AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي

UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone: 011-551 7700 Fax: 011-551 7844
Website: www.au.int

SA16951 - 24

Groupe de travail du Comité technique spécialisé sur la santé, la population et la lutte contre la drogue.
Réunion des experts
25-26 avril 2016, Addis-Abeba

Réunion des ministres de la Santé
Genève, 21 mai 2016

STRATÉGIE AFRICAINE DE LA SANTÉ 2016-2030

I. TABLE DES MATIÈRES

II. LISTE DES ACRONYMES 2
III. REMERCIEMENTS 3
IV. RÉSUMÉ 3
V. INTRODUCTION 5
VI. CONTEXTE 7
VII. ANALYSE DE LA SITUATION 8
VIII. PRINCIPES DIRECTEURS 11
IX. VISION, MISSION, BUT, OBJECTIFS ET APPROCHES STRATÉGIQUES 12
1. Vision et Mission: 12
2. Objectif: 13
3. Objectifs et priorités stratégiques: 13
4. Approches stratégiques 15
X. CONTEXTE POLITIQUE, CADRE DE SUIVI, DE RAPPORT ET DE RESPONSABILISATION 19
1. Contexte politique: 19
2. Actions et ressources pour le renforcement de la responsabilisation et des partenariats: 20
3. Suivi, rapport et responsabilisation de la SAS 2016-2030: 20
4. Stratégie de diffusion, de promotion et de communication de la SAS 2016-2030: 21
XI. RÔLES ET RESPONSABILITÉS INSTITUTIONNELLES 22
1. La Commission de l'Union africaine (CUA): 23
2. L'Agence du NEPAD 23
3. Les Communautés économiques régionales (CER) 24
4. Les États membres 24
XII. LISTE DE RÉFÉRENCES 26
XIII. ANNEXES 31

II. LISTE DES ACRONYMES

BAD	Banque africaine de développement
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
ARV	Médicaments antirétroviraux
ART	Thérapie antirétrovirale pour le VIH / SIDA
UA	Union africaine
CUA	Commission de l'Union africaine
CCC	Communication pour le changement de comportement
CBO	Organisations communautaires
PEV	Programme élargi de vaccination
FBO	organisations confessionnelles
AMVV	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
PIB	Produit intérieur brut
GFATM	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 des systèmes de santé
TIC	Information, communication et technologie
CDI	Consommation de drogues injectables
IEC	Information, Éducation et Communication
MIILD	Moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
MDR-TB	Tuberculose multi résistante
M & 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
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PPP	Partenariats Public Privé
SRP	Stratégie de réduction de la pauvreté
CER	Communautés économiques régionales
SSRMNI	santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et infantile
PAS	Programmes d'ajustement structurel
SWAP	Approches sectorielles élargies
TB	tuberculose
MT	Médecine traditionnelle
ONUSIDA	Programme des Nations Unies sur le VIH / SIDA
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
BM	Groupe de la Banque mondiale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TB-ERM	Tuberculose extrêmement résistante aux médicaments

III. REMERCIEMENTS

La Commission de l'Union africaine tient à remercier les États membres de l'Union africaine qui ont bien voulu fournir les informations et le soutien technique nécessaires à l'élaboration de cette stratégie.

Elle étend sa gratitude particulièrement aux Secrétariats techniques des organisations membres pour leur soutien technique, financier et logistique. La Commission remercie plus particulièrement encore le ministère de la Santé de la République d'Afrique du Sud, le Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) ainsi que les organismes des Nations Unies pour leurs contributions majeures à l'élaboration réussie de cette Stratégie africaine de la santé 2016- 2030.

Les Communautés économiques régionales, le secteur privé et les organisations de la société civile ont apporté pour l'élaboration et la finalisation de cette stratégie des contributions importantes en information et en orientation pour lesquelles la Commission leur reste redevable.

IV. RÉSUMÉ

En 2007, l'Union africaine a élaboré la première Stratégie africaine pour la santé (SAS) 2007-2015 approuvée par la troisième Conférence des ministres africains de la Santé tenue la même année et adoptée par la onzième session ordinaire du Conseil exécutif en 2008. En 2015, la réunion du premier Comité technique spécialisé sur la santé, la population et la lutte contre la drogue (STC-HPDC) de l'Union africaine a recommandé qu'une stratégie révisée de la santé en Afrique soit élaborée pour la période 2016 -2030 sur la base d'une évaluation de la stratégie précédente, des instruments pertinents de politique de la santé de l'UA et de l'intégration de la recherche et de l'innovation pour la santé. Ci-joint le rapport d'évaluation de la SAS 2007 - 2015 qui est partie intégrante du présent document.

Le cadre stratégique de la SAS 2016 - 2030 a pour fondement un certain nombre d'engagements et d'instruments politiques de santé continentaux et mondiaux, dont le plus important est l'Agenda 2063: « l'Afrique que nous voulons » et l'Agenda 2030 pour le développement durable, y compris ses objectifs de développement durable. D'autres cadres politiques qui renforcent la SAS 2016 - 2030 sont notamment le Cadre directeur continental pour la santé et les droits liés à la reproduction et le Plan d'action étendu de Maputo (2016-2030) qui le complète, le Plan de fabrication de produits pharmaceutiques pour l'Afrique (PMPA), la Stratégie régionale africaine de la nutrition 2015 - 2025 (SRNA), les différents engagements de l'UA à Abuja, les appels, les déclarations visant à lutter contre le sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique, le Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030, ainsi que la Stratégie mondiale 2016-2030 pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent.

Il est important de souligner que la SAS 2016-2030 est un document englobant inspiré par d'autres engagements continentaux et mondiaux dont l'ambition n'est de remplacer ni de reproduire, mais de renforcer les engagements contenus dans les instruments mondiaux et continentaux. Pour faciliter ce renforcement, elle joue le rôle d'une plate-forme de cohérence et de consolidation qui englobe tous les engagements et les stratégies existant dans le secteur de la santé.

La SAS 2016 - 2030 permet aux États membres de l'Union africaine de bénéficier d'une orientation stratégique de leurs efforts pour une meilleure performance de leurs secteurs de la santé ; elle prend en compte les engagements continentaux et s'attaque aux principaux défis qui freinent les efforts de réduction de la charge de morbidité du continent, surtout en s'inspirant des leçons apprises et en tirant parti des opportunités existantes. Ses orientations stratégiques appellent à une collaboration multisectorielle, à des ressources adéquates ainsi qu'un à leadership approprié pour une mise en œuvre et une responsabilisation efficaces propices aux résultats.

En tant que tout premier document de consolidation de tous les engagements africains du secteur de la santé, la SAS 2016 - 2030 apporte comme valeur ajoutée sa capacité à inspirer, guider et mettre en évidence les orientations stratégiques pertinentes pour tous les États membres. La SAS 2016 - 2030 atteint cet objectif du fait de mettre l'accent sur les solutions aux problèmes qui reflètent les rôles stratégiques en amont les mieux adaptés à la Commission de l'Union africaine et aux Communautés économiques régionales (CER) par l'intermédiaire desquelles les États membres peuvent tirer des avantages directs tels que les économies d'échelle, les efforts de collaboration et autres.

Techniquement, la SAS 2016 - 2030 promeut et favorise l'action des États membres qui consiste à établir des priorités et investir dans les déterminants sociaux spécifiques de la santé grâce à une meilleure collaboration intersectorielle, souligner l'importance centrale des priorités qui renforcent les systèmes de santé, des appels pour une meilleure mobilisation des forces de la communauté, des partenariats public privé et autres, et recommander un changement de paradigme majeur qui aide les États membres à gérer les risques de catastrophes avec plus d'efficacité et de manière plus systématique.

En regard de la vision d'une Afrique intégrée et prospère libérée de sa lourde charge de morbidité, d'invalidité et de décès prématuré, la SAS 2016 - 2030 a pour objectif d'assurer une vie saine et de promouvoir le bien-être pour tous en Afrique dans le contexte de « l'Agenda 2063: l'Afrique que nous voulons » et des objectifs de développement durable. Elle a pour objectif global de renforcer la performance des systèmes de santé, accroître les investissements dans la santé, améliorer l'équité et les déterminants sociaux de la santé pour réduire le poids des maladies prioritaires d'ici 2030.

Les approches stratégiques sont tirées à la fois de celles qui ont fait leur preuve de validité et de succès aux niveaux mondial et continental et de celles émergentes dont l'importance est hors de doute. Il s'agit, pour ces approches, de renforcer les systèmes de santé pour qu'ils pérennisent les avantages acquis liés à la performance, d'assurer

un leadership fort et la bonne gouvernance; d'établir des partenariats multisectoriels pour aborder les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé, de recentrer la prestation des services et d'autonomiser les communautés, d'étendre la protection sociale en vue de plus de justice, de prioriser les ressources humaines pour la santé, d'assurer la sécurité des produits de base, de renforcer l'environnement réglementaire et de soutien en vue de la fourniture de médicaments et des technologies de qualité, y compris encourager la médecine traditionnelle africaine; il s'agit en outre d'établir des systèmes efficaces de surveillance des maladies et de gestion des catastrophes, d'investir dans les jeunes et les adolescents et d'améliorer la collaboration internationale en vue de réaliser des économies.

La SAS 2016-2030 décrit les principaux cadres stratégiques, les mécanismes de reddition de comptes, ainsi que les rôles et responsabilités en rapport avec sa mise en œuvre. Compte tenu de sa nature - instrument continental visant à guider les États membres, ceux-ci jouent le plus grand rôle dans le cadre de sa mise en œuvre. En conséquence, la responsabilité majeure de coordination et de supervision de la SAS 2016-2030 incombe aux États membres, pendant que la facilitation, la coordination et l'appui appartiennent aux organes de l'UA, aux CER, aux agences des Nations Unies et autres partenaires.

À la suite de l'approbation de la SAS 2016-de 2030 au cours de la première moitié de 2016, un cadre de suivi et d'évaluation axé sur les résultats complets sera élaboré pour soutenir la mise en œuvre et le suivi de la stratégie.

V. INTRODUCTION

Préoccupée par l'augmentation de la charge de morbidité de l'Afrique, en dépit des bons programmes, des bonnes stratégies et du progrès tangible, l'Union africaine a élaboré la Stratégie africaine de la santé (SAS) 2007-2015 approuvée par la troisième Conférence des ministres africains de la santé en 2007 et la onzième session ordinaire du Conseil exécutif en 2008. L'objectif de la stratégie était d'enrichir et de compléter les stratégies nationales des États membres en leur apportant de la valeur ajoutée en termes de renforcement des systèmes de santé uniquement sur le plan continental.

La SAS 2007 - 2015 avait fourni une orientation stratégique aux efforts de l'Afrique visant à la création d'une meilleure santé pour tous et avait reconnu que l'Afrique avait déjà établi des objectifs de santé en plus des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qu'elle s'était engagée à réaliser. La SAS 2007 - 2015 a exploré les défis et les opportunités liés aux efforts qui peuvent faire diminuer la charge de morbidité du continent, renforcer ses systèmes de santé et améliorer le capital humain en améliorant la santé. Elle a mis en évidence les orientations stratégiques qui peuvent être utiles dans une approche multisectorielle et multi-parties prenantes, dotées de ressources suffisantes, mises en œuvre et suivies.

En Avril 2015, la première session du Comité technique spécialisé de l'Union africaine sur la santé, la population et la lutte contre la drogue (STC-HPDC) a recommandé que la révision de la stratégie soit fondée sur et informée par les instruments de politique de santé révisés de l'UA et qu'elle intègre la recherche et l'innovation pour la santé. Une

évaluation de la SAS 2007-2015 pour déterminer son influence dans les États membres et les CER a été menée sous les auspices d'un Secrétariat technique dirigé par le Département des Affaires sociales de la CUA, en collaboration avec les partenaires clés. Sur la base des recommandations du rapport d'évaluation, de l'orientation stratégique d'autres instruments de santé continentaux et mondiaux, en consultation avec différentes parties prenantes et sous la houlette du Secrétariat technique, cette nouvelle stratégie africaine de la santé 2016 - 2030 a été élaborée.

La SAS 2016 - 2030 est similaire dans une certaine mesure à son prédécesseur en ce qu'elle vise également à fournir une orientation stratégique aux efforts africains visant à la création de secteurs de la santé plus performants ; elle reconnaît les engagements continentaux existants et s'attaque aux principales difficultés de la réduction de la charge de morbidité du continent, tout en tirant avantage des leçons apprises et des opportunités existantes. Ses orientations stratégiques appellent à une collaboration multisectorielle, à des ressources suffisantes et à un leadership approprié pour assumer la responsabilité de sa mise en œuvre et de cadres de responsabilisation efficaces. Dans cette optique, la SAS 2016 - 2030 vise à compléter le programme inachevé, ajuster le cours en fonction des enseignements tirés de la mise en œuvre de la SAS 2007-2015 et tirer parti des réalisations des États membres et des CER.

La SAS 2016-2030 ajoute de la valeur aux cadres et stratégies politiques du secteur de la santé des États membres et des CER en mettant l'accent sur les solutions aux problèmes qui reflètent les rôles stratégiques en amont les mieux adaptés à la Commission de l'Union africaine et aux Communautés économiques régionales (CER) par l'intermédiaire desquelles les États membres peuvent tirer des avantages directs tels que les économies d'échelle, les efforts de collaboration et autres avantages.

Techniquement, le SAS 2016-2030 aide à plaider pour l'importance des priorités de santé spécifiques pertinentes pour le continent et ses engagements. Celles-ci comprennent la nécessité d'investir dans le renforcement des systèmes de santé et les déterminants sociaux spécifiques de la santé grâce à une meilleure collaboration intersectorielle, en tirant les enseignements des leçons récentes apprises aux niveaux africain et mondial. En outre, la SAS 2016-2030 appelle à des moyens dynamiques de tirer parti de l'implication et de l'intégration de la communauté, des partenariats public privé et inter-pays et recommande un changement de paradigme pour aider les États membres à faire face aux effets des urgences de santé publique d'une manière plus systématique et complète.

La SAS 2016-2030 pourrait créer une plate-forme encore plus souple et plus complète, plus dynamique et plus forte autour de laquelle les États membres, les CER, les agences multilatérales, les agences bilatérales de développement et d'autres partenaires en Afrique pourraient converger et se coordonner pour renforcer leur cohérence et leur synergie en vue d'améliorer la santé en Afrique.

VI. CONTEXTE

L'élaboration de la SAS 2016 - 2030 a été faite sur la base du rapport d'évaluation de la SAS 2007-2015 et des cadres politiques continentaux et mondiaux existants. L'Agenda 2063: « L'Afrique que nous voulons » est un cadre politique particulièrement important qui décrit la vision de développement du continent pour les décennies à venir. Les autre éléments clés de l'environnement politique sur lequel la SAS 2016-2030 repose sont notamment les objectifs de développement durable (ODD mondiaux); le Programme d'action 2015 d'Addis-Abeba sur la troisième Conférence de haut niveau sur le financement du développement; la Stratégie mondiale 2016-2030 pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent; la feuille de route de l'UA; le Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme d'ici 2030; le Cadre directeur continental pour la santé et les droits liés à la reproduction et son Plan d'action de Maputo 2016-2030; le Plan de fabrication de produits pharmaceutiques pour l'Afrique; la Stratégie régionale africaine de la nutrition 2015 - 2025 et la Décennie de la médecine traditionnelle africaine et autres cadres politiques. La mise en œuvre de la SAS 2016-2030 est donc tributaire de la mise en œuvre de ces engagements et cadres connexes du secteur de la santé.

Synergie et liens sont assurés dans les différentes sous-stratégies et engagements mondiaux, en particulier dans les éléments qui concernent le secteur de la santé. Par exemple, la synergie est observée entre l'Agenda 2063 de l'Union africaine et son Plan d'action décennal, en tant que cadre stratégique pour assurer une transformation socio-économique positive en Afrique avec les résolutions de l'Assemblée générale sur le Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD). Le Programme d'action d'Addis-Abeba également "réaffirme l'importance de soutenir le nouveau cadre de développement". De même, les objectifs fixés dans la Stratégie mondiale de la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 sont en ligne avec ceux de l'Objectif pour le développement durable 3 (ODD 3), du Plan d'action de Maputo 2016-2030 et du Cadre catalytique pour mettre fin au SIDA, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030.

Les principaux domaines de convergence stratégique dans ces cadres politiques mettent l'accent sur la nécessité de mettre en place la protection sociale et les services publics essentiels pour tous; d'intensifier les efforts pour mettre fin à la faim et à la malnutrition; de renforcer les systèmes de santé nationaux afin de permettre la réalisation de la couverture maladie universelle (CMU), de l'amélioration de l'alerte précoce, de la réduction des risques et de la capacité de gestion des catastrophes, et de l'augmentation substantielle du financement pour la santé ; la nécessité également de relever les défis de la main-d'œuvre de la santé, traiter les maladies non transmissibles, classer comme priorité la santé des femmes, des enfants et des adolescents; soutenir la recherche et l'élaboration des vaccins, des médicaments et des technologies permettant de traiter les maladies transmissibles et non transmissibles, élargir l'accès à la vaccination en tirant parti des accords commerciaux et renforçant les partenariats au sein et entre les pays pour une plus grande efficacité de l'aide.

Le Rapport d'évaluation de la SAS 2007-2015 et les commentaires récents de certains engagements parmi les plus importants dans le secteur de la santé en Afrique ont fourni des informations importantes sur l'analyse de la situation et les orientations stratégiques pour la SAS 2016-2030. Parmi ces récents jalons figurent la Stratégie régionale africaine de la nutrition (2015-2025), le Plan d'action de Maputo 2016-2030, le Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme d'ici 2030, l'examen du Plan d'action de Maputo (2015), l'examen de l'Appel d'Abuja à l'action (Avril 2015), le rapport d'avancement des OMD pour l'Afrique 2015, divers études thématiques spécifiques approuvées par les comités régionaux de l'OMS pour la Région Afrique, ainsi que des études ou des stratégies régionales et mondiales clés commandées par d'autres partenaires telles que le Cas de l'investissement pour la santé en Afrique (Harmonisation pour la santé en Afrique, 2011), le Rapport d'étape sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en Afrique (CUA, 2014), Réduire les écarts pour atteindre les objectifs (UNICEF, 2010), État de la population mondiale: le pouvoir de 1,8 milliard les adolescents, les jeunes et la transformation de l'avenir (FNUAP 2014), entre autres.

L'héritage de l'épidémie d'Ébola et son évaluation ultérieure par l'UA ont démontré l'importance de développer de nouveaux paradigmes dans la gestion des interventions en cas de catastrophe en Afrique, le besoin urgent de reconstruire et de renforcer la sécurité de la santé dans tous les pays (en particulier ceux qui sont fragiles ou sujets à des catastrophes récurrentes) et de faire face aux conséquences multidimensionnelles que les catastrophes peuvent avoir au niveau local, national, régional, continental et mondial si elles ne sont pas correctement prises en charge. La SAS 2016-2030 adopte et promeut un tel changement de paradigme en s'attaquant aux menaces à la santé publique générées par les catastrophes naturelles et d'origine humaine, par le renforcement des capacités nationales, régionales et continentales à faire face aux catastrophes.

VII. ANALYSE DE LA SITUATION

Une analyse plus détaillée des fardeaux de la morbidité et des défis transversaux peut se trouver dans le rapport d'évaluation de la SAS 2007-2015. La présente section met en évidence les progrès et certains des défis qui affectent la performance du secteur de la santé en Afrique.

Par rapport à d'autres régions du monde, l'Afrique reste le continent dont la majorité des pays affichent les pires indicateurs de mortalité maternelle, de mortalité infantile, de morbidité et de mortalité dues aux maladies transmissibles. Le triple fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles, des blessures et traumatismes, y compris l'impact socio-économique de ceux-ci, a nui au développement de l'Afrique.

Cependant, malgré ces défis, l'Afrique au sud du Sahara est devenue la première région du monde à avoir atteint l'une des sous-cibles de l'OMD 6 relatif au VIH / SIDA, avant la date limite du 31 décembre 2015 (Communiqué de presse de l'OMS, Journée mondiale du sida, 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. L'incidence du paludisme chez les enfants de 2 à 10 ans a chuté de 26% en 2000 à 14% en 2013, soit une baisse relative de 48%. Cette baisse a été plus prononcée dans les régions de transmission stable avec une réduction de 35% à 18% pour la même période. Entre l'an 2000 et 2015, le nombre estimé de cas pour 1000 personnes à risque de paludisme a diminué de 42% en Afrique (hors Afrique du Nord). Le taux de mortalité du paludisme sur le continent a diminué de 66% au cours de la même période. Le taux de succès du traitement de la tuberculose en Afrique a atteint 86% en 2013. Le taux de détection des cas de tuberculose s'est légèrement amélioré à 52% du fait que l'Afrique a dépassé les autres régions dans la détermination du statut sérologique de toutes les personnes atteintes de tuberculose.

L'Afrique a fait des progrès dans la santé maternelle entre 1990 et 2013. 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 / Banque mondiale / PNUD, 2014).

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 a été 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 (l'augmentation du taux de mortalité des moins de cinq ans au cours de cette période dans certains pays d'Afrique australe est en grande partie attribuée aux décès liés au VIH).

Pourtant, la région reste confrontée à un besoin urgent d'accélérer les progrès (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, par comparaison, l'Afrique hors Afrique du Nord n'a connu qu'une réduction de 32% de la mortalité néonatale, qui est passée de 46 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 31 en 2013 (UNICEF et al, dans CUA, 2014). Le taux de mortalité néonatale, en particulier, est à la traîne loin derrière les autres taux de mortalité infantile et sa persistance semble être affectée par des contraintes, parmi lesquelles, l'accès limité aux soins prénatals et post-partum et aux soins d'urgence obstétricaux et néonatals.

Le taux moyen du besoin non satisfait du continent en contraceptifs modernes pour la période 2006-2013 reste élevé à 26,2%, tandis que le taux moyen de prévalence contraceptive n'a augmenté que légèrement, passant de 24,3% entre 1990 et 2005 à 25,9% entre 2006 et 2013. Avec des taux élevés et persistants de fécondité et un nombre croissant de femmes en âge de procréer, les besoins de la proportion croissante d'enfants, d'adolescents et de jeunes qui en est le résultat sont à peine abordés, alors que très peu d'attention est accordée au formidable «dividende démographique». L'Afrique doit, c'est essentiel, aborder les avantages énormes ainsi que les coûts d'opportunité élevés de répondre aux besoins de santé des adolescents et des jeunes. Le Rapport sur l'état de la population mondiale ("Le pouvoir d'un 1.8 milliard») met en évidence la façon dont les quelques décennies à venir verront «gonfler» la tranche de population d'adolescents et de jeunes et combien il est essentiel

d'investir dans ces jeunes afin de soutenir leurs droits à la santé et d'exploiter leur important potentiel pour la promotion de la stabilité sociale et de la croissance économique de l'Afrique (FNUAP 2014). À l'heure actuelle, cependant, ils restent parmi les populations les plus mal desservies d'Afrique, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.

Vingt-cinq pour cent de la population de l'Afrique au sud du Sahara a connu la faim et la malnutrition au cours de la période 2011-2013. La proportion d'enfants rabougris est tombée de 41,6 pour cent en 1990 à une moyenne de 34,1% entre 2006 et 2013. Cependant, le retard de croissance reste un problème majeur en Afrique en raison d'un certain nombre de facteurs, dont les barrières socio-culturelles, la pauvreté chronique, l'insuffisance d'eau, l'assainissement et l'hygiène, l'approvisionnement en aliments sains et nutritifs.

Seuls quelques pays africains ont fait des progrès dans l'amélioration de l'accès à l'approvisionnement en eau et un nombre moins important encore ont fait des progrès pour améliorer l'accès à l'assainissement (CUA / CEA / PNUD, 2015).

Selon l'évaluation 2015 de l'Appel d'Abuja, les États membres dans leur majorité n'ont pas alloué de ressources suffisantes pour la santé. Les dépenses de santé effectuées par les individus de leurs poches restent élevées alors que les systèmes de protection sociale et l'assurance maladie traînent derrière l'expansion de la population. Le rapport qualité-prix et le rendement des investissements ne sont pas systématiquement considérés lors du choix des interventions prioritaires, des priorités de la politique ou des options stratégiques. Par exemple, l'investissement est biaisé en faveur des établissements de santé secondaires ou tertiaires urbains, par opposition aux soins primaires et vers les soins curatifs, par opposition à la prévention. D'autres inefficacités dans les systèmes de santé africains résident également dans le faible niveau de l'effet de levier du potentiel du secteur privé dans l'innovation, le cofinancement et la couverture en expansion des interventions essentielles.

Les pays africains dans leur grande majorité ont mis en place un cadre de politique visant à améliorer la disponibilité des ressources humaines qualifiées pour la santé, pourtant, la main d'œuvre de la santé souffre de production insuffisante, de formation initiale inadéquate, de mélange inapproprié de compétences, de mauvaise distribution, de soutien insatisfaisant en milieu de travail, de faible niveau de motivation, de stratégies de rétention et de cadres réglementaires faibles. La mauvaise répartition des établissements de santé et les pénuries de produits pharmaceutiques de base a un impact négatif sur la qualité des soins et par conséquent sur les résultats de santé. La gouvernance du secteur de la santé demeure confrontée à des mécanismes de transparence et de responsabilisation faibles, ainsi qu'à un engagement insuffisant des parties prenantes dans les politiques, stratégies et plans de développement. La faiblesse de la réglementation du secteur privé et de la qualité des stocks de produits médicaux a entraîné une disponibilité généralisée de faux médicaments, de médicaments en dessous des normes ou de contrefaçons. Des défis majeurs abondent également dans le système d'information sur la santé de la plupart des pays d'Afrique. Moins des deux cinquièmes des pays africains disposent d'un système d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil complet (CRVS). La

base d'information stratégique pauvre dans la plupart des États membres a entraîné la faible utilisation des données et des preuves pour la prise de décision, y compris dans l'élaboration de la politique et de la stratégie nationales et dans la planification sous-nationale et la gestion des services de santé.

Au cours de la période 2007 - 2015, plusieurs crises humanitaires en Afrique ont eu un impact négatif sur la capacité des systèmes de santé à fournir des services de santé. Les catastrophes naturelles et d'origine humaine telles que les sécheresses, les inondations, la famine, les épidémies de maladies transmissibles et les conflits armés ont été suffisamment importantes pour influer sur la capacité des États membres à répondre aux priorités de la SAS 2007-2015. Ces crises humanitaires ont entraîné une hausse des taux de décès, de blessures, d'invalidité, de malnutrition, des épidémies, de la perturbation de l'infrastructure sanitaire et de détournement des ressources nécessaires et de la volonté politique nécessaire pour répondre aux priorités de santé. La mise en œuvre inadéquate des capacités nationales de base requises par le Règlement sanitaire international (RSI 2005) a abouti à l'absence de capacité nationale pour faire face à de graves menaces de santé publique et aux événements graves liés à la santé jusqu'à ce qu'ils ont atteint l'ampleur de catastrophes.

Différentes possibilités existent qui peuvent faire avancer la mise en œuvre de la SAS 2016-2030. En Afrique, le potentiel inexploité du secteur privé est énorme et peut permettre aux États membres, aux CER et à la CUA de tirer parti des apports financiers, technologiques et autres pour soutenir le secteur de la santé. La CUA, le NEPAD et un certain nombre de CER ont été les pionniers d'excellentes initiatives qui ajoutent de la valeur aux efforts nationaux de leurs États membres et servent de modèles qui pourraient être reproduits pour améliorer l'intégration et la coopération intra et inter-régionales.

Les principaux enseignements tirés, parmi lesquels la nécessité d'acquérir un spectre thématique plus large englobant les maladies non transmissibles, la santé mentale et la santé environnementale, l'importance cruciale du renforcement des systèmes de santé; l'importance de réaliser l'équité au sein et entre les pays, l'intersection de la santé avec des secteurs tels que l'éducation et la reconnaissance que les épidémies, les catastrophes et les crises humanitaires sont une menace pour le développement durable doivent être pris en compte dans cette stratégie prospective. Ces leçons clés devraient être considérées lors de la mise en œuvre de la SAS 2016- 2030 pour des résultats accélérés.

VIII. PRINCIPES DIRECTEURS

Le moment venu d'adopter la SAS 2016-2030, l'UA et les principales parties prenantes (CER, OSC et partenaires internationaux de développement) seront guidés par les principes suivants:

- la santé est un droit de l'homme qui doit être accessible à tous ;
- la santé est une contribution du développement et un résultat nécessitant des réponses multisectorielles ;

- les systèmes de santé doivent prévoir le continuum des services depuis avant la naissance jusqu'à la fin de la vie ;
- la santé est un secteur productif; investir dans la santé a des retombées économiques positives ;
- l'équité est importante dans l'accès aux services de santé et la définition des déterminants de la santé ;
- efficacité et efficience sont essentielles pour maximiser les avantages tirés des ressources disponibles ;
- la preuve est la base d'une politique et d'une pratique de santé publique saines ;
- les systèmes de santé devraient fournir des services de qualité, être axés sur les personnes, appartenir à la communauté et rendre compte à tous ;
- le respect de la diversité culturelle et de l'égalité des sexes est important pour surmonter les barrières d'accès à la santé ;
- la prévention est le moyen le plus rentable de réduire le fardeau de la maladie ;
- les maladies et les catastrophes vont au-delà des frontières; la coopération transfrontalière dans la gestion des catastrophes et le contrôle des maladies est nécessaire.

IX. VISION, MISSION, BUT, OBJECTIFS ET APPROCHES STRATÉGIQUES

La vision, la mission, le but et les objectifs de la SAS (2016-2030) tirent parti des engagements continentaux et mondiaux existants, en particulier de l'« Agenda 2063: L'Afrique que nous voulons» de l'Union africaine et de l'Agenda 2030 pour le développement durable, y compris ses objectifs de développement durable.

1. Vision et Mission:

La **vision** de la SAS 2016-2030 est celle d'une Afrique intégrée, inclusive et prospère libérée de son lourd fardeau de maladie, d'invalidité et de décès prématurés.

La **mission** de la SAS 2016-2030 est de donner une réponse efficace, conduite par l'Afrique, pour réduire le fardeau de la maladie grâce à des systèmes renforcés de santé, des interventions sanitaires plus étendues, une action intersectorielle et des communautés autonomes.

2. Objectif:

Assurer une vie longue et en bonne santé et promouvoir le bien-être pour tous en Afrique dans le cadre de "l'Agenda 2063: l'Afrique que nous voulons» et des objectifs de développement durable.

La réalisation de cet objectif sera le fait des populations africaines avec un accent particulier sur les segments les plus productifs de la société, ainsi que sur les femmes, les jeunes, les adolescents, les enfants et autres groupes vulnérables[1].

3. Objectifs et priorités stratégiques:

a. Objectif global

Renforcer la performance des systèmes de santé, accroître les investissements dans la santé, améliorer l'équité et les déterminants sociaux de la santé afin de réduire la charge des maladies prioritaires en 2030.

b. Objectifs stratégiques

Objectif stratégique 1: En 2030, atteindre une couverture de santé universelle en remplissant les engagements mondiaux et continentaux existants qui renforcent les systèmes de santé et améliorer les déterminants sociaux de la santé en Afrique en mettant en œuvre les **priorités stratégiques** suivantes: -

- promouvoir des mécanismes de protection sociale et l'accès aux services de santé essentiels de qualité garantie et abordables, y compris l'accès aux médicaments, aux vaccins, aux produits de santé et aux technologies;

- augmenter le financement de la santé par le biais de mécanismes de financement innovants et durables, les partenariats public-privé, l'augmentation de l'allocation des ressources nationales, y compris les engagements précédents et la solidarité mondiale;

- créer des cadres nationaux adéquats de gestion des ressources humaines pour accroître substantiellement la formation, le recrutement, le déploiement, la réglementation, le soutien et la rétention des travailleurs de la santé;

- améliorer la gouvernance, la responsabilité et l'intendance du secteur de la santé. Cela implique le renforcement des systèmes de santé communautaire, des systèmes d'information, la prestation de services axés sur la décentralisation des soins de santé primaires complets intégrés et l'utilisation efficace des ressources;

- renforcer la recherche, l'innovation dans le domaine de la santé, les TIC pour la santé, les capacités technologiques et le développement de

[1] Comme les pauvres, les personnes âgées, les handicapés, les migrants, les réfugiés et les déplacés, ainsi que les personnes vivant avec des conditions de santé stigmatisant et avec des besoins spéciaux.

solutions durables sur la base de preuves pour les problèmes de santé de l'Afrique;

- améliorer la préparation aux situations d'urgence et la réponse des systèmes et des capacités aux niveaux national, régional et continental;

- renforcer la collaboration multisectorielle, les partenariats et la programmation fondés sur les droits pour traiter globalement les déterminants sociaux de la santé ;

- renforcer la capacité des ministères de la Santé de réglementer et de surveiller les activités des prestataires de santé non étatiques pour assurer la complémentarité avec les efforts du gouvernement.

Objectif stratégique 2: Réduire la morbidité et mettre fin à la mortalité évitable due aux maladies transmissibles et non transmissibles et autres conditions de santé en Afrique en mettant en œuvre les priorités stratégiques suivantes:

- mettre fin aux décès évitables de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et assurer un accès équitable aux services complets, intégrés de soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, y compris à la planification familiale volontaire;

- mettre fin au sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et lutter contre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et d'autres maladies transmissibles émergentes et ré-émergentes;

- maintenir et intensifier les programmes élargis de vaccination;

- réduire toutes les formes de malnutrition, y compris le retard de croissance chez les jeunes enfants et les objectifs liés à la nutrition comme indiqué dans la Stratégie régionale africaine de la nutrition (2016-2025);

- prioriser les programmes visant à lutter contre la mortalité prématurée due au diabète, au cancer, aux maladies cardio-vasculaires, aux infections respiratoires, à la santé mentale, aux blessures et autres maladies non transmissibles.

4. Approches stratégiques

Pour atteindre les objectifs de cette stratégie, une attention particulière devrait être accordée aux approches stratégiques prioritaires suivantes:

a. L'amélioration durable de la performance du système de santé

Une lutte économique contre les maladies évitables, l'invalidité et les décès en Afrique exigera un investissement lourd pour renforcer toutes les composantes du système de santé, tout en tenant compte d'importantes considérations d'équité pour traiter les segments les plus vulnérables et marginalisés de la société. Il est également important d'intégrer de nouvelles possibilités offertes par les progrès de la technologie et de développer et conserver les ressources humaines.

b. Le leadership et la bonne gouvernance

La SAS 2016-2030 n'atteindra ses objectifs que si elle s'appuie sur la volonté et l'engagement au plus haut niveau, la gestion saine, la responsabilité et la transparence dans la direction et la gouvernance du secteur de la santé. L'amélioration de l'harmonisation et de l'alignement est un élément clé de la bonne gouvernance et la mise en place d'un plan national, d'un cadre d'administration et d'un système de suivi et d'évaluation devrait être prioritaire dans les États membres. Les États membres devraient envisager d'instituer une décentralisation effective des fonctions, de l'autorité et des ressources en vue d'améliorer les performances du secteur de la santé. Tirant des leçons de l'initiative du NEPAD concernant le suivi de la gouvernance l'ensemble des gouvernements, des approches similaires seront explorées pour évaluer les améliorations en matière de gouvernance du secteur de la santé dans le cadre de cette stratégie et impliquer les parlements pour assurer une action éclairée par les résultats.

c. Financement de la santé

Bien que n'étant pas la seule condition garantissant des résultats, le financement durable et prévisible du secteur de la santé est le plus important des piliers permettant la construction de systèmes de santé viables et une mesure décisive dans l'amélioration de l'accès équitable aux services de santé et la réduction de la pauvreté. Les États membres devraient élaborer des options pour le financement intérieur durable du secteur de la santé et l'augmentation des dépenses de santé du gouvernement par habitant en ligne avec l'appel d'Abuja et les engagements de l'OMS. En outre, la mutualisation des risques (par exemple, l'assurance maladie et les autres formules prépayées de financement des services de santé), les subventions croisées, la taxation imposée sur le «péché» du tabagisme et de l'alcool et d'autres mesures visant à accroître l'enveloppe financière pour le secteur de la santé doivent être prises en considération. Le financement de la santé étant une responsabilité partagée qui nécessite une solidarité mondiale et un effort collectif, les partenaires de développement devraient augmenter et aligner leur assistance financière et technique avec les priorités nationales de santé. En outre, les pays devraient mettre en place des mécanismes de responsabilisation pour une utilisation efficace des ressources nationales et internationales. Les pays devraient être encouragés à renforcer et

opérationnaliser leurs comptes nationaux de la santé, afin de garantir que les allocations et les dépenses de santé sont bien surveillés.

d. Accroître la protection sociale pour répondre à l'équité

La protection sociale est un instrument important dans la réalisation de l'accès universel aux services de santé et aux services sociaux clés, dont les soins de santé primaires, l'éducation, la nutrition et la santé environnementale.

Les programmes de protection sociale abordent les multiples dimensions de la pauvreté et de la privation (travail décent, éducation, soins de santé, sécurité alimentaire, sécurité du revenu) et peuvent donc être des outils puissants dans la lutte contre la pauvreté, l'inégalité et la vulnérabilité.

En l'absence de protection sociale, les gens, surtout les plus vulnérables, sont soumis à des risques accrus de descendre au-dessous du seuil de pauvreté ou de rester piégés dans la pauvreté pendant des générations. Tous les mécanismes de protection sociale devraient être mobilisés, y compris l'assurance-maladie sociale. Des régimes de protection sociale fiscalement durables fondés sur des cadres juridiques et réglementaires solides devraient faire partie intégrante des stratégies nationales de développement pour un développement équitable et durable inclusif. Des mesures permettant d'identifier les personnes qui passent à travers les mailles du filet doivent être mises en place de manière participative. Il devrait y avoir un examen des frais d'utilisation en vue de les abolir, tout en assurant la continuité des services de qualité, dont l'importance, en matière de protection sociale, est avérée.

e. Prioriser les ressources humaines de la santé

Les réformes du secteur de la santé doivent veiller à ce qu'il existe un plan de gestion des ressources et de la capacité humaines qui permette de promouvoir tous les aspects du développement et de la rétention des ressources humaines pour la santé, en répondant aux politiques, plans stratégiques, aux besoins en matière d'information, de formation, de recrutement, de déploiement et de rétention, d'administration, de travail et de conditions de vie et de santé du personnel. Une bonne performance de tout personnel de la santé devrait être récompensée. L'expertise en matière de gestion de la santé devrait être développée. La mise en place de normes continentales / sous régionales et de normes de formation et d'octroi de licences devrait être instituée. Tous les pays devraient mettre en place des Observatoires nationaux des effectifs de santé. Les mécanismes pour renforcer la coopération et le partage d'expériences entre les pays devraient être encouragés. En outre, il est nécessaire de mettre en place un mécanisme continental pour réglementer et mieux gérer les migrations intra et extracontinentales des travailleurs de la santé.

f. Médicaments essentiels, sécurité des produits de base et systèmes d'approvisionnement

La couverture de santé universelle doit être soutenue par un approvisionnement adéquat en produits de base, dont les médicaments essentiels, les contraceptifs, les préservatifs, les vaccins et les médicaments efficaces et d'autres fournitures. Les médicaments et fournitures essentiels doivent faire partie de l'ensemble des services de santé essentiels et être exemptés de taxes et bénéficier d'une dispense spéciale pour les pays enclavés. Les systèmes médicaux intégrés d'achat de produits de base et d'approvisionnement doivent être renforcés pour assurer la commande, le stockage et la distribution appropriés. La réglementation des produits médicaux et des technologies au niveau continental devrait être une priorité pour soutenir la disponibilité des produits de qualité.

g. Surveillance, préparation et intervention en cas d'urgence

Un changement de paradigme est nécessaire pour mettre en place des systèmes efficaces de préparation aux catastrophes et de gestion des interventions aux niveaux continental, régional et national. Aux niveaux des pays, transfrontalier / transnational, régional et continentale, la surveillance, la préparation et la réponse aux maladies doivent être formulées dans le Règlement sanitaire international (RSI 2005), sur la base des concepts de gestion des risques de catastrophe et être soutenues par une solide base factuelle générée par les systèmes de recherche et d'information des pays. Les États membres et les Communautés économiques régionales doivent formuler, renforcer et revoir périodiquement leurs plans de surveillance et de préparation aux urgences en cas de catastrophe de santé et de catastrophe naturelle induisant des conséquences sur la santé. Les pays devraient mettre pleinement en œuvre le Règlement sanitaire international (RSI 2005). Le Centre africain de lutte contre les maladies jouera un rôle majeur quant à faciliter le partage de l'information et le renforcement des capacités pour améliorer la préparation, l'alerte et la réponse aux urgences de santé publique dues à toutes sortes de dangers et de menaces.

h. Recentrer la prestation de services et autonomiser les communautés

Il est crucial de renforcer et d'investir dans la prévention des maladies et la prestation intégrée de soins de santé primaires complets et centrés sur les personnes tout en privilégiant l'équité, la qualité, la rentabilité et l'efficacité dans la prestation des services de santé (y compris par le renforcement des systèmes de santé à base communautaire et des districts).

i. Les partenariats multisectoriels concernant les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé et permettant une meilleure performance du secteur de la santé

L'action intersectorielle pour la santé devrait engager d'autres ministères, paliers de gouvernement et les acteurs non étatiques de manière à rendre visible une large gestion par les ministères de la santé de toutes les actions favorables et nécessaires à

la santé. (Approches «pangouvernementale» et de la «santé dans toutes les politiques»).

j. Recherche et innovation dans le domaine de la santé

Il est nécessaire d'institutionnaliser des mécanismes pour définir, produire et utiliser la recherche africaine de sorte à transformer le secteur de la santé, ainsi que l'économie africaine et la société dans son ensemble. La réalisation des buts et des objectifs de santé nécessite des investissements appariés dans la recherche et l'innovation afin d'améliorer l'accès aux technologies et aux produits médicaux. En outre, les données tirées de la recherche et de l'innovation en matière de santé doivent être collectées et analysées pour éclairer les politiques et la prise de décision à tous les niveaux du système de santé. Les États membres devraient encourager la recherche menée et financée localement par l'autonomisation des institutions locales de recherche, la mise en place de pôles d'innovation et l'allocation de 2% du budget national à la recherche et à l'innovation comme prévu dans la Stratégie de l'UA pour la science, la technologie et l'innovation 2014-2024. Constituer une expertise régionale dans la recherche doit être soutenu où elle offre plus de retours, par le renforcement des centres régionaux de recherche, la création de réseaux de recherche et de partage des résultats entre les pays.

Conformément à la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023, il est important de renforcer les structures d'appui et de régulation de la médecine traditionnelle. Cela pourrait se faire par l'analyse des systèmes en vigueur, la participation des tradipraticiens et des communautés, et en mettant l'accent sur le renforcement des meilleures pratiques de médecine traditionnelle.

k. L'information et les faits stratégiques

Les États membres devraient accroître les investissements dans les systèmes de gestion de l'information de la santé, y compris les systèmes de CRVS, renforcer le leadership et la gouvernance afin d'optimiser la prise de décisions éclairées par les faits et tirer parti des initiatives mondiales de la révolution des données. Des mécanismes d'assurance de la qualité des données devraient également être mis en place.

l. Investir dans les adolescents et les jeunes

Investir dans les jeunes est non seulement plus équitable et moralement correct, mais une intervention économique pragmatique intelligente avec un retour sur investissement élevé. Les jeunes en bonne santé sont dans une meilleure position pour réaliser leur potentiel et saisir les opportunités à mesure qu'ils vieillissent et entrent dans le marché du travail. 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 la possibilité de se développer et de réaliser leurs aspirations qui ont pour résultat une plus grande productivité économique, des taux de fécondité plus bas, la stabilité politique et la transmission des résultats à d'autres générations. Le «miracle économique» vécue par les économies d'Asie de l'Est pourrait devenir une réalité pour de nombreux pays en Afrique s'ils créent des conditions permettant aux jeunes de passer de l'adolescence à

l'âge adulte de manière sûre et saine, d'acquérir les compétences dont ils ont besoin pour trouver de bons emplois et réussir dans une économie dynamique, de jouir de leurs droits et de réaliser leur plein potentiel. Les investissements stratégiques dans les adolescents et les jeunes pourraient donc permettre à l'Afrique de récolter le dividende démographique.

m. La collaboration multi-pays améliorée

Plusieurs interventions de la SAS 2016-2030 peuvent bénéficier de la collaboration multi-pays en tant qu'approche stratégique transversale pour réaliser des économies d'échelle plus élevées. Des exemples existent déjà, comme les succès remportés par la CAE et la CEDEAO dans la normalisation des conditions d'immatriculation et de certification des agents de santé, les cadres réglementaires des produits médicaux de base, entre autres. D'autres domaines qui peuvent encore tirer le maximum de bénéfices de la collaboration multi-pays en Afrique sont les suivants:

- désigner les organes existants de l'UA, ainsi que d'autres institutions régionales de la santé et de la recherche sociale qui peuvent aider à normaliser les statistiques de la santé et de l'état civil, les lacunes de recherche et de connaissances qui répondent à des priorités de santé spécifiques;

- les mécanismes d'harmonisation de la législation, de la réglementation et des normes de santé publique ;

- protection sociale et réciprocité inter-pays de l'assurance maladie ;

- la normalisation de la formation, de la qualification et des licences des professionnels de la santé ;

- réglementation des médicaments et produits de santé ;

- mécanismes permettant de réaliser des économies d'échelle grâce à des achats communs de médicaments et de dispositifs médicaux, à l'inspection et à la surveillance des médicaments parasites en dessous de la norme, faux et contrefaits.

X. CONTEXTE POLITIQUE, CADRE DE SUIVI, DE RAPPORT ET DE RESPONSABILISATION

1. Contexte politique:

Il est important de noter que la SAS 2016-2030 est un outil de promotion permettant aux États membres et aux CER de mettre en œuvre les cadres continentaux ; la SAS 2016-2030 sert ainsi de cadre de consolidation qui aide à promouvoir et surveiller tous les cadres continentaux pertinents de la santé déjà adoptés par les CER et les États membres.

À la lumière de ce qui précède, la SAS 2016-2030 synergise et renforce mutuellement les cadres continentaux stratégiques existants. Ces cadres sont, entre autres, "l'Agenda 2063: L'Afrique que nous voulons» de l'UA, le Cadre continental de politique en matière de sexualité et de procréation (SDSR), le Plan d'action de Maputo 2016-2030, les engagements d'Abuja et le cadre catalytique de lutte et d'éradication du sida, de la tuberculose et du paludisme en Afrique d'ici 2030, la Stratégie régionale africaine pour la nutrition 2015-2025, le plan de fabrication de produits pharmaceutiques pour l'Afrique (PMPA). La SAS 2016-2030 n'ajoute pas à la charge de la gestion et de la surveillance de ces autres instruments continentaux, au contraire, elle augmente la capacité des partenaires impliqués dans ces engagements à réellement atteindre leurs objectifs de renforcement du secteur de la santé.

2. Actions et ressources pour le renforcement de la responsabilisation et des partenariats:

La chaîne de responsabilité ultime dans la réalisation des objectifs de la SAS 2016-2030 commence avec l'approbation des États membres en 2016, tandis que la CUA et les CER fournissent la valeur ajoutée de la coordination, du soutien, de la facilitation, du suivi et de l'évaluation. La mise en œuvre réussie de la Stratégie africaine de la santé nécessitera davantage que simplement définir le rôle et les responsabilités de tous les intervenants.

La CUA, les CER, les États membres et les OSC, en particulier auront besoin d'une assistance technique et financière importante des partenaires de développement et d'autres acteurs régionaux pour remplir leurs rôles respectifs quant à soutenir la SAS 2016-2030.

Pour ne pas compliquer le paysage partenarial, il est important de prendre appui sur les mécanismes existants qui permettent d'harmoniser et d'aligner les actions de tous les acteurs entre eux, et d'aligner les actions de tous les partenaires impliqués dans le secteur de la santé avec les orientations stratégiques contenues dans la SAS 2016-2030.

3. Suivi, rapport et responsabilisation de la SAS 2016-2030:

Le suivi et l'évaluation de la performance du système de santé dépend de la génération et de l'utilisation de données fiables sur les intrants, les processus, les produits et les résultats du système de santé. Les programmes de santé doivent nécessairement répondre aux problèmes de santé. Les pays doivent veiller à ce que les données recueillies soient exactes et à jour car elles indiquent à la fois les performances du système et la pertinence des programmes par rapport aux problèmes de santé. La pertinence d'un système de suivi et d'évaluation peut être évaluée par la régularité, l'exhaustivité et la qualité des rapports. Les données doivent être ventilées par sexe, âge et situation géographique pour permettre une action plus ciblée. La participation communautaire dans le suivi des programmes de santé doit être encouragée. Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale de la SAS 2016-2030 seront menées pour suivre les progrès, ajuster le cours de la mise en œuvre et apporter de nouvelles idées visant à la réalisation des objectifs.

Étant donné que la mise en œuvre de la SAS 2016-2030 durera 15 ans, il est important d'avoir un système efficace qui en assure le suivi et l'évaluation (S & E). À cette fin, un cadre complet de suivi et d'évaluation des résultats sera mis au point en tant que partie intégrante de cette stratégie. Ce cadre sera basé sur les indicateurs, les cibles, les systèmes de collecte d'informations, de rapports et de reddition de comptes qui sont déjà en usage à la CUA, dans les CER et les États membres, et en conformité avec les paramètres utilisés par les principaux instruments stratégiques continentaux et mondiaux existants.

Des examens périodiques auront lieu aux niveaux national, régional et continental. Cela aidera à partager les meilleures pratiques, aborder efficacement les obstacles, renforcer le partenariat et accélérer les progrès dans la mise en œuvre de cette stratégie pour la santé. En conséquence, les examens de suivi de la SAS 2016-2030 seront menés en étroite association avec les réunions statutaires de la CUA, des CER, de l'ONU et d'autres événements réguliers, dans la mesure du possible.

Les mécanismes d'assurance et de contrôle de la qualité doivent faire partie intégrante du mécanisme de rapport et de responsabilisation. Des efforts devraient être concentrés sur l'amélioration des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil, la surveillance épidémiologique et les audits de mortalité.

La CUA en collaboration avec le NEPAD met en place un mécanisme de reddition de comptes au niveau du secteur de la santé, tirant parti du mécanisme existant, à l'instar du Mécanisme d'évaluation intra-africaine. Le mécanisme comprend la génération de preuves à partir de la base de données en ligne www.africahealthstats.org, un examen indépendant de la preuve par le biais de plates-formes telles que le groupe de travail de la SMNI, les experts AWA et les réunions statutaires de l'UA où l'action sera prise et les dirigeants africains tenus responsables de leur engagements.

4. Stratégie de diffusion, de promotion et de communication de la SAS 2016-2030:

Pour assurer l'appropriation par les États membres et les CER, il est d'importance fondamentale que cette SAS 2016-2030 bénéficie d'un effort délibéré de la CUA, des CER et des États membres de mobiliser du soutien autour de ses orientations stratégiques. Compte tenu du fait qu'elle reflète la somme totale de tous les engagements continentaux et mondiaux pertinents pour le secteur de la santé en Afrique, un ensemble ciblé d'actions est nécessaire pour veiller à ce qu'elle soit comprise et soutenue par tous les citoyens d'Afrique (y compris ceux qui vivent dans la diaspora), les médias, la société, le secteur privé, les faiseurs d'opinion, la société civile, les partenaires internationaux de développement et les institutions internationales de développement.

La stratégie de plaidoyer et de communication sera élaborée par la CUA et devrait bénéficier de l'élan massif généré par la CARMMA, l'Appel d'Abuja et d'autres engagements réussis.

Les approches visant à la diffusion et à la mobilisation de la Stratégie devraient inclure, au minimum, les canaux suivants:

- presse écrite, TV, radio et autres médias (en particulier les stations FM qui gagnent en popularité) ;

- les médias en ligne, y compris les mises à jour régulières, les messages clés et le suivi des mesures et statistiques publiées et régulièrement mises à jour sur les sites Internet de la CUA, des CER, des États membres et des organisations partenaires;

- les médias sociaux, y compris Facebook, Twitter, Flicker et autres ;

- les consultations interactives en ligne pour obtenir les commentaires des parties prenantes (en particulier les adolescents et les jeunes adultes);

- l'engagement régulier, structuré des fonctionnaires, des parlementaires, des célébrités du sport, d'autres personnalités de premier plan lors d'événements appropriés, dont les tournois sportifs, les réunions publiques locales, les rassemblements politiques et les plateformes informelles (théâtre traditionnel, musique et autres rassemblements).

Le citoyen africain moyen doit être informé de ses droits, de ce qu'il y a lieu de faire pour vivre selon des comportements favorables à la santé, de la disponibilité des services, de la responsabilité envers la santé de sa communauté et de sa capacité à contribuer aux idées et actions qui font avancer la domestication de la SAS 2016-2030 pour répondre aux besoins nationaux, du district / comté et de la communauté.

Dans l'élaboration et la mise en œuvre de cette stratégie de plaidoyer et de communication, la CUA prendra appui sur ses propres succès et devrait pouvoir compter sur le soutien technique et financier des partenaires pour affiner les messages destinés à des groupes cibles spécifiques, pour radiodiffuser/ faire connaître les messages, recevoir et analyser les réactions des citoyens et mettre à jour régulièrement les indicateurs montrant les progrès vers la réalisation des objectifs. Ces partenaires se compteraient entre les groupes continentaux de défense, les entreprises des médias africains, les compagnies de technologies de l'information et de la communication (TIC), les organismes sportifs africains, les groupes de la société civile et autres partenaires opérant en Afrique.

XI. RÔLES ET RESPONSABILITÉS INSTITUTIONNELLES

De par la nature-même de la SAS 2016-30 - un engagement continental ambitieux visant à guider les États membres, c'est principalement à ces derniers qu'il incombe de la mettre en œuvre.

En conséquence, la CUA jouera le rôle principal de coordonner et superviser la SAS 2016-2030, avec l'appui des CER et des agences de l'ONU.

L'obligation principale des partenaires au développement et des investisseurs du secteur privé désireux de soutenir le secteur de la santé en Afrique est de veiller à ce que leurs investissements en Afrique soient cohérents et en harmonie tant avec la SAS 2016-2030 qu'avec les stratégies et les plans des États membres bénéficiaires de leurs investissements. Les organisations de la société civile sont des partenaires clés dans la SAS 2016-2030 et devraient jouer un rôle dans la mise en œuvre et la révision de la SAS 2016-30 en collaboration avec la CUA, l'Agence du NEPAD, les CER, les États membres et les institutions des Nations Unies.

Les rôles et les responsabilités décrites ci-dessous sont compatibles avec ceux adoptés dans la SAS 2007-2015, ainsi qu'avec les rôles attendus envisagés pour les différentes parties prenantes dans les ODD et l' «Agenda 2063: L'Afrique que nous voulons». Le principe clé de l'appropriation veut que les États membres, les CER et la CUA continuent de déployer leadership et engagement visant à atteindre les objectifs de la SAS 2016-2030, pendant que les principes partenariaux reflétés dans les ODD et réitérés dans d'autres instruments stratégiques continentaux exhortent partenaires nationaux et internationaux à soutenir les États membres dans leur rôle de premier plan. Les principes de reddition de comptes exigent quant à eux que les CER et la CUA tiennent les États membres responsables de la mise en œuvre de la SAS 2016-2030.

1. La Commission de l'Union africaine (CUA):

La Commission de l'Union africaine diffusera cette stratégie et, entre autres choses, entreprendra le plaidoyer, la mobilisation des ressources et la diffusion des meilleures pratiques au niveau continental en faveur de la mise en œuvre de cette stratégie. La Commission de l'UA doit également prendre en charge la mise en place d'un mécanisme de responsabilisation continental pour suivre la mise en œuvre des engagements continentaux et mener un plaidoyer continu au niveau politique sur les questions stratégiques de santé qui affectent conjointement les États membres. Il y aura également la promotion des principes de politique commune dans d'autres secteurs liés à la santé tels que les finances et la planification économique, l'eau et l'assainissement, la protection sociale, le commerce, l'industrie, l'éducation, l'environnement, etc. pour encourager les investissements à combler les déficits critiques de produits de santé courants bénéfiques au bien-être social et économique des États membres. La CUA doit également superviser les analyses des données politiques et économiques pour aider à déterminer les intérêts conjoints et les positions communes des États membres lorsqu'ils participent à des forums mondiaux de la santé. L'harmonisation des mécanismes de fixation des normes et de réglementation constitue également un domaine à cibler.

2. L'Agence du NEPAD

L'Agence du NEPAD devra soutenir la mise en œuvre technique de la stratégie et la mobilisation des ressources. Ses tâches spécifiques seront les suivantes: (a) mobiliser et diriger l'expertise technique et les ressources financières pour mettre en œuvre les programmes et projets régionaux et nationaux convenus; (B) soutenir la gestion de la recherche et de la connaissance; et (c) fournir un appui technique aux processus et activités politiques de la Commission de l'UA.

3. Les Communautés économiques régionales (CER)

Les CER devront fournir un appui technique aux États membres, plaider pour l'augmentation des ressources pour le renforcement des systèmes de santé, harmoniser la mise en œuvre des plans d'action nationaux, surveiller et signaler les progrès, identifier et partager les meilleures pratiques.

4. Les États membres

Les États membres devraient adapter et intégrer les priorités stratégiques clés de la SAS 2016-2030 dans leurs instruments de politique nationale et multisectorielle de santé. Ils devront également mettre en place de solides efforts de leadership pour garantir que les nécessaires plaidoyer, gouvernance, cadres et actions, y compris la mobilisation des ressources et leur répartition, la gouvernance, y compris les cadres législatifs et les mesures législatives sont mis en œuvre afin de faire la preuve de leur appropriation de la SAS 2016-2030. Les États membres effectueront le suivi et rendront compte au niveau national aux CER et à la Commission de l'UA. Les États membres sont également tenus de veiller à la bonne gouvernance, aux approches participatives et inclusives nécessaires pour engager de façon significative et pleinement les communautés, la société civile et le secteur privé. Ils doivent veiller à ce qu'un environnement favorable soit en place pour mettre en œuvre la SAS 2016-2030, y compris l'harmonisation et la rationalisation de leurs propres politiques, stratégies, normes et plans, pour assurer la cohérence.

5. Les partenaires

- **Les partenaires internationaux de développement**

Il s'agit des organismes des Nations Unies, des organisations bilatérales et multilatérales, des fondations philanthropiques, des partenariats internationaux, des institutions financières internationales et régionales et d'autres organisations internationales. Leur principal rôle est d'apporter leur assistance technique et des investissements financiers à l'appui de la SAS 2016-2030. Conformément aux principes de coopération au développement, les organisations multilatérales et bilatérales, les organisations internationales et nationales de la société civile et d'autres partenaires de développement devront aligner leurs programmes d'assistance et de coopération financières et techniques avec les besoins et les priorités nationales et régionales pour la mise en œuvre de la SAS 2016- 2030.

- **Les organisations de la société civile**

Il s'agit des ONG nationales et internationales, des organisations confessionnelles, des organisations communautaires, des syndicats, des associations professionnelles, des chefs traditionnels ainsi que des entités auxiliaires telles que les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, des organisations de médias, etc. En tant qu'intervenants clés, ils devraient être inclus et jouer un rôle actif dans la

conceptualisation, le plaidoyer, la mobilisation, l'assistance technique, la mise en œuvre et la surveillance de la SAS 2016-2030.

- **Le secteur privé**

Le secteur privé comprend les fabricants et commerçants / représentants locaux et internationaux des produits et de l'équipement pharmaceutiques et médicaux, les fournisseurs de services de laboratoire médical, les grandes entreprises (locales, internationales ou multinationales, y compris les assurances, les services financiers bancaires, les compagnies aériennes, la construction, l'agroalimentaire, les services publics, les industries extractives, produits de consommation, la technologie des TIC, l'industrie lourde, autres acteurs des secteurs non liés à la santé), les petites et moyennes entreprises (formelles et informelles), les partenariats et les groupes impliqués dans le financement innovant pour l'impact social, les fondations caritatives des entreprises ou des particuliers, les fournisseurs de services la santé privés dans les cabinets médicaux, les hôpitaux, les cliniques et les pharmacies, les établissements privés d'enseignement des sciences de la santé, ainsi que les coalitions industrielles / d'entreprises, les chambres de commerce, etc. Le secteur privé fournira des contributions d'innovation, matérielles et de cofinancement qui permettront d'élargir la base de ressources financières, humaines, infrastructurelles et technologiques nécessaires pour améliorer les performances du secteur de la santé en Afrique.

Le tableau suivant indique largement les types de rôles appropriés pour chaque entité soutenant la SAS 2016-2030:

Au niveau de la SAS /au niveau des intervenants de l'UA	But	Objectifs et priorités stratégiques	Fonctions transversales
CUA	Maintenir la pertinence de la SAS par rapport à l'Agenda 2063 et aux ODD	Promouvoir pro activement la SAS auprès des CER et des États membres et mettre en place un mécanisme de responsabilisation pour la SAS	Collaborer étroitement avec les organes, les mécanismes de l'UA et autres organismes pour soutenir la SAS
CER	Traduire en objectifs et les politiques spécifiques à la région	Mettre en œuvre les interventions régionales (par exemple ACDC, PMPA	Assurer la mobilisation adéquate des ressources, la coordination et la reddition des comptes par les EM
États membres	Élaborer des plans nationaux qui répondent aux priorités nationales	Atteindre les objectifs de la SAS et mettre en œuvre les priorités	Engager des ressources nationales et mobiliser des ressources extérieures, gérer directement la mise

	et à l'appui de la SAS 2016-2030	stratégiques alignées avec les priorités stratégiques nationales	en œuvre de la SAS, S & E et faire rapports à la CUA
Partenaires internationaux au développement	Harmoniser les politiques, stratégies, plans et répartition des ressources et les aligner sur la SAS	Fournir l'assistance technique, surveiller les tendances mondiales, les preuves, les normes et les enseignements globaux tirés	Assister les EM, les CER et la CUA dans la compilation des données de S & E, l'établissement des rapports et la comparaison avec les progrès mondiaux dans les ODD et les engagements connexes
Société civile & secteur privé	Aider la CUA, les CER et les États membres à promouvoir, diffuser et défendre la SAS	Aider dans le suivi, les rapports et le soutien au niveau des EM & des CER	Contribuer en termes d'innovation, de ressources pour la mise en œuvre, de technologies et de ressources financières à l'appui de la SAS au niveau des CER et des EM

*(**EM** = États membres ; **CER** = Communautés régionales économiques;*
***CAPLM** = Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies)*

XII. LISTE DE RÉFÉRENCES

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 et les droits liés à la sexualité et à la procréation, 2007-2010. Session extraordinaire de la Conférence de l'Union africaine des ministres de la Santé «Accès universel aux services complets de santé sexuelle et reproductive en Afrique", Maputo, 18 au 22 septembre, 2006

4. Union africaine: Rapport sur l'État de la population africaine, 2006

5. Union africaine: Position africaine commune sur les progrès de 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 santé pour le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme en Afrique. Sommet extraordinaire de l'Union africaine sur le VIH / SIDA, la tuberculose et le paludisme intitulé Accès universel aux services de santé pour 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 vers l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien du VIH et du SIDA en Afrique d'ici à 2010, Brazzaville, 8 mars 2006

9. Stratégie régionale africaine de la nutrition 2005-2015

10. Déclaration de Gaborone sur une feuille de route vers l'accès universel à la prévention, traitement et soins ; 2ème session ordinaire de la Conférence des ministres africains de la Santé intitulé 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, Conférence des ministres africains de la Santé, Gaborone, 10-14 oct 2005

12. Cadre d'orientation continental sur la santé et les droits liés à la sexualité et à la procréation. 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. 5ème Session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine, Syrte, 4-5 juillet 2005

14. Plan stratégique 2005-2007 de la Commission de l'UA sur le VIH / SIDA et plan stratégique AIDS Watch Africa, septième session ordinaire du Conseil exécutif de l'Union africaine, Syrte, 28 juin-2 juillet 2005.

15. Rapport de situation intérimaire sur le 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 CS du NEPAD pour le Forum du 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 les 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 du NEPAD pour la santé. Adoptée à la Conférence de l'Union africaine, juillet 2003

21. Décision de Lusaka sur la Décennie de l'Union africaine de la médecine traditionnelle africaine, Lusaka, Plan d'action de 2001

22. Déclaration d'Abuja sur le VIH / SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes, adoptée lors du Sommet africain sur le VIH / SIDA, la tuberculose et les 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, 25 avril 2000

24. Plan d'action continental de l'Union africaine de la Décennie africaine des personnes handicapées (1999-2009)

25. Cadre stratégique et Plan d'action de l'UA sur le vieillissement 2002

26. Rapport ONUSIDA de 2006 sur la situation du SIDA dans le monde

27. Mise à jour de l'ONUSIDA sur l'épidémie du SIDA, 2006
28. Faire reculer le paludisme. Rapport mondial sur le paludisme, 2005

29. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Le rapport régional sur la santé en Afrique, 2006

30. Cadre stratégique de l'UNICEF, de l'OMS, et de la Banque mondiale pour les recherches sur les Objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la survie des enfants en Afrique, 2006

31. Documents de la 56e session du CR de l'OMS pour l'Afrique, Addis-Abeba, 28 août - 1 sept 2006

32. Documents de la 55ème session du 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 pour la santé en Afrique de l'UA 2007-2015

35. Programme de mise en œuvre de la Stratégie pour la santé Afrique de l'UA, projet 4

36. Programme de mise en œuvre de la Stratégie pour la santé Afrique de l'UA, projet 5

37. Harmonisation pour la santé en Afrique: Investir dans la santé en Afrique

38. L' "Agenda 2063: L'Afrique que nous voulons" de l'UA

39. Position commune africaine de l'agenda de développement post 2015

40. Cadre stratégique continental pour la santé et les droits liés à la sexualité et à la procréation- (disponible sur www.carmma.org)

41. Plan d'action révisé de Maputo (MPoA)

42. Plan de fabrication de 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 du VIH et du SIDA, de la tuberculose et du paludisme en Afrique - (disponible sur www.aidswatchafrica.org)

45. Feuille de route de l'UA sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour 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 africaine", (Document référence AFR / RC62 / 6; 21 novembre 2012), Comité régional AFRO OMS, Soixante-deuxième session, Luanda, République d'Angola, 19- 23 novembre 2012

47. La Déclaration du Sommet spécial de l'Union africaine de 2013 sur le VIH / SIDA, la tuberculose et le paludisme, Actions d'Abuja vers l'élimination du VIH et du sida, de la tuberculose et du paludisme en Afrique d'ici 2030

48. Les rapports d'examen du Plan d'action de Maputo (MPoA), de l'Appel d'Abuja et de la Feuille de route de l'UA sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour le VIH / SIDA, la tuberculose et le paludisme - (disponibles sur www.carmma.org et www.aidswatchafrica.org)

49. Base de données Pays Cycle de planification, http://www.nationalplanningcycles.org/ (consultée au cours de la période allant du 15/9/2015 au 88/10/2015); Une Ressource de l'OMS.

50. «Un nouveau cadre d'investissement mondial pour la santé de la femme et de l'enfant; Groupe d'étude pour le Cadre d'investissement mondial pour la santé de la femme et de l'enfant; 2013.

51. «couverture maladie universelle dans les institutions en Afrique, motivations et stratégies»; Agnès Soucat, M.D., MPH, Ph.D. économiste en chef, Banque mondiale ; Leader mondial HPN, Symposium de Rotterdam, 11 juin 2015.

52. Rapport d'étape de L'OMS, RÉPONSE MONDIALE DU SECTEUR DE LA SANTÉ AU VIH, 2000-2015 ACCENT SUR L'INNOVATION EN AFRIQUE: SIX INNOVATIONS EN AFRIQUE QUI ONT CHANGÉ LE COURS DE LEUR ÉPIDÉMIES DE VIH », Genève 2015.

53. Programme d'action d'Addis-Abeba de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement (Programme d'action Addis-Ababa). Texte final du document final adopté à la troisième Conférence internationale sur le financement du développement, Addis-Abeba, Éthiopie, 13-16 juillet 2015 et approuvé par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 69/313 du 27 juillet à 2015.

54. BMJ santé des Femmes, des enfants et des adolescents http://www.bmj.com/content/women%E2%80%99s-children%E2%80%99s-and-adolescents%E2%80%99-health -0

55. OMS, 2015. La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf

56. Nations Unies; "TRANSFORMER NOTRE MONDE: AGENDA 2030 POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE" A / RES / 70/1 www.sustainabledevelopment.un.org

57. CUA, Rapport d'étape 2014 sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

58. 58. Réduire les écarts pour atteindre les objectifs (UNICEF, 2010);

59. État de la population mondiale: le pouvoir de 1,8 milliards: les adolescents, les jeunes et la transformation de l'avenir (FNUAP 2014),

60. CUA, Mise à jour du programme de mise en œuvre du plan de production pharmaceutique pour l'Afrique (PMPA), février 2015.

61. CUA, guide de référence des indicateurs de suivi et évaluation, ministère des Affaires sociales, juillet 2011

62. OMS, FEUILLE DE ROUTE DE LA RÉPONSE A L'ÉBOLA, 28 août 2014, Genève

63. OMS, Stratégie technique mondiale pour le paludisme 2016-2030, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé, mai 2015

64. 64. Fiche d'information mondiale N ° 360 de L'OMS sur le VIH / SIDA: mise à jour en juillet 2015, Genève

65. Fiche d'information mondiale N 94 de L'OMS sur le paludisme: mise à jour en octobre 2015, Genève

66. Politique de l'OMS sur les activités de collaboration TB / VIH: directives pour les programmes nationaux et autres parties prenantes, 2012, Genève

67. 65e Comité régional de l'OMS-AFRIQUE: " Flambées épidémiques du virus Ébola en 2014: leçons apprises et voie à suivre», N'Djamena

68. BIT, Document de travail 4/2013: «Les programmes de transfert de trésorerie, la réduction de la pauvreté et l'autonomisation des femmes: Une analyse comparative - Expériences du Brésil, du Chili, de l'Inde, du Mexique et d'Afrique du Sud (Elaine Fultz et John Francis), Genève 2013

69. G. Chee et al, Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed (Pourquoi il est nécessaire de faire la différence entre soutenir un système de santé et renforcer un système de santé), Abt Associates, Bethesda, MD, États-Unis, Journal international de planification et de gestion de la santé, 2012

70. Rapport sur la mise en œuvre des engagements de la première réunion des ministres de la Santé de l'UA organisée conjointement par la CUA et l'OMS, Luanda, avril 2014

71. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023, Genève, 2013

72. CUA, cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030

73. CUA, Plan d'action de Maputo 2016-2030

XIII. ANNEXES

74. Document SAS 2007-2015
75. Rapport d'évaluation SAS 2007-2015