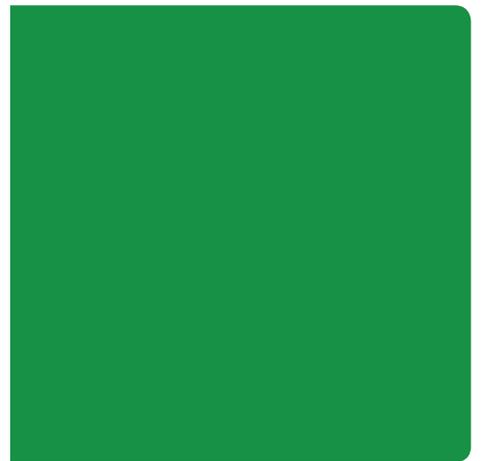


Cadre catalytique pour éliminer le SIDA, la tuberculose et le paludisme en Afrique à l'horizon 2030

Vers une santé durable en Afrique



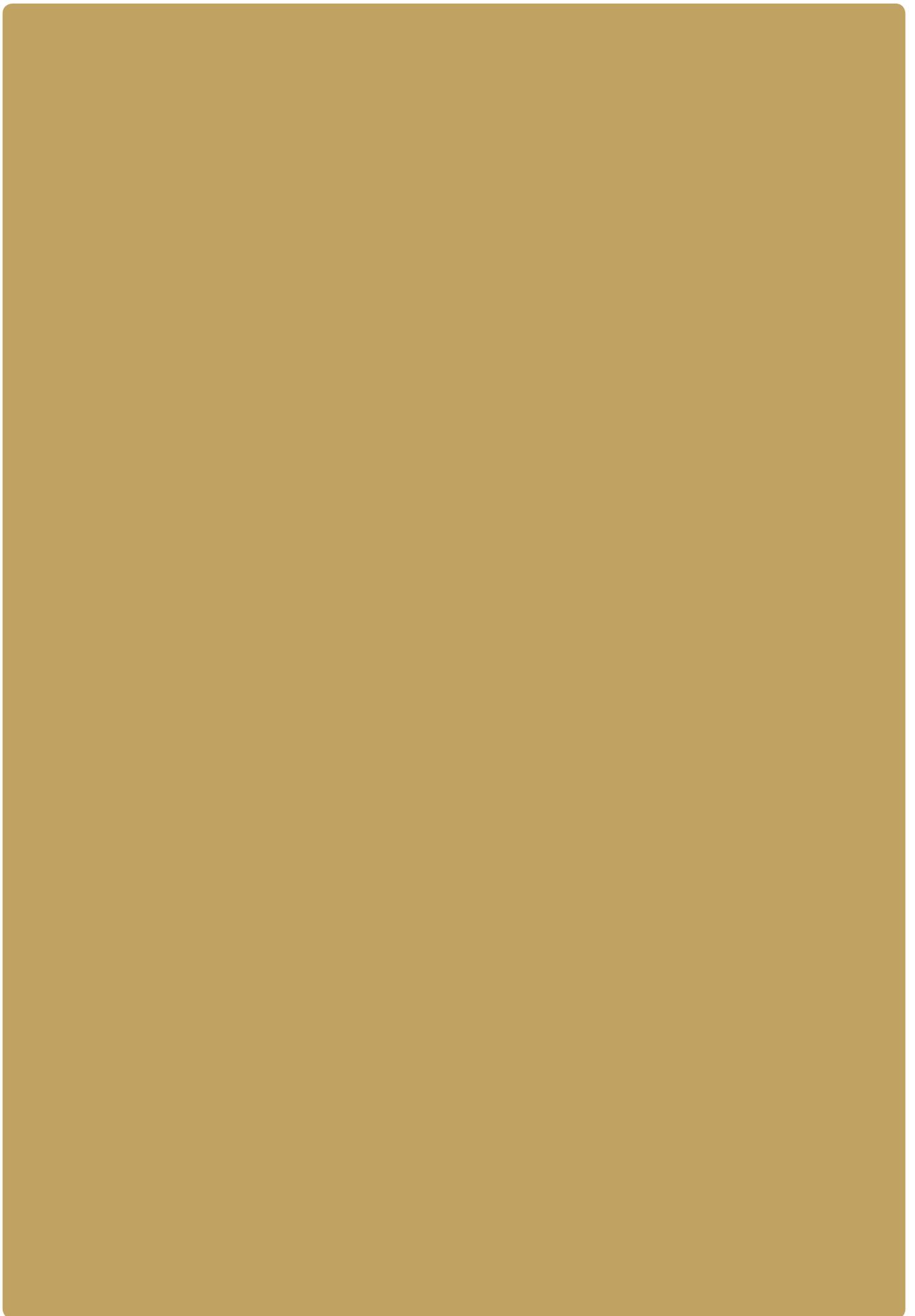


Table des Matières

GLOSSAIRE	4
REMERCIEMENTS	4
AVANT-PROPOS	5
1. INTRODUCTION	6
2. ANALYSE DE LA SITUATION	8
2.1. Pourquoi un cadre catalytique maintenant ?	8
2.2. Analyse du champ des forces	9
3. ANALYSE CONTEXTUELLE	10
4. PRINCIPES QUI SOUS-TENDENT LE CADRE CATALYTIQUE	11
5. CADRE STRATÉGIQUE	11
6. MODÈLE ÉCONOMIQUE : INVESTIR POUR L'IMPACT	11
6.1. Premier domaine de l'investissement stratégique : le renforcement des systèmes de santé	12
6.2. Deuxième domaine de l'investissement stratégique : Génération et utilisation des preuves pour la politique et les programmes d'interventions	12
6.3. Troisième domaine de l'investissement stratégique : Plaidoyer et renforcement des capacités	12
7. APPROCHES STRATÉGIQUES DU CADRE CATALYTIQUE	12
7.1. Leadership, appropriation nationale, gouvernance et responsabilisation	12
7.2. Accès universel et équitable à la prévention, au diagnostic, aux traitements, aux soins et au soutien	13
7.3. Accès aux médicaments, aux produits et aux technologies de qualité à des prix abordables	13
7.4. Financement de la santé	13
7.5. Participation et engagement communautaires	13
7.6. Recherche, développement et innovation	13
7.7. Défense des droits de l'homme et de l'égalité entre hommes et femmes	13
7.8. Coopération et coordination multisectorielles	13
7.9. Informations stratégiques	13
8. RÔLES ET RESPONSABILITÉS	14
8.1. Commission de l'Union africaine	14
8.2. Communautés économiques régionales et organisations régionales de la santé	14
8.3. États membres	14
8.4. Partenaires	14
8.5. Rôle des universités et des instituts de recherche	14
8.6. Communautés	14
8.7. Organisations non gouvernementales, organisations de la société civile et organisations confessionnelles	14
8.8. Partenariats public-privé	14
9. FINANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU CADRE CATALYTIQUE	15
9.1. Financement local	15
9.2. Financement international	15
10. COÛT ESTIMATIF DE L'ÉLIMINATION DES TROIS MALADIES	15
10.1. Coût estimatif de l'élimination du sida en Afrique	15
10.2. Coût estimatif de l'élimination de la tuberculose en Afrique	15
10.3. Coût estimatif de l'élimination du paludisme en Afrique	15
11. PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE	16
12. CONTRÔLE ET ÉVALUATION DU CADRE CATALYTIQUE	16
13. ANNEXES	17
ANNEXE 1 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE	18
SIDA	18
Tuberculose	19
Paludisme	20
ANNEXE 2 : MÉCANISMES DE RESPONSABILISATION	22
14. BIBLIOGRAPHIE	23

Glossaire

Déclarations d'Abuja : Les dirigeants africains ont fait preuve d'un leadership soutenu à travers la Déclaration d'Abuja, qui comprend les Déclarations de 2000, 2001 et 2013 avec des engagements essentiels pour traiter les trois maladies.

Appel d'Abuja : L'appel lancé en 2006 à Abuja pour une action accélérée en faveur de l'accès universel aux soins contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme présente des mesures concrètes pour mettre en œuvre les engagements d'Abuja.

Agenda 2063 : Agenda 2063 : L'Agenda 2063 de l'Union africaine (UA) a six principales aspirations et constitue le cadre général pour le développement pour l'Afrique au cours des cinquante prochaines années.

Sida : syndrome d'immunodéficience acquise

ART : Traitement antirétroviral

Feuille de route de l'UA : 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 (2012-2015), prolongée jusqu'en 2020 par les chefs d'État et de gouvernement africains lors du sommet de juin 2015.

AWA : Créé au Sommet spécial d'Abuja en 2001, l'Observatoire du sida en Afrique (AWA) est un instrument dirigé par l'Afrique pour stimuler les dirigeants et mobiliser les ressources nécessaires pour traiter le sida, la tuberculose et le paludisme de manière efficace, durable et responsable.

CF-ATM : Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et à l'élimination du paludisme d'ici 2030

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

SIGS : systèmes d'information de gestion de la santé

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

ODD : Objectifs de développement durable

Populations clés et populations vulnérables : La définition de ces groupes est définie par chaque État membre en fonction du contexte national.

NEPAD : Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique

CER : Communautés économiques régionales

ORS : Organismes régionaux de santé

Remerciements

La Commission de l'Union africaine tient à remercier les experts des États membres qui ont participé à divers processus consultatifs pour élaborer la Feuille de route pour mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique d'ici à 2030. La Commission souhaite exprimer sa reconnaissance aux ministres africains de la Santé qui ont adopté le Cadre catalytique au cours de la réunion du Groupe de travail du Comité technique spécialisé sur la santé, la population et la lutte contre la drogue.

L'Organisation mondiale de la Santé, le Partenariat Halte à la tuberculose, l'Alliance des leaders africains contre le paludisme, l'Agence de planification et de coordination du NEPAD (Agence du NEPAD), le Parlement panafricain (PAP), la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP). Les communautés économiques régionales, le Programme commun des Nations Unies sur le sida (ONUSIDA), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et les organisations de la société civile ont apporté une contribution importante.

Nous remercions tout particulièrement le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et la Fondation des Nations Unies pour leur soutien à l'élaboration du Cadre catalytique.

Une reconnaissance spéciale à l'équipe du Département des affaires sociales qui a travaillé sur le Cadre, notamment l'Ambassadeur Olawale Maiyegun, le Dr Marie-Goretti Harakeye, le Dr Benjamin Djoudalbaye, Sabelo Mbokazi, Tawanda Chisango, le Dr Adiel Kundaseny Mushi, le Dr Sheila Tamara Shawa, Robert Ndieka, Kwami Dadji et Wurie Bah.

Avant-propos



Le Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme sert de feuille de route pour l'Afrique afin de mettre fin à ces trois grandes maladies d'ici à 2030

L'histoire de l'Afrique qui monte est en train de devenir une réalité avec la performance économique sans précédent enregistrée depuis le début du XXI^e siècle. Avec un taux de croissance économique moyen d'environ 5 pour cent par an, l'Afrique est devenue une région ayant une croissance des plus fortes dans le monde. En dépit des nombreux défis, diverses opportunités se présentent comme l'amélioration de la gouvernance et de la gestion macroéconomique, la demande intérieure croissante et les augmentations remarquables du commerce et de l'investissement.

Depuis 2015, l'Afrique a financé le développement à concurrence de 527,3 milliards de dollars provenant de sources intérieures, par rapport à 73,7 milliards de dollars EU tirés de sources privées. Ainsi, le cadre de développement à long terme de l'Afrique, l'Agenda 2063, arrive à un moment critique.

La mise en œuvre de toutes les priorités stratégiques de l'Agenda 2063 repose sur le développement du capital humain. C'est sur cette base que ce cadre place les citoyens sains et bien nourris au cœur de la croissance inclusive et du développement durable.

La réalisation des objectifs sanitaires fixés dans l'Agenda 2063 repose sur la mise en œuvre de la Stratégie africaine pour la santé (2016-2030), qui porte sur le renforcement des systèmes de santé. Le sida, la tuberculose et le paludisme demeurent des problèmes de santé publique majeurs qui constituent un fardeau important pour les fragiles systèmes de santé de l'Afrique.

Ainsi, le Cadre catalytique sert de feuille de route permettant à l'Afrique de mettre fin aux trois grandes maladies d'ici 2030, en mettant l'accent sur l'investissement pour les impacts où la charge de morbidité est la plus élevée. Les trois principaux domaines d'investissement stratégiques sont le renforcement

des systèmes de santé, la production et l'utilisation de preuves pour les interventions dans les politiques et programmes, le plaidoyer et le renforcement des capacités. Le Cadre présente des approches stratégiques, des cibles et des jalons clairs, et un cadre de suivi et d'évaluation pour mesurer les progrès réalisés dans la mise en œuvre. La Commission de l'Union africaine attend avec intérêt l'opérationnalisation et l'alignement de la Stratégie et de son plan de mise en œuvre sur les stratégies sanitaires nationales.

Dr Mustapha Sidiki Kaloko
Commissaire aux affaires sociales

1. Introduction

Le continent africain a réalisé des progrès significatifs dans la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme depuis la Déclaration d'Abuja de l'an 2000 sur : « faire reculer le paludisme » et la Déclaration d'Abuja de 2001 sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes.

Le niveau le plus élevé de leadership politique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme

Depuis l'année 2000, le leadership africain a pris un engagement politique soutenu pour mettre fin à ces trois grandes menaces pour la santé publique.

<p>2000</p> <p>La Déclaration d'Abuja pour faire reculer le paludisme en Afrique engage l'Afrique à entreprendre des réformes des systèmes de santé pour éliminer le paludisme.</p> <p>2001</p> <p>La Déclaration d'Abuja mentionne l'épidémie de sida comme un état d'urgence sur le continent. Les États y promettent également d'allouer 15 % du budget national à la santé.</p>	<p>2003</p> <p>La Déclaration de Maputo sur le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes réaffirme les engagements d'Abuja et prend note des importants progrès réalisés dans la mobilisation des ressources pour faire face à ces trois maladies.</p>	<p>2006</p> <p>L'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 » renforce l'action des États membres de l'UA contre ces trois maladies. Il traduit les déclarations politiques en actions concrètes.</p>
<p>2010</p> <p>En 2010, un examen quinquennal de l'Appel d'Abuja a constaté les progrès réalisés, tout en reconnaissant la nécessité de combler les lacunes restantes. L'Appel a donc été prolongé jusqu'en 2015 pour coïncider avec la date butoir de la réalisation des OMD.</p>	<p>2012</p> <p>Les chefs d'État et de gouvernement ont adopté 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, pour faire progresser davantage la lutte contre les trois maladies.</p>	<p>2012</p> <p>AWA a été revitalisé comme un instrument phare de l'Afrique visant à sensibiliser les dirigeants à prendre des actions et mobiliser les ressources nécessaires pour lutter contre le sida, la tuberculose et le paludisme de façon efficace, durable et responsable.</p>
<p>2013</p> <p>Dans la Déclaration « Abuja + 12, les chefs d'État et de gouvernement africains se sont engagés à prendre des mesures importantes pour l'élimination du sida, de la tuberculose et du paludisme en Afrique d'ici 2030.</p>	<p>2014</p> <p>Pour évaluer les progrès, les ministres africains de la Santé ont pris, dans la Déclaration de Luanda, d'importants engagements, notamment la couverture de santé universelle, l'Agence africaine de Médicaments, la prévention des maladies non transmissibles, la SMNE, la le Centre de prévention et de lutte contre le paludisme en Afrique (CDC) et les mécanismes de reddition de comptes.</p>	<p>2015</p> <p>L'Appel d'Abuja et la Feuille de route de l'UA ont été réexaminés et prorogés jusqu'à 2030.</p>



En dépit de tous ces importants progrès, l'Afrique reste encore le théâtre des menaces de la santé publique les plus graves du monde

Grâce à son rôle de chef de file et au soutien de nombreuses parties prenantes, l'Afrique est devenue le leader mondial dans l'accès au traitement antirétroviral (ART), avec 10,7 millions de personnes qui l'utilisent, par rapport à moins de 100 000 en 2002 – soit le nombre d'Africains sous traitement multiplié par 100. En conséquence, les décès liés au sida ont diminué de 48 % entre 2005 et 2014. De même, les nouvelles infections ont diminué de 39 % entre 2000 et 2014, et depuis 2009, on a enregistré une baisse de 48 % des nouvelles infections à VIH dans les 21 pays prioritaires du Plan mondial. L'incidence du paludisme chez les enfants de 2 à 10 ans est passée de 26 % en 2000 à 14 % en 2013, soit une baisse relative de 48 %. Cette baisse a été plus prononcée dans les régions où la transmission est restée stable, avec une réduction de 35 % à 18 % pour la même période. Entre 2000 et 2015, le nombre estimé de cas pour 1000 personnes à risque de paludisme a diminué de 42 % en Afrique subsaharienne. Le taux de mortalité lié au 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. De même, le taux de détection des cas était en légère augmentation pour atteindre les 52 %, et de ce fait, l'Afrique a dépassé les autres régions dans la détermination du statut sérologique de toutes les personnes atteintes de tuberculose.

En dépit de tous ces importants progrès, l'Afrique reste encore le théâtre des menaces de la santé publique les plus graves du monde. Le sida reste l'une des principales causes de décès en Afrique, tuant 800.000 personnes sur le continent en 2014, et on estime à 1,4 million le nombre de personnes infectées par le VIH en 2014. Un enfant africain meurt chaque minute à cause du paludisme. La riposte contre la tuberculose devra atteindre environ 1,3 million de personnes en Afrique. C'est dans ce contexte empreint de petits succès et d'énormes défis non surmontés que les dirigeants africains ont pris l'engagement, dans la Déclaration d'Abuja de 2013, d'accélérer les efforts visant à lutter contre le sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique d'ici 2030, et à y mettre fin.

Les aspirations de l'Agenda 2063¹ de l'Union africaine (UA), ainsi que les objectifs de développement durable (ODD) offrent de nouvelles possibilités pour accélérer les efforts visant à éliminer les trois maladies et renforcer les systèmes de santé. La riposte multisectorielle aux trois maladies a mis en évidence les liens entre les priorités de développement de l'Agenda 2063 et les ODD. En se basant sur les réalisations actuelles et en adaptant les approches à une situation en constante évolution rapide, la riposte aux trois maladies a le potentiel de mobiliser les ressources nécessaires, de dynamiser le leadership et d'encourager l'obligation de rendre des comptes. Cela servira de base à la réalisation des objectifs de l'accès aux soins de santé universels pour mettre fin à ces trois maladies qui constituent des menaces pour la santé publique. Le Cadre catalytique repose sur les leçons apprises et les meilleures pratiques de diverses sources, y compris les études évaluatives menées sur la mise en œuvre de l'Appel d'Abuja et la 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.

¹ Document-cadre de l'Agenda 2063, L'Afrique que nous voulons – « Un cadre stratégique partagé pour une croissance inclusive et un développement durable et une stratégie globale pour optimiser l'utilisation des ressources de l'Afrique au profit de tous les Africains »

2. Analyse de la situation

2.1. Pourquoi un cadre catalytique maintenant ?

En dépit des progrès importants réalisés dans la mise en œuvre de l'Appel d'Abuja et des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé, force est de constater que de nombreux pays africains n'ont pas atteint les objectifs escomptés, pour plusieurs raisons comme la pauvreté omniprésente et les inégalités et la précarité des systèmes de santé. Ces principaux facteurs ont une incidence sur la capacité de nombreux pays africains à réaliser la couverture de santé universelle et à riposter efficacement aux maladies présentant un caractère d'urgence. On ne saurait souligner davantage l'interrelation entre la dynamique économique nationale et l'accès à la santé, ainsi que la prestation de services. Les pays africains doivent poursuivre leur action dans la trajectoire d'une croissance économique soutenue pour augmenter leur produit intérieur brut, ce qui signifie qu'il faudrait affecter davantage de ressources à l'amélioration des systèmes de santé et à la réalisation de l'accès universel à la santé.

L'Agenda de développement post-2015 et l'Agenda 2063 de l'UA mentionnent la priorité accordée par la Déclaration d'Abuja 2013² au domaine de la santé. La Déclaration définit des objectifs, dont celui de l'élimination du sida, de la tuberculose et du paludisme, en Afrique d'ici 2030. Elle souligne, en outre, l'importance de la mise en œuvre intégrale 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 appuie le renforcement de l'environnement politique et des systèmes de réglementation, notamment une coopération active entre les États membres pour stimuler l'investissement dans la production locale de médicaments essentiels de qualité. Le Cadre demande à la Commission de l'UA, au système des Nations Unies et aux autres partenaires au développement de coopérer avec les États membres pour la mise en œuvre de ces engagements. Ces instruments de politique sanitaire s'alignent sur la Stratégie globale pour la santé en Afrique (2016-2030), qui vise à établir des priorités et à investir dans la santé par le renforcement des systèmes de santé, l'engagement communautaire et la promotion de partenariats public-privé.

Lors de la première réunion du Comité technique spécialisé sur la santé, la population et la lutte contre la drogue à Addis-Abeba, en avril 2014, les ministres africains de la Santé ont demandé à la Commission de l'Union africaine de faciliter l'élaboration d'une Feuille de route précisant les jalons à poser pour mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme conformément à la Déclaration d'Abuja de 2013. Par la suite, la Feuille de route a été rebaptisée « Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2030 » par les experts en santé de l'Observatoire africain du sida en mai 2015 à Victoria Falls, au Zimbabwe.

Afin de faciliter l'élaboration du « Cadre catalytique », les experts des États membres de l'AWA ont tenu une réunion à Victoria Falls, au Zimbabwe en mai 2015. La réunion a défini des recommandations générales sur une base de référence pour d'autres processus consultatifs avec divers intervenants clés afin de déterminer la nouvelle orientation stratégique continentale (2016-2030) sur les trois maladies.

Par la suite, la Conférence de l'UA, réunie en juin 2015, à Johannesburg, a pris la décision³ relative à AIDS Watch Africa (AWA) aux termes de laquelle elle demande à la Commission de travailler avec la Nouvelle Agence du 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 à traverser pour mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme, conformément aux objectifs d'Abuja+12. La décision demande également à la Commission de travailler, en collaboration avec les États membres et les partenaires, à l'élaboration d'un cadre de responsabilisation avec des objectifs et des indicateurs clairs pour suivre et mesurer les progrès réalisés. La Commission, en collaboration avec diverses parties prenantes, a élaboré le projet de Cadre catalytique. La Commission de l'Union africaine et le Marché commun de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe (COMESA) ont organisé conjointement une réunion technique à Lusaka, en Zambie, en novembre 2015, afin d'examiner le projet de cadre. Le Groupe de travail du Comité technique spécialisé sur la santé, la population et la lutte contre la drogue, réuni à Addis-Abeba en avril 2016, a examiné le Cadre catalytique et l'a renforcé et aligné sur d'autres instruments clés de la politique de santé de l'UA.

Le Cadre catalytique a pour objectif d'intensifier la mise en œuvre des engagements d'Abuja +12 par un large consensus des pays africains sur les actions stratégiques à mener dans le cadre des cibles et des repères.

Le Cadre catalytique s'inscrit dans le droit fil des objectifs et des cibles des (ODD)⁴ et de l'Agenda 2063 de l'UA. Ils reflètent l'interdépendance et la complexité d'un monde en mutation, et l'impératif d'une action collective mondiale. En passant du développement des pays les plus pauvres au développement durable pour tous, l'agenda mondial a, ipso facto, élargi son champ d'application. En tant qu'ensemble d'objectifs indivisibles, les ODD donnent à toutes les parties prenantes un mandat pour l'intégration de tous les efforts.



Le Cadre catalytique met les populations vulnérables au centre des actions accélérées qui sont proposées en faveur du développement durable

² Déclaration du Sommet extraordinaire de l'Union africaine sur le VIH/SIDA, le paludisme et la malaria – Mesures d'Abuja pour l'élimination du VIH et du SIDA, de la tuberculose et de la malaria en Afrique d'ici 2030

³ Décision sur le rapport de AIDS Watch Africa (AWA) Doc. Assembly/AU/13 (XXV)

⁴ Transformer notre monde : Agenda 2063 pour le développement durable : Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015 A/RES/70/1

Le Cadre catalytique met les populations vulnérables au centre des actions accélérées qui sont proposées en faveur du développement durable.

Le cadre de l'Agenda 2063 adopté par la Conférence de l'Union africaine en 2015, présente les orientations du continent vers un objectif commun dans le processus politique et de développement pour la croissance de l'Afrique. L'Agenda 2063 articule la vision de l'UA pour les cinquante années à venir et est basé sur les sept aspirations issues de vastes consultations continentales, notamment 1) une Afrique prospère fondée sur une croissance inclusive et un développement durable ; 2) un continent intégré, politiquement uni, basé sur les idéaux du panafricanisme et sur la vision de la Renaissance de l'Afrique ; 3) une Afrique où règnent la bonne gouvernance, la démocratie, le respect des droits de l'homme, la justice et l'État de droit ; 4) une Afrique pacifique et sécurisée ; 5) une Afrique dotée

d'une identité, d'un patrimoine commun, de valeurs et d'une éthique culturelle forte ; 6) une Afrique où le développement est axé sur les populations, et s'appuie notamment sur le potentiel des peuples africains, en particulier des femmes et des jeunes, et prenant soin des enfants ; et 7) une Afrique, en tant qu'acteur et partenaire fort, uni et influent sur la scène mondiale. Le processus de la santé s'inscrit dans la première aspiration de l'objectif 3 - des citoyens en bonne santé et bien nourris. L'Agenda 2063, cadre de développement de l'Afrique, comprend les objectifs de santé suivants : l'accès à des soins et services de santé de base de qualité, les taux de mortalité néo-natale et maternelle et infantile, le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, le retard de croissance et la malnutrition infantile, le Centre africain pour la lutte contre et la prévention des maladies, l'harmonisation de la réglementation africaine en matière de médicaments et de financement national de la santé.

2.2. Analyse du champ des forces

L'analyse d'un champ des forces permet au milieu de prise de décision de mieux comprendre l'environnement par l'identification des forces positives et négatives qui affectent le changement social.

Le présent cadre catalytique est élaboré sur la base de cette approche, comme le montre le tableau ci-après :

Forces positives (éléments moteurs)	Forces négatives (éléments restrictifs)
<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration d'Abuja de 2013 renouvelle les engagements avec l'objectif historique de mettre fin à trois maladies d'ici 2030 ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a une faible présentation des rapports d'étape sur les engagements d'Abuja par les États membres de l'UA ;
<ul style="list-style-type: none"> • La cible de 15 % énoncée dans le document d'Abuja 2001 encourage vivement tous les États membres de l'UA à atteindre un objectif commun pour le financement national de la santé ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a une faible adhésion à la cible 15 % fixée par l'appel d'Abuja, les niveaux économiques des États membres sont différents ;
<ul style="list-style-type: none"> • Il y a une démonstration de volonté politique, de forte gouvernance et de leadership solide ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Les systèmes de santé restent faibles par rapport aux normes internationales ;
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des systèmes de santé ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Les programmes de santé en Afrique sont largement tributaires de l'aide publique au développement, leur viabilité se trouve ainsi menacée ;
<ul style="list-style-type: none"> • L'accès à la santé universelle et les principes de couverture éclairent les politiques de santé des pays africains ; 	<ul style="list-style-type: none"> • La prestation des services de santé est généralement limitée par la disponibilité et l'allocation insuffisantes des ressources ;
<ul style="list-style-type: none"> • Le financement national de la santé augmente progressivement en Afrique ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Le manque de ressources adéquates et la faible adhésion compromettent les efforts de la riposte ;
<ul style="list-style-type: none"> • Les réponses biomédicales et les avancées technologiques pour riposter contre les trois maladies ont augmenté de manière significative au cours des quinze dernières années ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune priorité n'est accordée au financement de la recherche de l'innovation ;
<ul style="list-style-type: none"> • L'approche socioculturelle pour la riposte aux trois maladies a fait l'objet de recherche et les preuves sont disponibles ; 	<ul style="list-style-type: none"> • L'absorption de la communication sociale et le changement de comportement sont relativement faibles et manquent de cohérence ;
<ul style="list-style-type: none"> • Les partenariats dans le cadre du principe de la responsabilité partagée et la solidarité mondiale ont pris de l'ampleur. 	<ul style="list-style-type: none"> • La coopération intra-africaine laisse à désirer et la plupart des partenariats se trouvent en grande partie en dehors de l'Afrique.
<ul style="list-style-type: none"> • L'intégration régionale offre plus de possibilités de coopération transfrontalière et de collaboration d'entre les pays dans la lutte contre les trois maladies. 	<ul style="list-style-type: none"> • D'importants obstacles empêchent l'examen de l'accès à la santé universelle aux niveaux transfrontalier et entre les pays.
<ul style="list-style-type: none"> • Les pouvoirs publics s'efforcent à créer un environnement propice à la promotion de l'égalité du genre et de l'équité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes et les filles sont touchées de manière disproportionnée par les situations de conflit et de post-conflit qui augmentent leur vulnérabilité face aux trois maladies et au manque d'accès aux services de santé.

3. Analyse contextuelle

L'analyse contextuelle met en exergue l'environnement sociopolitique, économique et technologique plus large dans lequel s'effectue l'élaboration du cadre.

Catégorie	Facteur	Effet
Politique	La plus haute structure politique en Afrique -la Conférence de l'UA- est priée d'élaborer le Cadre détaillé ;	Réaffirmation de l'appropriation et de l'engagement politiques au plus haut niveau ;
Economique	L'histoire de l'Afrique qui monte engendre des retombées économiques positives. Aujourd'hui, le solde bancaire de nombreux pays est en meilleure santé en raison de la croissance économique enregistrée récemment par l'Afrique ;	Lorsque les économies prospèrent, on s'attend à une augmentation du financement intérieur pour les trois maladies. Le fort taux de la croissance économique permettra une augmentation des recettes publiques, ce qui donnera une marge de manœuvre aux pays pour augmenter les dépenses dans le secteur de la santé.
	Le taux de croissance exponentielle des investissements étrangers directs (IED) dans le continent continue de faciliter l'expansion des fondamentaux de la croissance, tels que la santé, l'éducation, l'information et la technologie des communications, ainsi que les infrastructures publiques en Afrique.	L'approche d'investissement lancé par la riposte au sida, qui vise à donner un grand impact aux ressources limitées, est de plus en plus prise en compte pour accélérer les gains sur d'autres questions globales en matière de santé et de développement.
Social	Les inégalités restent élevées en Afrique avec des scores très élevés dans l'indice de Gini. ⁵ Malgré cela, les communautés ont bénéficié de la riposte contre ces trois maladies. Des rapports indiquent d'importants progrès réalisés dans la prestation de services, la promotion de la couverture de la santé universelle, les services, l'accès et la sécurité des produits ;	L'expansion sans précédent de la prestation des services de base, l'accès au dépistage, à la prévention et au traitement au niveau communautaire sont inégalés et les inégalités de l'accès à la santé ont diminué de façon spectaculaire ;
	Miser sur une Afrique jeune est un argument convaincant pour le programme de développement post-2015. L'Afrique reconnaît que la forte augmentation de la population jeune doit être traduite en un dividende démographique et met en place les politiques pertinentes ;	La forte augmentation de la population jeune se traduit par une force pour la production et le développement économique rapide en fournissant aux jeunes des compétences entrepreneuriales, l'accès au financement, des emplois décents et la participation à la prise de décision.
	L'égalité entre homme et femmes remplace le patriarcat et donne aux femmes et aux filles le droit à la santé et à la protection sociale.	Les politiques, programmes et campagnes de transformation adoptés sur la question du genre continuent d'influer sur le changement d'attitude. L'autonomisation et le développement des femmes et des filles améliorent l'accès équitable aux services de santé, aux moyens de subsistance, aux opportunités économiques et contribuent à faire entendre leurs voix.
Technologie	Les avancées technologiques significatives dans les services cliniques et de diagnostic ont contribué à des soins de santé de qualité. La plupart des pays africains ont déjà accès à la haute qualité, des services rapides de laboratoire pour les importants diagnostics. La capacité de production pharmaceutique est en constante augmentation en raison du transfert de technologie par le biais de la coopération nord-sud et sud-sud.	Les pays reconnaissent de plus en plus l'objectif, à long terme, de maintenir l'accès à la santé par la promotion de la production locale en Afrique. L'innovation, la recherche et le développement ont créé de nouvelles opportunités pour améliorer la prestation des services de santé. L'augmentation de la technologie dans le soutien des soins de santé primaires et de la biotechnologie dans le renforcement des services cliniques offre ainsi aux personnes infectées de meilleurs services de santé.

⁵ Le coefficient de Gini est une mesure statistique de dispersion dont le but est de représenter la distribution des revenus parmi les habitants d'un pays, et qui est principalement utilisée pour mesurer l'inégalité de revenu

4. Principes qui sous-tendent le Cadre catalytique⁶

Les principes suivants sont des facteurs importants pour la réussite de la mise en œuvre du présent cadre :

- le fondement de la réussite de la mise en œuvre repose sur le leadership, l'appropriation des stratégies de développement et la responsabilisation des Africains ;
- les pouvoirs publics ont un rôle clé à jouer dans le développement ;
- des partenariats efficaces de développement sont essentiels, de même que la coordination et la collaboration entre les communautés, les gouvernements et les partenaires au développement ;
- la santé est à la fois un atout social et économique dans lequel il faudrait investir et les gouvernements devraient lui accorder la priorité.

Les valeurs du secteur de la santé de base qui sous-tendent le cadre catalytique sont :

- la santé et l'accès aux soins de santé de qualité à des prix abordables sont des droits de l'homme ;
- la santé est une préoccupation de développement qui nécessite une réponse multisectorielle ;

- l'équité dans les soins de santé est la base de tous les systèmes de santé ;
- l'efficacité et l'efficience sont essentielles pour réaliser un maximum d'avantages à partir des ressources disponibles ;
- la preuve est la base de saines politiques et de bonnes pratiques en matière de santé publique ;
- de nouvelles initiatives seront prises pour établir des normes de celles qui ont été déjà élaborées ;
- la solidarité est un moyen de faciliter l'accès universel ;
- il est nécessaire de surmonter les obstacles socioculturels et économiques pour permettre l'accès aux services ;
- la prévention est un moyen très rentable de réduire le fardeau de la maladie ;
- investir dans la santé est productif ;
- les maladies ne connaissent pas de frontières, d'où la nécessité de la coopération transfrontalière dans la gestion et la lutte contre les maladies.

5. Cadre stratégique

Vision

Une Afrique sans sida, sans tuberculose et sans paludisme

Objectif général

Mettre fin à la tuberculose et au sida et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030

Objectifs

- éliminer l'incidence et la mortalité due au paludisme, prévenir sa transmission et sa réapparition dans tous les pays d'ici 2030 ;
- mettre fin au sida comme une menace pour la santé publique d'ici 2030 ;
- mettre fin aux décès dus à la tuberculose et aux cas de tuberculose d'ici 2030.

6. Modèle économique : Investir pour l'impact

Dans chaque pays, l'investissement pour l'impact devrait se focaliser sur l'augmentation du financement de la santé nationale avec un accent particulier sur les fardeaux de ces trois principales maladies en Afrique. Avant d'investir pour l'impact, il faudrait assurer la disponibilité des ressources disponibles aux endroits où la charge de morbidité est la plus élevée.

L'information stratégique qui classe l'incidence et la prévalence de la maladie aux niveaux national, départemental et communautaire est essentielle pour permettre de faire des interventions bien ciblées et des investissements plus efficaces.

Plus précisément, l'investissement destiné à avoir un impact sur le sida, la tuberculose et le paludisme porte sur trois domaines d'investissement stratégiques (des actions clairement détaillées sont attribuées à chaque domaine).

- Premier domaine de l'investissement stratégique : le renforcement des systèmes de santé ;
- Deuxième domaine de l'investissement stratégique : Génération et utilisation des preuves pour la politique et les programmes d'interventions ;
- Troisième domaine de l'investissement stratégique : Plaidoyer et renforcement des capacités.

⁶ Adapté de la Stratégie de la santé pour l'Afrique (2007)

6.1. Premier domaine de l'investissement stratégique : le renforcement des systèmes de santé

Actions catalytiques

Intensifier : et accorder la priorité aux éléments suivants des systèmes de santé, afin de favoriser l'adoption d'actions pour mettre fin aux trois maladies :

- financement diversifié et novateur au niveau national pour la santé, y compris la mise en place de mesures claires pour l'amélioration de l'efficacité ;
- systèmes de gestion de l'information de la santé et de la surveillance au moyen du suivi et de l'amélioration de la qualité des données ;
- audit et renforcement des systèmes de gestion des achats et des approvisionnements ;
- renforcement de la planification stratégique et opérationnelle aux niveaux national et des districts ;
- suivi et amélioration de la mobilisation des ressources humaines, de la gestion et de la capacité d'absorption ;
- mise à disposition la technologie et des équipements appropriés ;
- formation, déploiement et rétention du personnel de santé.

6.2. Deuxième domaine de l'investissement stratégique : Génération et utilisation des preuves pour la politique et les programmes d'interventions

Actions catalytiques

Établir en priorité les preuves et les utiliser pour catalyser les actions dans l'éradication des trois maladies à travers :

- des enquêtes régulières auprès des ménages sur le VIH, la tuberculose et le paludisme ;
- l'examen par les pairs des données annuelles et le renforcement du suivi des réunions à différents niveaux ;
- l'élaboration et de la dissémination des perspectives annuelles des pays sur la base de données disponibles, en mettant l'accent sur les interventions sur mesure basées sur des preuves ;

- l'examen annuel à mi-parcours et à l'achèvement du programme ;
- des études spéciales et des recherches opérationnelles, y compris les médicaments et la résistance des vecteurs, des études de suivi et de bionomie de vecteur ;
- la documentation et de la diffusion des meilleures pratiques ;
- le renforcement de l'établissement de rapports et de la disponibilité des données pour les comptes nationaux de santé, y compris les fonds publics alloués, les contributions des donateurs et du secteur privé ;
- la promotion et le renforcement du financement de la recherche, du développement et de l'innovation aux niveaux continental, régional, national et local.

6.3. Troisième domaine de l'investissement stratégique : Plaidoyer et renforcement des capacités

Actions détaillées

Donner la priorité aux actions catalytiques en vue de créer un environnement propice et renforcer les compétences pour mettre fin aux trois maladies à travers :

- le renforcement de la volonté politique, de l'appropriation et de l'obligation de rendre des comptes durables ;
- la formation du personnel de santé dans les domaines prioritaires, y compris la stratification et la gestion des programmes ;
- l'élaboration et d'adoption de lignes directrices et d'outils appropriés pour la mise en œuvre ;
- la mise en place de plateformes consultatives et de partage des informations pour le personnel de la santé ;
- l'élaboration et l'adoption des normes appropriées.

7. Approches stratégiques du cadre catalytique

Pour enrayer des maladies telles que le sida, la tuberculose et le paludisme, il est indispensable d'investir davantage dans les systèmes de santé. Dans cet ordre d'idées, il conviendrait que les États membres s'assurent du fonctionnement optimal de tous les piliers de leur système de santé faisant l'objet de la discussion ci-après et qu'ils favorisent les synergies pour que ces piliers réalisent l'équité, l'efficacité, l'accessibilité et plus particulièrement la couverture des soins de santé, la qualité et plus spécifiquement la sécurité, ainsi que la durabilité.

7.1. Leadership, appropriation nationale, gouvernance et responsabilisation

Bien que l'Afrique ait réalisé d'importants progrès dans la riposte aux trois maladies susmentionnées, il est important que l'engagement politique reste au cœur des priorités. Il appartient aux pouvoirs publics de renforcer le leadership, l'appropriation, l'intégration, la gouvernance et la gestion des programmes de riposte contre les maladies aux fins de promouvoir l'obligation de rendre des comptes. Une approche multisectorielle permettrait de renforcer la coordination et la planification au niveau de plateformes nationales, régionales et continentales.

7.2. Accès universel et équitable à la prévention, au diagnostic, aux traitements, aux soins et au soutien

L'accès universel à la santé est un droit humain fondamental qui devrait être garanti à tous à un prix abordable. Bien qu'il existe des obstacles structurels et opérationnels à la réalisation de l'accès universel, les pays devraient accélérer la mise en œuvre de politiques globales et d'approches multisectorielles et renforcer les systèmes de santé afin de protéger les groupes de populations pauvres et vulnérables. Les États membres devraient redoubler d'efforts pour garantir des services de santé universels équitables et de qualité, accessibles aux personnes de tous âges. Les pays devraient résoudre les problèmes que posent les obstacles transfrontaliers liés aux trois maladies visées afin de rendre les services de santé accessibles à tous.

7.3. Accès aux médicaments, aux produits et aux technologies de qualité à des prix abordables

L'industrie pharmaceutique des pays africains n'est pas encore totalement développée et est extrêmement hétérogène. En effet, les normes et réglementations que suivent les fabricants sont très variées. Les États membres de l'Union africaine devraient accorder la priorité à l'investissement et à l'harmonisation des réglementations, afin de créer un environnement favorable à la production locale et résoudre le problème de la faible intégration au marché, ce qui permettrait de renforcer et soutenir l'industrie pharmaceutique africaine. Ils devraient également renforcer les capacités nationales indispensables à la fabrication et à la gestion au moyen de transferts de technologie et de la coopération sud-sud et nord-sud. Les communautés économiques régionales pourraient servir de plateformes régionales pour le partage de l'information et la mise en œuvre de la loi-cadre de l'Union africaine.⁷ L'application des normes, le renforcement des capacités et une plus grande harmonisation des cadres législatifs et réglementaires régionaux seraient également nécessaires.

7.4. Financement de la santé

Plusieurs engagements pris par les gouvernements africains, dont la Déclaration d'Abuja, reconnaissent la nécessité d'investir dans le secteur de la santé dans un but de développement durable. Afin de réaliser les objectifs de santé de l'agenda 2063 et les objectifs de développement durables, les États membres devront mettre intégralement en œuvre leurs plans stratégiques nationaux, dont les coûts ont été évalués pour les trois maladies visées, afin de s'assurer d'une utilisation optimale des ressources allouées. Les pays devraient s'efforcer d'accroître le financement de la santé au niveau national grâce à des mécanismes de financement novateurs, l'augmentation des crédits budgétaires aux programmes de santé nationaux et de district, la participation du secteur privé et d'autres sources potentielles de financement pour l'intégration dans les lois nationales et la mise en œuvre réussie du Cadre catalytique. Les pays africains devront continuer à défendre la véritable transformation et le changement de paradigmes qui permettront d'optimiser le financement national du secteur de la santé et de diversifier les sources de financement.

7.5. Participation et engagement communautaires

Les stratégies basées sur la communauté ont la capacité d'améliorer l'accessibilité et l'utilisation de l'ensemble des services qui contribue à une meilleure qualité de vie. Les États membres déploient davantage d'efforts pour que les

communautés deviennent les agents du changement en faveur de leur santé. Les États africains devraient encourager le développement de systèmes gérés par la communauté, afin de développer les infrastructures de santé, notamment dans les régions reculées, pour que personne ne soit laissé pour compte. Les États membres devraient intégrer et incorporer les systèmes de santé communautaires dans le système de santé national.

7.6. Recherche, développement et innovation

La recherche médicale fournit les outils et les bases probantes nécessaires à l'élaboration de politiques et à la prise de décisions efficaces à tous les niveaux. Les pays africains devraient intensifier la recherche en vue de renforcer les mesures préventives et curatives destinées à contenir la transmission des trois maladies visées par les engagements d'Abuja +12. Ils devraient investir davantage dans la recherche et l'innovation⁸ pour résoudre les problèmes sanitaires du continent africain. Les pouvoirs publics devraient collaborer plus étroitement avec les universités et autres centres de recherche pour encourager l'innovation et promouvoir des politiques et des programmes éclairés par des données probantes.

7.7. Défense des droits de l'homme et de l'égalité entre hommes et femmes

Les inégalités fondées sur le sexe et celles que subissent les populations vulnérables sont monnaie courante dans bon nombre de pays africains, en dépit des efforts déployés pour les éviter. Les pays africains devraient encourager le respect, la promotion et la défense des droits de l'homme, et plus particulièrement ceux des femmes et des filles. Les pouvoirs publics devraient redoubler d'efforts pour éviter toutes les formes de violence, de stigmatisation, de discrimination et d'exclusion sociale et pour garantir l'accès aux services pour les populations-clés⁹ et les groupes vulnérables.

7.8. Coopération et coordination multisectorielles

D'importants progrès ont été réalisés dans la riposte contre le sida, la tuberculose et le paludisme grâce à des partenariats solides et à des initiatives conjointes dans le domaine de la santé et du développement inspirés par le principe de la responsabilité partagée et de la solidarité mondiale. Néanmoins, il serait utile d'harmoniser les priorités des pays donateurs avec celles des pays donateurs, afin d'éviter les conflits d'intérêts dans la mise en œuvre des programmes. Les États membres devraient soutenir les partenariats globaux dans les domaines de la planification, de la gestion et de l'accessibilité des soins de santé. Il faudrait insister davantage sur le renforcement des partenariats avec le secteur privé, en mettant l'accent sur les partenariats public-privé. Il est également important de renforcer la coopération et les alliances sud-sud en vue d'éliminer les trois maladies visées.

7.9. Informations stratégiques

Les mécanismes d'imputabilité sont de la plus haute importance pour la réalisation des engagements et l'obtention des résultats liés au sida, à la tuberculose et au paludisme. Il convient avant tout de renforcer les systèmes nationaux de gestion des données, l'état civil et les statistiques portant sur les faits d'état civil à tous les niveaux, afin de pouvoir mesurer les résultats et de garantir une plus grande équité en matière de santé. Les pouvoirs publics devraient renforcer les mécanismes sur la base de données probante pour lutter contre ces trois maladies à divers niveaux.

7 Loi type de l'Union africaine sur l'harmonisation de la régulation des produits pharmaceutiques ; Décision de la Conférence de l'UA Assembly / AU / Dec.589 (XXVI) de Janvier 2016

8 La Stratégie de l'Union africaine pour la science, la technologie et l'innovation pour l'Afrique (STISA) invite les États membres à consacrer 2 % du budget national à la recherche et au développement

9 Les « populations clés » doivent être comprises comme étant utilisées dans le contexte national

8. Rôles et responsabilités

Une excellente coordination et une structure de gestion solide du Cadre catalytique sont essentielles pour atteindre les objectifs stratégiques fixés au moyen de partenariats renforcés, qui assureront la coopération entre les différentes parties prenantes. L'Union africaine et les autres parties prenantes assument les rôles et responsabilités suivants dans la mise en œuvre du Cadre catalytique.

8.1. Commission de l'Union africaine

La Commission de l'Union africaine coordonne la mise en œuvre du cadre catalytique, et plus particulièrement la défense des intérêts stratégiques auprès des organes de l'Union africaine et des principaux décideurs sur le continent et au-delà. La Commission apporte son soutien à la mobilisation, au contrôle et à l'évaluation des ressources, à la propagation des bonnes pratiques et à l'harmonisation des politiques et stratégies.

8.2. Communautés économiques régionales et organisations régionales de la santé

Les communautés économiques régionales et les organisations régionales de la santé assurent l'assistance technique aux États membres, afin de garantir une approche cohérente et coordonnée de la mise en œuvre du cadre catalytique. Elles aident les pays en veillant à ce que le Cadre catalytique soit intégré dans les politiques et programmes nationaux, en contrôlant le cadre et en communiquant à son sujet, tout en encourageant la responsabilisation. Elles continuent à soutenir la défense, le développement et la gestion d'initiatives et de projets transfrontaliers et transnationaux.

8.3. États membres

Les États membres endossent la responsabilité, l'appropriation et le leadership pour la coordination de la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme. Cela signifie également qu'ils doivent aligner les plans stratégiques de riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme avec le Cadre catalytique, qu'ils veillent à sa mise en œuvre et assurent la communication qui s'y rapporte au niveau national. Ils fournissent également un environnement favorable à une large participation de toutes les parties prenantes. Les gouvernements nationaux se chargent de la mobilisation des ressources locales adéquates pour la mise en œuvre du Cadre. Les assemblées nationales assurent la supervision législative, l'enveloppe budgétaire, la traçabilité des dépenses, la promotion de la responsabilisation et la représentation des circonscriptions électorales.

8.4. Partenaires

Conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et au Programme d'action d'Accra, les partenaires doivent aligner leurs plans d'assistance et de coopération financières et techniques sur les priorités nationales relatives à la mise en œuvre du cadre catalytique. Certains partenaires assistent les pays dans l'élaboration de politiques et de lignes directrices normatives, de systèmes de contrôle et d'évaluation et de cadres d'investissement relatifs à la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique.

8.5. Rôle des universités et des instituts de recherche

Les milieux africain et mondial de la recherche sur le paludisme, la tuberculose et le sida sont chargés de générer et partager les données probantes nécessaires à la planification, en particulier les données relatives à l'épidémiologie, aux aspects socioculturels, à l'économie et aux systèmes de santé, et de générer les connaissances et de les traduire en politiques, pratiques et innovations.

8.6. Communautés

Les communautés sont de plus en plus souvent les agents du changement dans la fourniture de soins et services de santé. Les systèmes de santé communautaires s'intègrent dans les systèmes de santé publique au niveau national et la couverture de santé se généralise. Les communautés doivent renforcer leur appropriation des programmes sanitaires, notamment le soutien psychosocial, le respect des traitements et la gestion des cas.

8.7. Organisations non gouvernementales, organisations de la société civile et organisations confessionnelles

Les organismes ne relevant pas du secteur public jouent un rôle prépondérant dans la mise en œuvre des politiques et dans la promotion de l'obligation de rendre des comptes et la mobilisation des communautés. Au-delà de ces rôles traditionnels, les acteurs non étatiques devraient participer davantage à l'information stratégique, au développement des capacités et à la mobilisation des ressources afin de lutter contre les trois maladies visées.

8.8. Partenariats public-privé

Le secteur privé joue un rôle essentiel dans la santé publique, en particulier la production locale de produits pharmaceutiques et la prestation des services de santé. Les capacités essentielles du secteur privé en tant que partenaire clé dans le domaine de la santé sont largement démontrées par le rôle crucial qu'il a joué dans la riposte à Ebola grâce à la contribution aux ressources, à la mobilisation et à l'utilisation de ses actifs existants. Ainsi, les partenariats public-privé devraient être encouragés et renforcés au niveau national dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

9. Financement de la mise en œuvre du cadre catalytique

En vue de répondre aux besoins de financement du Cadre catalytique, il est nécessaire de se baser sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la feuille de route de l'Union africaine. Le premier pilier de la feuille de route de l'Union africaine insiste sur la nécessité de développer des plans de durabilité financière spécifique à chaque pays avec des objectifs clairement définis. Cela signifie notamment qu'il faut s'assurer que les partenaires respectent les engagements existants et alignent le financement avec les priorités de l'Afrique. Il est important de continuer à identifier et optimiser les opportunités afin de diversifier les sources de financement pour faire face aux trois maladies visées. La stratégie de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du cadre détaillé s'aligne sur l'Agenda 2063. Le Cadre met l'accent sur un changement de paradigme en faveur d'initiatives africaines destinées à financer la riposte aux maladies. Pour le financement du cadre catalytique, il faudra observer ce qui suit :

9.1. Financement local

L'accent est mis sur le financement toujours plus local de la santé, et plus particulièrement sur des mécanismes innovants en accord avec les engagements de l'Union africaine et du monde en général. Il est recommandé de rentabiliser les ressources par des dépenses rationnelles dans des domaines tels que la lutte, la communication, les achats et la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Le financement basé sur les résultats au niveau local devrait permettre de mobiliser davantage de ressources et, par conséquent, de contribuer au renforcement des systèmes de santé. Les partenariats public-privé joueront un rôle important dans la mobilisation

de ressources supplémentaires et dans la fourniture de soins de santé. D'éventuelles taxes sur le tabac et l'alcool, des taxes aéroportuaires, des obligations et des fonds d'affectation spéciale pourraient également constituer des sources potentielles de financement au niveau local.

9.2. Financement international

La communauté internationale est appelée à honorer ses engagements en faveur du renforcement des systèmes de santé et du financement de la riposte aux trois maladies visées en Afrique, notamment en encourageant les mécanismes de subvention à partir du Fonds mondial, du Mécanisme de financement mondial et d'autres donateurs bilatéraux et multilatéraux. Chaque pays donataire est responsable du renforcement du processus de la reddition des comptes, de la gouvernance et des capacités d'absorption.

10. Coût estimatif de l'élimination des trois maladies

10.1. Coût estimatif de l'élimination du sida en Afrique¹⁰

Selon l'initiative « Accélérer la riposte » de l'ONUSIDA, les ressources nécessaires à la riposte au sida en Afrique passeront de 14 milliards en 2015 à 20 milliards en 2020, pour baisser ensuite de façon progressive et atteindre 18 milliards en 2030.

10.2. Coût estimatif de l'élimination de la tuberculose en Afrique¹¹

Il n'existe aucune donnée sur le coût estimatif de la lutte contre la tuberculose en Afrique. Toutefois, selon le Rapport mondial sur la tuberculose 2015, le financement nécessaire pour une riposte complète à l'épidémie mondiale de la tuberculose dans les pays à revenu faible ou intermédiaire était estimé à environ 8 milliards de dollars EU par an en 2015 (ce qui exclut la recherche et le développement de nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins contre la tuberculose,). Le Partenariat « Halte à la tuberculose » estime qu'entre 2016 et 2020, 58 milliards de dollars EU seront nécessaires pour mettre en œuvre des programmes de lutte antituberculeuse et 9 milliards de dollars EU pour la recherche et le développement de nouveaux outils.

10.3. Coût estimatif de l'élimination du paludisme en Afrique

Selon les estimations de la Stratégie technique mondiale, le coût de l'élimination du paludisme en Afrique s'élèvera à 66 milliards¹² de dollars entre 2015 et 2030. Pour une population à risque de 800 millions de personnes par an en Afrique,¹³ sur la base de données stable par rapport aux chiffres de 2013, l'investissement nécessaire par tête et par an s'élèvera à 7 dollars en 2030, par rapport à 3 dollars en 2016.

¹⁰ ONUSIDA, Stratégie pour 2016-2021 : Accélérer la riposte pour l'élimination complète, 3 août 2015

¹¹ Rapport mondial 2014 sur la tuberculose et Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme. Le changement de paradigme en 2016-2020 et la Stratégie technique globale contre le paludisme

¹² Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme

¹³ Stratégie africaine de lutte contre le paludisme

11. Programme de mise en œuvre

Le programme de mise en œuvre souligne les cibles spécifiques et les étapes de l'opérationnalisation du Cadre catalytique pour chacune des maladies. Le programme figure à l'annexe 1 du présent document.

12. Contrôle et évaluation du cadre catalytique

Des mécanismes fiables de contrôle et d'évaluation nationaux et régionaux sont nécessaires pour évaluer les progrès réalisés dans la riposte aux maladies prioritaires en Afrique. Un cadre de contrôle et d'évaluation sera mis en place afin de suivre les progrès réalisés, en fonction des étapes prévues du programme de mise en œuvre. Le cadre se servira des mécanismes de responsabilisation existants figurant à l'annexe 2. En conformité avec les réunions statutaires de l'Union africaine, et dans le cadre de l'obligation de rendre des comptes de l'Union africaine, le Comité technique spécialisé sur la santé, la population et la lutte contre la drogue examinera tous les deux ans le rapport d'activité sur la mise en œuvre du Cadre catalytique.

13. Annexes

Annexe 1 : Plan de mise en œuvre

1. Objectifs et étapes proposés pour le plan de mise en œuvre du Cadre

SIDA¹⁴

A. VISION		
Une Afrique sans SIDA		
B. PRINCIPES DIRECTEURS		
1. Appropriation nationale et participation de toutes les parties prenantes à différents niveaux ; 2. Accès universel aux services liés au VIH ; 3. Protection et promotion des droits de l'homme ; 4. Adaptation du Cadre catalytique et des objectifs au niveau des pays, avec la collaboration régionale et mondiale.		
C. BUT		
Éliminer le sida comme une menace de santé publique d'ici 2030 ¹⁵		
D. OBJECTIFS, REPÈRES ET CIBLES		
Objectifs	Repères et cibles	
	2020	2030
1. Réduire les décès liés au sida par rapport à 2015	Moins de 375. 000 par an, avec une couverture de traitement de 90-90-90	Moins de 150 000 par an, avec une couverture de traitement de 95-95-95
2. Réduire les nouvelles infections à VIH par rapport à 2015	Moins de 375 000 par an	Moins de 150 000 par an
2.1. EMTE	Moins de 40 000 infections chez les enfants et les mères ¹⁶	Zéro infection zéro infection chez les enfants et les mères
2.2. Les jeunes	90 % des jeunes ont suffisamment de compétences nécessaires pour se protéger du VIH	Tous les jeunes ont les compétences nécessaires pour se protéger du VIH
2.3. Les hommes et les femmes	90 % des hommes et des femmes ont accès à la prévention combinée du VIH et aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR)	Tous les hommes et toutes les femmes ont accès à la prévention combinée du VIH et aux services de SSR
2.4. Circoncision	27 millions d'hommes supplémentaires dans les zones à forte prévalence se portent volontaires pour être médicalement circoncis	
2.5. Populations clés	90 % des populations clés ont accès aux services de préventions combinées du VIH.	Toutes les populations clés ont accès aux services de préventions combinées du VIH.
3. Fin de la discrimination par rapport à 2015	90 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et exposées au risque d'infection par le VIH rapportent qu'il n'y a aucune discrimination, en particulier dans les milieux de santé, d'éducation et de travail.	Toutes les PVVIH, les populations clés et autres personnes affectées jouissent pleinement de leurs droits liés au VIH
3.1. Discrimination dans le milieu de la santé	90 % des PVVIH et exposés au risque d'infection par le VIH ne signalent pas de discrimination dans les milieux de soins de santé.	Toutes les PVVIH et exposés au risque d'infection par le VIH signalent qu'il n'y a aucune discrimination dans les milieux de soins de santé.
3.2. Lois, politiques et réglementations discriminatoires connexes en rapport avec le VIH	Aucune promulgation de nouvelle loi, réglementation et politique discriminatoire liée au VIH ; abrogation de toutes ces lois, réglementations et politiques par 50 % des pays qui disposent de ce type de législation	Aucune promulgation de nouvelle loi, réglementation et politique discriminatoire liée au VIH ; abrogation de toutes ces loi, réglementation et politique par tous les pays qui ont ce type de législation.
3.3. Accès total à la justice	90 % des PVVIH, les populations clés et personnes exposées au risque d'infection par le VIH qui déclarent être victimes de discrimination ont accès à la justice et peuvent former un recours pour cause de violations de leurs droits.	Toutes les PVVIH, les populations clés et les personnes exposées au risque d'infection par le VIH qui déclarent être victimes de discrimination ont accès à la justice et peuvent former un recours pour cause de violations de leurs droits.

1.2.3. all in bold (like English)

¹⁴ Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA

¹⁵ L'objectif consiste à réduire le nombre de décès liés au SIDA et de nouveaux cas d'infection au VIH pour qu'ils ne dépassent pas 10 % des chiffres de référence de 2010

¹⁶ Sur base de la mise en œuvre intégrale du Plan mondial et d'une réduction de 90 % des infections par transmission de la mère à l'enfant par rapport aux niveaux de 2009

3.4. La violence à motivation sexiste	90 % des femmes et des filles vivent à l'abri des inégalités entre hommes et femmes et de la violence liée au genre pour atténuer les risques et l'impact du VIH.	Toutes les femmes et les filles vivent à l'abri de l'inégalité entre hommes et femmes et de la violence fondée sur le sexe pour atténuer les risques et l'impact du VIH.
3.5. Protection sociale	75 % des PVVIH et les personnes exposés au risque d'infection par le VIH ou affectés par le VIH, qui sont dans le besoin, bénéficient de la protection sociale en faveur des personnes infectées ou affectées par le VIH.	Toutes les PVVIH et les personnes exposées au risque d'infection par le VIH ou affectées par le VIH, qui sont dans le besoin, bénéficient de la protection sociale en faveur des personnes infectées ou affectées par le VIH.

E. STRATÉGIES

Objectifs	Stratégies
Objectif 1 : Réduire tous les décès liés au sida	1. Augmenter la couverture du traitement antirétroviral pour atteindre 90-90-90
Objectif 2 : Réduire des nouvelles infections à VIH	2. Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir les mères en vie
Objectif 3 : Discrimination	3. Augmenter l'accès des jeunes des hommes, des femmes et des populations clés aux services sur la prévention combinée, y compris les services du VIH et du SSR.
	4. Traiter des questions du VIH et des droits de l'homme, de l'inégalité entre hommes et femmes, et offrir une protection sociale en faveur des personnes infectées ou affectées par le VIH

F. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET APPROCHES

1. Assurer l'engagement et l'appropriation politiques ;
2. Renforcer l'information stratégique ;
3. Accroître le financement national et international en faveur du sida
4. Soutenir l'appropriation communautaire
5. Renforcer les systèmes de santé pour assurer la couverture universelle de la maladie
6. Traiter les questions relatives au VIH et aux droits de l'homme
7. Améliorer la recherche et l'innovation pour éliminer le sida
8. Renforcer les interventions du VIH auprès des populations transfrontalières et des pays.

TUBERCULOSE¹⁷

A. VISION

Une Afrique sans tuberculose

B. PRINCIPES DIRECTEURS

1. Administration générale et responsabilisation des gouvernements, suivi et l'évaluation
2. Forte coalition avec les communautés et les organisations de la société civile
3. Protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité
4. Adaptation du Cadre catalytique et des cibles au niveau des pays, avec la collaboration régionale et mondiale

C. BUT

Mettre fin aux décès dus à la tuberculose d'ici 2030.

D. OBJECTIFS, REPÈRES ET CIBLES

Objectifs	Repères et cibles		
	2020	2025	2030
1. Réduire le nombre de patients atteints de la tuberculose par rapport à 2015	20 %	50 %	80 %

¹⁷ Stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose

1.2.3.4. all in bold (like English)

2. Réduire le nombre de décès dus à la tuberculose par rapport à 2015	35 %	75 %	90 %
3. Réduire le taux d'incidence de la tuberculose par rapport à 2015	20 % (<85/100 000)	50 % (<55/100 000)	80 % (<20/100 000)
4. Réduire le nombre de familles touchées par la tuberculose et confrontées à des coûts astronomiques dus à la tuberculose par rapport à 2015	Zéro	Zéro	Zéro

E. STRATÉGIES

Objectives	Stratégies
Objectif 1 : Réduire le nombre de patients atteints de tuberculose.	1. Accès universel au diagnostic et au traitement de la tuberculose
Objectif 2 : Réduire le nombre de décès dus à la tuberculose.	2. Activités conjointes des services de traitement associé de la tuberculose et du VIH
Objectif 3 : Réduire le taux d'incidence de la tuberculose.	3. Traitement préventif et vaccination des personnes à haut risque
Objectif 4 : Réduire le nombre de familles touchées par la tuberculose et confrontées à des coûts astronomiques dus à la tuberculose.	4. Appropriation politique et communautaire
	5. Recherche, innovation et coopération entre les pays pour les tests de laboratoire
	6. Sensibilisation sur la tuberculose et lutte contre les infections.

F. PILIERS ET COMPOSANTS

1. Soins et prévention intégrés et centres sur le patient

- a. Sensibilisation sur le diagnostic précoce de la tuberculose, y compris le dépistage universel de sensibilité aux médicaments, et le dépistage systématique des contacts et des groupes à haut risque ;
- b. Traitement de toutes les personnes atteintes de tuberculose, y compris la tuberculose résistante aux médicaments, et le soutien des patients, y compris le traitement ininterrompu à titre gracieux à tous les patients ;
- c. Activités conjointes des services de traitement associé de la tuberculose et du VIH et la gestion des comorbidités ;
- d. Traitement préventif des personnes à haut risque, vaccination contre la tuberculose et d'autres déterminants de la tuberculose ;
- e. Élaborer un cadre de suivi et d'évaluation avec les pays pour suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Cadre catalytique ;
- f. Mettre en place des forums d'interaction et de bonnes pratiques aux niveaux national, régional et continental.

2. Politiques courageuses et systèmes de soutien

- a. Engagement politique de ressources adéquates pour les soins et la prévention de la tuberculose ;
- b. Engagement des communautés, des organisations de la société civile, des prestataires de soins publics et privés ;
- c. Politique de couverture sanitaire universelle, cadres réglementaires pour la notification des cas, enregistrement de l'état civil ; qualité et utilisation rationnelle des médicaments et lutte contre les infections ;
- d. Protection sociale, atténuation de la pauvreté et mesures ;
- e. Plaider en faveur du diagnostic et du traitement gratuits des cas de tuberculose ;

3. Intensification de la recherche et de l'innovation

- a. Découverte, développement et adoption rapide des interventions, des stratégies et des nouveaux outils.
- b. Recherche pour optimiser la mise en œuvre, avoir un impact sur la promotion de l'innovation.

PALUDISME¹⁸

A. VISION

Une Afrique sans paludisme

B. PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes suivants servent d'orientation à la mise en œuvre de la stratégie africaine du paludisme :

- i. **Appropriation et leadership national assortis d'engagement financier et politique optimum en tant qu'exigences minimales pour accélérer et maintenir un avenir sans paludisme ;**
- ii. **Équité dans l'accès aux services de santé, en particulier pour les populations les plus vulnérables et difficiles à atteindre ; et**
- iii. **Mise en œuvre de l'élimination du paludisme au niveau du district appuyé par un système de surveillance et de riposte audacieuse au paludisme.**

¹⁸ Stratégie africaine de lutte contre la malaria (2016-2030)

C. BUT

Éliminer l'incidence du paludisme et la mortalité due au paludisme, prévenir sa transmission et sa réapparition dans tous les pays d'ici 2030

D. OBJECTIFS, REPÈRES ET CIBLES

Objectifs	Repères et cibles ¹⁹		
	2020	2025	2030
1. Réduire le taux de mortalité liée au paludisme à zéro dans tous les pays par rapport à 2015	Au moins 40 %	Au moins 75 %	Zéro décès dû au paludisme
2. Réduire l'incidence des cas du paludisme à zéro dans tous les pays par rapport à 2015	Au moins 40 %	Au moins 75 %	Zéro cas de malaria
3. Éliminer d'ici 2030 dans tous les pays qui ont des vecteurs de transmission par rapport à 2015	au moins 8 pays ²⁰	Au moins 13 (8 + 5) pays ²¹	dans les 47 (13 + 34) pays ²²
4. Empêcher la réapparition du paludisme dans tous les pays exempts par rapport à 2015	Empêcher la réapparition du paludisme dans les pays exempts	Empêcher la réapparition du paludisme dans les pays exempts	Empêcher la réapparition du paludisme dans les pays exempts

E. STRATÉGIES

Objectifs	Stratégies
Objectif 1 : Réduire le taux de mortalité due au paludisme à zéro dans tous les pays d'ici 2030	1. Accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme
Objectif 2 : réduire les incidences de cas du paludisme à zéro dans tous les pays d'ici 2030	2. Transformer la surveillance du paludisme dans une intervention de base
	3. Exploiter l'innovation et élargir la recherche
	4. Renforcer l'environnement favorable
Objectif 3 : éliminer d'ici 2030 dans tous les pays où la transmission existe en 2015	5. Accélération des efforts en vue de l'élimination du paludisme
Objectif 4 : empêcher le rétablissement du paludisme dans tous les pays qui sont exempts de paludisme	6. Maintenir le statut de pays sans paludisme pour tous les pays reconnus sans transmission du paludisme en 2015 et dans tous les pays qui en sont devenus exempts par la suite.

F. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET APPROCHES**Orientations stratégiques**

- i. Transformer la lutte contre le paludisme et les efforts d'élimination actuels en un mouvement continental visant à un déploiement rapide des interventions fondées sur des preuves ;
- ii. Mobiliser des ressources et des infrastructures africaines pour éliminer le paludisme dans tous les pays et les sous-régions dans un délai bien déterminé.

Approches stratégiques

- i. Les étapes, la segmentation et la transition du programme sont composées de cinq phases ;
- ii. La stratification du programme basée sur la preuve et le ciblage des interventions ;
- iii. Engagement politique maximum ;
- iv. Engagement communautaire optimal ;
- v. Gestion dynamique et obligation de rendre des comptes.
- vi. Élaboration et adoption de nouvelles technologies et de nouveaux outils.

¹⁹ Comparés aux indicateurs de référence initiaux 2015

²⁰ Algérie, Cabo Verde, Swaziland, Botswana, Afrique du Sud, Comores, Érythrée, Djibouti (+ Zanzibar),

²¹ Algérie, Cabo Verde, Swaziland, Botswana, Afrique du Sud, Comores, Érythrée, Djibouti (+Zanzibar) Sao Tome, Namibie, Rwanda, Zimbabwe, Éthiopie

²² Algérie, Cabo Verde, Swaziland, Botswana, Afrique du Sud, Comores, Érythrée, Djibouti (+ Zanzibar) Sao Tome, Namibie, Rwanda, Zimbabwe, Éthiopie, Bénin, Libéria, Gambie, Mauritanie, Malawi, Ouganda, Kenya, Zambie, Tanzanie, Madagascar, Angola, Cameroun, Burundi, Somalie, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Niger, Nigéria, Mali, Guinée, Guinée-Bissau, Sénégal, Sierra Leone, Togo, Guinée Équatoriale, Tchad, RDC, Gabon, RCA, Congo, Soudan du Sud, Mozambique, Soudan

²³ Égypte, Maroc, République Démocratique Arabe Sahraouie, Tunisie, Libye, Seychelles, Lesotho, Maurice

Annexe 2 : Mécanismes de responsabilisation

Cadres de suivi et d'évaluation	Responsable	Statut/Fréquence
1. Guide de référence du suivi et de l'évaluation de l'appel d'Abuja	CUA	À revoir
2. Plateforme en ligne des statistiques de la santé en Afrique	CUA	En cours
3. Rapports des États membres	États membres	Établissement de rapport annuel
4. Évolution du Cadre au titre de l'Aspiration N° 1, objectif N° 3 de l'Agenda 2063	CUA	En cours
5. Cadre de suivi et d'évaluation de la feuille de route de l'UA	CUA	Établissement de rapport annuel
6. Rapports de l'OMS	OMS	Établissement de rapport annuel
7. Rapports de l'ONUSIDA	ONUSIDA	Établissement de rapport annuel
8. Plan africain sur la transmission de la mère à l'enfant	CUA	Biannuel
9. Fiche d'évaluation de l'ALMA sur l'élimination du paludisme	ALMA	Trimestriel
10. Fiche d'évaluation de l'Afrique sur le financement national de la santé ²⁴	CUA	Annuel
11. Rapports d'examen à mi-parcours et final de l'Appel d'Abuja pour une action accélérée vers l'accès universel aux services du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme 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	CUA	Biannuel
12. Documentation sur les meilleures pratiques	CUA	Annuel
13. Rapports du MAEP	MAEP	-

²⁴ En cours

14. Bibliographie

Union africaine (2013). *Plan d'action pour l'élimination de la mortalité évitable de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*. Johannesburg : Union africaine.

Union africaine (2015). *Révision de l'Appel d'Abuja pour une action accélérée en vue de l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme et de la Feuille de route de l'Union africaine pour une responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, la tuberculose et le paludisme*. Addis-Abeba : Union africaine.

Union africaine, NEPAD et ONUSIDA (2013) *Rapport : Reddition de comptes de l'Union africaine sur les engagements du partenariat Afrique-G8*.

Partenariat Halte à la tuberculose (2015). *Plan mondial pour l'élimination de la tuberculose (2016-2020)*. Genève : Partenariat Halte à la tuberculose.

ONUSIDA (2014). *Traitement 2015*. Genève : ONUSIDA

ONUSIDA (2015). *Fast tracking to zero, 3 août 2015 (2016-2021)*. Genève : ONUSIDA

Nations unies (2014). *Perspective de la santé, huitième session du Groupe de travail ouvert sur les ODD(GTO8)*, New York, Nations unies.

OMS (2015). *Stratégie africaine de lutte contre le paludisme*. Brazzaville. OMS.

OMS (2015). *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme (2016-2030)*. Genève : OMS.

OMS (2015). *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030*. Genève : OMS.

Addis Ababa, ETHIOPIA
P. O. Box 3243

Translation?

Tél : (251 11) 550 4988
Fax : (251 11) 550 4985

www.africa-union.org