

Abuja +12

Construire l'avenir de la santé en Afrique

RECOMMANDATIONS

- 1. Unir les dirigeants autour de la question de la santé en Afrique**
- 2. Générer des solutions de financement innovantes**
- 3. Réaliser des investissements intelligents, pour de plus grandes répercussions en matière de santé**
- 4. Renforcer les ressources humaines en santé de l'Afrique**
- 5. Ne négliger personne**

Il y a douze ans, les nations africaines se rassemblaient pour rédiger la Déclaration d'Abuja, un document historique reflétant leur engagement à s'unir dans le but d'éradiquer les crises sanitaires dévastatrices qui affectaient l'ensemble du continent. En juillet 2013, les États membres de l'Union africaine (UA) vont à nouveau se réunir au Nigeria à l'occasion du Sommet spécial de l'Union africaine sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (Abuja + 12). Ce sera l'occasion d'évaluer les progrès accomplis par ces pays depuis Abuja 2001 et de fixer des objectifs pour l'avenir.

Rédigé dans le cadre de la préparation de ce Sommet, le présent rapport examine la finalité et les objectifs de la Déclaration d'Abuja de 2001, résume les accomplissements obtenus en fonction de ces objectifs et décrit la situation actuelle en matière de santé publique en Afrique. Ce rapport identifie d'ici à 2030, cinq recommandations sanitaires prioritaires pour l'ensemble de l'UA et recommande des activités spécifiques afin d'améliorer la santé et le bien-être en Afrique pour la prochaine génération.

Aperçu de la Déclaration d'Abuja

La Déclaration d'Abuja de 2001 a marqué un tournant historique pour l'Afrique.

Pour la première fois, les nations africaines déclaraient que l'épidémie de sida constituait une urgence à part entière pour l'ensemble du continent. En réponse, les États membres de l'UA prenaient des engagements sans précédent visant à renforcer leurs actions non seulement contre le sida, mais aussi contre la tuberculose (TB) et le paludisme. Mais surtout, la Déclaration d'Abuja indiquait clairement la nécessité d'aller au-delà des mots. Afin de véritablement transformer l'avenir du continent, il était essentiel pour les nations africaines de prendre des mesures décisives.

Au terme du sommet, les signataires de la Déclaration d'Abuja s'engageaient à affecter au moins 15 % de leurs budgets nationaux à la santé publique d'ici à 2015. Ils promettaient aussi de supprimer la totalité des taxes, tarifs douaniers et autres barrières économiques entravant la riposte au sida, de soutenir le développement des vaccins, d'augmenter la disponibilité des technologies et produits médicaux et d'intensifier leurs efforts en vue de mobiliser des ressources pour lutter contre le sida.

Et peut-être plus important encore, les dirigeants africains rassemblés promettaient formellement d'assumer l'entière responsabilité – et de prendre en main – la lutte contre le sida.

Figure 1

Chronologie des engagements de l'Union africaine concernant le VIH, la tuberculose et le paludisme, de 2000 à 2012

L'Union africaine

Abuja, 2001

Considère le sida comme une « urgence » pour le continent. Appelle à une stratégie globale visant à mobiliser tous les secteurs de la société et s'engage à consacrer 15% des dépenses publiques à la santé.

Lomé, 2000

Demande un plan d'action pour accélérer les réformes du secteur de la santé en mettant l'accent sur le VIH et le paludisme.



Gaborone, 2005

S'engage pour un accès universel aux services de prévention, de traitement et de prise en charge médico-sociale du VIH, de la tuberculose et du paludisme. Demande aux pays de tirer pleinement parti des flexibilités de l'Accord sur les ADPIC et de travailler avec l'OMC afin d'éliminer tous les obstacles à l'accès aux médicaments génériques.

Maputo, 2003

S'engage à promouvoir les partenariats avec les Nations Unies et les laboratoires pharmaceutiques entre autres, afin d'augmenter la production locale et régionale de médicaments génériques abordables.

Addis-Abeba, 2004

S'engage à prendre rapidement des mesures économiques, sociales et juridiques sexospécifiques pour lutter contre le VIH, et à adopter une législation pour mettre fin à la discrimination envers les femmes qui vivent avec le VIH.

2000

2001

2002

2003

2004

2005

Des progrès remarquables ont été réalisés dans le cadre des engagements annoncés à Abuja, même si ces progrès demeurent partiels et disparates.

Depuis la Déclaration d'Abuja, les gouvernements nationaux ont pris en main les défis sanitaires de l'Afrique. Ils ont établis des institutions spécifiques, des mécanismes de coordination et des plans stratégiques nationaux pour lutter contre toutes les maladies principales – en particulier contre le sida.

- La Commission de l'UA a mis au point un plan stratégique contre le VIH de 2005 à 2007, ainsi que le cadre stratégique AIDS Watch Africa (L'Observatoire du Sida en Afrique) visant à harmoniser plus efficacement les efforts intensifiés du continent dans la lutte contre l'épidémie de sida.
- Les financements dédiés à la santé ont augmenté en Afrique depuis 2001, mais ils n'ont pas encore atteint le niveau promis dans la Déclaration d'Abuja. De 2001 à 2011, les budgets de santé au sein des États membres de l'UA ont augmenté de 9 à 11 % des dépenses publiques. Six États membres de l'UA (Libéria, Madagascar, Malawi, Rwanda, Togo et Zambie) ont atteint l'objectif d'Abuja consistant à affecter 15 % des dépenses publiques à la santé, tandis que plusieurs autres pays (ex. : Djibouti, Éthiopie, Lesotho et Swaziland) se sont considérablement rapprochés de cet objectif. Néanmoins, la grande majorité des nations africaines n'a pas respecté cet engagement essentiel.
- En 2012, les États membres de l'UA ont mis à profit cette avancée en adoptant un document historique : la *Feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale dans la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique*. En vertu de cette feuille de route, les États membres se sont engagés à mettre en œuvre une action concertée afin d'augmenter et de diversifier les fonds consacrés à la santé, de renforcer l'encadrement et la gouvernance de la santé et d'améliorer l'accès à des médicaments de qualité et à des prix abordables.
- Des médicaments de qualité et à des prix abordables sont beaucoup plus accessibles aujourd'hui. Cela est particulièrement vrai pour le sida, des millions de personnes ayant reçu un traitement anti-VIH au cours des dix dernières années. Cet accomplissement est en partie attribuable à des réductions drastiques des prix, aux actions menées à l'échelle nationale et à la solidarité internationale. Les médicaments contre la TB et le paludisme sont également plus largement disponibles aujourd'hui.



Kampala, 2010

Prolonge l'Appel d'Abuja en faveur de l'accès universel jusqu'en 2015, demande un effort concerté pour mettre fin à la transmission mère-enfant du VIH et s'engage à redoubler d'efforts pour améliorer la santé des femmes et des enfants.



Abuja, 2006

Réitère son engagement à intensifier son leadership et à mobiliser des ressources nationales pour lutter contre les trois maladies. Demande à ce que les questions relatives au VIH, à la tuberculose et au paludisme soient abordées via le Mécanisme africain d'évaluation par les pairs du NEPAD.

Addis, 2012

Approbation de la Feuille de route pour une responsabilité partagée et une solidarité mondiale dans la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme et du business plan du Plan pour la fabrication des produits pharmaceutiques en Afrique.



2006

2007

2008

2009

2010

2011

2012

Feuille de route de l'Union africaine pour une responsabilité partagée et une solidarité mondiale dans la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique

Dans la *Feuille de route de l'Union africaine pour une responsabilité partagée et une solidarité mondiale dans la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique*, les dirigeants africains ont adopté les principes d'appropriation par les pays, d'efficacité et de pérennité des financements dans le cadre de la riposte aux trois maladies prioritaires.

La Feuille de route trace une voie claire et réaliste assurant une transition ordonnée et stratégique vers des modèles plus diversifiés, plus équilibrés et plus durables pour financer les actions contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Plus précisément, les dirigeants africains s'engagent à prendre trois mesures prioritaires :

- Élaborer pour chaque pays des plans de viabilité financière contenant des objectifs clairs, dans une démarche de partenariat intégrant notamment des personnes vivant avec le VIH et des représentants des populations touchées.
- S'assurer que les partenaires de développement respectent les engagements souscrits, des engagements à long terme et prévisibles alignés sur les priorités de l'Afrique.
- Identifier et exploiter au maximum les possibilités de diversifier les sources de financement afin d'augmenter les ressources nationales affectées à la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

L'Observatoire du sida en Afrique (AWA)

L'Observatoire du sida en Afrique (AIDS Watch Africa ou AWA) est une plate-forme de plaidoyer créée en 2001 à l'occasion du Sommet spécial d'Abuja afin d'établir un programme pour une riposte africaine au sida destiné à des hauts dirigeants. L'Observatoire a été conçu comme un instrument essentiel de la lutte contre le sida sur le continent, cherchant à mobiliser une riposte globale sur le plan local ainsi que les ressources nécessaires pour lutter contre la pandémie. AWA a été également conçu pour contribuer à l'examen par les pairs, à la reddition de comptes et à la mesure des engagements pris par les États membres pour lutter contre la pandémie.

En janvier 2012, la tuberculose et le paludisme ont été ajoutés à la mission de l'Observatoire et la représentation d'AWA a été étendue à l'échelle continentale. Le rôle de l'Observatoire est essentiel pour élaborer une position africaine commune sur les trois maladies (et sur d'autres problèmes de santé), surveiller les investissements réalisés dans le secteur de la santé et tirer parti de ces investissements pour la réalisation d'objectifs de développement plus larges, tels que cela est prévu dans la Feuille de route de l'UA pour une responsabilité partagée et une solidarité mondiale dans la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique.

L'Afrique et les objectifs du Millénaire pour le développement

Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) venant à échéance dans moins de 1 000 jours, les pays africains doivent impérativement formuler de futurs objectifs pour leurs efforts visant à améliorer les résultats sanitaires. Les priorités et orientations futures du continent doivent être clarifiées dès aujourd'hui pour relancer la dynamique ; c'est la meilleure façon d'accomplir davantage de progrès après 2015.

À l'heure actuelle, l'Afrique est sur la bonne voie pour atteindre les cibles des OMD en matière d'éducation primaire universelle, d'égalité entre les sexes à tous les niveaux d'enseignement, de baisse de la prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans et d'amélioration de l'accès à des médicaments antirétroviraux. Cependant, l'Afrique est loin d'atteindre de nombreux OMD liés à la santé, notamment ceux ayant trait à la mortalité infantile, à la santé maternelle et aux aspects clés des efforts de lutte contre le VIH, la TB, le paludisme et d'autres maladies.

Les OMD ont permis de mobiliser des efforts sans précédent au profit de l'amélioration des résultats sanitaires, mais leur réalisation reste à ce jour incomplète. Cette situation met clairement en relief le besoin urgent de renouveler les engagements et les actions stratégiques afin d'améliorer la santé et le bien-être des populations africaines.

La santé en Afrique

Lutte contre le sida : des progrès significatifs ont été réalisés sur le continent en termes de réduction du nombre des nouveaux cas d'infection à VIH et des décès liés au sida, mais des tendances alarmantes persistent dans de nombreuses régions.

Selon les estimations, 34 millions de personnes à l'échelle mondiale étaient atteintes du VIH en 2011. Parmi elles, 60 % vivaient en Afrique, où presque 1 adulte sur 20 est séropositif. Fait encore plus frappant, la même année, plus de 90 % des femmes enceintes et des enfants vivant avec le VIH dans le monde étaient en Afrique.

L'Afrique demeure clairement la région la plus affectée par cette épidémie. Elle a cependant réalisé des progrès historiques dans sa lutte contre le sida. En 2011, le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH en Afrique au sud du Sahara était 25 % plus faible qu'en 2001, tandis que le nombre de décès liés au sida a reculé de 32 % de 2005 à 2011. Parmi 21 pays prioritaires en Afrique, le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH chez les enfants a chuté de 38 % depuis 2009. Cette diminution est encore plus importante dans certains pays. Sept pays (Botswana, Éthiopie, Ghana, Malawi, Namibie, Afrique du Sud et Zambie) ont fait état d'une réduction d'au moins 50 % du nombre de nouveaux cas d'infection à VIH chez les enfants.

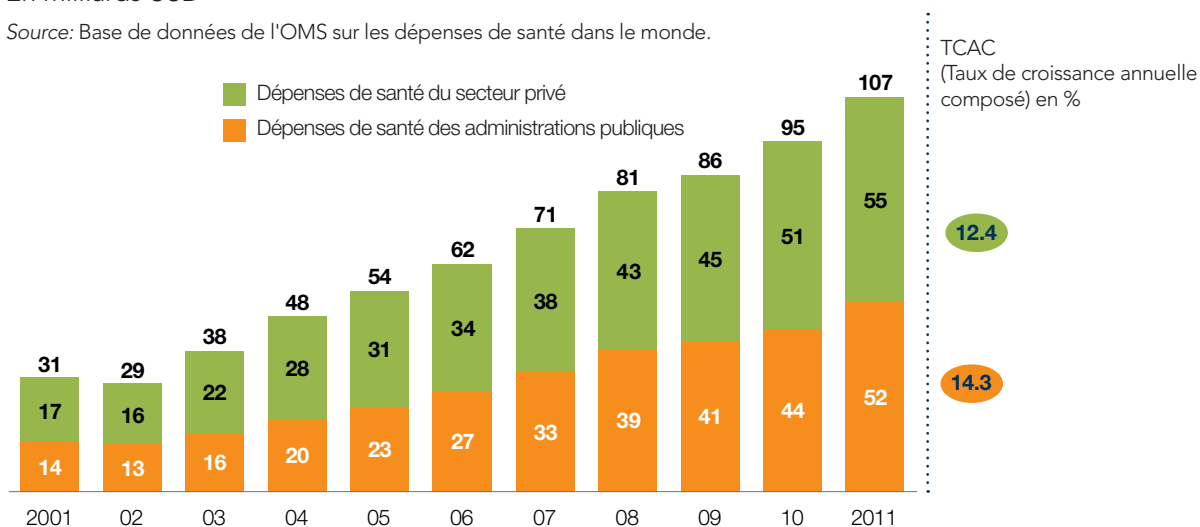
L'accroissement spectaculaire de l'accès aux traitements antirétroviraux a transformé la riposte au sida au niveau du continent. En 2001, lorsque la Déclaration d'Abuja a été adoptée, il était extrêmement difficile d'accéder aux traitements anti-VIH en Afrique. Seulement 11 années plus tard, 7,5 millions de personnes en Afrique recevaient des traitements antirétroviraux. Au final, l'amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux a permis de sauver des millions de vies en Afrique au sud du Sahara depuis 1995.

Figure 2

Dépenses de santé de l'Union africaine

Dépenses de santé des administrations publiques et du secteur privé au sein de l'UA de 2001 à 2011. En milliards USD

Source: Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé dans le monde.



L'Afrique a franchi une autre étape décisive en 2011, lorsque les financements nationaux ont représenté pour la première fois la majorité des dépenses mondiales contre le sida. Cela reflète une tendance plus générale parmi de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont augmenté leurs investissements intérieurs au profit des traitements anti-VIH. Bien que le niveau des dépenses nationales liées au sida varie sur le continent, plusieurs pays ont sensiblement augmenté leurs budgets nationaux dédiés au traitement du sida au cours des dernières années, notamment le Kenya, l'Afrique du Sud, le Togo et la Zambie.

Figure 3

Nombre de nouvelles infections en Afrique, 2001–2011
(en millions)

Source : ONUSIDA

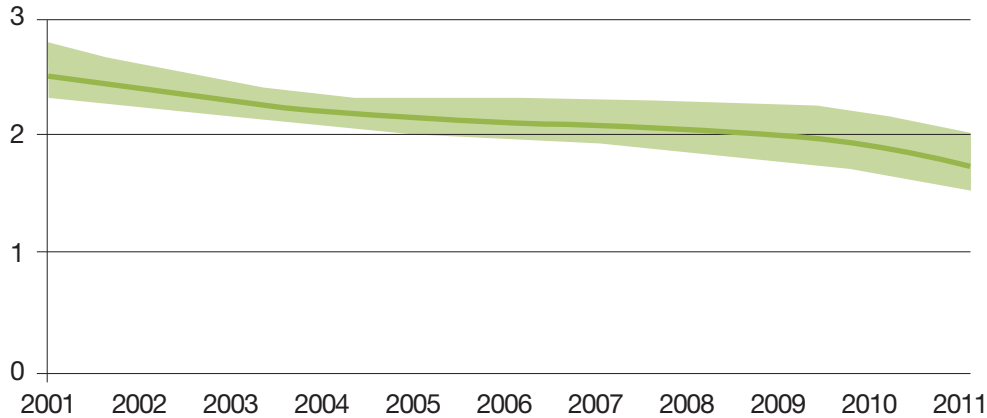


Figure 4

Dépenses nationales par sous-region, pour la lutte contre le sida au sein de l'Union africaine, 2006–2011
(en milliards de dollars US)

Source : ONUSIDA (données communiquées par les pays et modélisant des tendances en remplaçant les données manquantes et en opérant des projections grâce aux estimations sur la base des données épidémiologiques, démographiques et sur les revenus.

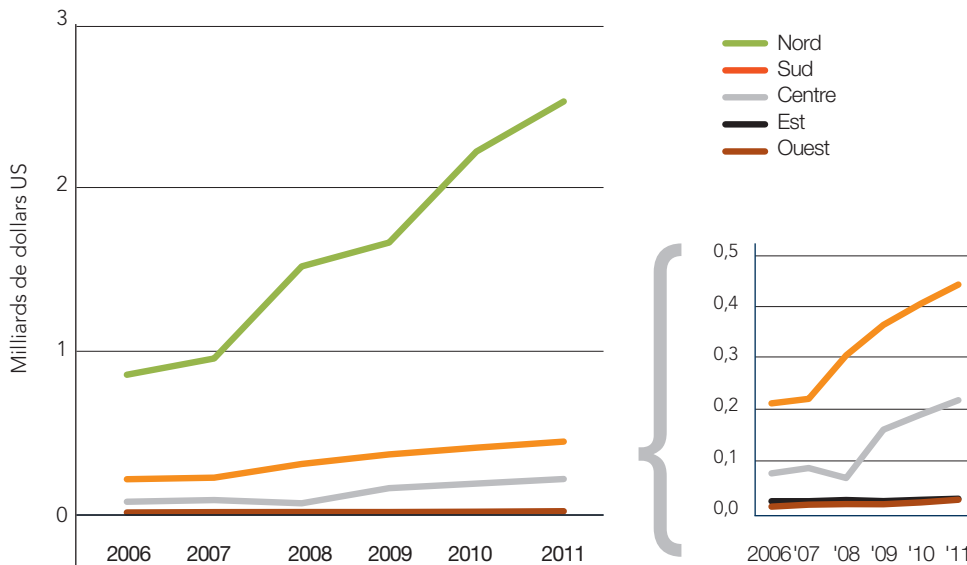
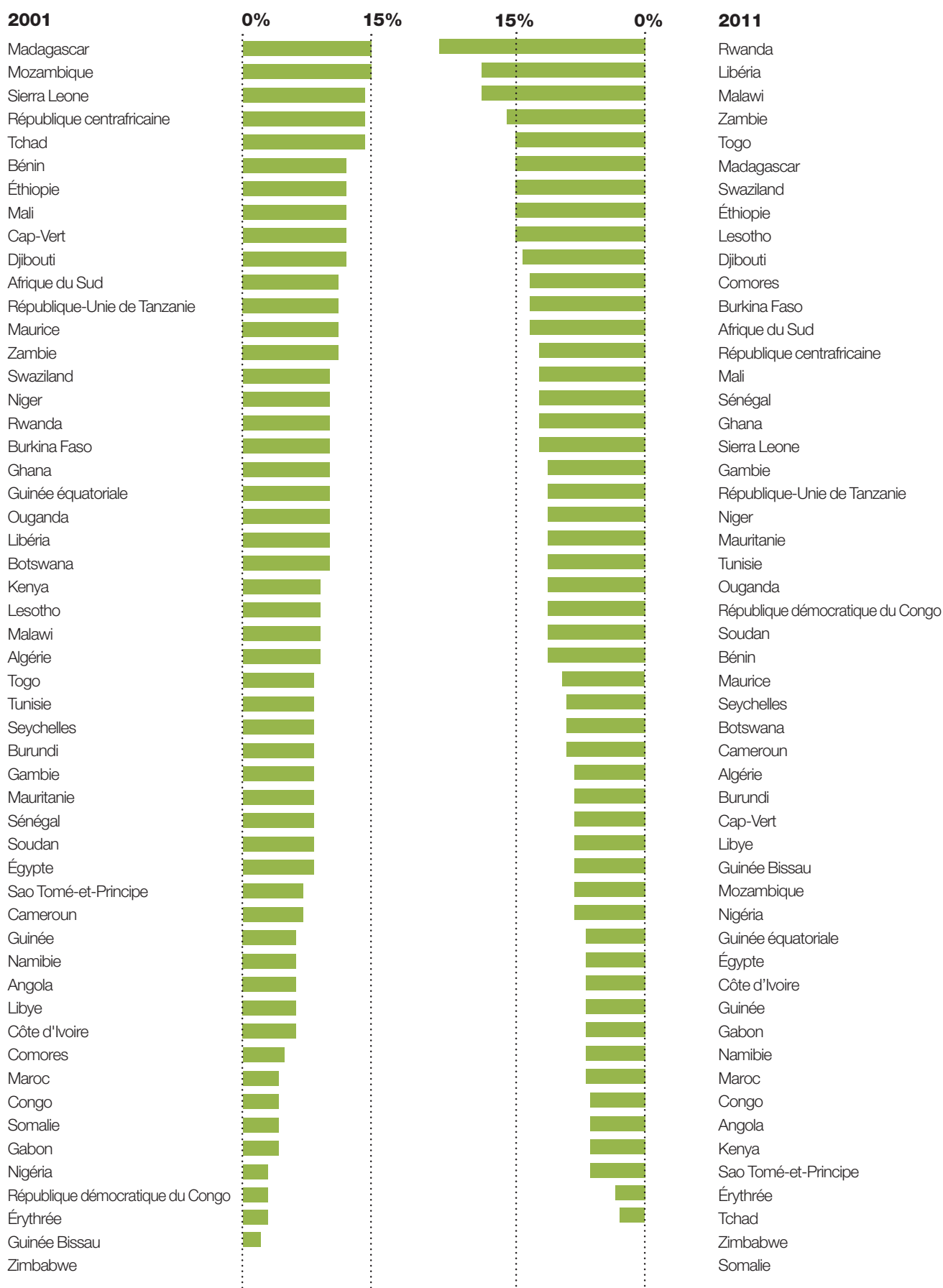


Figure 5

Déclarations d'Abuja : Les promesses de l'engagement et de la solidarité

Dépenses gouvernementales pour la santé en pourcentage des dépenses gouvernementales par pays

Source : Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.



Tuberculose (TB) : d'importants progrès ont été réalisés à l'échelle mondiale et en Afrique, mais il reste encore beaucoup à faire.

Le monde est en train de gagner son combat contre la TB, mais le chemin vers la victoire est beaucoup moins certain en Afrique. À l'échelle mondiale, l'épidémie de TB devrait être inversée d'ici à 2015, conformément aux objectifs du Millénaire pour le développement. Pourtant, même si le monde accomplit de grandes avancées, l'Afrique reste le seul continent à ne pas être sur le point de parvenir à une réduction de 50 % de la mortalité liée à la TB d'ici à 2015.

Cependant, l'Afrique a réalisé des progrès réels, notamment une diminution de 10 % de l'incidence de la TB de 2009 à 2011. Depuis 2000, 12,7 millions de personnes en Afrique ont reçu un traitement anti-TB, tandis que le nombre de patients atteints par la TB ayant subi un test de dépistage du VIH a augmenté de seulement 3 % en 2004 à 69 % en 2011. Aujourd'hui, les pays d'Afrique se concentrent sur le déploiement de Xpert MTB/RIF, un test moléculaire rapide agréé par l'OMS et capable de diagnostiquer la TB et la résistance à la rifampicine en l'espace de 100 minutes.

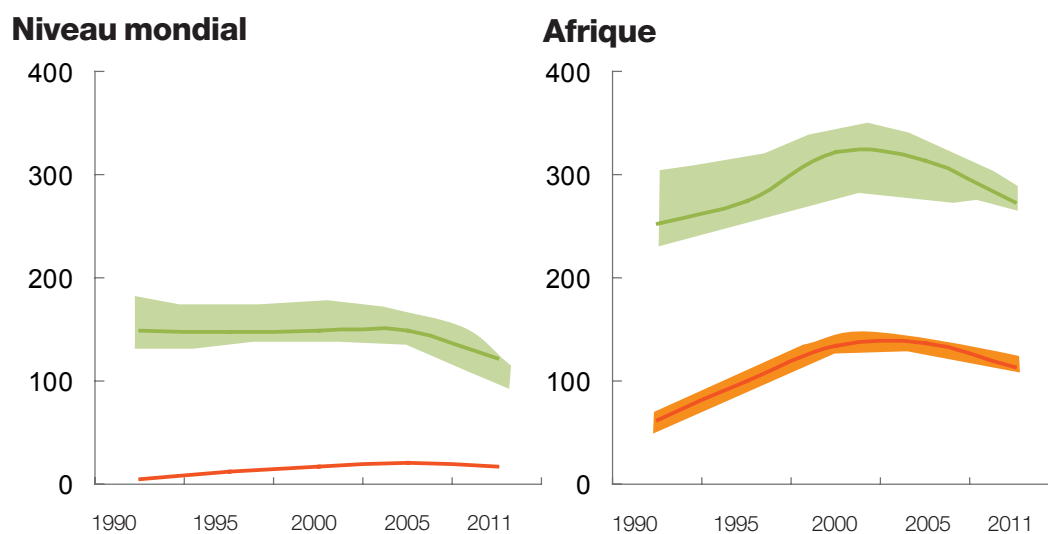
L'Afrique totalise toutefois 24 % des cas de TB de la planète et près de 80 % des cas de TB parmi les personnes vivant avec le VIH. En 2011, près de 4 cas de TB sur 10 demeuraient non détectés sur le continent. Si le monde espère un jour parvenir à vaincre la TB, ces problèmes persistants doivent être résolus.

Figure 6

Tendances des taux d'incidence estimés de la TB (en vert) et des taux d'incidence estimés de la TB chez les séropositifs (en rouge). Les zones ombrées représentent les marges d'incertitude.

Source : Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde (OMS).

Taux pour 100 000 personnes par an



Paludisme : l'Afrique reste le continent le plus durement affecté par le paludisme, avec des répercussions particulièrement graves sur la santé maternelle et infantile.

Le paludisme a été éradiqué dans la plupart des pays de la planète, mais demeure pourtant une réalité quotidienne dévastatrice pour un nombre trop important de personnes en Afrique. Selon les estimations, 80 % des cas de paludisme et 90 % des décès liés au paludisme dans le monde surviennent en Afrique au sud du Sahara. En 2010, le continent africain comptait 174 millions de cas de paludisme, causant environ 600 000 décès. Un grand nombre de ces décès affectaient des enfants âgés de moins de 5 ans ou des femmes enceintes, qui sont les populations les plus vulnérables et qui supportent un fardeau disproportionné du lourd bilan de cette maladie.

La situation n'est cependant pas dénuée de points positifs. Au cours des dix dernières années, des améliorations significatives ont en effet été réalisées en matière de financement et de mise en œuvre de programmes de lutte contre le paludisme. Les financements internationaux au profit du dépistage du paludisme ont considérablement augmenté, passant de moins de 0,5 USD par cas (dépense totale de 100 millions USD) en 2000 à plus de 8 USD par cas (dépense totale de 1,84 milliard USD) en 2012. Ces fonds supplémentaires ont principalement été affectés aux pays d'Afrique affichant les revenus nationaux bruts (RNB) par habitant les plus faibles et les taux de mortalité liés au paludisme les plus élevés.

Cet investissement a permis d'améliorer sensiblement les perspectives de la lutte contre le paludisme en Afrique. Aujourd'hui, un nombre sans précédent de ménages possède au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MI). Si l'on exclut l'Afrique du Nord, 53 % des ménages africains possédaient au moins une MI en 2012, comparativement à seulement 3 % en 2000. Fait encore plus notable, les enquêtes indiquent que jusqu'à 90 % des ménages possédant une MI l'utilisent.

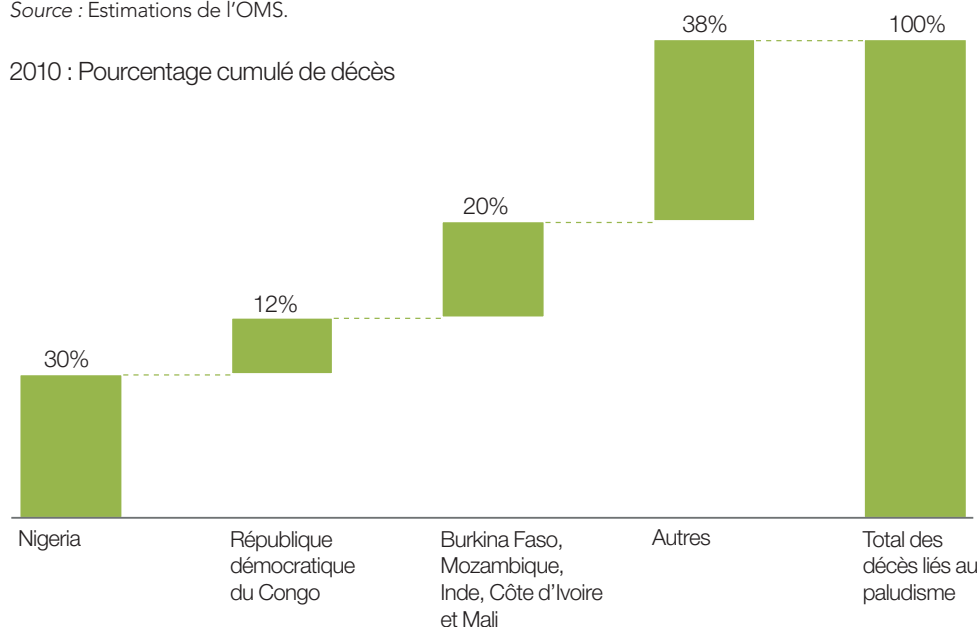
L'augmentation du nombre de ménages protégés par la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations est tout aussi encourageante. En 2005, moins de 5 % des foyers étaient protégés par cette méthode, tandis qu'en 2011, ce chiffre avait plus que doublé en atteignant 11 %. L'obtention de tests diagnostiques rapides et de traitements combinés à base d'artémisinine a également vivement progressé grâce à l'augmentation des fonds. Une approche multisectorielle contre le paludisme similaire à celle adoptée dans la riposte au VIH pourrait mener à des avantages comparables. Ainsi, même si l'Afrique demeure la région la plus affectée par l'épidémie de paludisme, une lueur d'espoir se dessine à l'horizon.

Figure 7

Proportion cumulée des décès liés au paludisme estimés dans le monde, dans les pays comptant le plus grand nombre de décès.

Source : Estimations de l'OMS.

2010 : Pourcentage cumulé de décès



Santé maternelle : des victoires importantes et des défis persistants.

À une époque où donner naissance ne devrait être synonyme de peur pour aucune femme, les femmes courent encore un risque 100 fois plus grand de mourir de causes liées à la grossesse en Afrique en comparaison avec les pays développés. En 2010, 56 % des décès maternels à travers le monde ont été recensés en Afrique au sud du Sahara. Cela dit, d'importants progrès ont été accomplis dans ce domaine, avec notamment une chute spectaculaire de 41 % du taux de mortalité maternelle en Afrique au sud du Sahara de 1990 à 2010. Cependant, la santé maternelle demeure un défi crucial en Afrique.

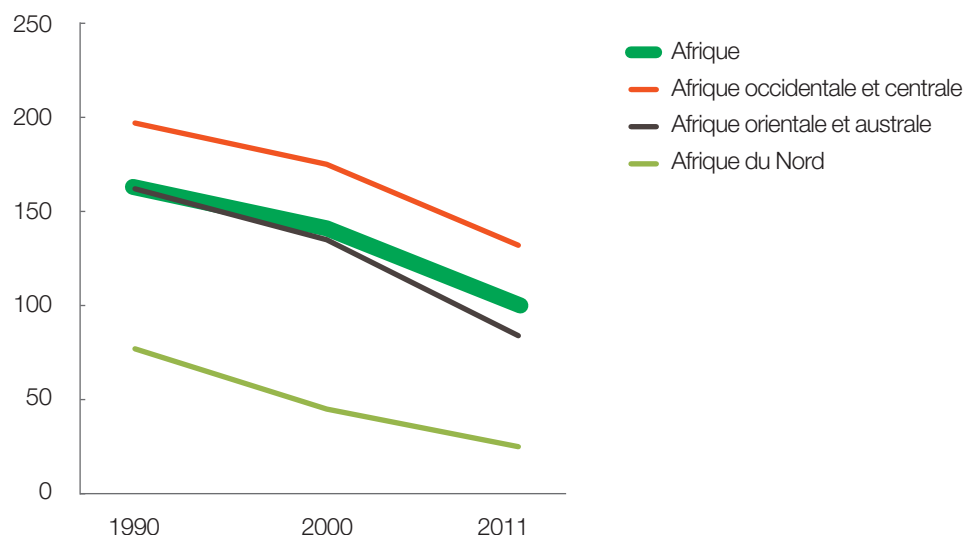
La promotion des services intégrés de santé sexuelle et reproductive (SSR) peut être un moyen d'aboutir plus rapidement à des résultats positifs. Des études ont en effet révélé que l'élargissement des services intégrés liés au VIH et à la SSR contribue à la diminution de la mortalité maternelle et à l'accroissement de l'utilisation de la planification familiale.

L'une des façons les plus efficaces de sauver des vies est de se concentrer sur la santé maternelle. Si la mortalité maternelle continuait de reculer aussi rapidement que ce fut le cas entre 1990 et 2010, 125 000 vies supplémentaires pourraient être sauvées chaque année. En 12 ans, le taux de mortalité maternelle de la région pourrait être identique à celui des autres pays à revenu faible et intermédiaire.

Figure 8

Taux de mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans (décès pour 1000 naissances vivantes), Afrique et par sous-région africaine*

Source : Levels & Trends in Child Mortality, Report 2012. UNICEF, OMS, la Banque mondiale, les Nations Unies, 2012



* Afrique australe, Afrique centrale, orientale et occidentale et sont regroupés en fonction de régions de l'UNICEF, et, de l'Afrique du Nord selon les régions Millénaire pour le développement.

Survie infantile : tous les enfants devraient avoir la possibilité de grandir, de se développer et de réaliser leur plein potentiel.

Aujourd'hui, un enfant court un risque plus important de mourir en Afrique que dans n'importe quelle autre partie du monde. Une fois encore, des avancées ont été accomplies, mais elles sont loin d'être suffisantes. De 1990 à 2011, le taux de mortalité chez les enfants âgés de moins de 5 ans en Afrique au sud du Sahara a diminué de 39 %. Cependant, malgré cette progression extrêmement encourageante, cette région est encore loin d'atteindre l'OMD consistant à réduire de deux tiers le taux de mortalité chez les enfants âgés de moins de 5 ans d'ici à 2015.

Alors que le reste du monde avance dans la bonne direction, les taux de mortalité infantile restent beaucoup plus élevés en Afrique. En Afrique au sud du Sahara, 1 enfant sur 9 meurt avant d'avoir atteint l'âge de 5 ans, un taux 16 fois plus élevé que dans les pays développés. Par exemple, en 2011, un enfant né en Afrique au sud du Sahara courait un risque 1,8 fois plus grand de mourir avant d'avoir atteint l'âge de 5 ans qu'un enfant né en Asie du Sud-Est et risquait plus de mourir qu'un enfant né en Amérique latine ou dans les Caraïbes.

En Afrique, les principales causes de mortalité infantile sont la pneumonie (18 % des décès avant l'âge de 5 ans), les complications dues à une naissance prématurée (14 %), la diarrhée (11 %), les complications intrapartum (pendant l'accouchement – 9 %) et le paludisme (7 %). Ces décès sont presque entièrement évitables.

De nombreuses nations ont réalisé des progrès contre la mortalité infantile grâce au déploiement de programmes de vaccination, de planification familiale, de nutrition, de prévention et de traitement du paludisme, en plus d'une meilleure prise en charge des cas de pneumonie et de diarrhée. Cependant, les progrès demeurent lents en matière d'amélioration de la survie infantile car un nombre trop élevé de nouveau-nés meurent toujours au cours de leurs 28 premiers jours de vie. À eux seuls, ces décès représentent jusqu'à 40 % des décès d'enfants avant l'âge de 5 ans en Afrique. Par conséquent, toute solution au problème de la mortalité infantile doit impérativement inclure des mesures visant à inverser cette tendance tragique.

Dépasser les engagements d'Abuja

Le Sommet spécial de l'Union africaine sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme survient à un moment charnière pour le continent. Des avancées cruciales ont été réalisées et les nations africaines partagent une volonté manifeste des progrès encore plus importants dans un avenir proche. Si l'Afrique met à profit les progrès réalisés au cours des 12 dernières années, elle pourra jeter les bases d'un continent plus sain, plus prospère et plus équitable au cours des dix prochaines années. Les nations qui se réuniront cette année à Abuja doivent impérativement saisir les opportunités qui se présentent à elles.

L'amélioration de la santé soutiendra et accélérera le développement et la croissance économique du continent.

La forte croissance économique de l'Afrique est une tendance encourageante dans la longue histoire de cette région. L'Afrique enregistre le deuxième taux de croissance économique le plus important au monde, s'élevant à 5,1 % en 2011, et ce chiffre devrait continuer d'augmenter pour atteindre 5,8 % en 2014. Au cours de cette seule décennie, l'Afrique devrait compter 122 millions de personnes supplémentaires au sein de sa population active

Cette croissance économique pourrait modifier la donne pour le continent. Une économie plus forte est synonyme de ressources plus importantes pour lutter contre les maladies. Parallèlement à l'amélioration de la santé en Afrique, une croissance économique encore plus robuste sera possible. Davantage de personnes sortiront de la pauvreté et les résultats sanitaires s'amélioreront proportionnellement. En définitive, la croissance économique peut créer un cercle vertueux menant à une Afrique plus forte, plus saine et plus riche.

Si l'on prend en considération l'espérance de vie, le potentiel d'une tendance similaire est évident. À l'heure actuelle, l'Afrique présente l'espérance de vie la plus courte au monde : 54,4 ans. Cependant, les estimations indiquent que parallèlement à la hausse de l'espérance de vie, chaque année supplémentaire d'espérance de vie entrainera une hausse du PIB de la région de 4 %. Par conséquent, un investissement dans la santé est un investissement en faveur de la croissance économique et dans un continent plus fort à tous égards.

Environ 65 % de la population africaine totale est âgée de moins de 35 ans, et quelque 10 millions de jeunes entrent sur le marché du travail chaque année. La santé, l'éducation et les opportunités d'emploi sont donc appelées à être intimement liées à l'avenir.

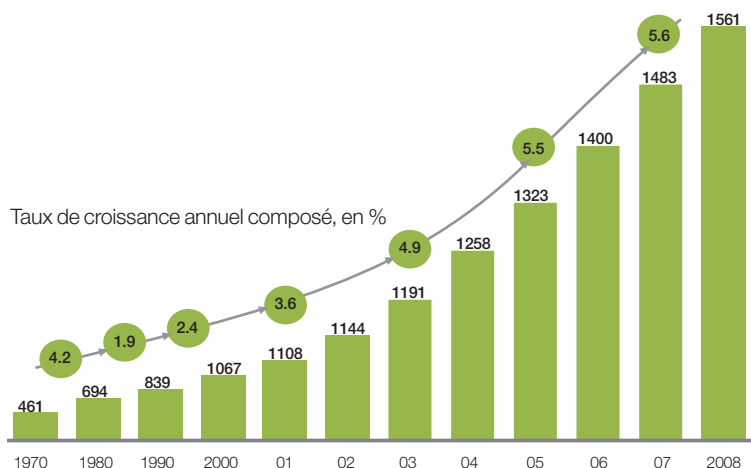
Les investissements dans la santé peuvent également créer des emplois de façon plus directe. D'après une évaluation économique réalisée en Afrique du Sud, des investissements visant à améliorer l'accès aux traitements anti-VIH ont généré une activité économique trois fois supérieure.

Figure 9

Accélération de la croissance économique de l'Afrique après 2000, devenant la troisième région la plus dynamique au monde.

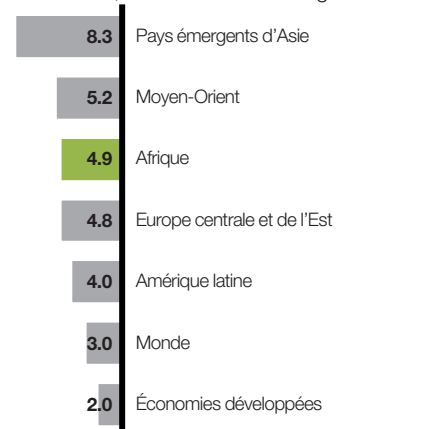
Source : Fonds monétaire international, Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale et McKinsey Global Institute.

PIB annuel réel africain, 2008



Taux de croissance annuel composé du PIB réel, 2000-08

En %, selon un taux de change constant



Comme le démontrent ces exemples, les investissements dans la santé permettent non seulement de sauver des vies, mais aussi de les changer. Ils créent des emplois et favorisent l'activité économique dans l'ensemble de l'Afrique. Pour ces raisons et beaucoup d'autres, il est impératif que ces investissements se poursuivent au cours des prochaines années.

Les enseignements tirés de la riposte au sida peuvent aider à améliorer le rendement des investissements dans la santé.

A plus de trente ans de lutte contre l'épidémie de sida, le continent a beaucoup appris de ses victoires comme de ses échecs. Tandis que l'UA s'efforce de maximiser l'impact des investissements dans la santé, ces enseignements importants offrent une orientation concernant les meilleures étapes à suivre à l'avenir.

Selon les modèles les plus récents, il est possible d'éviter 12,2 millions de nouveaux cas d'infection à VIH et 7,4 millions de décès liés au sida pendant la décennie en cours, tout en inversant la courbe du fardeau économique du sida à long terme.

Dans ce scénario, les financements se concentreraient en priorité sur les interventions à fort impact et à forte valeur axées sur les personnes les plus démunies. Ces efforts seraient alors complétés par des outils clés et des synergies de développement.

Les structures d'investissement appliquées dans la lutte contre le sida ont fourni aux pays des enseignements utiles pour faire face à d'autres problèmes sanitaires, notamment aux maladies chroniques non transmissibles. En définitive, les efforts menés contre le VIH ouvrent la voie à des stratégies permettant de renforcer l'efficacité, l'efficience et la portée des initiatives sanitaires à travers un vaste éventail de maladies. Ces enseignements devront être pris en compte pendant l'élaboration de plans d'avenir lors d'Abuja + 12.

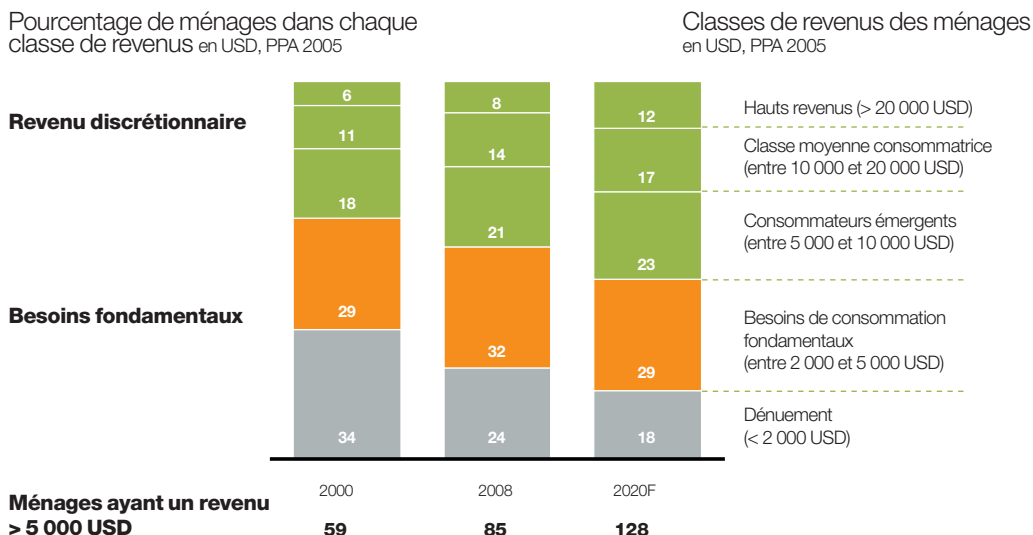
Le temps est venu de réaliser des progrès sans précédent contre les principales menaces sanitaires.

L'heure est à l'optimisme. Tandis que l'Afrique continue le débat sur l'après 2015, les nations ont l'opportunité et la responsabilité d'assurer la santé de leurs citoyens. Le temps est venu de s'engager à terminer le mandat des OMD. Le temps est venu de s'engager à nouveau à atteindre les objectifs initialement fixés dans la Déclaration d'Abuja. Le temps est venu d'affirmer – au travers d'une Déclaration d'Abuja + 12 résolue et prévenante – que la santé doit rester une priorité fondamentale pour l'Afrique, à la fois aujourd'hui et demain.

Figure 10

D'ici à 2020, plus de la moitié des ménages africains bénéficiera d'un pouvoir d'achat discrétionnaire.

Source : Canback Global Income Distribution Database (C-GIDD); McKinsey Global Institute



Abuja +12

**Des valeurs
fondamentales
partagées**

Recommandations

Des valeurs fondamentales partagées

Le processus d'Abuja + 12 représente une opportunité historique pour la région d'initier des actions pointues et stratégiques ciblant des résultats réels. À chaque étape, ce processus peut être guidé par des valeurs fondamentales qui mettent en relief les déterminants sociaux de la santé – les circonstances mêmes auxquelles les citoyens sont confrontés – et comment ils sont façonnés par la distribution des opportunités, de l'argent, du pouvoir et des ressources aux niveaux local, régional et national.

A mesure qu'ils avancent, les États membres de l'UA doivent s'unir autour d'un ensemble de valeurs fondamentales partagées.

Valeurs fondamentales

1. Les personnes, en particulier les femmes et les enfants, doivent être au centre des efforts visant à améliorer la santé.
2. Les cultures et communautés diverses ont des rôles cruciaux à jouer et doivent être incitées à participer activement aux efforts visant à améliorer les résultats sanitaires.
3. L'architecture de la santé doit être simplifiée et harmonisée.
4. Toutes les parties prenantes doivent être tenues responsables des résultats.
5. L'amélioration de la santé en Afrique constitue une responsabilité partagée qui nécessite une action unifiée de toutes les couches de la société, ainsi que des partenariats avec la communauté internationale dans son ensemble.

Recommandations

L'UA envisage « une Afrique intégrée, prospère et pacifique, dirigée par ses propres citoyens et représentant une force dynamique dans l'arène mondiale ». Faire de cette vision une réalité est impossible sans des améliorations notables et soutenues de la santé des citoyens d'Afrique.

La mise en valeur de la santé peut être une force pour la croissance économique et le progrès social.

L'UA l'a bien compris et a exprimé son désir de renouveler ses engagements sur les questions sanitaires. À l'avenir, l'UA souhaite améliorer le rendement des investissements dans la santé, tout en s'appropriant d'avantage des initiatives majeures dans ce domaine. Simultanément, l'UA cible un renforcement du développement et de la croissance économique. Les cinq recommandations prioritaires suivantes l'aideront à y parvenir.

1 : Unir les dirigeants autour de la santé en Afrique

Pour que ces approches soient véritablement efficaces, les nations doivent s'allier au-delà des frontières. L'Afrique a une fabuleuse opportunité de se rassembler afin de travailler plus efficacement vers un objectif commun. Au travers de l'amélioration de la santé, les pays peuvent jeter les bases d'un avenir plus prospère et plus équitable pour l'ensemble du continent.

Cela peut être accompli en suivant plusieurs étapes importantes.

- **Renforcer la gouvernance de la santé en Afrique.** Une gouvernance renforcée en Afrique améliorerait la coordination, faciliterait la diffusion rapide de l'innovation, enrichirait l'engagement et la prise en main au niveau local, et amplifierait la voix du continent sur les questions sanitaires avec les partenaires et donateurs internationaux. À cette fin, l'UA doit considérer la création d'un mécanisme de gouvernance à travers les pays ou Communautés économiques régionales (CER) qui portera l'ensemble de ses priorités sanitaires. Cet organisme pourrait aussi potentiellement contrôler et promouvoir la mise en œuvre des décisions et recommandations d'Abuja + 12. À cet égard, les plateformes de plaidoyer et de responsabilisation des dirigeants africains, telles que AIDS Watch Africa, procurent des exemples utiles illustrant comment une action collective peut générer des synergies afin de surmonter des défis prioritaires liés à la santé publique.
- **Améliorer l'intégration régionale.** Les Communautés économiques régionales disposent de mécanismes utiles pouvant améliorer la coordination et la planification des interventions sanitaires.

Plusieurs CER ont déjà identifié comme priorités les soins de santé, le transfert gratuit de professionnels de santé qualifiés et l'échange d'informations. D'ici 2030, l'UA pourrait renforcer encore davantage le rôle des CER dans la planification et la prestation des soins de santé.

- **Fabriquer davantage de médicaments en Afrique.** Une action concertée est essentielle pour réduire la dépendance de l'Afrique vis-à-vis des produits médicaux et pharmaceutiques importés. Tandis que l'Afrique totalise 69 % des 34 millions de personnes vivant avec le VIH à l'échelle mondiale, elle importe plus de 80 % de ses médicaments antirétroviraux. Accroître ses capacités de fabrication au niveau local lui donnerait davantage d'autonomie, remédierait aux déséquilibres commerciaux, réduirait les tensions sur les taux de change, simplifierait les chaînes d'approvisionnement (donnant lieu à des ruptures de stock moins fréquentes et à des coûts d'inventaire plus faibles), générerait de nouveaux emplois et de nouvelles connaissances et assurerait la production de médicaments dont l'Afrique a besoin et que l'extérieur ne produit pas.

Le *Business Plan* pour un plan de fabrication pharmaceutique pour l'Afrique, qui sera lancé au cours de ce sommet, expose une approche coordonnée de la provision d'assistance technique et du renforcement des capacités pour les pays qui souhaitent investir dans leurs industries de fabrication pharmaceutique. La défragmentation de ce marché sera cruciale pour assurer la viabilité à long terme de l'industrie pharmaceutique en Afrique, et les Communautés économiques régionales sont encouragées à accélérer leurs actions afin d'harmoniser et d'améliorer les réglementations régissant cette industrie. Cela permettra également aux pays qui choisissent de ne pas développer une industrie pharmaceutique de bénéficier d'une production locale de qualité grâce à un accès amélioré à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et à des prix abordables.

De plus, l'UA pourrait encourager la formation de partenariats public-privé axés sur le développement de l'industrie médicale. Cela pourrait enclencher un dialogue de haut niveau afin d'attirer des marchés établis et émergents.

- **Assurer la probité et la responsabilisation.** Accroître l'efficacité et éliminer les gaspillages et la corruption. Instituer des contrôles de qualité pour les médicaments. Utiliser les ressources de façon intelligente afin d'optimiser davantage les efforts financiers consentis en matière de santé financier consenti. Établir une plateforme de responsabilisation à tous les niveaux et avec toutes les parties prenantes.
- **Inclure tous les partenaires dans la santé.** Étant donné que la plupart des individus accèdent aux soins de santé par le biais communautaire, les organisations et partenaires locaux doivent faire partie du processus décisionnel. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour clarifier davantage les rôles, responsabilités et priorités liés à la santé afin d'optimiser l'impact de l'utilisation de toutes les ressources collectives.

2 : Générer des solutions de financement innovantes

Il est impératif de trouver de nouvelles sources de revenu afin d'atteindre l'objectif de dépenses nationales de santé de 15 %. Au cours des cinq dernières années, les dépenses de santé ont augmenté d'environ 10 % chaque année en Afrique, mais elles sont encore très loin d'atteindre les niveaux ciblés. Par exemple, pour atteindre l'objectif d'Abuja, les dépenses de santé devraient être augmentées de 31 milliards USD. Fait encore plus marquant, 75 % de ce déficit de financement est concentré dans six pays : Algérie, Angola, Égypte, Libye, Nigeria et Afrique du Sud.

Ces nations – et l'Afrique dans son ensemble – doivent trouver des moyens innovants de financer leurs dépenses de santé. C'est la seule façon pour l'Afrique de faire des systèmes de santé dont elle a besoin une réalité.

- **Stimuler l'innovation en matière de financement.** L'Afrique a la chance de disposer d'une multitude de ressources naturelles et humaines qui font l'objet d'une forte demande à l'échelle mondiale. Parallèlement à la mise en valeur de ces ressources, des stratégies innovantes (ex. : fiscalité, fonds de santé et incitation de la responsabilité sociale des entreprises) doivent être mises en œuvre afin de garantir qu'une partie appropriée de ces nouvelles richesses soit investie dans les services de santé, directement au profit des populations africaines. La création de fonds fiduciaires nationaux, comme au Zimbabwe, s'est avérée fructueuse grâce à l'acquisition de taxes de la part des travailleurs du secteur formel et de leurs employeurs.

- **Renforcer les systèmes fiscaux.** Chaque année, l'Afrique affiche un manque à gagner d'environ 65 milliards USD en recettes fiscales à cause d'une fiscalité inéquitable (en raison d'erreurs d'évaluation des prix ou de sorties illicites).¹ Remédier à ces déficiences pourrait lui permettre de combler une partie importante du déficit de financement actuel pour la santé.
- **Accroître les investissements du secteur privé dans les soins de santé.** Les ressources du secteur privé – comme les contributions de personnes qui ont les moyens de payer – peuvent être mises à profit afin de combler le déficit de financement pour les soins de santé. En raison de la croissance économique forte de l'Afrique, de plus en plus d'acteurs du secteur privé sont en mesure d'investir dans la santé. À cette fin, le continent doit mettre en œuvre des politiques et des mécanismes fiscaux qui encouragent les investissements du secteur privé dans les services de santé. Cependant, même avec une participation accrue du secteur privé, le secteur public doit demeurer le principal financeur afin de garantir que les systèmes de santé en mutation offrent un rapport coûts-avantages équitable, soient tenus responsables des résultats, améliorent les résultats sanitaires et placent les personnes au centre de leurs efforts.

3 : Faire des investissements intelligents pour de plus grandes répercussions sur la santé

L'UA doit mettre à profit les technologies et modèles de prestation de services de santé les plus récents afin de dispenser les meilleurs soins possibles au plus grand nombre de personnes.

Il est aujourd'hui évident que des investissements intelligents, l'innovation et la flexibilité fondée sur des preuves peuvent réduire les coûts unitaires des services de santé, tout en améliorant les résultats sanitaires.

Dans cette optique, les États membres de l'UA doivent employer des outils d'investissement permettant d'améliorer la planification, de surmonter les obstacles à l'accessibilité et de concentrer les services sur les populations les plus démunies. En particulier, les États membres doivent faire de l'amélioration de la santé maternelle et infantile une priorité.

- **Mettre à profit les cadres d'investissement appliqués à la lutte contre le sida pour toutes les priorités sanitaires.** Afin de garantir que les bonnes décisions soient prises pour garantir l'impact à long terme le plus important, l'utilisation de cadres d'investissement est encouragée. Tout d'abord, ces structures doivent aider à affecter les dépenses en priorité aux interventions les plus rentables et ayant le plus grand impact sur la santé. Ensuite, elles doivent étendre dans le temps de la planification des interventions afin de garantir que les investissements réalisés aujourd'hui réduiront les coûts cumulés à l'avenir.
- **Accroître les investissements en ciblant les populations clés.** Le fardeau des maladies et les facteurs de risque ont tendance à varier en fonction du sexe, de la situation géographique, du quintile de revenus et d'autres variables démographiques. Même dans les cas d'épidémies généralisées, les meilleurs retours sur investissement sont obtenus lorsque des approches ciblent les populations les plus lourdement affectées. Mais malheureusement, les investissements sont presque systématiquement mal ciblés. Par exemple, un sous-investissement persiste dans les programmes de prévention et de traitement du VIH pour les populations clés à risque plus élevé d'exposition. Ces affectations de ressources biaisées doivent être corrigées au préalable, afin de pouvoir un jour maîtriser ces maladies.
- **Améliorer l'efficacité des systèmes de santé nationaux.** Des efforts appuyés seront nécessaires pour réduire les coûts unitaires tout en améliorant l'efficacité des systèmes de santé afin de produire des résultats sanitaires mesurables. Un contrôle rigoureux des apports, des coûts et des résultats sanitaires est essentiel pour atteindre un niveau d'efficacité supérieur.
- **Promouvoir les modèles de prestation novateurs.** Ces dernières années, des modèles de prestation moins onéreux qui réduisent les coûts des services de première ligne ont émergé. Au lieu de compromettre la qualité, ces nouveaux modèles simplifient et renforcent la gestion de la chaîne d'approvisionnement, améliorent le contrôle des programmes et multiplient des ressources humaines limitées. Ces nouveaux modèles devraient être rapidement testés afin de déterminer le meilleur moyen d'augmenter leur accessibilité. Si les pays africains mettent en œuvre les meilleures pratiques à grande échelle, cela pourrait considérablement amplifier l'impact des investissements dans la santé.

¹ Africa Progress Panel, *Équité et industries extractives en Afrique : pour une gestion au service de tous* (Genève : Africa Progress Panel, 2013), p. 65.

Figure 11

Environ 31 milliards USD sont nécessaire pour combler ce déficit de financement, dont 75 % provient de six pays.

Source : Base de données et analyse d'experts de l'OMS sur les dépenses de santé dans le monde.



4 : Renforcer les ressources humaines en santé de l'Afrique

Au final, la qualité d'un système de santé est définie par les hommes et les femmes qui le mettent en œuvre. Pourtant, les ressources humaines qui sont aujourd'hui mises à la disposition en matière de santé sont insuffisantes. Si la région envisage d'atteindre un jour ses objectifs de santé, elle devra considérablement multiplier ses efforts afin d'établir et de préserver des ressources humaines pour la santé.

- **Former davantage de professionnels de la santé et améliorer leur formation.** Les capacités de formation sont à ce jour insuffisantes pour répondre aux besoins actuels. Simultanément, la demande croissante en services de soins de santé risque d'exacerber la crise des ressources humaines qui affecte déjà durement la région. Les États membres de l'UA doivent prendre des mesures axées sur l'accroissement des capacités de formation pour les professionnels de la santé, en prenant en compte à la fois la future demande en services de soins de santé et le besoin de multiplier les efforts de rétention.
- **Encourager le partage des connaissances Sud-Sud.** L'UA doit soutenir fermement le partage des connaissances, des compétences et des talents dans l'ensemble de ses États membres, dans le but de combler les lacunes actuelles en matière de connaissances et de doter les dirigeants locaux d'une exposition et d'expériences plus vastes.
- **Créer davantage d'emplois dans la santé et conserver les professionnels de la santé.** Afin de réduire les incitations à l'émigration du nombre limité de professionnels de la santé qualifiés, les États membres de l'UA doivent s'efforcer d'accroître le nombre d'emplois dans le secteur de la santé au niveau local, tout en améliorant la qualité de ces emplois et la rétention des professionnels.
- **Mettre à profit les nouvelles technologies.** Les nouvelles technologies peuvent renforcer les systèmes de santé et améliorer les résultats sanitaires. L'utilisation innovante des nouvelles technologies joue un rôle essentiel dans les efforts visant à améliorer les services de santé dans les zones rurales (où la technologie offre de nouvelles voies pour développer l'expertise dans des domaines ayant rencontré des difficultés en termes d'accessibilité). Les États membres de l'UA doivent s'assurer que des fonds soient affectés à ce type d'initiatives et mettre au point des mesures incitatives afin d'encourager les entrepreneurs et les institutions à accroître l'utilisation d'outils de santé et de communication innovants.

5 : Ne négliger personne

Pour que l'Afrique tire pleinement profit de l'amélioration de la santé, ces services doivent atteindre la totalité de ses citoyens. Pour cela, il est indispensable d'adopter une approche centrée sur la personne qui garantit l'accès de tous aux services de santé avec dignité et sans crainte.

- **Inclure tout le monde, en particulier les personnes les plus vulnérables.** Une approche plus inclusive permet de s'assurer que l'attention et l'action portent sur les besoins des personnes les plus affectées, les plus vulnérables et les plus marginalisées. Une approche inclusive est nécessaire à chaque étape, de la planification des programmes jusqu'à la prestation des soins et à la responsabilisation.
- **Renforcer la protection sociale et les droits humains.** Il existe un lien évident entre les vulnérabilités économique, sociale et sanitaire. Les personnes les plus vulnérables du point de vue économique sont systématiquement celles qui ont le moins accès à des soins de santé de qualité. Par conséquent, tout effort visant à améliorer la santé et le bien-être des populations clés doit inclure des protections sociales renforcées. Autrement dit, personne ne peut pleinement exercer son droit à la santé sans également exercer son droit à un niveau de vie adéquat pour sa santé et son bien-être. Cela comprend l'alimentation, les vêtements, le logement, l'éducation, les services sociaux, la santé physique et mentale, ainsi que le droit à la sécurité en cas de chômage.
- **Faire appliquer les lois qui protègent les droits.** Tandis que les États membres de l'UA ont adopté des lois qui interdisent la discrimination et encouragent les programmes de lutte contre la discrimination, rares sont ceux qui font appliquer ces lois. Peu de pays exécutent leurs programmes de lutte contre la discrimination à grande échelle. Cela doit impérativement changer.
- **Mettre fin à l'inégalité entre les sexes et à la violence sexiste.** L'inégalité entre les sexes et la violence sexuelle et sexiste sont non seulement des crimes moralement odieux, mais elles sont également à l'origine d'une diminution de l'accès aux soins de santé. L'UA doit prendre une mesure forte et concertée afin de mettre un terme à cette violence et à cette inégalité de façon définitive.

Conclusion

Abuja 2001 était un moment historique pour l'Afrique, marquant une pleine reconnaissance par le continent de l'ampleur de la crise. Mais plus important encore, l'Afrique promettait à cette occasion de prendre des mesures décisives pour répondre à cette urgence. Au cours des années qui ont suivi, les progrès accomplis ont été nombreux et spectaculaires, mais malheureusement incomplets.

Abuja + 12 pourrait potentiellement s'avérer un autre moment décisif dans l'histoire de l'Afrique. S'il y a volonté d'agir, Abuja + 12 pourrait marquer un tournant dans la crise sanitaire de l'Afrique. Cela pourrait être l'occasion de voir les engagements se consolider, l'adoption de mesures concrètes et la réussite devenir inévitable.

Les temps sont mûrs pour assister à un moment décisif comme celui-ci. La dynamique est puissante. La volonté politique est en conformité avec les percées scientifiques comme jamais auparavant. Dans un avenir proche, des traitements révolutionnaires pourraient être disponibles contre le sida, la TB et le paludisme. Cela signifie que moins d'enfants perdront leur mère et que moins de parents auront à endurer le décès d'un enfant.

Tout cela est possible, mais nécessite la détermination de dirigeants déterminés à en faire une réalité. Cela exige également l'action d'individus résolus qui prendront position, s'empareront de cette dynamique et nous propulseront jusqu'à la réussite.

En 2001, les hommes et les femmes qui s'étaient rassemblés à Abuja avaient envisagé un avenir revitalisé pour l'Afrique. Ils avaient imaginé un avenir de paix, de prospérité et de santé.

Aujourd'hui, cet avenir est toujours à notre portée – et nous devons en faire une réalité.

Documents de référence

Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses. Abuja, Union africaine, 2001.
http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf

Appel d'Abuja en faveur d'une action accélérée pour permettre l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique. Abuja, Union africaine, 2006.
<http://pages.au.int/sites/default/files/audeclaration1.pdf>

Obtenir des résultats en vue de l'éradication du sida, de la tuberculose et du paludisme en Afrique. Addis-Abeba, compte-rendu de l'Union africaine sur les engagements de partenariats entre l'Afrique et le G8. Addis-Abeba, Union africaine, 2013.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/05/20130525_AccountabilityReport_EN.pdf

Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2012.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf

Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : résultats, impact et opportunités. Rapport de l'OMS en partenariat avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, juin 2013.
http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85326/1/9789241505734_eng.pdf

Plan d'affaires pour un plan de fabrication pharmaceutique pour l'Afrique, Addis-Abeba, Union africaine, 2012.
http://www.unido.org/fileadmin/user_media_upgrade/Resources/Publications/Pharmaceuticals/PMPA_Business_Plan_Nov2012_ebook.PDF

Feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale dans la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique, Addis-Abeba, Union africaine, 2012.
http://www.au.int/en/sites/default/files/Shared_Res_Roadmap_Rev_F%5b1%5d.pdf

Le financement de la santé en Afrique, Sommet spécial de l'UA sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (STP), Union africaine. Abuja, 2006.
http://www.africa-union.org/root/au/conferences/past/2006/may/summit/doc/en/SP_PRC_ATM5_Financial_factors.pdf

Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, OMS, 2012.
http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

Évaluation des progrès réalisés par les pays membres de l'UA dans la mise en œuvre de l'Appel d'Abuja en faveur d'une action accélérée pour permettre l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique de 2010 à 2012. Union africaine, 2013.
http://www.camma.org/sites/default/files/PDF-uploads/Abuja_Report_ENGLISH.pdf

Rapport sur le paludisme dans le monde. OMS, 2012.
http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/

Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Addis-Abeba, Union africaine, CEA, BAD, PNUD, 2013. <http://web.undp.org/africa/documents/mdg/2012.pdf>

Construire un avenir pour les femmes et les enfants. Compte à rebours jusqu'en 2015, 2012.
<http://www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012-part-1.pdf>

Niveaux et tendances de la mortalité infantile : rapport 2012. UNICEF, OMS, Banque mondiale, Nations Unies, 2012.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2012.pdf

Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2010, FNUAP, UNICEF, OMS, Banque mondiale, 2012.
<http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/10728>

Rapport Perspectives économiques en Afrique 2013 – « Transformation structurelle et ressources naturelles ». Tunis, BAD, 2013.
<http://www.afdb.org/en/knowledge/publications/african-economic-outlook/>

Rapport de 2012 sur les OMD en Afrique. Union africaine, CEA, BAD, PNUD.
http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Africa-MDG-report-2012_ENG.pdf

Le fardeau économique du paludisme, Faire reculer le paludisme (Roll Back Malaria).
http://www.rbm.who.int/cmcc_upload/0/000/015/363/RBMInfosheet_10.pdf

L'éveil des Lions : progrès et potentiel des économies africaines. McKinsey Global Institute. 2010.
http://www.mckinsey.com/insights/africa/lions_on_the_move

Investir dans la santé pour l'Afrique. L'argumentation en faveur du renforcement des systèmes pour de meilleurs résultats sanitaires. Harmonisation pour la santé en Afrique, 2011.
http://www.who.int/pmnch/topics/economics/20110414_investinginhealth_africa/en/

Les économies pleines d'espoir de l'Afrique. Le soleil brille avec éclat. La croissance impressionnante du continent semble continuer. The Economist. <http://www.economist.com/node/21541008>. Dernier accès le 5 juillet 2013.

Remerciement particulier à McKinsey & Company pour ses contributions.

