à l'étranger en tant que proportion de leur PNB, un certain nombre de donateurs continuent de fournir une assistance bien inférieure à ce niveau.

Il est, également, important de considérer ce que les investissements équitables peuvent réaliser et où l'absence d'équité dans les investissements du secteur de la santé peut mener. L'édition 2010 du rapport de l'UNICEF intitulé «Comblent l'écart» a analysé la façon de réaliser un meilleur impact et des rendements des investissements au niveau national quand les gens les plus vulnérables ont accès aux services dont ils ont besoin. Le rapport indique que bien que de larges progrès aient été réalisés au cours des décennies récentes, les femmes, les enfants et les adolescents sont toujours confrontés à de nombreux problèmes de santé, avec de nombreux facteurs qui sont souvent interactifs.

Malgré les progrès, les sociétés négligent toujours les femmes, avec plus d'acuité dans les pays pauvres et parmi les femmes les plus pauvres dans tous les milieux. La discrimination fondée sur le sexe conduit à des désavantages économiques, sociaux et de santé pour les femmes, ce qui affecte leur propre bien-être et celui de leurs familles de façon complexe tout au long de la vie et à la prochaine génération. L'égalité des sexes est essentielle pour la santé et le développement.

L'état de santé chez les femmes, les enfants et les adolescents est pire quand les gens sont marginalisés et exclus de la société, affectés par la discrimination, ou

vivent dans des communautés mal desservies - surtout parmi les régions les plus pauvres, les moins instruites et les plus reculées. Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire il peut y avoir:

- jusqu'à trois fois plus de grossesses chez les adolescentes dans les populations rurales et autochtones que dans les populations urbaines ;
- jusqu'à 80% de différence dans les accouchements assistés par du personnel de santé qualifié entre les groupes les plus riches et les plus pauvres au sein des pays ;
- une différence d'au moins de 25% en matière de couverture des soins prénatals (au moins quatre visites) entre les plus et les moins instruits et les groupes les plus riches et les plus pauvres au sein des pays ;
- un écart d'au moins 18 points de pourcentage dans la recherche de soins pour les enfants présentant des symptômes de pneumonie entre les groupes les plus pauvres et les plus riches au sein des pays, avec des faibles taux globaux de soins-recherche ;
- la prévalence du retard de croissance jusqu'à 39 points de pourcentage plus élevé chez les enfants de mères sans éducation formelle par rapport à ces enfants dont les mères ont terminé l'école secondaire ou l'enseignement supérieur.

Ainsi, l'importance d'investir dans l'équité pour obtenir de meilleurs résultats pour tous et les enfants en particulier ne peut pas être soulignée. Il est plus rentable d'investir avec un accent délibéré sur l'équité. Les avantages obtenus seront compatibles avec les droits et les rendements économiques pragmatiques des investissements (UNICEF; réduire l'écart, 2010). Dans tous les contextes nationaux et les modèles de privation, l'approche axée sur l'équité a les meilleurs résultats dans la réduction de la mortalité infantile et maternelle, ce qui diminue le retard de croissance et l'augmentation de la couverture des mesures pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Dans les pays à faible revenu et à forte mortalité, chaque tranche additionnelle de 1 million \$ investi par cette approche évite 60 pour cent de plus de décès que le chemin courant (UNICEF; Réduire le déficit; 2010). Avec une Afrique ayant l'une des pires tendances mondiales de la répartition des revenus, des facteurs structurels, socioculturels et situationnels considérables qui empêchent de nombreuses communautés et individus d'accéder aux services de santé, il est essentiel de traiter les écarts d'équité si l'accès universel aux services doit être atteint au-delà des ODM.

b. Les faiblesses de mobilisation des partenariats multisectoriels et multipartites

Il n'y a pas beaucoup de preuves sur l'existence de collaboration et de partenariat intersectoriels, systématiques et durables qui peuvent répondre aux besoins de santé de façon plus globale. Une dimension de ces occasions de partenariat manquées est la faiblesse persistante de lien entre le secteur de la santé et des secteurs très pertinents tels que l'éducation, l'agriculture, l'urbanisme, les affaires

sociales et d'autres, en dépit des preuves abondantes nécessitant une telle coopération en soutien aux déterminants sociaux de la santé.

Une autre dimension de l'occasion manquée pour la collaboration multipartite est le manque de partenariats public-privés (PPP), œuvrant pour relever les défis et les priorités de santé à grande échelle. L'Afrique encourt déjà un coût élevé d'opportunité en omettant d'élargir suffisamment l'utilisation de son potentiel PPP pour renforcer la performance du secteur de la santé. Cela est particulièrement vrai lorsque l'augmentation des revenus et des profits du secteur privé (en association avec la croissance économique du continent) sont pris en compte, ainsi que les solutions innovantes qui sont devenues des réalités quotidiennes ailleurs dans le monde. La plupart des PPP qui soutiennent le secteur de la santé ne génèrent pas encore suffisamment d'intérêt parmi les décideurs pour les développer (souvent même après la disponibilité de la preuve de leur rapport coût-efficacité), agissent comme des expériences isolées séparées des structures formelles de gouvernance du secteur de la santé ou des projets spécifiques au projet sans stratégie de développement durable qui peut les guider à travers les futures phases de réplification à une plus grande échelle

c. Initiatives et investissements mondiaux dans le secteur de la santé

Plusieurs initiatives mondiales ont, en effet, un impact (à la fois positif et négatif) sur la mesure dans laquelle les États membres et les CER ont articulé et abordé les priorités du secteur de la santé indiquées dans la SAS 2007-2015. Du côté positif, le financement supplémentaire tant nécessaire a été investi dans le secteur de la santé de l'Afrique à travers des initiatives mondiales pour faire face à la mortalité maternelle et infantile (le Fonds pour la réalisation des ODM, la Fondation Bill & Melinda Gates, les engagements bilatéraux découlant de la Déclaration du Sommet du G8 à Muskoka, etc.), combattre le VIH / SIDA, la tuberculose et le paludisme (notamment grâce à des investissements de « roll Back malaria », le partenariat Halte à la tuberculose, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, la Banque mondiale ainsi que les investissements PEPFAR et PMI du gouvernement américain), la vaccination et l'éradication de la poliomyélite (principalement par le biais GAVI, la Campagne mondiale pour l'éradication de la poliomyélite), la collaboration Sud-Sud, comme la disposition des médecins de la République de Cuba à aider les pays touchés par le sida.

Les initiatives mondiales ont, également, été utilisées par certains États membres comme moteur pour l'amélioration des pratiques d'efficacité de l'aide. Au moins deux États membres ont, à titre d'exemple, harmonisé les investissements mondiaux de leurs multiples donateurs en matière de lutte contre le VIH / SIDA et les ont alignés sur un cadre national de lutte contre le VIH / SIDA. D'autres États membres ont, également, utilisé GAVI et le Fonds mondial des investissements pour les aligner sur les besoins plus larges du secteur de la santé et des plans nationaux, y compris les investissements dans le développement des ressources humaines. En outre, un nombre croissant de pays africains font partie du Partenariat international pour la santé (IHP+) dans lequel plus de 30 pays travaillent pour, d'une part, harmoniser tous les flux de ressources investies dans le secteur de la santé des donateurs bilatéraux et multilatéraux et les aligner sur une politique sectorielle de la santé

nationale unique et un cadre de planification. Cet effort consiste en une amélioration majeure dans la gouvernance et montre déjà des résultats en termes d'amélioration de la transparence, la responsabilité et l'allocation des ressources mieux informée.

Cependant, certains investissements mondiaux ont été associés à des effets négatifs sur les systèmes de santé en Afrique. Par exemple, le degré élevé de dépendance à l'égard des bailleurs de fonds, tout comme la faiblesse de l'harmonisation, de l'alignement ou de la coordination entre les investisseurs du secteur de la santé et les autorités sanitaires nationales des services médicaux ont soulevé des questions clés sur la durabilité de ces investissements. Il y avait aussi une certaine anormalité de la façon dont les investissements sont réalisés, comme de nombreux bailleurs de fonds sélectionnés qui ont choisi des interventions, des secteurs, des districts ou des thèmes spécifiques pour y investir, s'éloignant et portant atteinte aux approches basées sur un système de santé pour le renforcement des capacités nationales. Dans le but de remédier à la situation, des appels mondiaux et continentaux forts se sont concentrés sur le leadership, l'appropriation et la coordination des services médicaux, ainsi qu'une meilleure harmonisation des donateurs, l'alignement pour renforcer les cadres politiques, stratégiques, de planification et d'exécution des programmes intégrés lors de l'examen de sous- thèmes spécifiques touchant à la santé.

d. Impact des crises humanitaires et des urgences de santé publique sur le secteur de la santé

Il est évident que la crise humanitaire en Afrique a eu un effet négatif sur la planification et la mise en œuvre appropriées du secteur de la santé. Alors que le nombre de crises humanitaires causées par l'homme a diminué en Afrique au cours de la période 2007-2015, il y a eu des catastrophes naturelles, des urgences de santé publique, ainsi que les conflits armés qui étaient suffisamment importants pour influencer sur la capacité des États membres de traiter les priorités de la SAS 2007-2015.

Les conflits persistants et les conditions météorologiques défavorables, telles que les tempêtes, les sécheresses et les inondations en Afrique, ont continué d'exercer une pression sur la santé et la nutrition. L'effet combiné enferme souvent des pays et des communautés dans un cercle vicieux de capacités d'adaptation fragiles, de catastrophes et davantage de fragilité dans la mesure où leur potentiel de développement semble perpétuellement sapé et érodé.

Alors que l'UA, les CER et certains États membres ont fait des progrès dans la prévention des conflits, la paix et le rétablissement de l'ordre à travers le continent, il n'y a pas eu d'effort proportionné pour remédier aux conséquences socio-économiques des conflits sur les communautés touchées. Par exemple, la direction du secteur de la santé en Afrique a un intérêt naturel dans la paix et la protection des civils et des infrastructures pendant les conflits armés. Pourtant, il n'a pas eu suffisamment d'engagement de la part des dirigeants du secteur de la santé pour réduire l'effet des hostilités sur les systèmes de santé et les communautés civiles en Afrique. Pire encore, l'utilisation continue de la nourriture, des enfants soldats, du viol, de la mutilation et du refus de l'accès aux services de santé de base comme des outils et des armes dans les guerres en Afrique contribue au taux déjà élevé de

la morbidité et la mortalité dues à la malnutrition, les troubles mentaux, les conditions sexuelles et reproductives, l'invalidité , etc.

Le déploiement de la mission de soutien de l'Union africaine contre le virus Ebola en Afrique de l'Ouest (ASEOWA) a été rapide et a réalisé de nombreux succès en un temps record et dans des circonstances extrêmement difficiles. Toutefois, selon « ASEOWA Exit Report - octobre 2015 » de la CUA, de nombreux défis qui sont tristement familiers dans de nombreuses opérations d'intervention humanitaire ont surgi. Ces défis incluent le manque de coordination de la réponse par les pays hôtes, la faible harmonisation des ressources entre les partenaires, l'insuffisance des ressources humaines nationales, l'insuffisance des fournitures (y compris l'équipement de protection individuelle, ou PPE), l'inadéquation des installations de l'eau potable et d'assainissement, l'inaccessibilité à certaines communautés touchées, les frontières poreuses et la violence communautaire (souvent dirigée contre les intervenants eux-mêmes).

Le changement climatique continue d'avoir un impact néfaste sur la santé en Afrique, en augmentant la charge de morbidité, ce qui compromet la sécurité alimentaire, la destruction des logements, la santé, l'eau et d'autres infrastructures. Dans les deux cas de catastrophes à évolution lente ou soudaines, les effets du changement climatique ont pu apparaître comme des conséquences environnementales du développement économique, telles que les pressions sur l'approvisionnement alimentaire. Par exemple, les sécheresses, les inondations et les famines dans la région du Sahel, la Corne de l'Afrique et l'Afrique australe ont augmenté de façon significative le fardeau de la maladie comme les maladies évitables par la vaccination et les conditions de soins de santé primaires de routine, ainsi que la perturbation de l'accès aux services et aggravé la nourriture et la sécurité nutritionnelle, entraînant une augmentation des problèmes de malnutrition. Les conséquences économiques telles que les perturbations de la productivité, les réseaux du marché et la résilience des communautés ont, probablement, affecté la capacité des États membres concernés de traiter correctement les orientations stratégiques de la SAS 2007-2015.

Les grandes épidémies de maladies transmissibles (comme le H1N1), ré-émergentes (comme la tuberculose, y compris, La TB-MR et la TB-UR) et les maladies émergentes (par exemple Ebola) ont encore aggravé la capacité des systèmes de santé de s'en sortir tout en continuant d'améliorer la prestation des services de routine pertinents à la SAS 2007-2015.

e. Les lacunes dans la recherche, l'innovation et la technologie en matière de santé

L'un des principaux défis pour les décideurs africains est la mise en œuvre de stratégies pour s'assurer que la recherche sur les défis de la santé nationale et des programmes de recherche mondiaux soient intégrés et alignés pour augmenter leur potentiel de durabilité. En outre, les interactions limitées entre les institutions gouvernementales, le secteur privé et les utilisateurs finaux au niveau national, régional et international ont un impact négatif sur l'utilisation des produits de la recherche en santé. Dans le contexte mondial de concurrence économique et technologique, un défi clé est aussi le fait que très peu d'importance ou

d'investissements sont accordés pour faire avancer la recherche médicale / santé en Afrique d'une manière qui répond aux priorités de santé clés et de développement social ou aux besoins du marché local. Une grande partie de la collaboration en matière de recherche représente le programme de recherche en provenance des pays industrialisés (essai de produits médicaux par des tests cliniques, en adaptant les interventions au contexte africain, le contrôle de la qualité réglementaire de base pour certains produits médicaux et alimentaires importés). La tendance est de considérer l'Afrique comme un consommateur, et non pas comme un producteur actif d'innovations technologiques qui sont basées sur des priorités et des capacités de recherche africaines.

Plusieurs pays africains sont encore fortement tributaires du financement externe pour la recherche et l'aide internationale au développement pour les services de santé (EDCTP, 2012). Dans la plupart des pays, le financement public semble limité au soutien indirect (e.g. en nature) comme les salaires du personnel, l'infrastructure et la fourniture d'équipements subventionnés plutôt que de financer des programmes de recherche en santé. L'existence de programmes de formation à grande échelle dans les domaines de la recherche clinique et des domaines connexes tels que la capacité des laboratoires, le renforcement réglementaire et la pharmacovigilance est limitée.

3. Résultats des évaluations et analyse sommaire du degré d'utilisation de la stratégie africaine de la santé 2007-2015 dans les cadres de politique sanitaire des Etats membres et des CER

Pour déterminer la mesure dans laquelle les États membres ont été guidés par la SAS 2007-2015, les sept orientations stratégiques suivantes de la SAS 2007-2015 ont été examinées par rapport aux politiques, stratégies et plans sanitaires accédés:

- a) renforcement **des systèmes de santé nationaux** pour une réponse durable du secteur de la santé, notamment, les **achats / fournitures de produits, les ressources humaines pour les systèmes de santé et d'information sanitaire** en tant que composants de base d'un système de santé efficace;
- b) établissement de **liens politiques multisectoriels clairs et des approches intégrées** dans la lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles et de la reproduction, les problèmes de santé maternelle et infantile avec les secteurs qui ont une influence prouvée sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
- c) amélioration des systèmes de gouvernance nationaux et sous-nationaux pour accroître l'appropriation communautaire et renforcer les partenariats avec la communauté, le secteur privé et/ou les institutions traditionnelles (par exemple les institutions religieuses, les guérisseurs traditionnels, etc.);
- d) large mobilisation de ressources vers des options **de financement du secteur de la santé durable** ;

- e) efficacité de l'aide grâce à une meilleure **harmonisation** entre les partenaires internationaux au développement, ainsi qu'un meilleur alignement entre eux et les cadres stratégiques de la politique nationale de santé ;
- f) privilégier **la santé des femmes, des enfants et d'autres groupes ayant besoin de protection sociale**;
- g) investir dans la **recherche** qui renforce la réponse du système de santé aux défis nationaux, y compris, la recherche sur la médecine traditionnelle africaine, renforcer la surveillance du secteur national de la santé et la capacité d'évaluation, améliorer la surveillance des maladies et renforcer la gestion des risques de catastrophe et d'autres domaines;

L'évaluation a déterminé qu'il y a, visiblement, eu un niveau relativement faible de domestication par les États membres et les CER de ces sept grandes orientations stratégiques.

Parmi ces sept grandes orientations stratégiques de la SAS 2007-2015, accorder la priorité au défi de la santé chez les femmes, les enfants et d'autres groupes ayant besoin de protection sociale a été la directive la plus fréquemment citée dans les cadres nationaux de politique de la santé des États membres, avec 74% des pays qui l'ont pleinement reflétée dans leurs cadres.

Arrivent, ensuite et selon leur degré d'utilisation par les États membres, les orientations stratégiques de la SAS 2007-2015 appelant au renforcement des systèmes de santé nationaux (56%), tandis que près d'un tiers (33%) des États membres ont reflété les orientations stratégiques appelant à la création de liens politiques multisectoriels clairs et intégrés, l'amélioration de la gouvernance, outre l'amélioration de l'harmonisation et de l'alignement. Seuls 28% des États membres ont reflété l'orientation stratégique de la SAS 2007-2015 appelant à une plus large mobilisation de ressources pour soutenir le financement du secteur de la santé, tandis que seulement 19% des États membres ont reflété l'orientation stratégique appelant à l'accroissement des investissements et à la concentration pour renforcer les systèmes de recherche liés à la santé.

En moyenne, pour ces sept orientations stratégiques, seulement 39% des États membres semblent avoir utilisé la SAS 2007-2015 dans le développement de leurs cadres de politique de santé nationale. Bien qu'il soit difficile, à ce stade, d'identifier avec précision toutes les raisons pour lesquelles moins de 40% des États membres ont réussi à refléter explicitement les orientations stratégiques de la SAS 2007-2015 dans leurs priorités nationales, certains facteurs et hypothèses possibles devraient être pris en considération. La première hypothèse est qu'il pourrait y avoir une sensibilisation limitée pour l'intégration de la SAS, ainsi que la faiblesse des mécanismes de suivi et de compte-rendu sur la mise en œuvre de la stratégie entre autres. La seconde est que la méthodologie utilisée dans cette évaluation se fonde uniquement sur l'accès aux cadres des États membres par le biais d'un seul site de l'OMS sur lequel ils sont habituellement téléchargés, alors qu'il y aurait eu des cadres politiques manquants qui ne sont encore téléchargés sur ce site Web. Ainsi,

le faible niveau d'utilisation est à prendre avec une extrême prudence.

Certaines des raisons possibles de la constatation de l'évaluation que plus de 70% des États membres ont reflété l'accent mis par la SAS 2007-2015 sur la santé les femmes et des enfants pourraient comprendre ce qui suit:

- i) Un leadership fort montré par la CUA, l'ONU et d'autres partenaires au développement pour la promotion de la santé de reproduction, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (RMNCH) par l'adoption d'instruments politiques tels que le Cadre directeur continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction (SSR), son plan d'action de Maputo (MPoA) pour sa mise en œuvre et les campagnes ciblées, telles que la Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA). Cet effort de sensibilisation a clairement contribué à mobiliser l'attention autour de la RMNCH.
- ii) Les indicateurs sur RMNCH (statut, accès et couverture) en Afrique sont parmi les pires du monde. L'ampleur des problèmes de RMNCH sur le continent aurait, manifestement, rendu RMNCH visible comme un défi de développement pour la plupart des États membres et les CER.
- iii) RMNCH a reçu l'attention d'un certain nombre d'initiatives mondiales de financement et de soutien technique (par exemple Sommet du G8 à Muskoka, Fondation Bill & Melinda Gates, Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, GAVI, etc.). Cela a permis de concentrer davantage l'attention des États membres et des CER sur ces défis, notamment, en leur accordant la priorité dans leurs cadres politiques, stratégiques et de planification.
- iv) Cinq des ODM se concentrent sur les femmes et les enfants dans le monde, soit parce qu'ils sont touchés de manière disproportionnée par la pauvreté, la faim, l'égalité des sexes / autonomisation des femmes, le SIDA/TB /d'autres maladies ou bien sont directement pertinents aux ODM sur la santé infantile et maternelle. Par conséquent, il était naturel que de nombreux États membres et les CER ont délibérément et judicieusement lié leur mise de l'accès aux services de lutte contre le VIH / SIDA, la tuberculose et le paludisme à grande échelle aux plateformes intégrées de prestation de services, ce qui a mis à profit des ressources financières mondiales et locales liées à l'ODM 6 pour renforcer concomitamment les systèmes de santé et de traiter les ODM 4 et 5. Cette approche stratégique de RMNCH dans le cadre du renforcement des réponses nationales au VIH / SIDA aurait pu abouti à un si grand nombre de pays répondant aux directives en matière de santé maternelle et infantile contenues dans la SAS 2007- 2015.

VIII. LEÇONS APPRISSES ET OPPORTUNITÉS

1. Leçons apprises

a. Atteindre les plus vulnérables grâce à des programmes de protection sociale

L' « Agenda 2063: L'Afrique que nous voulons » de l'UA fournit quelques bonnes leçons de pays africains qui ont établi des stratégies et des programmes de protection sociale non contributifs, notamment, les transferts de fonds, les programmes de travaux publics et une gamme de réseaux de sécurité pour les pauvres et les plus vulnérables. Les réseaux de sécurité sociale et d'assurance nationale de santé dans certains États membres ont été un facteur central dans la forte performance par ces États membres dans la réalisation des ODM liés à la santé. Leurs efforts ont donné des résultats en termes de réduction de la pauvreté et de l'inégalité, y compris, la large couverture de l'assurance-maladie qui (dans au moins un État membre) a souvent atteint 90% de la population totale.

b. Gestion des risques de catastrophe, pas les crises

Un changement de modèle est nécessaire pour établir, aux niveaux du continent, des CER et des États membres, des systèmes efficaces de gestion de la préparation et des interventions en cas de catastrophe. La surveillance, la préparation et la réponse aux maladies aux niveaux national, régional, continental, transfrontalier / transnational devraient être formulées dans le Règlement sanitaire international (RSI 2005) en tirant parti des concepts de gestion des risques de catastrophe et soutenues par une solide base factuelle générée par des systèmes de recherche et de données propres à chaque pays.

Lors de la plus récente crise du virus Ebola, on a pensé que l'épidémie a été aggravée par les systèmes de santé extrêmement fragiles résultant d'un conflit armé prolongé. L'épidémie a été l'une des urgences de santé publique les plus catastrophiques auxquelles l'Afrique et le monde devrait faire face. La réaction de l'UA a donné quelques leçons importantes, notamment, la nécessité d'avoir une expertise de leadership pour le déploiement rapide en santé publique, une capacité d'intervention de réserve renforcée, un financement de réserve pour traiter l'infrastructure sanitaire endommagée aussi bien qu'une gestion améliorée, une logistique et des systèmes de personnel.

La SAS 2007-2015 avait mis l'accent sur la nécessité de renforcer les systèmes de santé nationale et la résilience des communautés afin de prévenir, mieux gérer et atténuer les effets des épidémies telles que l'épidémie d'Ebola. Ces événements et leur impact montrent clairement l'importance de traiter, à la fois, la capacité de gestion des catastrophes et l'urgence de construire des systèmes de santé résilients capables de mieux détecter et répondre aux épidémies.

La rationalisation des chaînes de commande, des lignes claires de communication et d'autorité, des procédures d'exploitation standard, un corps de volontaires de réserve ainsi que l'exploration du pré-positionnement des stocks tampons de

produits humanitaires sont tous des éléments clés d'une stratégie solide de gestion des interventions en cas de catastrophe.

c. La croissance économique ne se traduit pas nécessairement par de meilleurs résultats sur la santé

Historiquement, les pays qui ont atteint le statut de santé améliorée l'ont fait grâce, notamment, à l'investissement dans les déterminants sociaux de la santé, aussi bien que dans le secteur de la santé en soi. La croissance économique que plusieurs États africains membres ont connue au cours de la dernière décennie n'a pas été nécessairement traduite par des améliorations dans les résultats de santé pour les populations africaines. Des efforts délibérés doivent donc être faits pour tirer parti de l'essor économique pour investir davantage de ressources dans la santé et les secteurs ayant trait à la santé. Il faut plaider en faveur de la santé qui doit être considérée comme un secteur productif plutôt que consommateur.

d. La sécurité des produits médicaux

Les principales leçons apprises de la réalisation de la sécurité des produits médicaux de l'Afrique comprennent la nécessité de renforcer la capacité du continent de fabriquer, distribuer et réglementer ses propres produits pharmaceutiques. Une autre leçon importante est l'efficacité avec laquelle cela peut être fait si les États membres collaborent ensemble dans les cadres des CER et continental. L'UA, le NEPAD et un certain nombre de CER sont déjà en train de construire sur ces leçons en développant davantage le plan de production pharmaceutique pour l'Afrique, ainsi que l'élaboration de cadres institutionnels continentaux basés sur les CER pour faire progresser la capacité de l'Afrique de produire et réglementer ses propres produits médicaux. Une troisième leçon s'appuie, également, sur la capacité de certains États membres de collaborer à l'importation de leurs besoins en produits médicaux de l'extérieur du continent, ce qui a aidé ces États membres à mettre en commun leurs achats, normaliser leurs systèmes de réglementation et harmoniser leurs méthodes de gestion nationale de cas pour certaines maladies et leur a permis de négocier collectivement des prix plus bas et d'obtenir des remises considérables. La poursuite du renforcement de la base industrielle de l'Afrique, le renforcement de son cadre réglementaire et les efforts de collaboration ont le potentiel de faire progresser la sécurité des produits.

2. Opportunités

Bien que des progrès remarquables aient été accomplis par les États membres de l'Afrique dans le cadre des efforts mondiaux pour faire face aux conséquences dévastatrices de certains fardeaux de maladies émergentes et ré-émergentes, en maintenant l'élan de ces interventions sur les maladies et en traitant d'autres maladies existantes, ce qui constitue un défi majeur. Ainsi, le maintien d'une Afrique essentiellement exempte de poliomyélite, l'arrêt de la propagation du VIH et du SIDA, garder les gains réalisés dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile évitable et dans l'éradication des maladies tropicales négligées clés, telles que le ver de Guinée et l'onchocercose, il faudra beaucoup plus d'efforts et d'investissements stratégiques dans tous les États membres de l'UA. Ces investissements ne seront pas seulement nécessaires dans les capacités de

surveillance des maladies du secteur de la santé et de réponse, mais, surtout, au niveau des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Plus important encore, le type de vision transformatrice établi par l'Agenda 2063 et les ODD est absolument nécessaire pour donner une impulsion au succès, sur lequel la couverture maladie universelle sera réalisée grâce à un mouvement fondé sur les droits, innovant et orienté vers l'avenir. La dynamique engendrée par les engagements politiques continentaux et mondiaux existants à l'appui du secteur de la santé est énorme, particulièrement, à la lumière de l'Agenda 2063: L'Afrique que nous voulons, les ODD, la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et des adolescents 2016 - 2030, le Plan d'action de Maputo 2016-2030, la Stratégie africaine nutritionnelle régionale 2015-2025, le Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030 etc.

a. Optimiser les avantages d'un leadership et d'une volonté politique forts

La bonne gouvernance est un élément central de l'élément de gestion des systèmes de santé renforcés. Elle permet aux décideurs et gestionnaires de prendre de meilleures décisions en matière de priorités stratégiques, affectation de ressources, questions de politique, priorités d'intervention rentables et coût-efficacité dans la mise en œuvre des services de santé. La confiance du public dans le secteur de la santé est renforcée lorsque la gouvernance est responsable, transparente et participative.

Les effets du leadership continental et national fort à l'appui des priorités du secteur de la santé ne peuvent pas être surestimés. Un exemple remarquable mis en évidence dans l'évaluation de la SAS 2015-2030 est de savoir comment le leadership continental, national et local a eu un impact positif sur certains indicateurs de la santé maternelle et infantile. Presque tous les pays qui ont fait des progrès significatifs vers la réalisation des ODM 4, 5 et 6 présentaient un engagement politique et un leadership de haut niveau. La période post 2015 devrait donc se concentrer sur la consolidation et le maintien de l'élan politique.

b. Utilisation des preuves irréfutables montrant des rendements élevés de l'investissement dans la santé

Il est de plus en plus reconnu que l'investissement dans la santé crée la richesse et augmente la croissance économique, alors qu'il y a une reconnaissance progressive de l'importance de la réduction des dépenses de soins de santé en investissant dans des déterminants sociaux de la santé et dans la prévention des maladies. Un corps solide de la littérature mondiale a mis en évidence la façon dont les pays peuvent atteindre des rendements élevés quand ils investissent dans la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Des exemples d'investissement ont fourni des preuves convaincantes sur les avantages d'investir dans la lutte contre le VIH / SIDA (ONUSIDA, 2012), les systèmes de santé (Harmonisation pour la santé en Afrique, 2011) et RMNCH (PMNCH, 2013), tel qu'illustré par les quelques exemples suivants :

- *Contraception moderne et soins de qualité pour les femmes enceintes et les nouveau-nés*: Si toutes les femmes qui veulent éviter une grossesse

utilisent des contraceptifs modernes et si toutes les femmes enceintes et les nouveau-nés reçoivent des soins aux normes recommandées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les avantages seront spectaculaires. Par comparaison à la situation en 2014, il y aurait une réduction de: grossesses non désirées de 70 pour cent; 67 pour cent d'avortements; 67 pour cent de décès maternels; 77 pour cent de décès des nouveau-nés. La transmission du VIH de la mère aux nouveau-nés serait presque éliminée. Le retour sur investissements serait d'un montant estimé à 120 \$ pour chaque dollar US dépensé. La stabilité de la population permettrait d'améliorer la durabilité économique et de réduire les risques du changement climatique.

- *Soins de qualité à la naissance de l'enfant*: Cela produit un triple retour sur investissements : sauver les mères et les nouveau-nés et la prévention de la mortalité. La prestation de soins efficaces pour toutes les femmes et les bébés au moment de la naissance dans les installations pourrait empêcher environ 113.000 décès maternels, 531.000 mortalité et 1,3 million de décès néonataux par an d'ici 2020 à un coût de fonctionnement d'environ 4,5 milliards \$ US par an (0,9 US \$ par personne).
- *Vaccination*: Elle fait partie des interventions de santé les plus rentables. Dix vaccins, ce qui représente un coût estimé à 42 milliards \$ entre 2011 et 2020, peuvent éviter entre 24 et 26 millions de décès futurs par rapport à un scénario hypothétique dans lequel ces vaccins ont une couverture zéro pendant ce temps.
- *L'allaitement maternel et la nutrition*: Promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les deux premières années de la vie pourraient éviter près de 12 pour cent des décès chez les enfants de moins de cinq ans, prévenir la malnutrition et assurer un bon départ pour chaque enfant. La généralisation des interventions de nutrition a un rapport avantages-coûts de 16. L'élimination de la malnutrition en Asie et en Afrique augmenterait le produit intérieur brut (PIB) de 11 pour cent.
- *Développement de la petite enfance*: Permettre aux enfants de développer leur potentiel physique, cognitif, linguistique et socio-affectif, notamment, dans les trois premières années de vie, donne des taux de rendement de 7-10 pour cent dans le cours de la vie grâce à une meilleure éducation, la santé, les compétences sociales, les résultats économiques et la réduction de la criminalité.
- *Les adolescents et les jeunes*: Si les pays en transition démographique font des investissements judicieux dans le capital humain. et adoptent des politiques qui élargissent les possibilités pour les jeunes, leurs dividendes démographiques combinés pourraient être énormes. En Afrique (sauf l'Afrique du Nord), par exemple, ces gains seraient d'au moins 500 milliards \$ US par an, c.à.d. environ un tiers du PIB actuel de la région, sur 30 ans.

- *Investissement dans les systèmes de santé et la force de travail:* Avec des investissements accrus en vue d'intensifier les interventions sanitaires existantes et nouvelles et de renforcer les systèmes et les personnes pour que les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire puissent réduire les taux de décès dus aux maladies infectieuses, ainsi que les décès des enfants et maternels à des niveaux observés dans les pays à revenu intermédiaire les plus performants en 2014. Une «grande convergence» en matière de santé est réalisable en 2035. Concernant la santé des femmes et des enfants, les investissements du système de santé aux côtés des investissements dans les interventions de santé ont un grand impact sur la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, à un coût de 5 \$ US par personne et par an jusqu'en 2035 dans 74 pays à forte charge, ce qui pourrait rapporter jusqu'à neuf fois la valeur des avantages économiques et sociaux. Ces rendements comprennent une plus grande croissance du PIB en améliorant la productivité et la prévention de 32 millions de mortalité et le décès de 147 millions d'enfants et 5 millions de femmes d'ici 2035. La force de travail est un domaine essentiel pour l'investissement. Une mise à l'échelle globale et ambitieuse nécessiterait au moins 675 000 infirmières, médecins et sages-femmes supplémentaires au moins en 2035, en plus d'au moins 544 000 travailleurs de santé communautaire et d'autres cadres de professionnels de la santé. D'autres investissements clés dans les systèmes de santé comprennent: la gestion des programmes; les ressources humaines; l'infrastructure, l'équipement, le transport; la logistique; les systèmes d'information sur la santé; la gouvernance et le financement de la santé.
- *Education:* Les investissements pour que des filles terminent leurs études secondaires produisent des taux moyens de rendement élevés (environ 10%) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La santé et les avantages sociaux comprennent, entre autres, les grossesses tardives et les taux de fécondité, l'amélioration de la nutrition pour les mères enceintes et allaitantes et leurs nourrissons, l'amélioration des taux de mortalité infantile et une plus grande participation au processus politique. Le programme scolaire devrait inclure des éléments pour renforcer l'estime de soi chez les filles et accroître le respect pour les filles chez les garçons.
- *L'égalité des sexes:* Comblent le fossé entre les sexes dans la participation de la main-d'œuvre en garantissant la protection et l'égalité des droits des femmes à un travail productif décent et un salaire égal pour un travail égal réduirait la pauvreté et augmenterait le PIB global de près de 12% d'ici 2030.
- *Prévenir les mariages d'enfants:* Une réduction de 10 pour cent des mariages d'enfants pourrait contribuer à une réduction de 70 pour cent des taux de mortalité maternelle d'un pays et une baisse de 3 pour cent des taux de mortalité infantile. Les taux élevés de mariages d'enfants sont liés à une moindre utilisation de la planification familiale, une plus forte fécondité, des grossesses non désirées, le risque plus élevé de

complications lors de l'accouchement, la limitation de l'avancement de l'éducation et le potentiel de gains économiques réduit.

- *Eau, assainissement et hygiène*: Le retour sur investissements dans ces secteurs revient à 4 \$EU pour chaque dollar US investi, c'est-à-dire un retour de 260 milliards \$EU à l'économie mondiale chaque année si l'accès universel est atteint.

c. Investissement dans les jeunes et les adolescents

La période de transition démographique entre des taux de fécondité et de mortalité élevés et des taux faibles se passera à un moment donné dans pratiquement tous les pays. Mais seuls ceux qui font les choix et les investissements appropriés récolteront un dividende démographique, en tirant pleinement parti du moment où il y a moins de personnes à charge et plus de gens dans leurs années les plus productives. Investir dans les jeunes est non seulement plus équitable et moralement correct, mais, également, une intervention économique pragmatique intelligente avec un retour sur investissement élevé. Les rendements comprennent une plus grande productivité économique, davantage de ressources pour l'amélioration des infrastructures et des services de qualité avec la baisse des taux de fécondité, l'augmentation de la stabilité politique et la transmission des résultats aux générations futures. En revanche, le manque de vision à long terme qui ne parvient pas à reconnaître et à saisir ces avantages se traduira par la perte d'une fenêtre déjà fermée de possibilités offertes par la prochaine génération. Les déchets actuels du potentiel humain que les jeunes gens connaissent, étant donné le manque de protection, de respect et d'investissements ciblés dans les jeunes, est crucial, notamment en périodes de diminution des ressources, de menaces croissantes de conflit, de changement climatique et de maladies.

Les adolescents et les jeunes sont mieux équipés pour atteindre leur plein potentiel quand ils sont en bonne santé et bien éduqués, et quand ils ont l'occasion de se développer et réaliser leurs aspirations. Avec un soutien approprié pour réaliser leur potentiel défini par les décisions issues de leur participation, ils peuvent être une immense source de productivité, d'innovation et de dynamisme créatif qui accélère le développement. Les jeunes ayant un emploi, par exemple, propulsent les économies florissantes. Une voix dans les décisions qui les concernent peut conduire à des décisions qui reflètent leurs réalités et laissent les moins susceptibles se tourner vers des itinéraires alternatifs pour s'exprimer à travers, par exemple, des troubles civils. L'accès complet à la santé reproductive et sexuelle signifie qu'ils peuvent faire des choix éclairés au sujet de leur vie et celle de leurs familles et de contribuer à des sociétés plus saines en général.

d. Investir dans la recherche, l'innovation et la technologie pour transformer l'Afrique

Les défis de l'Afrique ne doivent pas masquer l'énorme potentiel du continent qui doit aller encore au-delà de faire face à ses propres problèmes de santé en ayant une vision qui permet à l'Afrique de jouer un rôle majeur sur la scène mondiale. L'Afrique peut et devrait servir non seulement de consommateur et des marchandises, mais aussi, en tant que leader dans l'innovation, l'accès aux nouvelles technologies et les

produits qui soutiennent le développement sanitaire et socio-économique. C'est dans ce contexte que les défis rencontrés actuellement dans l'accès aux technologies et produits médicaux doivent être adressés. Non seulement ils sont la clé pour le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies et des conditions de santé, ils représentent aussi une opportunité de croissance pour les institutions privées du secteur de la santé et de la recherche en Afrique.

L'Agenda 2063 de l'UA, par sa stratégie pour la science, la technologie et l'innovation en l'Afrique (STISA 2024), invite les pays africains à se positionner stratégiquement dans l'élaboration et la conduite de nouvelles recherches et l'innovation nécessaires pour la santé et le bien-être des citoyens. Le continent doit mettre en place des systèmes pour accéder et utiliser les technologies et les innovations mondiales pertinentes à la santé à partir de sources nationales et internationales. L'accent doit passer des résultats de recherche actuels positifs, mais stagnants, au développement et la prestation de produits. En outre, l'axe de recherche a besoin d'aller au-delà de la détermination de la prévalence pour explorer les facteurs sociaux et psychologiques qui sont derrière les choix de santé, et déterminer les facteurs qui mènent à la réussite des interventions.

Partant des efforts en cours sur les statistiques de la santé aux niveaux continental, régional et national, les informations standard reflétant le sexe et l'âge doivent être recueillies pour surveiller et évaluer la performance du système de santé. Les systèmes d'information de district ou de l'hôpital devraient fournir un cadre d'information pour le suivi des progrès et de prendre des mesures correctives si nécessaire. Les données de routine doivent être complétées par d'autres informations, telles que les enquêtes. La plateforme des statistiques sur la santé de l'UA, www.africanhealthstas.com, offre une plateforme continentale sur laquelle on peut construire.

L'« Agenda 2063: L'Afrique que nous voulons », le PMPA et d'autres instruments exigent un effort formidable pour définir, produire et utiliser la recherche africaine d'une manière qui peut transformer le secteur de la santé, ainsi que l'économie et la société dans son ensemble. L'Afrique peut et devrait avoir des recherches dirigées et financées localement qui génèrent des informations importantes pour l'élaboration des politiques et des plans. L'autonomisation des chercheurs locaux et l'allocation des ressources pour la recherche sont des facteurs essentiels dans l'élaboration d'approches et d'interventions novatrices qui sont sensibles au contexte africain. L'occasion offre un potentiel supplémentaire alors que l'Afrique renforce de plus en plus la qualité de l'enseignement supérieur et voit son potentiel économique stimulé par la recherche et le développement. La réalisation des buts et des objectifs de santé nécessite un investissement adapté dans la recherche et l'innovation pour l'amélioration de l'accès aux technologies et produits médicaux. En outre, les données de la recherche et de l'innovation en santé doivent être collectées et analysées pour éclairer les politiques à tous les niveaux du système de soins de santé et de prise de décision fondée sur des preuves.

e. Construire la base économique, scientifique et réglementaire de l'industrie médicale de l'Afrique

Le plan d'affaires du PMPA reconnaît l'existence d'initiatives sur le continent axées sur le renforcement de l'industrie pharmaceutique. En guise de soutien aux objectifs du PMPA, les CER bénéficient d'un appui dans l'élaboration et la mise en œuvre de projets d'harmonisation des médicaments comme une intervention clé pour renforcer la réglementation des produits pharmaceutiques sur le continent et promouvoir l'expansion des marchés potentiels pour les médicaments de qualité assurée. Des initiatives régionales complémentaires comprennent le Plan d'affaires pharmaceutiques 2007-2013 de la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC) et plan d'action régional pour l'industrie pharmaceutique 2012 – 2016 de la CAE. La CEDEAO est en cours d'élaboration d'une charte pour faciliter les partenariats public-privés pour la production locale des ARV et d'autres médicaments essentiels. La réalisation de la vision du PMPA d'une industrie compétitive, durable et autonome exigera une capacité accrue en ressources humaines, l'accès à un financement abordable, des systèmes réglementaires solides, des partenariats stratégiques et des liens d'affaires. Il faudra, également, améliorer les données du marché et des systèmes d'information. Un système de réglementation plus fort devrait permettre aux États membres, les CER et le continent d'encourager la recherche scientifique locale, l'esprit d'entreprise et le renforcement de la capacité de fabrication de produits médicaux. Un tel cadre, notamment, quand il est harmonisé et uniformisé dans tous les États membres (à l'intérieur ou entre les CER), pourrait, également, garder l'avantage concurrentiel de l'Afrique, protéger sa propriété intellectuelle et garantir que ses marchés ne soient pas infiltrés par des produits sous-normes, faux, de contrefaçons, ou autres dans les produits médicaux appropriés. Les États membres devraient veiller à ce qu'ils bénéficient des CER en tant que plateformes de coopération pour mettre en commun leur savoir-faire, partager les bonnes pratiques et, éventuellement, développer la base des CER et, à terme, l'environnement réglementaire continental, comme l'Autorité de régulation des médicaments en Afrique et l'Agence des médicaments africaine soutenant le plan d'affaires PMPA.

f. Plateformes émergentes pour une action continentale et sous-régionale concertée en matière d'urgence sanitaire liée à la lutte contre les maladies transmissibles

Grâce à la création du Centre africain de contrôle des maladies, l'UA s'est rapprochée davantage de la création d'une plateforme collaborative pour faire face aux urgences de santé sur le continent. D'autres plateformes incluent les efforts institutionnalisés de certaines CER pour traiter les maladies transmissibles comme les initiatives régionales de l'IGAD, de la SADC et du COMESA pour lutter contre le VIH / SIDA, les efforts de la CEDEAO / OOAS de normalisation des systèmes de surveillance des maladies à travers les pays. Ce sont des occasions claires pour les États membres d'exploiter leurs forces, intérêts et, capacités combinés en vue de relever les défis des maladies transmissibles d'une façon beaucoup plus rentable que lorsque les États membres les traitent seuls.

g. Exploiter la puissance de partenariats public-privés (PPP) pour la santé

Le potentiel inexploité du secteur privé est énorme en Afrique et il est important de préciser où de telles possibilités existent pour les États membres, les CER et la CUA pour soutenir le secteur de la santé. Un tel engagement pourrait inclure les rôles illustratifs suivants que le secteur privé peut jouer dans le secteur de la santé:

- encourager les dons directs en espèces ou en nature (biens ou services) comme frais partagés des programmes du secteur de la santé publique;
- engager les fournisseurs privés de soins de santé à partager la charge des patients, améliorer l'accès à certaines interventions;
- engager le secteur privé bancaire et des TIC à utiliser des technologies de pointe qui améliorent les transactions financières, les systèmes d'information sur la santé, l'orientation des patients, la charge de travail de l'O & E entre les travailleurs de la santé, le changement de comportement, etc. ;
- engager le secteur privé dans les modèles de mobilisation de ressources axés sur les consommateurs (subventions croisées sur les produits, les services ou les transactions, pourcentage de chiffre d'affaires pour les produits ou les services, taxes sur le tabac et l'alcool, etc.) ;
- engager les établissements de santé privés à aider au développement de la main-d'œuvre de la santé (formation/éducation initiale et continue) ;
- encourager les entreprises du secteur privé à créer des milieux de travail de soutien à la prévention / traitement / soins du VIH, la tuberculose et le paludisme de préférence dans le cadre de mesures plus larges de la santé au travail pour leurs propres travailleurs, familles, communautés de consommateurs ;
- engager les compagnies d'assurance commerciales à explorer/offrir une gamme de produits, notamment, (a) souscrire les risques de retard de livraison des commandes d'approvisionnement des produits de santé, (b) réduction des dépenses du patient par des structures mutualistes d'assurance en offrant une assurance privée directe ou en participant à une assurance conjointe gouvernement/employeur, une assurance nationale et/ou des régimes d'assurance communautaires pour les individus/communautés, (c) étendre la couverture de l'assurance-maladie aux travailleurs des grandes, moyennes et petites entreprises ;
- négocier avec les industriels (aux niveaux national, régional, continental ou international) pour réaliser des stratégies de réduction des prix pour certains produits de santé, en utilisant des outils appropriés, tels que des escomptes sur le volume d'achat en gros, la standardisation des spécifications des produits de base (par exemple des régimes médicamenteux aux ARV, des combinaisons à doses fixes, la

réduction des paquets de grandes tailles, etc.), les incitations financières (déductions fiscales, par exemple des droits de douane), les instruments commerciaux (par exemple les ADPIC, les licences obligatoires, etc.);

- développer des partenariats de renforcement en micronutriments avec les producteurs du secteur privé africains locaux d'aliments enrichis tels que le sel, les céréales / le pain, le lait et d'autres produits alimentaires, en travaillant, notamment, avec des mécanismes mondiaux tels que le GAIN pour établir les bons stratégies et paramètres.

h. Profiter des dividendes de la croissance économique pour les investir dans la santé et le développement humain

Avec de nombreux pays africains bénéficiant de niveaux sans précédent de la croissance macro-économique, il y a une fenêtre d'opportunité limitée pour réinvestir les revenus de cette croissance dans le développement humain. Les moyens d'y parvenir comprennent l'investissement des recettes publiques dans des dépenses gouvernementales accrues en soins de santé par habitant (seules ou en combinaison avec les possibilités de partenariat public-privé mentionnés ci-dessus), l'investissement dans les déterminants sociaux des maladies (telles que l'éducation, l'emploi, l'approvisionnement en eau, l'assainissement et le logement), ainsi que par la construction de la base de soutien de la croissance et du développement à long terme de l'Afrique. Les pays ayant une fenêtre d'opportunité particulièrement courte sont ceux dont la croissance économique récente est due principalement aux industries extractives limitées dans le temps.

i. Retenir les leçons de l'épidémie d'Ebola

Le cadre de la politique humanitaire de l'Union Africaine offre une occasion propice pour aider à apprendre des leçons tirées de l'épidémie d'Ebola pour trouver des réponses continentales, régionales et nationales plus efficaces à des catastrophes telles que la crise Ebola. D'autres initiatives clés qui renforcent la capacité de gestion des catastrophes en Afrique comprennent la Stratégie Régionale Africaine de Réduction des Risques de Catastrophes (OMS AFRO, 2014) dont le changement majeur de modèle est de souligner l'importance de la cartographie des risques de routine pour tous les risques, les systèmes de surveillance et d'alerte précoce (pour la maladie et d'autres événements) et de préparer de manière proactive les collectivités et les secteurs de la santé pour répondre aux menaces prévues ainsi que la mise en place des centres africains pour le contrôle des maladies.

IX. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS POUR LA SAS 2016-2030

Sur la base des résultats et de l'analyse de l'évaluation, certaines conclusions et recommandations peuvent être tirées pour informer la révision de la SAS 2016-2030.

1. Conclusions de l'évaluation de la SAS 2007-2015

- a. La SAS 2007-2015 a contribué à l'accroissement de l'attention et des ressources des investissements dans des domaines stratégiques clés qui ont abouti à des résultats positifs.
- b. En comparaison aux initiatives mondiales du secteur de la santé, la SAS 2007-2015 représentait un effort de chez nous à l'échelle continentale qui a renouvelé et consolidé divers engagements politiques africains.
- c. L'influence de la SAS 2007-2015 et de ses engagements politiques continentaux associés a été indispensable pour l'amélioration des résultats de la santé des populations africaines.
- d. Les États membres ont maintenu l'accent sur les ODM 4, 5 et 6 conduisant à une couverture accrue des services de lutte contre la SRMNCH, le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.
- e. À l'échelle mondiale, des ressources considérables ont été investies par GFATM et US PEPFAR, entre autres, pour soutenir RMNCH, la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.
- f. Sur le plan intérieur, la société civile africaine et le secteur privé ont, également, relevé le défi et grâce à la collaboration multisectorielle, ils ont abordé les multiples dimensions des problèmes de santé clés.
- g. Un leadership transformatif, une vision et un engagement sont nécessaires si l'Afrique doit récolter les bénéfices de performance du secteur de la santé, en se basant sur le fait que de nombreux dirigeants africains ont fait preuve de leadership exemplaire et apporté un soutien de haut niveau pour améliorer la santé de leurs populations.
- h. Les innovations dans les programmes nationaux ont eu le plus grand impact dans la région africaine où des leçons ont été retenues et de nouvelles façons ont été identifiées pour surmonter les obstacles et intensifier les interventions.
- i. Les modèles d'intervention qui ont combiné les forces respectives des installations sanitaires et les communautés, impliquant la prise de décision participative, des approches intégrées de prestation de services, la décentralisation des pouvoirs et la responsabilité

semblaient mieux à même d'améliorer les performances du secteur de la santé et ont conduit à des effets positifs.

- j. Les maladies et les réponses en prémisses à des thèmes spécifiques sur une plateforme de système de santé renforcé continuent d'être une stratégie efficace au niveau politique, de planification, de gestion et de prestation de services.
- k. Favoriser de vastes partenariats multisectoriels avec toutes les parties du gouvernement, la société et le secteur privé est essentielle pour traiter les racines et les résultats des défis du secteur de la santé en Afrique.
- l. Il est essentiel que les systèmes de préparation d'intervention et de résilience face aux catastrophes continentales et nationales, soient renforcés.
- m. Outre l'ODM 6, la majorité des États membres sont en deçà de la réalisation des autres ODM en matière de santé et moins de 50% des États membres étaient en voie d'atteindre les cibles des ODM à la fin de 2015.
- n. Seulement 39% des États membres de l'UA ont pleinement pris en compte les orientations stratégiques de la SAS 2007-2015 dans le texte de leurs politiques, stratégies et plans. La proportion est de 73% lorsque l'on considère les États membres qui reflètent en partie les orientations stratégiques dans leurs cadres nationaux.

2. Recommandations pour guider la SAS 2016-2030

Les cadres continentaux en Afrique sont alignés sur et soutiennent des objectifs de la santé mondiale. Par conséquent, les orientations stratégiques de la SAS 2016-2030 devraient, également, être dérivées de/ et renforcer l'«Agenda 2063: L'Afrique que nous voulons» et les ODD. Au niveau mondial, la SAS 2016-2030 devra contribuer au programme mondial de mettre fin aux décès évitables maternels et infantiles, le VIH, la tuberculose et l'élimination du paludisme d'ici 2030.

Au niveau continental, l'«Agenda 2063: L'Afrique que nous voulons» de l'UA appelle à l'exploration optimale de certaines opportunités qui pourraient effectivement changer le scénario actuel de financement des soins de santé. Cela inclut la création de fonds communs au niveau national pour financer la santé, ce qui peut impliquer des contributions en matière de responsabilité sociale des entreprises ainsi que la fiscalité. Le rapport qualité-prix devra, également, être un élément essentiel de la politique de la santé et les processus devront être améliorés constamment pour assurer l'efficacité et la limitation des gaspillages. Les mécanismes de responsabilisation doivent être mis en place à tous les niveaux pour garantir que les porteurs de droits restent responsables devant les détenteurs de droits en ce qui concerne les responsabilités qui leur incombent et les ressources sur lesquelles ils ont le pouvoir de détention.

La Déclaration d'Abuja relative à la santé et l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme, soulignent l'engagement politique fort pour l'amélioration de l'état de santé de l'Afrique et cette dynamique devrait être soutenue, y compris, la mobilisation du continent, sous les auspices de l'UA pour faire face à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest. Les engagements à incorporer la santé et les droits sexuels et reproductifs, la planification familiale et les services de lutte contre le VIH / SIDA à travers le renforcement des mesures sur les engagements antérieurs pour améliorer l'état de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en veillant à l'intégration nécessaire pour faciliter les synergies entre le VIH / SIDA, la tuberculose, le paludisme et les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile doivent être suivies avec vigueur.

Le programme de santé pour l'Afrique du millénaire devra prendre en charge la jeune population tout en se concentrant sur les services de santé pour répondre, efficacement, aux besoins tertiaires de la population âgée, aussi. Les changements sans cesse croissants des modes de vie, en particulier l'abandon des régimes riches en fibres traditionnelles pour des régimes riches en sucre et raffinés, parallèlement avec l'adoption croissante d'autres habitudes comme le tabagisme et le stress urbain dans les centres d'urbanisation rapide laissent présager un conglomerat de facteurs de risque de maladies non-transmissibles. L'accent mis actuellement sur les soins de santé primaires est, par conséquent, insuffisant pour répondre aux défis de santé prévus. Ainsi, les pays africains devraient élaborer des politiques pour intégrer les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires, tout en renforçant la base technologique des services de soins de santé secondaires et tertiaires.

L'amélioration de la santé des citoyens africains demande, également, de vastes stratégies et une approche multidimensionnelle qui aborde l'accès à l'eau et l'assainissement, l'autonomisation des femmes, la nutrition, l'accès aux services de base et l'amélioration de l'éducation, plutôt que des approches verticales étroites qui caractérisent les efforts déployés jusqu'à présent.

L'UA devrait continuer à donner la priorité aux mères, nouveau-nés, enfants, adolescents, jeunes, chômeurs, personnes âgées et les personnes handicapées dans ses efforts visant à réduire l'incidence et la prévalence des maladies transmissibles, les maladies non transmissibles et les maladies émergentes, mettre fin aux épidémies du sida, de la tuberculose et du paludisme; la réduction de la malnutrition ainsi que l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement. Pour y parvenir, il faut assurer un accès universel et équitable aux soins de santé de qualité, notamment, l'accès universel à la santé génésique et sexuelle complète et aux droits reproductifs; l'amélioration des systèmes de santé et le financement de la santé, l'infrastructure médicale et la fabrication locale de médicaments, des équipements et des produits de la santé; mettre en place des systèmes de suivi, d'évaluation, et d'assurance qualité. De même, cela nécessiterait, également, le renforcement de la gouvernance en Afrique pour améliorer la coordination, faciliter la diffusion rapide de l'innovation, consolider l'engagement et l'appropriation locale et renforcer la voix de la région sur les questions de santé avec les partenaires et les donateurs internationaux.

Ainsi, et pour que la SAS 2016-2030 devienne organiquement liée à ces cadres

mondiaux et continentaux de transformation, elle doit se pencher sur les engagements et les orientations clés suivantes:

- a. renforcer **le leadership** pour consolider davantage la propriété, la gestion, l'harmonisation de la responsabilité, l'intégration et la coordination à tous les niveaux et dans tous les secteurs;
- b. mettre l'accent sur **l'équité** et accorder la priorité aux **réponses fondées sur les droits de l'homme** pour la santé, notamment, parmi les populations vulnérables clés;
- c. renforcer les liens entre le secteur de la santé et d'autres secteurs connexes pour un meilleur accès aux **déterminants sociaux, économiques et environnementaux** de la santé grâce à la santé dans toutes les politiques et les approches de l'ensemble du gouvernement;
- d. **renforcer les systèmes de santé et communautaires** pour assurer une performance et un impact meilleurs ;
- e. veiller à ce que les efforts nationaux, continentaux et des CER pour relever les défis en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé soient abordés de façon créative et de collaboration, y compris l'éducation commune, la formation, la réglementation et les systèmes de déploiement ;
- f. maintenir l'accent thématique sur **RMNCH et la santé des adolescents et des jeunes** ;
- g. développer et renforcer les systèmes intégrés de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles (MNT), notamment, pour les conditions de santé mentale, la violence, les traumatismes et les incapacités ;
- h. augmenter de façon considérable la **mobilisation de ressources** locales soutenant le secteur de la santé et en assurer la durabilité ;
- i. accorder la priorité à la **sécurité des produits de santé** par le développement et le renforcement des systèmes de gestion des produits intégrés, la création d'environnements juridiques et politiques favorables aux systèmes de capacité de fabrication, d'approvisionnement et d'approvisionnement localement ;
- j. développer des systèmes de **préparation et de réponse efficaces aux catastrophes** continentales régionales et nationales, basés sur le renforcement des capacités du RSI 2005, la création du Centre africain pour le contrôle des maladies et les enseignements tirés de la gestion des catastrophes ;
- k. élargir de façon créative les **partenariats public-privés (PPP)** en appui au secteur de la santé ;

- l. développer et **bâtir sur les succès existants, investir dans la recherche en santé stratégique et l'innovation** ;
- m. renforcer les systèmes nationaux et régionaux de **surveillance, de rapports et de responsabilisation** aux niveaux de la CUA, les CER et les États membres pour assurer une plus grande responsabilisation dans la mise en œuvre de la SAS 2016-2030 ;
- n. **mettre en place une stratégie forte de sensibilisation, communication et mobilisation** pour accroître l'appropriation et rassembler les États membres, les CER et les communautés africaines autour de la SAS 2016-2030.

X. LISTE DES REFERENCES

1. Résolution du Sommet d'Abuja sur la sécurité alimentaire. Abuja, 4-7 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 sexuelle et reproductive et les droits, 2007-2010. Session extraordinaire de la Conférence de l'Union africaine des ministres de la Santé intitulée «Accès universel aux services intégrés de santé sexuelle et de la reproduction en Afrique », Maputo, 18-22 septembre 2006
4. Union africaine: Rapport sur l'état de la population en Afrique, 2006
5. Union africaine: Position africaine commune sur la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le développement 2005
6. Appel d'Abuja pour une action accélérée vers l'accès universel aux services de lutte contre le VIH / SIDA, la tuberculose et le paludisme en Afrique. Sommet extraordinaire de l'Union africaine sur le VIH / SIDA, la tuberculose et le paludisme (ATM) intitulé Accès universel aux services de lutte contre le VIH / SIDA, la tuberculose et le paludisme par une Afrique unie d'ici à 2010, Abuja, 2- 4 mai 2006
7. Documents du Sommet spécial de l'Union africaine sur le VIH / SIDA, la tuberculose, le paludisme, Abuja, 2 - 4 mai 2006
8. Engagement de Brazzaville sur l'élargissement de l'accès universel à la prévention du VIH et du SIDA, au traitement, soins et soutien en Afrique 2010, Brazzaville, le 8 mars 2006
9. Stratégie sur la nutrition régionale africaine 2005 – 2015
10. Déclaration de Gaborone sur une feuille de route vers l'accès universel à la prévention, le traitement et les soins. 2ème 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, 10-14 octobre, 2005
11. Documents et décisions: 2ème session ordinaire de la Conférence des ministres africains de la Santé, Gaborone, 10-14 octobre 2005
12. Cadre d'orientation continental sur la santé sexuelle et reproductive et les droits adopté à la 2ème session ordinaire de la Conférence des ministres africains de la santé, Gaborone, 10-14 octobre, 2005
13. Déclaration de Syrte sur la survie des enfants. 5^{ème} session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine, Syrte 4-5 juillet 2005
14. Plan stratégique de la Commission de l'UA contre le VIH/SIDA 2005-2007 et le Plan stratégique AIDS Watch Africa, septième session ordinaire du Conseil exécutif de l'Union africaine, Syrte, 28 Juin - 2 juillet 2005
15. Rapport intérimaire sur la situation du VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et la poliomyélite: Cadre sur l'action pour accélérer l'amélioration de la santé en Afrique, quatrième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine, Abuja, 30-31 janvier, 2005
16. Décision sur le rapport de situation intérimaire sur le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et la poliomyélite: Assembly/AU/Dec.55 (IV), quatrième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine, Abuja, 30-31 janvier 2005
17. Lutte contre le VIH / SIDA. Position du Comité Directeur du NEPAD pour le Forum de partenariat africain, Maputo, 16-17 avril 2004

18. Conférence de l'Union africaine. Déclaration de Maputo sur le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, Maputo, 10-12 juillet 2003
19. Documents et décisions: 1ère session ordinaire de la Conférence des ministres africains de la santé, Tripoli, 26-30 avril 2003
20. Stratégie pour la santé du NEPAD. Adoptée à la Conférence de l'Union africaine, juillet 2003
21. Décision de Lusaka sur la Décennie de l'Union africaine pour la médecine traditionnelle africaine, Lusaka, Plan d'action de 2001
22. Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes adoptée au Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, Abuja, 26-27 avril 2001
23. Déclaration et Plan d'action d'Abuja adoptés lors du Sommet africain pour faire reculer le paludisme, Abuja, le 25 avril 2000
24. Plan Continental d'action de l'Union africaine pour la Décennie africaine des personnes handicapées (1999-2009)
25. Cadre stratégique et Plan d'action UA sur le vieillissement 2002
26. ONUSIDA rapport de 2006 sur la situation mondiale du SIDA
27. ONUSIDA 2006 Mise à jour sur l'épidémie du SIDA
28. Faire reculer le paludisme. Rapport mondial sur le paludisme 2005
29. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Rapport régional sur la santé en Afrique, 2006
30. Cadre stratégique pour la recherche sur les Objectifs du millénaire pour le développement relatifs à la survie des enfants en Afrique, UNICEF, OMS, Banque mondiale 2006
31. Documents de la 56^{ème} session de l'OMS RC pour l'Afrique, Addis-Abeba, 28 août-1^{er} septembre 2006
32. Documents de la 55^{ème} session des CR de l'OMS pour l'Afrique, Maputo, 22-26 août 2005
33. Macroéconomie et santé: Investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, Organisation mondiale de la Santé, 2001
34. Stratégie de l'UA sur la santé en Afrique 2007-2015
35. Stratégie AU sur la santé en Afrique. Projet de Plan de mise en œuvre 4
36. Stratégie de l'UA sur la santé en Afrique. Projet de Plan de mise en œuvre 5
37. Harmonisation pour la santé en Afrique: Investir dans la santé pour l'Afrique
38. Agenda 2063 de l'UA
39. Position commune africaine de l'agenda de développement post 2015
40. Cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et reproductive et les droits - (disponible sur www.carmma.org)
41. Plan d'action de Maputo révisé (MPoA) 2016-2030
42. Plan de fabrication des produits pharmaceutiques pour l'Afrique (PMPA) - (disponible sur www.carmma.org)
43. Stratégie révisée sur la nutrition régionale africaine (SRNA)
44. Appel d'Abuja Pour les actions accélérées vers l'accès universel aux services de lutte contre le VIH / SIDA, la tuberculose et le paludisme en Afrique - (disponible sur www.aidswatchafrica.org)
45. Feuille de route de l'UA sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (disponible sur www.aidswatchafrica.org)

46. «La gestion des risques de catastrophes: une stratégie pour le secteur de la santé dans la région d'Afrique », (référence du document : AFR / RC62 / 6, 21 Novembre 2012), Comité régional AFRO OMS, Soixante-deuxième session Luanda, République d'Angola, 19- 23 novembre de 2012
47. Déclaration du Sommet spécial de l'Union africaine sur le VIH / SIDA, la tuberculose et le paludisme 2013, Actions vers l'élimination du VIH /sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique d'ici 2030 ; Abuja
48. Les rapports d'examen du Plan d'action de Maputo (MPoA), Appel d'Abuja et Feuille de route de l'UA sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la lutte contre le VIH / SIDA, la tuberculose et le paludisme - (disponibles sur www.carmma.org et www.aidswatchafrica.org)
49. Country Planning Cycle Database, <http://www.nationalplanningcycles.org/> (consulté au cours de la période allant du 15/9/2015 au 8/10/2015); Une ressource de l'Organisation mondiale de la santé
50. Rapport de 2015 sur les OMD: Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, Union africaine, Banque africaine de développement et Programme de développement des Nations Unies, Septembre 2015.
51. Rapport d'étape de l'OMS, l'intervention du secteur de la santé mondiale au VIH, 2000-2015: Accent sur l'innovation en Afrique: Six Innovations en Afrique qui ont changé le cours de leurs épidémies de VIH », Genève 2015
52. OMS AFRO, "Rapport régional africain de la Santé 2014: La santé de la population: ce qui fonctionne", 2014
53. Sambo LG et Kirigia JM, «Investir dans les systèmes de santé pour la couverture maladie universelle en Afrique», BMC international Health and Human Rights 2014, 14:28
54. PMNCH Knowledge Summary 22, édition 2012; disponible sur le site http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/KS22_Standalone_low.pdf
55. CUA, cadre catalytique pour mettre fin au sida et à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030 (2015)
56. Organisation des Nations Unies, «Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le développement », New York, 2015
57. L'UNICEF, l'OMS, la Banque mondiale, le PNUD. «Niveaux et tendances dans le rapport de la mortalité infantile 2014: Estimations élaborées par le Groupe inter-institutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile", 2014. http://www.unicef.org/media/files/Levels_and_Trends_in_Child_Mortality_2014.pdf
58. Organisation mondiale de la santé. Tendances de la mortalité maternelle de 1990 à 2013: Les estimations de l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, la Banque mondiale et la Division des Nations Unies pour la population. 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf
59. 59. Organisation mondiale de la santé. Les données globales de vaccination juillet 2014 [Internet]. 2014. http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/global_immunization_data.pdf?ua=
60. ECOSOC, étude de base du Forum pour la coopération au développement: Tendances de la coopération triangulaire et Sud-Sud pour le développement, avril 2008

XI. ANNEXES

- ANNEXE 1. SAS 2007-2015**
- ANNEXE 2. TERMES DE REFERENCE POUR L'EVALUATION ET LA REVISION DE LA SAS 2007-2015**
- ANNEXE 3. QUESTIONNAIRE DESTINE AUX REpondANTS-CLES SUR L'EVALUATION**
- ANNEXE 4. LISTE DES RESOLUTIONS DU COMITE REGIONAL AFRICAIN DE L'OMS ADOPTEES ENTRE 2007 ET 2015**

ANNEXE 3. QUESTIONNAIRE DESTINE AUX REpondants-CLES

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي

UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

 Département des Affaires Sociales
 EVALUATION DE LA STRATEGIE AFRICAINE SUR LA SANTE 2007-2015

Questionnaire destiné aux répondants-clés

I. Contexte:

L'Union africaine a élaboré la Stratégie africaine de la santé 2007 à 2015 (SAS; ci-jointe). Elle a été approuvée par la 3e Conférence des ministres africains de la santé en 2007 et la 11ème session ordinaire du Conseil exécutif en 2008. Le but de la SAS était d'enrichir et de compléter les stratégies des États membres en leur ajoutant de la valeur, en termes de renforcement des systèmes de santé, d'un point de vue uniquement africain. La SAS a fourni une orientation stratégique aux efforts de l'Afrique dans la création d'une santé meilleure pour tous à l'appui des objectifs de santé établis par les États membres et les Communautés économiques régionales (CER) en plus des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

A ce titre, la SAS est un cadre d'inspiration au sein duquel les États membres et les Communautés économiques régionales (CER) s'acquitteront de leurs rôles. Elle appelle les agences multilatérales, les partenaires bilatéraux au développement et d'autres partenaires au développement de l'Afrique à établir leur contribution en matière de santé autour d'elle, offrant, ainsi, un cadre global pour permettre la cohérence au sein et entre les pays, la société civile et la communauté internationale.

Sous les auspices et la supervision du Département des affaires sociales de la CUA (DAS), et en parallèle avec les conseils et la coordination d'un secrétariat technique composé de la CUA, le NEPAD, l'ONU et le Département national de la Santé de la République d'Afrique du Sud, une évaluation de la SAS 2007-2015 est en cours afin d'établir la base pour la révision de la nouvelle SAS 2016-2030.

L'objectif de l'évaluation de la SAS 2007-2015 est de déterminer la mesure dans laquelle elle a atteint sa vision, sa mission, ses buts et objectifs. Plus précisément, l'évaluation déterminera:

1. le degré d'utilisation de la SAS pour guider les politiques, plans et programmes de santé des États membres, des CER et des partenaires;
2. identifier les lacunes, les leçons apprises, les défis et les opportunités dans la mise en œuvre de la SAS.

II. Contributions sollicitées des partenaires pour le processus d'évaluation de la SAS 2007-2015:

Pour l'aider à répondre aux objectifs mentionnés ci-dessus, la CUA demande aimablement que le bref questionnaire ci-joint soit rempli et envoyé en temps opportun aux adresses e-mail suivantes par

M. Robert Ndieka, M & E Expert, Département des affaires sociales, Commission de l'Union africaine.
Email: NdiekaR@africa-union.org

Je vous remercie!

Questionnaire destiné aux répondants-clés

Veillez remplir les blancs ou encercler toutes les réponses qui reflètent le mieux la réalité dans votre pays:

- A. État membre:
- B. Nom, titre et institution du répondant (remplissant le questionnaire officiel)
.....
- C. Après Septembre 2007, quel est le calendrier de la/les politique(s) nationale(s) de santé/plan (s) la/les plus récent (s) dans votre pays?
- D. Est-ce-que La (les)Politique(s) nationale (s)/plan (s) de la santé de votre pays sont joint(s) au présent questionnaire ?
1. Oui
 2. Non
- E. Veuillez fournir le site Web de l'institution dans votre pays qui affiche la/les Politique(s) nationales/ plan (s) de la santé.....
- F. En général, la politique nationale de la santé / plan de mon pays a spécifiquement mentionné la Stratégie africaine de la santé 2007-2015 comme l'une de ses sources d'orientation:
1. Pas vrai
 2. Vrai
 3. Ne s'applique pas (si aucune politique nationale de santé / plan existait entre 2007-2015)
- G. *La politique nationale de santé / plan de mon pays contient les éléments suivants qui sont en commun avec les orientations stratégiques de la stratégie africaine de la santé 2007-2015: (Veillez cocher les cases correspondantes)*
- Renforcement des systèmes de santé nationaux en tant que plateformes pour la réponse du secteur de la santé
- Appel à l'établissement des liens de politique générale efficace multisectorielle et des approches intégrées avec les secteurs qui ont une influence prouvée sur les déterminants sociaux de la santé
- Amélioration des systèmes nationaux et sous-nationaux de gouvernance pour accroître l'appropriation communautaire et renforcer les partenariats avec le secteur privé ou les institutions traditionnelles
- Large mobilisation de ressources financières** pour soutenir le secteur

de la santé

- Recherche de **l'efficacité de l'aide** en engageant des partenaires internationaux au développement à mieux harmoniser et aligner leur soutien sur les priorités et les cadres nationaux de santé
- Renforcement de la **sécurité des produits de base, des ressources humaines pour les systèmes de santé et d'information sanitaire** en tant que composantes de base du renforcement du système de santé
- Favoriser les problèmes de santé chez les **femmes, les enfants et les autres groupes prioritaires**
- Reconnaissance, promotion et engagement du rôle clé joué par la **société civile et le secteur privé** à l'appui des priorités nationales du secteur de la santé.

ANNEXE 4 : LISTE DES RESOLUTIONS DU COMITE REGIONAL AFRICAIN DE L'OMS ADOPTEES ENTRE 2007 ET 2015

2007:

- résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS: Situation actuelle et perspectives ;
- stratégie alimentaire et de la santé: Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS ;
- lutte contre l'Onchocercose dans la Région africaine de l'OMS: Situation actuelle et perspectives ;
- prévention et contrôle du diabète: Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS.

2008:

- santé des femmes dans la Région africaine de l'OMS: Appel à l'action ;
- renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS : une exigence cruciale de la lutte contre la maladie ;
- déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique: Améliorer la santé en Afrique dans le nouveau millénaire.

2009:

- la résistance aux médicaments liés au sida, la tuberculose et le paludisme: enjeux, défis et perspectives d'avenir ;
- lutte accélérée contre le Paludisme: Vers l'élimination dans la Région africaine ;
- orientations politiques sur la création de centres d'excellence pour la surveillance des maladies, de laboratoires de santé publique, de l'Alimentation et réglementation des médicaments ;
- renforcement de la préparation et l'intervention dans la Région africaine en cas d'épidémies dans le contexte de l'actuelle pandémie de la grippe ;
- migration du personnel de santé: Code de pratique pour le recrutement international du personnel de santé ;
- appel à l'action Intensifiée de prévention et de lutte contre la tuberculose / VIH et la coïnfection par le VIH dans la Région africaine.

2010:

- une stratégie pour traiter les déterminants de la santé dans la Région africaine ;
- réduction de l'usage nocif de l'alcool: Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS ;
- solutions E-santé dans la Région africaine: contexte actuel et perspectives ;
- état actuel de la vaccination systématique et l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine: défis et recommandations ;

- fonds d'urgence de la santé publique africaine.

2011:

- élimination de la rougeole d'ici 2020: Une stratégie pour la Région africaine ;
- cadre pour l'adaptation de la santé publique au changement climatique dans la Région africaine ;
- document-cadre pour le Fonds d'urgence de la santé publique africaine ;
- éradication de la poliomyélite dans la Région africaine.

2012:

- gestion des risques de catastrophes: une stratégie du secteur de la santé pour la région africaine ;
- VIH/SIDA: Stratégie pour la région africaine ;
- feuille de route pour l'extension des ressources humaines de la santé pour améliorer la prestation des services de santé dans la Région africaine 2012-2025 ;
- promotion de la santé: Stratégie pour la région africaine ;
- l'Observatoire de la Santé en Afrique: opportunités pour le renforcement des systèmes d'information de santé grâce à des observatoires nationaux de la santé ;
- santé et droits de l'homme: situation actuelle et perspectives dans la région africaine ;
- déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles ;
- mise en œuvre du Règlement sanitaire international de (2005) dans la région africaine.

2013:

- vieillissement sain dans la région africaine: Analyse de la situation et perspectives ;
- renforcer le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé: Une stratégie pour la Région africaine ;
- relever le défi de la santé des femmes en Afrique: Rapport de la Commission sur la santé des femmes dans la région africaine ;
- l'utilisation de solutions d'E-santé pour améliorer les systèmes nationaux de santé dans la région africaine ;
- stratégie régionale sur les maladies tropicales négligées dans la région africaine de l'OMS ;
- directives consolidées de l'OMS sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection au VIH; Recommandations pour une approche de santé publique - Implications pour la Région africaine.

2014:

- progrès vers la réalisation des OMD liés à la santé ;

- plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 ;
- analyse et perspectives de la situation de l'hépatite virale dans la Région africaine ;
- fonds d'urgence pour la santé publique africaine.

2015:

- la recherche pour la santé: une stratégie pour la Région africaine 2016-2025 ;
- stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé: perspectives de la Région africaine ;
- rapport d'avancement sur la création du Centre africain pour le contrôle des maladies ;
- fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP) ;
- l'épidémie du virus Ebola 2014: les enseignements tirés et la voie à suivre ;
- les progrès dans la mise en œuvre de la stratégie de promotion de la santé pour la région africaine ;
- les progrès dans la stratégie pour l'examen des déterminants clés de la santé dans la région africaine ;
- les progrès dans la création de l'Agence africaine des médicaments.