

Cadre stratégique de l'Observatoire du Sida en Afrique (AWA) (2016-2030)

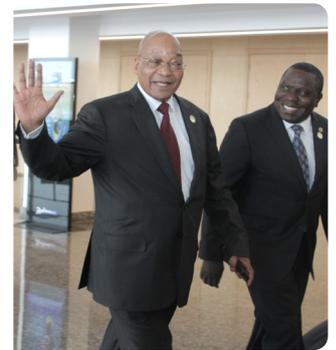


Table des matières

1. RÉSUMÉ DU CADRE	4
2. CONTEXTE	5
3. ANALYSE DE LA SITUATION	6
3.1. Situation du VIH en Afrique	6
3.2. Situation du paludisme en Afrique	8
3.3. Situation de la tuberculose en Afrique	8
4. LEÇONS TIRÉES DU CADRE STRATÉGIQUE D'AWA (2012-2015)	10
5. CADRE STRATÉGIQUE	10
5.1. Vision	10
5.2. Mission	10
5.3. Objectifs	10
6. THÉORIE DU CHANGEMENT D'AWA	11
7. PRINCIPES DE LA STRATÉGIE D'AWA	12
8. RÉSULTATS STRATÉGIQUES	12
8.1. Leadership et gouvernance plus forts	12
8.2. Augmentation de l'appui et de l'appropriation politiques	12
8.3. Information développée et diffusée pour l'action	12
8.4. Responsabilité et surveillance des résultats établies	12
8.5. Mobilisation des ressources suffisantes pour une riposte efficace	12
9. PILIERS STRATÉGIQUES	13
9.1. Développer des politiques audacieuses; coordonner la mise en œuvre du cadre catalytique et des systèmes de soutien	13
9.2. Forger des partenariats stratégiques et une approche multisectorielle	13
9.3. Initiatives stratégiques et responsabilisation pour encourager le financement de la santé	13
9.4. Déployer des informations stratégiques et renforcer la communication publique	14
9.5. Institutionnalisation d'AWA	14
10. FACILITATEURS STRATÉGIQUES D'AWA	15
11. RÔLES ET RESPONSABILITÉS	15
12. VERS « L'AFRIQUE QUE NOUS VOULONS », JALONS ET CIBLES POUR METTRE FIN AUX TROIS MALADIES À L'HORIZON 2030	16
13. CADRE DE MISE EN ŒUVRE D'AWA	17

1. Résumé du cadre



Ce cadre stratégique met l'accent sur des interventions spécifiques à fort impact qui inciteront les chefs d'État et de gouvernement à agir

Ce cadre stratégique est le fondement de l'Observatoire du sida en Afrique (AWA) pour atteindre son objectif: « Travailler, avec nos partenaires, pour catalyser une action transformatrice qui consolide notre plaidoyer fondé sur des données probantes, la responsabilisation axée sur les données et la mobilisation de ressources pour mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2030. « En s'appuyant sur les leçons tirées et les réussites, AWA mettra l'accent stratégiquement sur les efforts de plaidoyer et de mobilisation des ressources qui permettront de prendre le virage de manière significative de la fin du sida, de la tuberculose et du paludisme pour amener l'Afrique au but de 2030. Pour ce faire, AWA doit obtenir un haut niveau d'intendance et de responsabilisation à l'échelle de l'Afrique, renforcer ses relations avec les partenaires et les États membres et redoubler son travail de plaidoyer pour sensibiliser et faire en sorte que les décisions prises soient maintenues. À travers ses efforts et approches, AWA assurera la promotion de la vision 2063 de l'Union africaine « d'une Afrique intégrée, prospère et en paix, menée par ses propres citoyens et représentant une force dynamique sur la scène internationale ».

AWA continuera de se consacrer à mettre en évidence des solutions centrées sur les personnes qui démontrent des résultats mesurables pour encourager les chefs d'État et de gouvernement à prendre des choix critiques en matière de financement durable de la santé en ce qui a trait au sida, à la tuberculose, au paludisme et va jusqu' à la couverture de santé universelle. Le travail de plaidoyer d'AWA sera axé sur des points probants qui justifient pourquoi les investissements intelligents mettront fin aux trois maladies s'ils sont utilisés efficacement et créeront des systèmes de santé plus solides et résilients qui auront un impact positif sur la réduction de l'impact des maladies infectieuses et non transmissibles et mettront l'Afrique sur la voie de la réalisation de la couverture universelle de santé et de l'Agenda 2063, le modèle directeur de l'Afrique pour la transformation socioéconomique et structurelle.

Ce cadre stratégique met l'accent sur des interventions spécifiques à fort impact qui inciteront les chefs d'État et de gouvernement à agir. Une intervention cohérente à toutes les plates-formes des trois maladies est la prévention et le traitement. La prévention est essentielle pour endiguer le flot des nouvelles infections, alors que le traitement est mesurable, un excellent outil de plaidoyer et, évidemment, indispensable pour atteindre les objectifs de 2030. Une trame de message intitulée «Traiter pour défaire» permettra à AWA d'avoir un message simple et clair qui fonctionne également avec d'autres priorités, y compris la prévention, l'accès aux médicaments, le renforcement des systèmes de santé, l'égalité entre les sexes et l'optimisation des ressources. La fourniture de stratégies essentielles de prévention et de traitement nécessitera la mise en place d'approches pour effectuer le lien entre les services et les personnes les plus difficiles à atteindre qui risqueraient d'être laissées pour compte, y compris via le recrutement, la formation et le déploiement de 2 millions d'agents de santé communautaires. Il faudra également renforcer l'implication des communautés touchées et placer un accent accru sur les barrières structurelles, légales et relatives aux droits humains afin que la riposte soit efficace.

Enfin, le plaidoyer d'AWA, la mobilisation des ressources et la promotion de la reddition de comptes reposeront sur les objectifs dérivés du Cadre catalytique pour mettre fin au sida et à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030. AWA publiera des rapports périodiques sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de 2020, 2025 et 2030, afin de sensibiliser et responsabiliser les dirigeants.

2. Contexte

L'Observatoire du Sida en Afrique (AWA) a été créée lors du Sommet d'Abuja de 2001 sur le VIH / sida, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes. Huit chefs d'État et de gouvernement ont créé l'AWA en tant que bras de l'UA axé sur le plaidoyer et la responsabilisation dirigé par les pays africains pour presser en faveur de l'accélération urgente de l'action pour lutter contre l'épidémie du sida. Le mandat d'AWA a été élargi pour inclure le paludisme et la tuberculose lors de sa revitalisation en 2012. Au cours de l'ère des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), la plateforme AWA a modifié la réponse de l'Afrique au VIH / sida, à la tuberculose et au paludisme à partir d'approches biomédicales et comportementales traditionnelles et l'a catapultée à des facilitateurs transformateurs axés sur le financement diversifié de la santé, l'accès à des médicaments abordables et de qualité, le leadership, la gouvernance et la responsabilité comme voie d'accès universel à la santé.

Le mandat unique d'AWA lui confère un rôle d'animateur, en mettant directement en œuvre le leadership de haut niveau des États membres de l'UA. Dans le monde entier, il existe des preuves convaincantes et des indications que les hauts dirigeants politiques sont primordiaux pour construire et soutenir des actions visant à vaincre le sida, la tuberculose et le paludisme. AWA a un «siège à la table» des hauts dirigeants et occupe un espace distinct dans la santé mondiale. AWA est reconnu comme un triomphe historique du leadership visionnaire de l'Afrique sur le développement et la gouvernance de la santé. La plateforme a joué un rôle influent de plaidoyer en augmentant l'allocation de ressources à la santé dans les pays et en mobilisant des ressources mondiales, notamment par la création d'institutions mondiales de soutien aux programmes de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Ces programmes comprennent le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, créé en 2002, qui a eu un effet profond sur la réduction de l'incidence de ces trois maladies mortelles. Le rôle de l'AWA en collaboration avec les chefs d'État pour fournir des ressources financières au Fonds mondial continue d'aider le Fonds à tirer parti des contributions mondiales pendant ses cycles de reconstitution.

AWA a été essentiel pour aider à catalyser la mise en œuvre les déclarations successives d'Abuja (2000, 2001, 2006, 2013) en s'attaquant à des actions soutenues pour mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme qui constituent des menaces pour la santé publique. L'Observatoire du Sida en Afrique est désormais une structure statutaire de l'Union africaine et tous les chefs d'État et de gouvernement africains participent à ses réunions annuelles pour délibérer sur des questions stratégiques clés afin de promouvoir la mobilisation des ressources, la reddition de comptes et les actions de suivi. Les réunions statutaires de l'Observatoire du Sida en Afrique fournissent une plateforme pour créer des partenariats afin de définir des politiques continentales, partager les meilleures pratiques et réaliser le suivi de la mise en œuvre. Afin de mettre en œuvre efficacement les politiques continentales et les décisions des chefs d'État et de gouvernement, l'Observatoire du Sida en Afrique a mis en place un cadre de collaboration avec tous les organes clés de l'UA, les communautés économiques régionales, les organisations régionales de santé, la société civile, le secteur privé et les agences de développement, y compris les entités des Nations unies. Ils participent tous aux forums de coordination de l'Union africaine afin d'élaborer, de planifier conjointement et d'examiner la mise en œuvre des politiques continentales.

Le plaidoyer de l'Observatoire du Sida en Afrique au niveau mondial comprend la mobilisation continue des principaux gouvernements donateurs. C'est en travaillant avec des groupes électoraux de plaidoyer aux États-Unis d'Amérique, en Europe et au Japon qu'AWA a pu contribuer à obtenir 15 milliards de dollars auprès du Fonds mondial. En outre, les efforts de plaidoyer continentaux menés avec les États membres africains, ont contribué à la 5ème reconstitution du Fonds mondial à hauteur de 32 millions de dollars américains. L'Observatoire

du Sida en Afrique a mené des efforts de plaidoyer en matière de financement de la santé sur le continent, y compris pour l'élaboration du Tableau de bord africain sur le financement domestique de la santé en Afrique. Ce tableau de bord est utilisé dans les efforts continus de plaidoyer qui visent à accroître les investissements domestiques dans la santé et à promouvoir et à renforcer la planification financière pour le secteur de la santé dans chaque pays. L'Observatoire du Sida en Afrique a commandé diverses études sur le financement de la santé et a utilisé divers canaux d'information publique pour améliorer le partage de l'information en matière de riposte continentale au sida, à la tuberculose, au paludisme et concernant plus largement le programme de santé et de développement.

Ces efforts sont alignés sur la Stratégie africaine pour la santé (2016-2030) qui vise à renforcer les systèmes de santé et à atteindre une couverture de santé universelle et le Cadre catalytique qui fournit une analyse de rentabilisation, des jalons, des approches stratégiques et des objectifs pour mettre fin à ces trois maladies. Le cadre catalytique met l'accent sur l'investissement à impact là où le fardeau de la maladie est le plus important. Les trois principaux domaines d'investissement stratégique sont le renforcement des systèmes de santé, la génération et l'utilisation de données probantes pour les politiques et les interventions du programme et le renforcement des capacités. En outre, le cadre stratégique de l'AWA est en phase avec les objectifs de développement durable des Nations unies, qui appellent également à mettre fin à ces maladies mortelles à l'horizon 2030.

Plus largement, la stratégie de développement à long terme de l'Afrique, l'Agenda 2063, privilégie la santé et les citoyens bien nourris dans son premier plan de mise en œuvre et établit des objectifs clés pour les trois maladies, dont la réduction de l'incidence du sida, de la tuberculose et du paludisme de 2013 d'au moins 80% en 2023 et la réduction de la proportion de 2013 de décès attribuable au VIH / sida, à la tuberculose et au paludisme d'au moins 50% d'ici 2023. L'Agenda 2063 favorise également le renforcement des systèmes de santé.

L'Agenda 2030 pour le développement durable met l'accent sur une approche qui consiste à donner la priorité aux personnes les plus vulnérables en ne laissant personne pour compte. Il cherche à créer des synergies entre les objectifs et les cibles de développement durable. Le lien entre la protection sociale et les Objectifs et cibles de développement durable, en particulier l'objectif 3.3 – Mettre fin d'ici 2030 aux épidémies de sida, de tuberculose, de paludisme, de maladies tropicales négligées et lutter contre l'hépatite, les maladies d'origine hydrique et autres maladies transmissibles - constitue une occasion majeure pour mettre en place des programmes conjoints dans les domaines du VIH, de la protection sociale et de l'ensemble du programme de développement. Les programmes de protection sociale qui fournissent des filets de sécurité aux personnes vulnérables au sein des Objectifs de développement durable (ODD) sont essentiels pour atteindre ces objectifs.

Le cadre stratégique de l'AWA (2016-2030) présenté ici s'appuie sur les progrès réalisés en Afrique dans le plaidoyer, la mobilisation des ressources et la responsabilisation en réponse au triple fléau du sida, de la tuberculose et du paludisme et travaille à la mise en œuvre de la vision ultime de la Stratégie de santé en Afrique et du cadre catalytique pour mettre fin aux trois maladies d'ici 2030.

Dans l'ensemble, ce cadre stratégique vise à accorder une plus grande attention au travail de l'AWA en s'appuyant sur le plaidoyer, la responsabilité et la mobilisation des ressources, en particulier sur les interventions (c'est-à-dire le traitement) qui auront le plus grand impact sur les efforts africains de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme sans laisser pour compte certaines parties de la société.

3. Analyse de la situation

3.1. Situation du VIH en Afrique

L'Afrique a réalisé des progrès remarquables dans la lutte contre le sida avec 12,1 millions de personnes suivant un traitement antirétroviral en Afrique en 2015, contre moins de 100 000 en 2002. En conséquence, les décès liés au sida ont diminué de 49% entre 2005 et 2014. Les nouvelles infections au VIH en Afrique ont diminué de 43% entre 2000 et 2015 et, depuis 2009, une baisse de 59% des nouvelles infections par le VIH chez les enfants dans les 21 pays prioritaires du Plan mondial visant à éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants en 2015 et de maintenir leurs mères en vie (Plan mondial). En outre, les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ont diminué de 20% depuis 2004.

Néanmoins, des défis importants subsistent. À la fin de 2015, il y avait 25,5 millions (23,0 millions-28,4 millions) de personnes vivant avec le VIH en Afrique. En 2015, on estimait à 1,4 million (1,1 million-1,6 million) les nouvelles infections au VIH, soit environ 66% du total mondial des nouvelles infections. Environ 800 000 personnes (650 000-980 000) sont mortes de causes liées au sida en Afrique subsaharienne en 2015. La tuberculose demeure la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH.

Il est évident que si des progrès réels ont été réalisés, il reste encore beaucoup à faire. Les nouvelles infections n'ont pas diminué assez rapidement au cours des dernières années, ce qui a été facilité par l'insuffisance des programmes de prévention et l'inadéquation des investissements dans la prise en charge des personnes. Les jeunes, les femmes et les filles sur le continent sont infectés et affectés de manière disproportionnée par le VIH. Et la violence à l'égard des femmes et des filles, en particulier dans les conflits et les situations post-conflit, continue d'être un facteur majeur d'infection par le VIH. Plus de femmes que d'hommes vivent avec le VIH en Afrique. La prise en compte de la stigmatisation et de la discrimination en matière de lutte contre le VIH et les droits de l'homme est essentielle pour garantir que personne ne soit laissé pour compte dans l'accès aux services du VIH. Les progrès continuent à être compromis par divers facteurs tels que la faiblesse des systèmes de santé, notamment des ressources humaines insuffisantes pour la santé, des chaînes d'approvisionnement faibles en médicaments et matières premières, un contrôle de la qualité insuffisant, une intégration insuffisante des services VIH à ceux de la tuberculose, la SMNI, l'hépatite B, l'hépatite C, le cancer du col de l'utérus et d'autres services de santé et de développement, ainsi que des défis structurels, y compris la stigmatisation et la discrimination, notamment au sein des établissements de soins. Le nombre de personnes recevant un TAR (traitement antirétroviral) devra passer à 20 millions en Afrique, conformément aux engagements de la Déclaration des Nations unies de 2016 sur le VIH/sida.

Des défis subsistent pour les enfants, les adolescents et les jeunes. En 2015, 1,6 million d'enfants de moins de 15 ans en Afrique vivaient avec le VIH, avec 330 nouvelles infections au VIH et 250 décès par jour. Cependant, seuls 49% des enfants qui ont besoin d'un traitement en ont réellement reçu, ceci en grande partie car seulement 49% des nourrissons exposés au VIH ont reçu des services de dépistage infantile précoce au cours de leurs deux premiers mois, comme cela est recommandé. Le VIH est également la cause principale de décès chez les adolescents en Afrique et rien qu'en 2015, 670 000 jeunes âgés de 15 à 24 ans ont contracté le VIH.

Nous avons assisté à un grand succès dans le financement de la riposte au sida, mais un montant prévu de 14,8 milliards de dollars sera nécessaire pour atteindre tous les pays africains d'ici 2020. Il diminuera progressivement à 13 milliards de dollars US d'ici 2030 si les objectifs fixés doivent être atteints. L'Afrique doit veiller à ce que d'ici 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH

connaissent leur statut sérologique; 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti-rétroviral durable et 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée. Les principales actions comprennent mettre fin aux nouvelles infections par le VIH, aborder la question des droits de l'homme, de l'égalité des sexes et de la protection sociale, le financement durable pour la riposte au VIH, le renforcement des systèmes de santé pour atteindre les objectifs de traitement et de prévention et assurer l'accès à des médicaments, des produits et des technologies abordables et de qualité assurée et un leadership durable et une responsabilité mutuelle.

L'agenda Fast-Track offre à l'Afrique une occasion unique d'améliorer et de protéger la santé et le bien-être des générations futures. Un examen des progrès réalisés à ce jour dans le partenariat entre les pays africains et les bailleurs de fonds internationaux souligne la nécessité urgente d'intensifier les investissements, d'améliorer l'efficacité, de réduire les lacunes qui existent dans le continuum de soins, de renforcer la prévention en matière de VIH et d'ancrer plus fermement la riposte dans les droits de l'homme.

Les principes de responsabilité partagée et de solidarité mondiale constituent une base solide pour tirer parti de ces engagements, y compris le financement complet de l'approche Fast-Track pour mettre fin à l'épidémie de sida. La solidité de ces engagements repose largement sur la volonté des États membres de l'UA et des bailleurs de fonds de rendre des comptes et de se tenir mutuellement responsables, afin que ces objectifs ambitieux puissent être atteints.

► eTME

En 2011, l'Union africaine a approuvé le cadre stratégique pour l'élimination des nouvelles infections par le VIH chez les enfants en Afrique d'ici 2015 et le maintien de leurs mères en vie. Le plan a été élaboré afin de promouvoir l'objectif de l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant (ETME) du VIH sur le continent. Les gouvernements africains se sont également ralliés à l'élan du Plan mondial. Cet important engagement politique a accéléré les efforts visant à étendre les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) en Afrique, où vivent 90% des femmes enceintes vivant avec le VIH, et qui ont besoin de services de PTME. En raison de cette grande volonté politique et des changements politiques qui en ont résulté, des progrès remarquables et vitaux ont été réalisés au cours des cinq dernières années.

Collectivement, les 21 pays les plus touchés ont réduit de 60% les nouvelles infections au VIH parmi les enfants : ceci est un accomplissement en matière de santé publique dont ils peuvent apporter la preuve. Dans ces pays, 1,2 million de nouvelles infections par le VIH parmi les enfants africains ont été évitées depuis 2009, année de référence pour le Plan mondial, et plus de 2 millions de femmes enceintes ont été mises sous traitement antirétroviral. Tout le crédit revient à ces femmes qui ont entendu l'appel et y ont répondu, ainsi qu'aux prestataires de soins de santé qui les ont aidées. Des pays comme l'Ouganda, l'Afrique du Sud, le Burundi, le Swaziland, la Namibie, le Mozambique et le Malawi ont réduit de plus de 70% les nouvelles infections au VIH entre 2009 et 2015, comme l'indique les statistiques les plus récentes. Mais il s'agit de bien plus que d'une statistique, ces chiffres signifient que des milliers d'enfants africains n'ont pas été infectés par le VIH, donnant ainsi de l'espoir aux parents, aux familles et aux communautés, espoir que de nombreux parents n'auraient pas eu quelques années auparavant. Ce sont des résultats que l'UA accueille favorablement.

Néanmoins, malgré les efforts intenses visant à éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le programme de développement continental, il y a eu 120 000 nouvelles infections parmi les enfants âgés de 0 à 14 ans, ce qui fait un total de 1,6 millions d'enfants vivant avec le VIH. D'importantes lacunes demeurent donc pour mettre fin à l'épidémie du SIDA chez les enfants en Afrique. De nombreux pays, en particulier en Afrique de l'Ouest et centrale sont confrontés à d'importants défis pour intensifier leurs programmes. De plus, les avancées technologiques et programmatiques dans le domaine de l'ETME se poursuivent afin d'améliorer l'efficacité de la prestation de services et les pays apprennent comment réaliser plus avec moins. L'ETME est ainsi une entreprise inachevée qui exige une volonté politique soutenue et un engagement financier à l'ère des aspirations de l'Agenda 2063 et des ODD.

De manière cohérente, l'Afrique a tiré une série de leçons dont la principale est qu'il est possible d'arrêter les nouvelles infections par le VIH chez les enfants et de maintenir leurs mères en vie si les femmes enceintes vivant avec le VIH et leurs enfants ont accès en temps opportun à des médicaments antirétroviraux de qualité et d'importance vitale pour leur propre santé, ainsi que la prophylaxie pour arrêter la transmission du VIH pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement maternel. Lorsque les médicaments antirétroviraux sont disponibles en prophylaxie, la transmission du VIH de la mère à l'enfant peut être réduite à moins de 5%. L'Afrique a également fourni des leçons importantes sur la façon de mettre en œuvre les services d'ETME, de tirer parti des expériences et de mettre à l'échelle les outils et les innovations. Cependant, les enfants dont les parents vivent avec le VIH, mais qui sont nés sans le virus, ont plus de problèmes de santé et deux fois de risque de décéder que les enfants dont les parents ne vivent pas avec le VIH. Ces enfants ont besoin d'un suivi et de soins systématiques, ce sur quoi AWA mettra l'accent. Une attention particulière sera également mise sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant parmi les adolescents qui vivent avec le VIH, où les taux de transmission de la mère à l'enfant restent plus élevés comparativement aux femmes plus âgées qui vivent avec le VIH.

L'avènement du Cadre catalytique pour mettre fin au SIDA et à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030 a injecté un nouvel élan, il existe un appel urgent à l'action des gouvernements africains en collaboration avec des organismes mondiaux et des acteurs non-étatiques pour l'élimination des nouvelles infections par le VIH chez les enfants d'ici 2030 et maintenir en vie les mères et les enfants vivant avec le VIH.

C'est dans ce contexte que la Commission de l'Union africaine et l'Organisation des Premières Dames d'Afrique ont lancé la Campagne africaine pour mettre fin aux nouvelles infections par le VIH chez les enfants et pour garder les mères en vie. La campagne vise à mobiliser les Premières Dames d'Afrique et d'autres leaders de haut niveau pour sensibiliser les personnes aux problématiques liées au sida pédiatrique, entretenir des partenariats et plaider en faveur de la mobilisation des ressources pour : lutter contre le sida pédiatrique et élaborer des messages clés de plaidoyer et d'information publique pour déclencher des actions aux niveaux communautaire, national, régional, continental et mondial.



Collectivement, les 21 pays les plus touchés ont réduit de 60% les nouvelles infections au VIH parmi les enfants : ceci est un accomplissement en matière de santé publique dont ils peuvent apporter la preuve.

3.2. Situation du paludisme en Afrique

Le paludisme reste un handicap majeur en matière de santé publique et de développement en Afrique. Très néfaste au dividende démographique, le paludisme continue de tuer les enfants africains. L'Afrique subsaharienne porte une part disproportionnée du fardeau mondial du paludisme. En 2015, l'Afrique abritait 90% des cas de paludisme et 92% des décès dus au paludisme. La plupart de ces cas surviennent chez les enfants de moins de cinq ans. Les données signalées par les programmes nationaux de lutte contre le paludisme indiquent que la proportion de cas présumés de paludisme recevant un test parasitologique chez les patients se présentant aux soins dans le secteur public a considérablement augmenté dans le monde, les tests de diagnostic en Afrique passant de 40% des cas présumés de paludisme en 2010 à 76% en 2015. Cela s'explique principalement par une augmentation de l'utilisation des tests de diagnostic rapide, qui représentaient 74% des tests diagnostiques chez les cas suspects en 2015. Le fardeau mondial de la mortalité est principalement porté par quelques pays d'Afrique, la République démocratique du Congo et le Nigéria représentant ensemble plus de 36% du total mondial des décès estimés dus au paludisme.

L'Afrique est à un moment critique pour de mettre à profit les progrès significatifs réalisés pour catalyser les actions dans la course finale pour mettre fin au paludisme une bonne fois pour toute, conformément aux cibles du Cadre catalytique. Les résultats que l'Afrique célèbre à ce jour comprennent une baisse estimée de 23% des nouveaux cas de paludisme et une baisse de 31% des décès. Cependant, l'Afrique devra être consciente qu'elle continue de supporter le plus gros fardeau de la maladie avec 90% des cas en 2015 estimés à 212 millions dans le monde se produisant en Afrique. En outre, 92% de la mortalité due au paludisme en 2015 s'est produite en Afrique. Les gains contre le paludisme sont fragiles, comme en témoigne la résurgence du paludisme en Afrique australe et orientale au premier trimestre de 2017 et cela oblige les gouvernements et tous les acteurs à rester vigilants.

L'Afrique devrait maintenant soutenir ses efforts et reconnaître que le paludisme est une menace réelle qui peut défaire les gains réalisés contre cette maladie évitable et traitable. Pour autant que la majeure partie du continent se développe à des taux sans précédent, un leadership et une politique énormes continueront à jouer un rôle de plus en plus critique grâce au financement intérieur alors que le continent s'efforce de surmonter les défis sanitaires urgents dans un avenir plus prospère et durable.

3.3. Situation de la tuberculose en Afrique

La tuberculose est le principal tueur des maladies infectieuses au monde. En 2015, environ 10,4 millions de personnes ont été atteintes par la tuberculose dans le monde entier. L'Afrique représente 26% des cas estimés de tuberculose mais plus de 70% des cas de tuberculose associés au VIH. Dans l'ensemble, l'Afrique représente plus de 16 des 30 pays à forte prévalence à la TB; 23 des 30 pays à forts taux d'infection aux TB/VIH; Et 9 des 30 pays à forts taux d'infection à la tuberculose multi résistante (TBMR). La proportion de cas de coinfections tuberculose-VIH était la plus élevée en Afrique (31%) et dépassait 50% dans certaines parties de l'Afrique australe - d'où la nécessité de s'assurer que toutes les personnes vivant avec le VIH soient testées régulièrement pour la tuberculose et reçoivent un traitement ou un traitement préventif de la tuberculose, comme indiqué. De même, tous les patients atteints de la tuberculose doivent se voir proposer un test de dépistage du VIH et un traitement antirétroviral immédiat s'il s'avère qu'ils vivent avec le VIH. Le taux de létalité en 2015 variait de moins de 5% dans quelques pays à plus de 20% dans la plupart des pays d'Afrique. Cela montre des inégalités considérables entre les pays à accéder au diagnostic et au traitement de la tuberculose, ce qui nécessite notre attention urgente. En outre, nous sommes confrontés à une grave menace de tuberculose résistant aux médicaments (TB-R).

Si nous voulons vaincre cette maladie centenaire, la sécurité alimentaire, de meilleures conditions de vie et de travail et la croissance économique sont essentielles. Nous devons renforcer notre communauté et nos systèmes de santé afin de détecter tous les cas de tuberculose, de s'assurer que les patients tuberculeux soient soutenus et adhèrent au traitement et de veiller à ce que leurs familles et leurs contacts au sein de leur foyer aient accès au dépistage, au traitement et à la prévention de la tuberculose, si nécessaire. Il y a beaucoup d'autres questions à aborder, notamment: les ressources pour les soins, la prévention et la recherche en matière de lutte contre la tuberculose; assurer une participation adéquate des communautés, des organisations de la société civile et des fournisseurs de soins publics et privés; des cadres réglementaires pour la notification des cas; l'enregistrement vital; l'utilisation effective et rationnelle des médicaments et la lutte contre les infections; la protection sociale; la réduction de la pauvreté; les diagnostic et traitement gratuits des cas de tuberculose; des efforts accélérés pour le diagnostic précoce de la tuberculose, dont les tests universels de sensibilité aux médicaments; le dépistage systématique des groupes de contact et à haut risque; et la sensibilisation. De plus, il est primordial de traiter toutes les personnes atteintes de tuberculose, notamment la tuberculose résistante aux médicaments, et de soutenir les patients, notamment un traitement ininterrompu gratuit pour tous les patients, tout comme l'accès aux services de détection et de traitement de la tuberculose, de la tuberculose résistante aux médicaments multiples (TB-MR) Et la tuberculose chez les enfants et les populations vulnérables.

► La TB-MR

Comme indiqué dans la «Stratégie de santé en Afrique 2016-2030», le taux de traitement de la tuberculose en Afrique a atteint 86% en 2013. Le taux de détection des cas de tuberculose a légèrement augmenté à 52% si bien que l'Afrique a dépassé d'autres régions en matière de détermination du statut VIH de toutes les personnes atteintes de tuberculose (WHO 2015). La tuberculose multi résistante et la tuberculose ultrarésistante en Afrique menacent d'inverser les gains dans la lutte contre la tuberculose et, par conséquent, constituent une cause de préoccupation continue. On espère que les tests rapides récemment introduits pour la tuberculose et le VIH ainsi que le renforcement de la mise en œuvre du DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe) peuvent commencer à réduire ce défi.

Le monde ne fait pas face adéquatement à la résistance croissante aux médicaments pour lutter contre la tuberculose. Les principales raisons pour lesquelles la résistance aux médicaments se produit sont un traitement inapproprié ou une utilisation de médicaments de mauvaise qualité. Dans des endroits comme l'Afrique où il existe déjà des niveaux élevés de tuberculose multi résistante, il existe également des niveaux significatifs de transmission directe de bacilles résistants de la tuberculose. Tout comme la tuberculose, la tuberculose multi résistante est traitable et curable. Malheureusement, les médicaments recommandés pour traiter la tuberculose multi résistante ont des effets secondaires importants, ne sont souvent pas disponibles et / ou sont onéreux. En conséquence, seulement 25% des patients atteints de tuberculose multi résistante sont diagnostiqués et traités et seulement 50% de ces patients sont traités avec succès.

Ainsi, en dépit du fait que la tuberculose est curable, elle est encore le principal tueur en raison du manque de financement pour obtenir les ressources nécessaires aux personnes dans le besoin et soutenir le développement de nouveaux diagnostics et outils. Tant qu'il n'y aura pas la volonté politique de combler un déficit approximatif de 2 milliards de dollars pour le financement de la tuberculose, la tuberculose continuera de peser sur l'Afrique et le reste du globe.



l'Union africaine a initié une nouvelle initiative d'ampleur pour recruter, former et déployer 2 millions d'agents de santé communautaires

► La tuberculose pédiatrique (source: PubMed)

Plus d'un million d'enfants souffrent de la tuberculose chaque année et 67 millions sont infectés par la tuberculose de façon latente. Les enfants infectés par la tuberculose ne sont pas priorités par les stratégies nationales de lutte antituberculeuse. Les outils périmés et les défis pratiques rendent le diagnostic plus difficile, en particulier dans les environnements pauvres en ressources.

Le fait est que lorsque les obstacles cliniques et programmatiques sont éliminés, principalement par l'éducation et le diagnostic, des résultats positifs se sont produits. En outre, les médicaments antituberculeux sont généralement mieux tolérés chez les enfants que chez les adultes, mais la détermination de la dose correcte et l'adhésion sont un problème. Après des années de plaidoyer, des combinaisons à doses fixes adaptées aux enfants (FDC) pour le traitement de la tuberculose sensible aux médicaments sont maintenant disponibles.

En dépit de cette percée, il faut faire davantage pour développer de meilleurs traitements et des diagnostics améliorés pour les enfants. Comme pour les adultes, la réponse consiste à obtenir plus de ressources pour la recherche. Entre 2011 et 2015, le monde a consacré 80 millions de dollars à la recherche sur la tuberculose pédiatrique, soit seulement 40% de l'objectif de 200 millions de dollars indiqué dans la *Feuille de route pour la tuberculose infantile*.

► Promouvoir et tirer parti de la technologie pour mettre fin aux trois maladies

L'Afrique a l'occasion historique de mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme au cours de cette génération grâce aux progrès réalisés en matière de diagnostic, de médicaments, d'information et de systèmes. Dans la riposte au VIH, les formulations pharmaceutiques sont de plus en plus simplifiées - nous avançons vers un comprimé par mois, et des tests rapides et des technologies de kits de dépistage à domicile ainsi que des diagnostics sur les lieux de soins pour la numération des CD4 sont maintenant disponibles. Pour le paludisme, le développement et la réglementation de la technologie génétique ainsi que d'autres innovations, y compris les insecticides de prochaine génération pour la pulvérisation résiduelle à l'intérieur et les moustiquaires insecticides à longue durée de vie, les tests de diagnostic rapides et les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour éliminer le paludisme existent tous. Pour la tuberculose, de nouveaux tests sont disponibles pour le diagnostic de la tuberculose latente et active et la détection rapide de la résistance aux médicaments.

► Renforcer les communautés, appuyer la reddition de comptes et la dignité

Pour les trois maladies, les efforts qui visent à renforcer et à accélérer les progrès vers l'objectif de 2030 sont confrontés à une pénurie aiguë et persistante de personnel de santé formé. L'OMS prévoit que l'Afrique, avec l'Asie du Sud, connaîtra la plus grande pénurie de travailleurs de santé jusqu'en 2030. Alors que des investissements plus importants dans la formation médicale traditionnelle sont essentiels, le coûteux processus de formation de nouveaux médecins et infirmiers fait qu'il est peu probable que les programmes existants permettent de combler le manque de personnel de santé, et ceci à temps pour mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2030.

Bien que certains services de santé sophistiqués ne puissent pas être fournis par des agents de santé communautaires, de nombreux services peuvent être efficacement administrés par des travailleurs communautaires formés. Cela s'est avéré être le cas en Éthiopie, au Botswana, au Rwanda, au Kenya, en Namibie et au Sénégal, où le recours à des agents de santé communautaires a été associé à des améliorations spectaculaires des résultats de santé nationaux.

Reconnaissant qu'il est urgent de mettre en place des actions et des innovations pour aider à combler le manque de main-d'œuvre dans le secteur de la santé, l'Union africaine a initié une nouvelle initiative d'ampleur pour recruter, former et déployer 2 millions d'agents de santé communautaires. Les investissements dans la main-d'œuvre communautaire auront des avantages clairs sur la santé des agents communautaires, ils réduiront également le chômage, offriront de nouvelles opportunités d'emploi aux jeunes et généreront des retombées économiques de 10:1. La mobilisation des agents de santé communautaires mettra également l'accent sur l'importance d'aborder la discrimination dans les établissements de santé.

4. Leçons tirées du Cadre stratégique d'AWA (2012-2015)

Afin de continuer à élargir le leadership de l'Afrique et à atténuer le risque de reculer par rapport aux progrès accomplis dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme au cours de la dernière décennie, les chefs d'État et de gouvernement africains et l'UA ont lancé un processus en 2011 pour réviser AWA. Le document de réflexion sur la revitalisation a mis l'accent sur la consolidation son expérience décennale et la mobilisation de l'action continentale pour s'attaquer aux trois maladies mortelles et garantir que les engagements politiques pris à ce jour soient maintenus.

Pour progresser stratégiquement dans le cadre actuel, il est important de réfléchir à ce que nous avons appris du Document conceptuel sur la revitalisation:

- L'approche du continent pour répondre au sida, à la tuberculose et au paludisme se déplace vers la durabilité, soulignant l'importance du financement intérieur, l'accès aux médicaments et le renforcement de la gouvernance et de la responsabilité. Cela a mis davantage l'accent sur la nécessité de déployer les efforts de plaidoyer, d'imputabilité et de mobilisation des ressources d'AWA.
- La forte augmentation de la volonté politique au niveau mondial et sur le continent, conjuguée à l'action de la société civile, du secteur privé et d'autres, les progrès enregistrés jusqu'à la fin de 2015 ont confirmé que mettre fin au SIDA, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2030 est possible avec un engagement continu.
- L'Afrique reconnaît que d'autres urgences vitales telles qu'Ebola ou les nouveaux besoins de développement stratégique, comme le changement climatique, entraîneront moins de ressources disponibles pour le SIDA, la tuberculose et le paludisme et cela devrait continuer. Il incombera à AWA et à tous ses partenaires de continuer à encourager et à maintenir la volonté politique pour l'appui dans la lutte contre les trois maladies.
- En tout temps, il faut souligner un point essentiel qui est que les réalisations importantes atteintes d'ici 2015 n'auraient pas été possibles sans partenariats, coordination, coopération et collaboration intersectoriels.
- Il était essentiel pour la continuité du Fonds mondial que les pays africains aient commencé à démontrer l'appropriation et la solidarité mondiale en apportant des contributions au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
- AWA reconnaît que les croyances et les traditions culturelles influencent parfois la façon dont les trois maladies sont perçues et traitées. Par conséquent, les actions visant à favoriser la lutte contre ces maladies doivent s'efforcer d'être sensibles et réactives aux différentes cultures et les efforts de plaidoyer doivent être adaptés en conséquence. En outre, il faudrait penser à adapter les messages pour chaque pays;
- La collaboration avec les communautés économiques régionales, les États membres et la société civile doit être renforcée;
- L'Observatoire du Sida en Afrique a le potentiel de renforcer les partenariats avec le secteur privé et des discussions déjà en cours avec les plates-formes du secteur privé continental ont eu lieu;
- La localisation du Secrétariat de l'Observatoire du Sida en Afrique au sein de la Commission de l'Union africaine a fourni des avantages comparatifs clés pour influencer et orienter les politiques continentales et mondiales en matière de santé et de mobilisation des ressources;
- La collaboration avec les communautés économiques régionales (CER) s'est avérée cruciale dans la mise en œuvre du mandat de l'AWA parce que les CER disposent d'un réservoir régional de connaissances et fournissent une vision contextuelle et géographique utile pour renforcer la mise en œuvre des engagements et faire avancer l'agenda du développement de manière beaucoup plus vigoureuse;
- Les partenariats avec les agences des Nations Unies demeurent stratégiques pour la mise en œuvre du projet AWA en raison de leur présence aux niveaux national, continental et international du développement.
- Tirer parti de l'expertise d'organes auxiliaires de l'UA, telle que la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples pour s'attaquer aux obstacles structurels, juridiques et des droits de l'homme qui se posent à une riposte efficace au VIH, à la tuberculose et au paludisme.
- Les communautés ont joué un rôle essentiel dans les succès réalisés à ce jour, notamment en fournissant des services et en mettant en place des innovations qui ont permis d'améliorer considérablement l'accès aux services - et leur maintien, ainsi que les résultats de santé.

5. Cadre stratégique

5.1. Vision

Mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme à l'horizon 2030.

5.2. Mission

Mener un plaidoyer fondé sur des données probantes, la responsabilisation et des efforts de mobilisation des ressources axés sur les données pour mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2030.

5.3. Objectifs

Sensibilisation

- Mobiliser et maintenir un leadership et un engagement de haut niveau dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme;
- Galvaniser tous les acteurs et parties prenantes afin de former des partenariats pour mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2030;
- Générer et diffuser des informations stratégiques et culturellement sensibles aux partenaires et à d'autres personnes pour déclencher des actions aux niveaux international, régional et national, ainsi qu'à la base.

Responsabilisation

- Renforcer la responsabilisation des États Membres pour des résultats mesurables et un impact au niveau de la base;
- Prendre ses responsabilités dans la réalisation des efforts de plaidoyer, de responsabilisation et de mobilisation des ressources;
- Encourager la participation de la communauté au suivi des programmes de santé;
- Développer des ressources et des outils tels que le tableau de bord pour le financement intérieur qui fournissent des résultats sous forme de données pour mener un plaidoyer fondé sur des données probantes

Utilisation et Mobilisation des ressources

- Promouvoir la participation au niveau national auprès des gouvernements, du secteur privé et de la société civile;
- Mobiliser des ressources nationales et internationales pour accélérer la mise en œuvre des engagements relatifs au sida, à la tuberculose et au paludisme
- Accroître l'efficacité des flux de financement et des dépenses

6. Théorie du changement d'AWA



7. Principes de la Stratégie d'AWA

- Renforcer l'intendance et la responsabilisation de haut niveau sur l'ensemble de l'Afrique;
- Forger une coalition forte et des actions de collaboration avec les principales parties prenantes;
- Adaptation des composantes de la stratégie au niveau national;
- Adopter la révolution des données grâce à une génération, une analyse et une utilisation rigoureuses des données;
- Soutenir les efforts visant à renforcer les systèmes de santé et à atteindre une couverture de santé universelle (en ce qui concerne la fin du SIDA, de la tuberculose et du paludisme d'ici 2030)

8. Résultats stratégiques

Ce qui suit sont les résultats finaux du Cadre stratégique fondés sur ses principes (4.4) et la Théorie du changement.

Plaidoyer

8.1. Leadership et gouvernance plus forts

Les chefs d'État et de gouvernement africains démontrent une volonté politique soutenue de respecter leurs engagements en matière de sida, de tuberculose et de paludisme;

8.2. Augmentation de l'appui et de l'appropriation politiques

Les gouvernements démontrent l'appropriation grâce à un soutien politique fort et à un financement accru pour les trois maladies. En outre, une participation accrue des acteurs clés tels que le secteur privé et la société civile pour encourager que l'esprit d'action collective visant à mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2030 aura été cultivé ;

8.3. Information développée et diffusée pour l'action

Les efforts de plaidoyer de l'AWA auront considérablement augmenté avec un gain d'une attention croissante des médias sociaux; des relations plus étroites avec les partenaires stratégiques pour amplifier le message AWA; Tirer parti des ressources; Et une large diffusion de l'information stratégique. Les décisions visant à galvaniser les actions pour atteindre les engagements et les objectifs convenus auront une priorité élevée. En outre, les partenariats stratégiques avec divers acteurs dans divers secteurs et plates-formes stratégiques multi-niveaux créées par l'AWA mettront en évidence une forte influence sur le message et le plaidoyer, notamment la publication de documents stratégiques s'appuyant sur des données critiques qui sont fondées sur la preuve en faveur d'une action croissante pour mettre fin aux 3 maladies d'ici 2030. *

Responsabilisation

8.4. Responsabilité et surveillance des résultats établies

Les gouvernements sont tenus responsables des engagements et objectifs de santé adoptés à l'Union africaine et dans l'arène internationale. AWA pour fournir des mises à jour périodiques telles que le tableau de bord de l'Afrique pour le financement intérieur de la santé. *

Mobilisation des ressources

8.5. Mobilisation des ressources suffisantes pour une riposte efficace

AWA aura mis en place un système pour aider à coordonner les efforts visant à mobiliser un soutien pour le financement national et international ainsi que des financements innovants nécessaires pour mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2030 *

* Il est important de noter dans le contexte de ce qui précède que les réunions semestrielles des chefs d'État et de gouvernement de l'AWA confèrent à l'AWA une certaine influence et contrôle en matière l'établissement de l'ordre du jour et de l'encadrement des enjeux.

9. Piliers stratégiques

AWA atteindra ses résultats stratégiques grâce à la mise en œuvre des piliers stratégiques et étapes de l'action suivants:

Plaidoyer / responsabilisation

9.1. Développer des politiques audacieuses; coordonner la mise en œuvre du cadre catalytique et des systèmes de soutien

Grâce à son mandat idiosyncratique, AWA a l'occasion d'utiliser ses trois piliers de plaidoyer, de responsabilisation et de mobilisation de ressources pour élaborer des politiques et coordonner la mise en œuvre du Cadre catalytique dans le contexte de cadres politiques globaux, à savoir l'Agenda 2063, la Stratégie de santé en Afrique, les Objectifs de développement durable, la Réunion de haut niveau de l'ONU le sida et sur les déclarations de SIDA et Abuja. Les propositions de politique seront cadrées aux efforts de projet en réponse au SIDA, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2030 et utilisées comme outils de suivi, d'évaluation et de plaidoyer.

AWA se concentrera sur une ou plusieurs interventions qui auront le plus grand impact pour mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme. Si le traitement est choisi comme message/intervention, l'accent mis sur les efforts de plaidoyer de l'AWA sera d'obtenir un traitement pour davantage de personnes atteintes du sida, du paludisme et de la tuberculose. Comme mentionné précédemment, le traitement peut servir de «parapluie» pour d'autres questions, «Traiter pour défaire» peut contribuer à la couverture universelle de la santé et au renforcement des systèmes de santé. Cet élément stratégique sera atteint grâce à des efforts de collaboration avec les partenaires clés d'AWA. Le répertoire stratégique suivant des domaines thématiques mettra en évidence le cadrage des enjeux et la définition des orientations politiques, dont: le plaidoyer de haut niveau, l'élévation du leadership et l'élargissement de l'appropriation, la prévention, le traitement, organisations et partenariats multisectoriels, droits de l'homme et égalité des sexes, couverture universelle de la santé, accès aux médicaments, soins diagnostiques et soutien, renforcement des systèmes de santé, préparation et réponse aux urgences sanitaires, financement sanitaire national et international, rapport qualité-prix, génération de données, information stratégique, gouvernance, leadership et responsabilisation et suivi et évaluation. En outre, AWA travaillera selon une approche axée sur les personnes : les messages/interventions seront différenciées par facteur, tel que le sexe, l'âge, la situation socioéconomique et le lieu géographique, afin de veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte.

Actions catalytiques:

- Intensifier le plaidoyer sur les efforts de traitement pour influencer sur la fin du sida, de la tuberculose et du paludisme;
- Utiliser des politiques pour créer un impact positif et une volonté politique accrue avec les chefs d'État et de gouvernement;
- Renforcer les interventions contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour les populations transfrontalières et transnationales;
- Renforcer les initiatives et les efforts visant à renforcer les systèmes de santé et les systèmes communautaires;
- Élaborer et promouvoir des documents d'orientation fondés sur des données probantes qui justifient l'augmentation des investissements dans la lutte contre les trois maladies;
- Mener un contrôle, une responsabilisation, un suivi et une évaluation solides

Plaidoyer

9.2. Forger des partenariats stratégiques et une approche multisectorielle

Nous ne pouvons pas mettre fin au SIDA, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2030 sans établir des partenariats solides. S'appuyant sur les synergies de partenariat existantes, AWA travaillera dans le cadre du Forum de partenariat et de coordination en Afrique (PCF) et d'autres partenariats et alliances existants en Afrique et à l'échelle internationale pour soutenir l'élan de la riposte aux trois maladies d'ici 2030. En outre, lorsque possible, AWA établira de nouveaux partenariats pour élargir la portée de ses efforts.

Fondamentalement, la mise en place et le maintien de partenariats démontrent l'efficacité de la responsabilité partagée et de la solidarité mondiale. Aucune entité ne peut traiter seul le sida, la tuberculose et le paludisme. AWA s'inspire de l'expérience technique et des expériences variées d'acteurs multisectoriels des gouvernements, de la société civile, des acteurs non étatiques, du secteur privé et des organismes des Nations Unies. En renforçant son mandat de plaidoyer et de responsabilisation, AWA renforcera la coordination des partenariats, entre autres, obligeant les partenaires à rendre compte des objectifs de la politique de santé de l'UA visant à mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2030.

Actions catalytiques:

- Associer avec la société civile et les fournisseurs non étatiques pour élargir l'accès aux services et aux soins de santé clés;
- Promouvoir activement des partenariats pour le renforcement des systèmes communautaires de santé;
- Intensifier la collaboration avec des partenaires locaux et internationaux pour atteindre les cibles en matière de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme 2020/2030 grâce à un plaidoyer accru aux niveaux national et international;
- Construire de nouveaux partenariats pour accroître la base de plaidoyer;
- Veiller à ce que les partenaires aient les derniers documents / ressources d'orientation à utiliser au niveau des pays pour mobiliser un soutien local;
- Tirer parti des ressources des partenaires pour renforcer les efforts de plaidoyer de l'AWA

Mobilisation et Utilisation des ressources

9.3. Initiatives stratégiques et responsabilisation pour encourager le financement de la santé

Le renforcement des systèmes de santé par des investissements dans le VIH / sida, la tuberculose et le paludisme ont un effet multiplicateur non seulement sur l'état de santé général des populations, mais aussi sur le développement des pays dans leur ensemble. Historiquement, les partenaires internationaux ont fortement investi dans la santé de l'Afrique en particulier en réponse aux efforts contre le VIH / sida, la tuberculose et le paludisme. Nous voyons maintenant un monde où le financement externe n'est ni durable ni assuré ni prévisible. Dans ce contexte, l'Afrique doit faire du financement domestique de la santé une priorité politique, doit aligner les budgets gouvernementaux sur les priorités et stratégies nationales et doit veiller à ce que les flux de fonds soient utilisés de façon efficace et opportune. Les systèmes de gestion des finances publiques doivent être

renforcés et modernisés afin de fournir les bonnes incitations pour une exécution budgétaire efficiente et l'achat de produits de base et de services de santé. En outre, les investissements domestiques doivent être adéquats et proportionnés au fardeau de la maladie et à la capacité qu'ont les pays à payer. Cela nécessite une collaboration accrue entre les ministères des finances et de la santé, fondée sur des principes de rentabilité, d'optimisation des ressources et d'équité, ainsi que sur des partenariats innovants avec le secteur privé pour mettre en place des instruments de financement innovants. De plus, l'aide internationale doit apporter son soutien aux pays les plus démunis et servir de catalyseur pour des financements plus diversifiés dans les pays qui ont un niveau de développement économique plus élevé. Dans tous les cas, l'aide internationale doit être pleinement alignée sur les priorités nationales et doit avoir pour but de construire des systèmes et des mécanismes nationaux durables.

AWA est placé sur une plate-forme unique pour cristalliser le soutien des pays africains pour le financement intérieur de la santé en vue de mettre fin aux trois maladies d'ici 2030.

Actions catalytiques:

- Accroître le plaidoyer et le soutien au niveau national pour un financement intérieur adéquat diversifié et innovant;
- Élaborer des stratégies diversifiées et innovantes de financement domestique, y compris un cadre pour des gains d'efficacité et la qualité des soins ;
- Réaliser le plaidoyer pour une meilleure protection financière des malades et mettre en commun les flux de financement pour améliorer l'efficacité des achats de services et les taux de couverture.
- Construire des partenariats entre les ministères des finances et de la santé pour améliorer l'efficacité du budget national et son exécution, des flux de financement ainsi que des dépenses de santé publiques et privées pour atteindre de meilleurs résultats de santé et des ressources accrues ;
- Améliorer l'efficacité de l'aide publique au développement (APD);
- Encourager les pays à investir dans le Fonds mondial
- Établir un financement intérieur diversifié et innovant qui comprend la mise en place de mesures claires pour l'amélioration de l'efficacité;
- Élaborer et diffuser des rapports périodiques pour responsabiliser les gouvernements

Responsabilisation/plaidoyer

9.4. Déployer des informations stratégiques et renforcer la communication publique

Il est impératif que l'AWA démontre l'impact des investissements réalisés. Les mécanismes de responsabilisation sont essentiels pour que les engagements et résultats liés au sida, à la tuberculose et au paludisme soient réalisés. Le renforcement des systèmes nationaux de gestion de données, de l'état civil et des statistiques vitales à différents niveaux est une condition préalable pour la mesure et l'amélioration de l'équité en santé. Les gouvernements devront utiliser des mécanismes s'appuyant sur des données et fondés sur des données probantes pour surveiller leur réponse aux trois maladies à différents niveaux.

Le plaidoyer en matière de communications est crucial pour garantir que les promesses de financement faites soient maintenues. Cette stratégie de plaidoyer à trois volets est composée d'une augmentation de l'exposition d'AWA et de ses travaux aux médias; fournir des documents facilement

digestibles à toutes les parties prenantes pour promouvoir les actions politiques; et continuer son rôle essentiel en tant qu'organisateur.

Actions catalytiques:

- Accroître le suivi, l'évaluation et les rapports;
- Investir dans la documentation des meilleures pratiques et diffuser largement les résultats;
- Démontrer des résultats des investissements réalisés;
- Lier aux données sur la santé Collaborative pour renforcer les capacités de suivi des progrès en vue des SDG liés à la santé;
- Impliquer les médias et établir des relations solides pour une couverture plus large;
- Créer un ensemble de plates-formes numériques pour diffuser des informations sur la réponse aux trois maladies;
- Augmenter l'image de marque des ressources d'AWA;
- Entreprendre une génération vigoureuse de données pour créer des preuves;
- Explorer la désagrégation des données selon le sexe, l'âge et la localisation géographique;
- Utiliser le Cadre de suivi et d'évaluation des résultats élaboré par la Stratégie africaine de la santé 2016-2030 pour aider à rendre compte de l'activité de responsabilisation d'AWA

9.5. Institutionnalisation d'AWA

La décision des chefs d'État et de gouvernement pour que l'AWA soit institutionnalisée n'a pas été pleinement mise en œuvre. Le Secrétariat de l'AWA a été créé, mais l'incorporation de l'AWA dans les structures régulières de l'UA et l'affectation budgétaire complète conformément à la décision AWA 2012 est toujours en suspens.

Action catalytique:

- Engager les organes de l'UA, attirer l'attention sur la décision de l'Assemblée concernant l'incorporation de l'AWA dans le budget opérationnel de la CUA.

10. Facilitateurs stratégiques d'AWA

- Pouvoir de convocation statutaire au niveau des chefs d'État et de gouvernement;
- Partenariats stratégiques transnationaux nationaux, régionaux et internationaux;
- Des cadres de politiques de santé existent pour guider la réponse;
- AWA s'est imposé comme un chef de file en matière de plaidoyer et de responsabilisation au niveau continental et mondial;
- Tous les États membres de l'UA sont membres d'AWA;
- La durabilité de l'AWA est améliorée par l'allocation budgétaire opérationnelle de la CUA;
- Mobilisation du peuple africain et de la diaspora africaine;
- Implication des médias

11. Rôles et responsabilités

Des partenariats et une coordination efficaces sont essentiels à la mise en œuvre du cadre stratégique de l'Observatoire du sida en Afrique. L'Union africaine et ses parties prenantes jouent les rôles et responsabilités suivants dans la mise en œuvre du cadre stratégique d'AWA:

La Commission de l'Union africaine

Le secrétariat de l'Observatoire du sida en Afrique coordonnera la mise en œuvre du cadre stratégique d'AWA. L'accent est mis sur le plaidoyer stratégique pour la mobilisation des ressources et la reddition de comptes, y compris le plaidoyer stratégique avec tous les partenaires clés. L'Observatoire du sida en Afrique joue un rôle de premier plan dans l'organisation de la réunion statutaire des experts d'AWA et de la réunion des chefs d'État et de gouvernement de l'Observatoire du sida en Afrique.

Les Communautés économiques régionales et les organisations régionales de santé

Les communautés économiques régionales et les organisations régionales de santé appuient les efforts conjoints de plaidoyer, de planification et de coordination d'AWA pour aider les partenaires régionaux à mettre en œuvre la stratégie de plaidoyer de l'AWA et à travailler dans le cadre du mécanisme de coordination pour mettre en œuvre des politiques et des programmes de santé dans le cadre du cadre catalytique afin de mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2030.

Les Institutions parlementaires

Le Parlement panafricain, les organes parlementaires régionaux et les parlements nationaux jouent un rôle important pour le plaidoyer et la promotion de la reddition de comptes conformément à leur supervision législative, à leur affectation budgétaire et à leur suivi des dépenses.

Les États membres

Les experts des États Membres continueront de jouer un rôle de premier plan dans la définition des principaux enjeux de plaidoyer et en fournissant un appui technique au secrétariat pour qu'il puisse s'acquitter de son mandat. Les experts des États membres continueront à remplir ce rôle en participant à la réunion annuelle des experts d'AWA et à la Communauté de pratiques.

Les partenaires au développement

Conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et à l'Agenda d'Accra pour l'action, les partenaires au développement continueront d'appuyer les efforts en matière de mobilisation des ressources, de coordination efficace et de promotion de la reddition de comptes.

Les acteurs non étatiques et le secteur privé

Les acteurs non étatiques joueront un rôle important de soutien à la mise en œuvre du Cadre stratégique et du Cadre catalytique de l'AWA et ils fourniront des solutions innovantes au niveau des pays afin d'améliorer la mobilisation des ressources et de promouvoir des politiques favorables et la reddition de comptes.

12. Vers « l'Afrique que nous voulons », jalons et cibles pour mettre fin aux trois maladies à l'horizon 2030

Le travail de l'Observatoire du Sida en Afrique en matière de plaidoyer, de mobilisation des ressources et de la promotion de la responsabilisation sera basé sur les cibles suivantes découlant du Cadre catalytique pour mettre fin au SIDA, à la tuberculose et au paludisme en Afrique d'ici 2030.

Cibles de la riposte au VIH / SIDA

Objectifs	Jalons et cibles	
	2020	2030
1. Réduire les décès liés au SIDA par rapport à 2015	Moins de 375 000 par année avec une couverture de traitement de 90-90-90	Moins de 150 000 par année avec une couverture de traitement de 95-95-95
2. Réduire les nouvelles infections par le VIH par rapport à 2015	Moins de 375 000 par an	Moins de 150 000 par an
2.1 ETME	Moins de 40.000 infections chez les enfants et les mères	Infections zéro chez les enfants et les mères bien portantes
2.2 Jeunes	90% des jeunes sont capables de se protéger contre le VIH	Tous les jeunes sont capables de se protéger contre le VIH
2.3 Hommes et femmes	90% des hommes et des femmes ont accès à la prévention combinée du VIH et aux services de SSR	Tous les hommes et les femmes ont accès à la prévention du VIH, et aux services de SSR
2.4 Circoncision	27 millions d'hommes supplémentaires dans lieux à prévalence élevée sont volontairement médicalement circoncis	
2.5 Populations clés	90% des populations clés ont accès aux services de prévention du VIH,	Toutes les populations clés ont accès aux services de prévention du VIH,
3. Mettre fin à la discrimination par rapport à 2015	90% des PVVIH et à risque de contracter le VIH ne signalent aucune discrimination notamment dans les milieux de santé, d'éducation et de travail	Toutes les PVVIH, les populations clés et d'autres populations touchées jouissent pleinement de leurs droits liés au VIH
3.1 Discrimination dans les établissements de santé	90% des PVVIH et à risque de contracter le VIH déclarent ne pas subir de discrimination dans les milieux de santé	Toutes les PVVIH et personnes à risque de contracter VIH déclarent ne pas subir de discrimination dans les milieux de santé
3.2 Lois, politiques et règlements discriminatoires liés au VIH	Pas de nouvelles lois, règlements et politiques discriminatoires liés au VIH ne sont adoptés; 50% des pays qui ont de telles lois, règlements et politiques les ont abrogés.	Pas de nouvelles lois, règlements et politiques discriminatoires liés au VIH ne sont adoptés; Tous les pays qui ont de tels lois, règlements et politiques les ont abrogés.
3.3 Accès complet à la justice	90% des PVVIH, des populations clés et d'autres populations touchées qui se déclarent victimes de discrimination ont accès à la justice et peuvent contester les violations.	Toutes les PVVIH, les populations clés et d'autres populations touchées qui se déclarent victimes de discrimination ont accès à la justice et peuvent contester les violations des droits.
3.4 Violence basée sur le sexe	90% des femmes et des filles ne font pas l'objet d'inégalité des sexes et de violence fondée sur le sexe pour atténuer les risques et l'impact du VIH.	Toutes les femmes et les filles vivent sans subir l'inégalité des sexes et la violence fondée sur le sexe pour atténuer les risques et l'impact du VIH.
3.5 Protection sociale	75% des PVVIH et des personnes à risque ou affectées par le VIH, qui sont dans le besoin, bénéficient de la protection sociale adaptée au VIH.	Toutes les PVVIH et les personnes à risque ou affectées par le VIH, qui sont dans le besoin, bénéficient d'une protection sociale adaptée au VIH.

Cibles de la riposte à la tuberculose

Objectifs	Jalons et cibles		
	2020	2025	2030
1. Réduire le nombre de personnes atteintes de tuberculose par rapport à 2015	20%	50%	80%
2. Réduction du nombre de décès de la tuberculose par rapport à 2015	35%	75%	90%
3. Réduction du taux d'incidence de la tuberculose par rapport à 2015	20% (<85/100 000)	50% (<55/100 000)	80% (<20/100 000)
4. Réduction des familles touchées par la tuberculose faisant face à des coûts catastrophiques dus à la tuberculose par rapport à 2015	Zéro	Zéro	Zéro

Cibles de la riposte au paludisme

Objectifs	Jalons et cibles		
	2020	2025	2030
1. Réduire les taux de mortalité dus 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 de paludisme à zéro dans tous les pays par rapport à 2015	Au moins 40%	Au moins 75%	Zéro cas de paludisme
3. Eliminer le paludisme d'ici 2030 dans tous les pays palustres par rapport à 2015	Au moins 8 pays	Au moins 13 pays (8 + 5)	Dans les 47 pays (13 + 34)
4. Empêcher le retour du paludisme dans tous les pays exempts de paludisme par rapport à 2015	Retour empêché dans les pays exempts de paludisme	Retour empêché dans les pays exempts de paludisme	Retour empêché dans les pays exempts de paludisme

13. Cadre de mise en œuvre d'AWA



