



COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC53/13 Rév.1

19 juin 2003

Cinquante-troisième session

Johannesbourg, Afrique du Sud, 1^{er} – 5 septembre 2003

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 8.6 de l'ordre du jour provisoire

**INTENSIFICATION DES INTERVENTIONS LIEES AU VIH/SIDA,
A LA TUBERCULOSE ET AU PALUDISME DANS LA REGION
AFRICAINNE DE L'OMS**

Rapport du Directeur régional

RESUME

1. Le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme contribuent aux taux élevés de morbidité et de mortalité qu'on rencontre dans la Région africaine de l'OMS, laquelle représente plus de 90 % des cas et des décès liés à ces maladies dans le monde. Ces maladies imposent un fardeau économique énorme sur les gouvernements, les communautés et les familles, et enferment des millions de personnes dans le cercle vicieux de la pauvreté et de la mauvaise santé.
2. Un certain nombre d'interventions novatrices et rentables ont été mises au point au fil des ans pour réduire le fardeau de ces trois maladies. La Région a adopté des stratégies, des cadres et des résolutions, tandis que les pays ont élaboré et mettent actuellement en oeuvre des plans d'action conformes à ces décisions.
3. Les réalisations enregistrées à ce jour sont les suivantes : accroissement de l'engagement politique, élaboration de plans nationaux stratégiques et mise en place de partenariats pour accélérer la mise en oeuvre des interventions; renforcement continu des capacités de lutte contre ces trois maladies; renforcement des connaissances sur le VIH/SIDA et le sang non contaminé en vue des transfusions sanguines; augmentation des taux de détection des cas de tuberculose et de mise en oeuvre de la stratégie DOTS; et renforcement des capacités de planification, de mise en oeuvre, de suivi et d'évaluation des programmes de lutte contre le paludisme dans la presque totalité des pays.

4. Malgré ces réalisations, le taux de couverture et l'accessibilité aux interventions demeurent faibles. Seuls 6 % des adultes ont accès à des services de conseils et de dépistage volontaires, 40 % des pays disposent de services assurant à l'échelle nationale le traitement

de brève durée sous observation directe tandis que le taux d'utilisation des moustiquaires traitées aux insecticides est de 5 %. Les tendances de ces maladies ne manifestent aucun signe de déclin. Cette situation s'explique en grande partie par l'inadéquation des ressources humaines et financières, le coût inabordable des médicaments destinés à la prévention et au traitement, et la faiblesse de l'infrastructure. Ces contraintes sont aggravées par des approches inadéquates en ce qui concerne la mise en oeuvre des stratégies relatives aux programmes concernés.

5. La mise en oeuvre des approches esquissées dans la présent document contribuera de façon significative à une intensification des interventions relatives à ces trois maladies. Le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux et l'initiative Faire reculer le paludisme offrent d'énormes possibilités d'intensifier la mise en oeuvre des activités. Le Comité régional est donc prié d'examiner et adopter le cadre proposé dans le présent document.

SOMMAIRE

	Paragraphe
INTRODUCTION	1- 4
ANALYSE DE LA SITUATION	5-19
OBJECTIFS	20 - 21
PRINCIPES DIRECTEURS	22
APPROCHES POUR LA MISE EN OEUVRE	23 - 34
SUIVI ET EVALUATION	35 - 36
ROLES ET RESPONSABILITES	37 - 39
CONCLUSION	40 - 41

INTRODUCTION

1. Le SIDA, la tuberculose et le paludisme sont les maladies transmissibles les plus importantes dans la Région africaine. Au cours de la dernière décennie, on y a enregistré une recrudescence de la tuberculose directement liée à l'épidémie de VIH/SIDA. En l'an 2000, cette Région représentait 24 % des cas de tuberculose et 21 % des nouveaux cas à frottis positif enregistrés dans le monde. La prise en charge efficace des cas de paludisme est menacée par l'accroissement rapide des taux de résistance du *Plasmodium falciparum* aux antipaludiques courants, et 13 pays ont modifié au cours de la dernière décennie leur politique pharmaceutique en matière de lutte antipaludique. Ces trois maladies imposent un fardeau économique énorme sur les gouvernements, les communautés et les familles, et enferment des millions de personnes dans le cercle vicieux de la pauvreté et de la mauvaise santé.

2. Compte tenu de cette situation, le Comité régional a adopté un certain nombre de résolutions¹ sur la lutte contre ces trois maladies, afin de stimuler l'action des pays. Ceux-ci ont élaboré et mettent actuellement en oeuvre des plans d'action conformes à ces résolutions.

3. Malgré ces efforts, le taux de couverture et l'accessibilité aux interventions menées contre ces maladies demeurent faibles et leur impact limité. Cette situation s'explique par l'inadéquation des ressources humaines et financières, le coût inabordable des médicaments utilisés pour la prévention et le traitement, et la faiblesse de l'infrastructure. Ces contraintes sont aggravées par des approches inadéquates en ce qui concerne la mise en oeuvre des programmes et stratégies existants.

4. Il est nécessaire d'intensifier d'urgence les interventions rentables dont on dispose actuellement pour lutter contre ces maladies afin de réduire la morbidité et la mortalité qu'elles entraînent. Des initiatives récentes² telles que le Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM), la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS), le Programme multisectoriel de la Banque mondiale sur le SIDA (MAP), le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux (GDF), l'initiative Faire reculer le paludisme (RBM) et les déclarations d'Abuja offrent des possibilités d'accroître la couverture et l'accessibilité des interventions relatives à ces maladies. Le présent document offre un cadre pour l'intensification de ces interventions.

ANALYSE DE LA SITUATION

Ampleur du problème

5. La Région africaine de l'OMS compte quelque 29,4 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Environ 3,5 millions de nouvelles infections s'y sont produites en 2002 et on

¹ Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine, AFR/RC46/R2 (1996); Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre, AFR/RC50/R5 (2000); Faire reculer le paludisme dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre, AFR/RC50/12 (2000); Evaluation du programme de lutte contre la tuberculose, AFR/RC40/R7 (1990); Programme régional de lutte contre la tuberculose, AFR/RC44/R6 (1994).

² Sommet africain sur l'initiative Faire reculer le paludisme (2000); Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes (2001).

estime à 2,4 millions le nombre de décès causés par l'épidémie³ au cours de la même année; dix millions de jeunes de 15 à 24 ans et près de 3 millions d'enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH/SIDA. Malgré des rapports faisant état d'une réduction du nombre de nouveaux cas d'infections dans quelques pays, l'incidence de la maladie continue à augmenter dans la plupart des Etats Membres.

6. Plusieurs pays de la Région ont enregistré de fortes augmentations du nombre de cas notifiés de tuberculose. Entre 1995 et 2000, la Région a connu un accroissement de 95,1 % du nombre total de cas notifiés et une augmentation de 131,7 % du nombre de nouveaux cas à frottis positif notifiés. Certains pays de la Région comptent des taux de prévalence de la tuberculose qui figurent parmi les plus élevés au monde, allant de 100 à plus de 700 pour 100 000 habitants.⁴

7. Le paludisme cause actuellement plus de 270 millions d'épisodes aigus et plus de 900 000 décès par an en Afrique.⁵ Il est à l'origine de 30 % à 50 % environ de toutes les consultations externes enregistrées dans les dispensaires et des hospitalisations. Cette situation est aggravée par l'évolution des parasites qui résistent aux antipaludiques courants, en particulier la chloroquine. On évalue à US \$12 milliards par an les pertes économiques causées par le paludisme dans la Région.⁶

Réalisations

8. Il existe un certain nombre d'interventions novatrices et rentables pour prévenir et traiter ces trois maladies. La plupart des activités de prévention reposent sur la promotion de la santé; l'information, l'éducation et la communication (IEC); les conseils et le dépistage volontaires (VCT); le diagnostic et le traitement précoces, et la capacité d'intervention en cas d'urgence.

9. Plusieurs réalisations positives ont été enregistrées dans des pays de la Région. La prévalence du VIH a baissé dans quelques pays; 94 % du sang destiné aux transfusions est examiné pour dépister le VIH, et plus de 70 % des pays ont mis en place des systèmes de surveillance pour suivre les tendances de la prévalence de cette infection.³ En ce qui concerne la tuberculose, 85 % des pays appliquent actuellement la stratégie DOTS pour lutter contre cette maladie, dont 40 % ont atteint un taux de couverture de 100 % en 2000. Le taux de détection des cas de tuberculose est passé de 35 % à 41 % entre 1995 et 2000.⁷ La capacité de planifier, de mettre en oeuvre, de suivre et d'évaluer les interventions de lutte antipaludique et de surveiller l'efficacité des médicaments a été renforcée ou développée dans plus de 80 % des pays. Des initiatives visant à fournir des moustiquaires imprégnées d'insecticide aux groupes cibles se poursuivent dans 43 pays.⁸

³ ONUSIDA/OMS, Le point sur l'épidémie de SIDA, déc. 2002.

⁴ WHO, Global TB report, WHO, Geneva, 2002; TB surveillance report, Harare, 2001.

⁵ OMS, Rapport biennal du Directeur régional, Activités de l'OMS dans la Région africaine 2000-2001, AFR/RC52/2 (2002).

⁶ J. L. Gallup et J. D. Sachs, 2001, The economic burden of malaria, American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 64 (1,2) S:85-96.

⁷ WHO, Tuberculosis surveillance report in the African Region, 2001.

⁸ Unité de lutte antipaludique de l'OMS, Semiannual monitoring and midterm review report, 2002.

Contraintes

10. Malgré ces réalisations, la couverture et l'accessibilité des interventions demeurent faibles et les trois maladies concernées n'ont pas tendance à décliner. Diverses contraintes ont été identifiées.

11. *Confusion au sujet de l'action multisectorielle* : La conduite de l'action multisectorielle a posé de nombreux défis mais a souvent retardé les activités relatives au VIH/SIDA et n'a pas, en outre, été bien exploitée en ce qui concerne la tuberculose et le paludisme. Dans de nombreux pays, l'absence d'une définition et d'une répartition claires des tâches entre le conseil national de lutte contre le SIDA et le ministère de la santé a créé la confusion et des conflits qui ont ralenti la mise en oeuvre des programmes.

12. *Lien insuffisant entre le développement des services de santé et les interventions* : De nombreux pays ont entrepris des réformes du secteur de la santé afin d'améliorer la réactivité et l'efficacité des systèmes de santé. Mais le lien entre les réformes du secteur de la santé et les interventions de base relatives à ces maladies est souvent faible. Les ensembles minimums de soins essentiels qui ont été définis dans le cadre général de la réforme de la santé ne reflètent pas souvent de façon appropriée les besoins des programmes de lutte contre les trois maladies. Les trois programmes ont mis en place des systèmes verticaux en matière de planification, de mobilisation des ressources, de logistique et de gestion. Les rôles attribués à d'autres départements ou services du ministère de la santé tels que les services cliniques, les médicaments essentiels, les services de laboratoire et la formation ne sont pas clairement définis. Ces départements ou services n'ont souvent qu'un accès limité aux ressources affectées à ces trois programmes et ne peuvent donc pas contribuer de façon appropriée à la mise en oeuvre des activités.

13. *Centralisation de la planification et de la gestion des programmes* : Les stratégies de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme sont bien définies. Mais la centralisation de la planification et de la gestion et la composition inappropriée des organes de coordination qui prévaut dans la plupart des pays entrave leur mise en oeuvre. Bien souvent, les plans stratégiques nationaux sont élaborés au niveau central, avec une faible participation des niveaux de district ou de sous-district, ce qui entraîne un nombre insuffisant de plans d'action et d'interventions en faveur des groupes bénéficiaires.

14. *Impossibilité pour les niveaux opérationnels de recevoir les ressources financières qui leur sont destinées* : La mise en oeuvre des plans de district est souvent entravée par le non décaissement des budgets alloués et approuvés. Dans de nombreux pays, les plans de santé de district ne reflètent pas suffisamment les stratégies arrêtées dans les plans stratégiques conçus au niveau central.

15. *Faiblesse de l'interaction entre les services de santé et les communautés* : La participation des communautés constitue une partie intégrante de la plupart des politiques et stratégies de développement. Mais la mise en oeuvre est souvent entravée par le fait que les personnels de santé n'ont ni les orientations ni les capacités nécessaires pour promouvoir efficacement le lien avec les communautés. Les organisations à base communautaire ne disposent généralement d'aucune source de financement qui leur permettrait de mener leurs propres actions, suscitent des demandes et obligent les systèmes de santé à intervenir.

16. *Faiblesse des partenariats avec le secteur privé (à but lucratif et à but non lucratif)* : Les lieux de travail offrent de vastes possibilités en matière de prestation des services, mais ne sont pas suffisamment exploités. Le rôle régulateur qui incombe aux gouvernements pour garantir le respect des normes et directives relatives à la prise en charge des cas de VIH/SIDA, de tuberculose et de paludisme par les pourvoyeurs de soins de santé du secteur privé manque souvent de fermeté. Une partie des capacités techniques existant à l'intérieur des pays en dehors des ministères de la santé est souvent peu exploitée.

17. *Accroissement de la pauvreté, de l'agitation civile et des conflits* : L'aggravation de la pauvreté a limité l'aptitude des pays à allouer des ressources appropriées aux systèmes de santé en général, et aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA/la tuberculose et le paludisme en particulier. L'accès aux services de soins essentiels est compromis car les ménages ne sont plus en mesure de payer les soins de santé de leur poche ou d'être pris en charge par l'assurance-maladie. Ce fait est aggravé par des crises prolongées et accrues résultant de l'agitation civile et des conflits dans la Région, ce qui entraîne des déplacements de population et la transmission de ces trois maladies.

Défis et opportunités

18. Les principaux défis à relever sont la décentralisation effective des services, le renforcement du potentiel humain (sur le plan des effectifs et des compétences), l'accroissement des ressources financières, l'amélioration de l'infrastructure, l'approvisionnement régulier en médicaments et fournitures à un coût abordable, et la participation accrue des communautés, des ONG, des organisations à assise communautaire et du secteur privé.

19. Il existe actuellement d'énormes opportunités d'intensifier la mise en oeuvre des activités au niveau des pays. L'engagement politique aussi bien au niveau national qu'à l'échelle internationale s'est accru au cours de ces quelques dernières années. Les déclarations d'Abuja² de 2000 et 2001 énoncent clairement les aspirations des Chefs d'Etat africains en ce qui concerne les mesures à prendre pour intensifier l'action contre le paludisme, le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes. La Déclaration de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA de 2001, le Programme multisectoriel de la Banque mondiale sur le SIDA, l'initiative Faire reculer le paludisme, le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux, le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Nouveau partenariat pour le Développement de l'Afrique et d'autres Initiatives pour la réduction de la pauvreté réaffirment davantage la détermination affichée à l'échelle mondiale et offrent des ressources supplémentaires pour accélérer la lutte contre ces maladies.

OBJECTIFS

20. L'objectif général est de contribuer à accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme.

21. Les objectifs spécifiques, tels qu'énoncés dans les déclarations d'Abuja et de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies, sont les suivants :

- a) accroître la couverture des interventions destinées à la prévention et au traitement du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme;
- b) accroître l'accès à des médicaments et fournitures efficaces pour le traitement et la prévention du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme;
- c) garantir la disponibilité des ressources humaines et financières nécessaires pour atteindre ces deux objectifs.

PRINCIPES DIRECTEURS

22. L'intensification des activités de lutte contre ces trois maladies doit être guidée par les principes suivants :

- a) **Appropriation par les pays** : Le processus d'intensification devrait être conduit par les pays afin de faire en sorte que les interventions soient planifiées et mises en oeuvre conformément aux priorités nationales et aux besoins des communautés.
- b) **Equité** : L'accès aux services, en particulier par les personnes démunies et difficiles à atteindre, devrait être pris en compte lors de la planification et de la mise en oeuvre des interventions dans les pays.
- c) **Viabilité** : Afin de pérenniser la mise en oeuvre des activités et la participation des communautés, les stratégies adoptées devraient tenir compte de l'acceptabilité culturelle et de la capacité des ressources humaines, en particulier au niveau du district et de la périphérie.
- d) **Partenariats** : Des partenariats solides et efficaces devraient être mis en place aux niveaux mondial, régional et national, ainsi qu'à l'échelon des districts et des communautés afin de faciliter la coordination des activités relatives aux programmes, d'éviter des doubles emplois et d'exploiter au mieux les ressources disponibles.

APPROCHES POUR LA MISE EN OEUVRE

23. L'intensification des interventions relatives au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme passe par un accroissement de la couverture géographique et programmatique afin de les rendre disponibles, accessibles et abordables pour la majorité des personnes qui en ont besoin. Diverses approches sont donc proposées pour renforcer l'efficacité de la mise en oeuvre des stratégies actuellement en vigueur pour ces trois maladies. Il convient d'accorder une attention particulière et d'assurer une adaptation locale des stratégies dans les pays touchés par les situations d'urgence.

24. Plaidoyer : Il est nécessaire de plaider pour un secteur de la santé adapté aux besoins de la population et axé sur un accroissement de la couverture, de l'équité, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés à tous les niveaux. Il faudrait adopter à cet effet des politiques et une législation appropriées pour créer un environnement favorable. Il faudrait également mettre en place des partenariats avec les médias, tant publics que privés, y compris avec des stations de radio locales et rurales pour assurer des activités régulières d'information et d'éducation propres à susciter la demande de services et un changement de comportements. Il conviendrait également d'avoir recours aux communications interpersonnelles.

25. Promouvoir l'action multisectorielle : Les avantages inhérents à l'approche multisectorielle doivent être pleinement exploités à tous les niveaux de la prestation de services. Il faut également définir clairement et convenir des rôles et des responsabilités qui incombent aux divers secteurs concernés. Les ministères de la santé doivent jouer un rôle directeur en ce qui concerne l'action du secteur de la santé et un rôle catalyseur en facilitant l'action des autres secteurs, compte tenu de leurs avantages comparatifs.

26. Exploiter le potentiel existant au niveau des pays en matière de prestation des services : Il est nécessaire d'accroître qualitativement et quantitativement les effectifs intervenant dans la prestation des services. Les besoins dans ce domaine doivent être estimés au stade de la planification. Les pays doivent également mettre à profit les possibilités qui existent à l'intérieur et à l'extérieur des ministères de la santé, et à tous les niveaux, pour tirer parti du potentiel humain sous-exploité en vue de la prestation des ensembles minimums d'interventions. Ils peuvent utiliser à cet effet les approches suivantes :

- a) identifier et faire intervenir de nouveaux partenaires comme des institutions universitaires et des ONG et les organisations à assise communautaire, en faisant appel à des méthodes novatrices telles que l'établissement de contrats pour le développement des ressources humaines;
- b) donner des orientations aux pourvoyeurs de soins du secteur privé au secteur des entreprises, aux ONG et aux associations professionnelles en ce qui concerne les interventions relatives aux trois maladies afin de leur permettre de participer à la prestation des services;
- c) intensifier la formation au sujet des trois maladies par des cours de formation de brève durée en cours d'emploi, des modules simplifiés pour les cadres subalternes et la formation initiale;
- d) étendre les efforts de prestation des services aux lieux de travail, en collaboration avec le secteur privé.

27. Renforcer la gestion des programmes et l'allocation des ressources : L'engagement accru manifesté aux niveaux national, régional et mondial en faveur de la lutte contre les trois maladies a débouché, dans de nombreux pays de la Région, sur la mise en place de mécanismes de coordination au niveau du pays regroupant les principaux partenaires, le secteur public et privé, et la société civile. Ces comités ont joué un rôle déterminant dans l'élaboration des propositions soumises au Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Ils devraient être constitués de façon appropriée et renforcés pour

faciliter le partenariat et les processus de planification au niveau des pays, en mettant l'accent sur une micro-planification associant tous les acteurs au niveau du district et énonçant clairement les rôles des divers partenaires.

28. Pour assurer efficacement les services aux niveaux des districts et des communautés, il importe de les décentraliser en prenant notamment les mesures suivantes :

- a) déléguer et soutenir la planification, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation au niveau local et à celui du district, en s'appuyant sur les cadres stratégiques nationaux;
- b) renforcer les capacités de gestion et de prestation des services au niveau local et à l'échelon du district grâce à des partenariats avec des ONG locales;
- c) mettre en place des mécanismes d'allocation, de décaissement, de gestion et de contrôle des ressources, en particulier au niveau local et à celui du district;
- d) veiller à ce que les activités à mener au niveau des districts soient prévues dans des instruments de mobilisation des ressources tels que les documents de stratégies de réduction de la pauvreté et les initiatives en faveur des pays pauvres très endettés;
- e) inclure les ensembles minimums d'interventions relatives aux trois maladies dans les ensembles minimums de prestations de santé au niveau des districts;
- f) renforcer les systèmes d'orientation/recours entre les niveaux concernés et veiller à un suivi efficace et à une supervision bénéfique à tous les niveaux.

29. **Promouvoir la prestation intégrée des services au niveau des districts** : Il est indispensable d'intégrer les principales interventions dans les lieux de prestation des services. Tous les pourvoyeurs de services (y compris les agents de développement communautaires et les experts de la communauté) et tous les points où ils sont assurés (dispensaires de santé maternelle et infantile, lieux de prestation des services relatifs au Programme élargi de vaccination, pharmacies) devraient recevoir des orientations pour qu'ils fournissent des services concernant les trois maladies aux communautés et mobilisent celles-ci en vue d'un changement de comportements.

30. **Intégrer les nouveaux services dans les services existants** : Une intégration à grande échelle peut accélérer l'intensification des interventions. Les services de conseils et de dépistage volontaires peuvent par exemple être intégrés dans les services de consultations externes relatifs aux infections sexuellement transmissibles et à la tuberculose. Si possible, le personnel des dispensaires antituberculeux pourrait recevoir une formation et du matériel pour assurer des services de conseils et de dépistage du VIH chez les tuberculeux.

31. **Renforcer les partenariats avec les communautés pour la prestation des services** : Les communautés devraient être consultées et associées à la planification, à l'élaboration et à la gestion des interventions et des services au niveau local. Les agents de santé devraient recevoir des orientations et des connaissances adéquates, par des approches participatives, en matière d'analyse de situation et d'évaluation des besoins, et en ce qui concerne la

planification, le suivi et l'évaluation, afin de leur permettre de faciliter réellement le lien avec les communautés. Des efforts devraient être faits pour tirer parti des initiatives à base communautaire telles que l'Initiative de Bamako afin d'améliorer la prestation des services relatifs au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme. Le partenariat avec le secteur de la médecine traditionnelle devrait être élargi, y compris en mettant davantage l'accent sur la recherche sur les médicaments traditionnels pour la prévention et le traitement des trois maladies.

32. Veiller à la disponibilité des médicaments et des produits à tous les niveaux : Les approvisionnements en médicaments, les installations pour le diagnostic et les autres biens et services connexes sont indispensables pour la mise en oeuvre efficace des ensembles minimums d'interventions concernant les trois maladies. Il faut donc s'efforcer résolument de trouver des moyens novateurs pour les rendre accessibles et abordables aux groupes bénéficiaires. Les médicaments, le matériel de diagnostic et les autres produits fabriqués localement pourraient par exemple être achetés et distribués aux niveaux opérationnels sous forme de paquets emballés d'avance, en collaboration avec les fabricants locaux. En ce qui concerne les médicaments importés, des mécanismes d'achats en gros pourraient être mis en place pour des groupes de pays afin de réduire les coûts. Il faudrait mettre en place des mécanismes pour éviter la commercialisation en secret des médicaments achetés à des prix réduits sur les marchés des pays en développement.

33. Promouvoir la recherche opérationnelle pour améliorer la gestion et la prestation des services : Il faudrait accorder davantage d'attention à la recherche opérationnelle, en particulier au niveau de la mise en oeuvre. La recherche opérationnelle devrait être incorporée dans des plans de santé du district et financée dans ce cadre, ce qui permettrait de s'assurer qu'on identifie les solutions à trouver pour résoudre les contraintes de la mise en oeuvre et pour instaurer les approches les plus efficaces pour intensifier les programmes. Il faut s'efforcer de mettre en place des interventions nouvelles, rentables pour lutter contre les trois maladies.

34. Veiller à la mobilisation et au décaissement des ressources au niveau opérationnel : Malgré les faibles niveaux actuels de couverture des programmes concernés, des ressources considérables sont néanmoins consacrées à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. La mobilisation des ressources à l'intérieur et à l'extérieur des pays pour les trois maladies devrait être intégrée dans le processus d'élaboration des plans nationaux de développement; et les besoins de ces programmes devraient être pris en compte dans les plans et les budgets des ministères. Les gouvernements devraient mettre en place des mécanismes de contrôle efficaces pour que les fonds alloués aux districts soient décaissés en vue de la mise en oeuvre des activités. Il faudrait trouver des méthodes novatrices de mobilisation des fonds auprès du secteur privé et des communautés. De plus, les Ministères de la Santé devraient s'assurer que les actions nécessaires pour lutter contre les trois maladies sont incorporées dans les documents de stratégie de réduction de la pauvreté. Il faudrait également tirer parti de fonds spéciaux tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) et le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux (GDF), et réaffecter les ressources nationales pour répondre à l'accroissement des besoins en matière de prévention et de soins.

SUIVI ET EVALUATION

35. Le suivi et l'évaluation des interventions et des activités sont indispensables pour s'assurer que les cibles des programmes sont atteintes, et devraient être utilisées pour accélérer la mise en oeuvre. Les cibles fixées par le sommet de l'OUA sur le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes offrent un cadre pour mener ces deux opérations. Il faudrait également utiliser à cet effet les indicateurs, les outils et les lignes directrices actuellement appliquées au suivi et à l'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies régionales.

36. Le Bureau régional suivra les progrès accomplis dans la mise en oeuvre des interventions relatives aux trois maladies en menant des évaluations périodiques et en soumettant des rapports au Comité régional. Les indicateurs de base utilisés pour évaluer les progrès accomplis dans la mise en oeuvre seront élaborés en s'inspirant des déclarations d'Abuja et de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies ainsi que des objectifs de développement définis dans la Déclaration du Millénaire.

ROLES ET RESPONSABILITES

Pays

37. Les ministères de la santé ont un rôle directeur important à jouer en ce qui concerne l'élaboration des plans et la mobilisation des ressources intérieures et extérieures en vue d'intensifier la mise en oeuvre des activités. Il appartient également aux pays de mettre en oeuvre les activités planifiées, de suivre et évaluer les programmes, et de coordonner l'action des partenaires.

OMS

38. L'OMS apportera un appui technique pour l'élaboration des plans stratégiques et des plans d'action ainsi qu'un soutien pour la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation des programmes. L'OMS plaidera également en faveur d'un accroissement des ressources au niveau international et aidera les pays à coordonner l'appui des partenaires en vue d'intensifier les interventions au niveau national.

Autres partenaires

39. D'autres partenaires participeront à l'élaboration de cadres stratégiques nationaux et de plans de mise en oeuvre ainsi qu'au suivi et à l'évaluation à tous les niveaux, et fourniront des concours financiers et techniques en fonction de leurs avantages comparatifs. Ils appuieront en outre le renforcement des capacités nationales nécessaires à la mise en oeuvre des interventions à tous les niveaux.

CONCLUSION

40. Malgré les réalisations accomplies dans la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, la couverture et l'accessibilité des ces interventions demeurent faibles et les tendances relatives à ces maladies ne manifestent aucun signe de déclin. Les principaux défis à relever à cet égard sont l'inadéquation des services de santé, l'insuffisance des ressources humaines et financières, le coût inabordable des médicaments et des fournitures destinées à la prévention et au traitement, et la participation limitée des communautés, des ONG et du secteur privé. L'adoption et la mise en oeuvre des approches esquissées ci-dessus permettront aux pays d'intensifier les activités de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

41. Il existe actuellement d'énormes possibilités d'intensifier la mise en oeuvre des interventions de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Le Comité régional est donc prié d'examiner et adopter le cadre proposé dans le présent document.