

RAPPORT

ANNUUEL
2017
2018



ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE

RAPPORT DE LA DIRECTRICE RÉGIONALE



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE L'
Afrique

ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2017-2018 : RAPPORT ANNUEL DE LA DIRECTRICE RÉGIONALE

© Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2018

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers.

L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Activités de l'OMS dans la Région africaine 2017-2018 : rapport annuel de la Directrice régionale. Organisation mondiale de la Santé ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogue à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé au Sénégal

Sommaire

ABRÉVIATIONS.....	iv
RÉSUMÉ D'ORIENTATION.....	v
1. INTRODUCTION	1
2. PROGRÈS RÉALISÉS AU TITRE DU PROGRAMME DE TRANSFORMATION.....	3
3. EXÉCUTION DU BUDGET PROGRAMME DE L'OMS POUR LES EXERCICES 2016-2017 ET 2018-2019.....	5
4. RÉALISATIONS NOTABLES, PAR CATÉGORIE D'ACTIVITÉ.....	8
4.1 Catégorie 1. Maladies transmissibles	9
4.2 Catégorie 2. Maladies non transmissibles.....	19
4.3 Catégorie 3. Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie	25
4.4 Catégorie 4. Systèmes de santé	31
4.5 Catégories 5 et 12. Programme d'éradication de la poliomyélite et Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire	37
4.6 Catégorie 6. Services institutionnels et fonctions d'appui.....	43
5 CONCLUSION ET PERSPECTIVES	49
6. ANNEXES	50
ANNEXE 1. PUBLICATIONS SÉLECTIONNÉES DU BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE, PAR GROUPE ORGANIQUE	51
LISTE DES TABLEAUX.....	7
Tableau 1. Exécution du budget programme 2018-2019 au 30 juin 2018 (en milliers de dollars des États-Unis).....	7
LISTE DES FIGURES.....	9
4.1.1. Nombre de pays mettant en application les lignes directrices consolidées de l'OMS pour le traitement du VIH/sida, à la fin de l'année 2017	9
4.1.2. Pays ayant introduit des protocoles de traitement de plus brève durée pour les patients atteints de tuberculose multirésistante, à la fin de l'année 2016.....	11
4.1.3. Couverture vaccinale par le DTC3 dans la Région africaine, en 2017.....	12
4.1.4. Tendances et perspectives de l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine d'ici à 2020.....	15
4.2.1. État de mise en œuvre des plans multisectoriels de lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région	19
4.3.1. Couverture des antirétroviraux pour les femmes enceintes, 2017	26
4.3.2. Couverture des indicateurs sélectionnés concernant le VIH chez les adolescentes et les garçons, par sous-région, en décembre 2016	27

Abréviations

AA-HAII	Action accélérée en faveur de la santé des adolescents	MTN-CP	Maladies tropicales négligées (qui se prêtent) à (la) chimioprévention
BMGF	Fondation Bill & Melinda Gates	MVE	Maladie à virus Ebola
CCLAT-OMS	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	ODD	Objectifs de développement durable
CEEAC	Communauté économique des États de l'Afrique centrale	OFID	Fonds OPEP pour le développement international
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest	OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
CFE	Fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence	OPDAS	Organisation des Premières Dames d'Afrique contre le VIH/sida
CRMIC	Comité de la conformité et de la gestion des risques	PAC-TB	Position africaine commune sur l'élimination de la tuberculose
CSU	Couverture sanitaire universelle	PAN	Plan d'action national
CUA	Commission de l'Union africaine	PEID	Petits États insulaires en développement
DFC	Coopération financière directe	PGT	Programme général de travail
DFID	Département du développement international (Royaume-Uni)	PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement (ONU-Environnement)
DTC	Vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche	PSC	Sous-Comité du Programme
EAC	Communauté de l'Afrique de l'Est	PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
EDCTP	Partenariat Europe-Pays en développement pour les essais cliniques	RACe	Programme OMS pour l'élargissement de l'accès rapide
ERF	Cadre d'action d'urgence	RHS	Ressources humaines pour la santé
ESPEN	Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées	RIASCO	Comité permanent interorganisations régional
ETME	Élimination de la transmission mère-enfant	RSI	Règlement sanitaire international
EYE	Stratégie d'élimination de l'épidémie de fièvre jaune	RSSH	Systèmes résilients et durables pour la santé
FAUSP	Fonds africain pour les urgences de santé publique	SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
GAVI	L'Alliance du vaccin	SARA	Évaluations de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services
GFF	Mécanisme mondial de financement	SCD	Drépanocytose
GOARN	Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie	SCP	Stratégie de Coopération avec les Pays
GSWCAH	Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent	SIDA	Agence suédoise de coopération pour le développement international
GVAP	Plan d'action mondial pour les vaccins	SIG	Système d'information géographique
GWD	Maladie du ver de Guinée	SIMR	Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte
HDC	Projet de collaboration sur les données sanitaires (Health Data Collaborative)	SMC	Chimioprévention du paludisme saisonnier
HiAP	La santé dans toutes les politiques	SMS	Service de messages courts ou textos
HPV	Vaccin contre le papillomavirus humain	SRMNEA	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
IAG	Groupe consultatif indépendant	TARV	Thérapie antirétrovirale
ICASA	Conférence internationale sur le sida et les IST en Afrique	TB	Tuberculose
IEC	Information, éducation et communication	TB-MR	Tuberculose multirésistante ou tuberculose à bacilles multirésistants
IMAI	Prise en charge intégrée des maladies de l'adulte et de l'adolescent	THA	Trypanosomiase humaine africaine
IMS	Système de gestion des incidents	UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
IRIS	Archives institutionnelles de l'OMS pour les échanges d'informations	UIT	Union internationale des Télécommunications
IST	Infections sexuellement transmissibles	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
IVD	Tests de diagnostic in vitro ou diagnostics in vitro	VPC	Vaccin antipneumococcique conjugué
IVM	Lutte antivectorielle intégrée	WHE	Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire
JEE	Évaluations externes conjointes	WHO-PEN	Ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles
KPI	Principal indicateur de résultats		
MCV	Maladie cardiovasculaire		
MIYCN	Nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant		
MNT	Maladies non transmissibles		
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique		
MTN	Maladies tropicales négligées		

Résumé d'orientation



La Directrice régionale est heureuse de vous présenter ce rapport qui fait le point sur les activités réalisées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans la Région africaine pour la période allant du mois de juillet 2017 jusqu'au mois de juin 2018. La période considérée comprend une partie de la dernière année couverte par le budget programme 2016-2017 de l'OMS et la première année du budget programme de l'OMS pour l'exercice biennal 2017-2018. Le présent rapport décrit les résultats importants obtenus dans les six catégories d'activité énoncées dans le douzième programme général de travail, qui arrive à échéance en décembre 2018. Le rapport reflète la contribution des bureaux de pays et du Bureau régional – équipes d'appui interpays comprises – au développement sanitaire dans les États Membres de la Région africaine, en synergie avec les partenaires.

Le rapport rend également compte de certaines réalisations majeures découlant de la mise en œuvre du « Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine 2015-2020 », qui a été lancé par la Directrice régionale en février 2015, puis approuvé par la soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique en septembre 2015. Le Programme de transformation vise à rendre le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine plus attentif aux besoins, plus dynamique, plus efficace et plus responsable dans la fourniture du meilleur appui possible aux États Membres. Le programme a aussi servi de levier pour accélérer la mise en œuvre de la réforme de l'OMS dans la Région africaine. Le Programme de transformation sert en outre de source d'inspiration au nouveau Directeur général de l'OMS dans les efforts qu'il fait pour transformer l'OMS au niveau mondial en une institution mieux outillée pour apporter des améliorations à la santé des citoyens du monde.

Le rapport montre comment des progrès continus ont été réalisés dans les axes prioritaires du Programme de transformation, particulièrement en ce qui concerne le renforcement de la capacité de l'OMS et des États Membres à détecter les multiples épidémies qui surviennent dans la Région et à y riposter avec célérité ; la convergence vers la couverture sanitaire universelle ans le cadre des efforts fournis pour atteindre les objectifs de développement durable ; et la dynamique enclenchée dans le but de rendre le

Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine plus proactif, axé sur les résultats et doté de ressources adéquates pour remplir son mandat au service des États Membres, en amenant les populations au meilleur niveau de santé possible.

La qualité de la prestation de services s'améliore et l'on assiste à un changement de culture institutionnelle, y compris la possibilité de traiter désormais ouvertement du problème du harcèlement et la promotion du respect sur le lieu de travail. Après trois années, nous constatons des réorientations fondamentales dans notre façon de travailler, de réfléchir et d'interagir avec les autres ; la responsabilisation s'améliore, au même titre que l'efficacité et la transparence ; et nous commençons à obtenir des résultats dans les pays. Un rapport détaillé sur le Programme de transformation, intitulé *Le Programme de transformation de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine : présenter des réalisations et obtenir un impact*, publié et diffusé en mai 2018 à l'occasion de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, est également soumis au Comité régional.

En présentant ce rapport à la soixante-huitième session du Comité régional, je tiens à exprimer ma sincère gratitude aux États Membres pour leurs efforts dévoués et collectifs. Je remercie les partenaires et les membres du personnel de l'OMS dans toute la Région pour le soutien inconditionnel dont j'ai bénéficié pendant cette période de transformation importante.

L'OMS dans la Région africaine est engagée à œuvrer auprès des États Membres et avec les partenaires pour obtenir un impact quantifiable sur la santé de toutes les populations d'Afrique, la finalité étant de converger vers la couverture sanitaire universelle et d'atteindre les objectifs de développement durable. Je demeure convaincue qu'ensemble, nous parviendrons à améliorer la santé et le bien-être de toutes les populations de la Région africaine en leur assurant un avenir meilleur et plus prospère.



Photo : OMS

Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire montre les gains obtenus sur le plan de la sécurité sanitaire

Les investissements consentis en faveur du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE) dans la Région africaine commencent à porter leurs fruits, à la suite de la réforme de l'action de l'OMS dans les situations d'urgence. La capacité du Secrétariat de l'OMS à prêter une assistance aux États Membres pour qu'ils puissent détecter les épidémies, organiser une riposte rapide et assurer la sécurité sanitaire dans la Région ne cesse de se renforcer. Au cours de la période couverte par le présent rapport, le programme WHE a détecté 331 signaux de menaces potentielles pour la santé dans 29 pays. À la suite des investigations menées sur ces signaux, des évaluations de risques ont été effectuées et 110 signaux ont été considérées comme des situations d'urgence de santé publique, lesquelles englobent les flambées épidémiques, les catastrophes naturelles et les crises humanitaires en cours. Une riposte proportionnelle s'est avérée nécessaire pour 20 événements survenus dans 13 pays, ce qui a amené l'OMS à activer ses procédures d'action d'urgence afin d'accroître son appui aux États Membres, conformément à son nouveau cadre d'action d'urgence. Cette démarche traduit une évolution marquée par rapport aux performances antérieures du programme.

L'OMS s'est dotée d'un système de gestion des incidents (IMS) qui est activé dans un délai de 24 à 48 heures pour tous les événements de santé publique classés (qu'il s'agisse de flambées épidémiques, de catastrophes naturelles ou de crises humanitaires). Les équipes d'assistance à l'utilisation de l'IMS formées au Bureau régional de l'Afrique et au Siège de l'OMS assurent une sauvegarde coordonnée des opérations menées au niveau des pays. L'OMS a déployé plus de 1100 experts pour soutenir les activités de riposte et les bureaux de pays de l'OMS ont réaffecté du personnel afin d'accélérer les efforts de riposte. La création de deux pôles opérationnels à Dakar (pour l'Afrique centrale et de l'Ouest) et à Nairobi (pour l'Afrique de l'Est et australe) et d'un bureau de liaison à Addis Abeba (pour le Centre africain de contrôle et prévention des maladies) a contribué au renforcement de cette capacité de déploiement. Le but de ces pôles créés pendant la seconde moitié de 2017 est de renforcer la capacité des États Membres, de tirer le meilleur parti de la collaboration existante avec les partenaires régionaux et sous-régionaux, et d'améliorer la communication et les partenariats.

L'état de préparation des États Membres à détecter les épidémies et à organiser une riposte diligente s'améliore également. Lors de leur sommet tenu en juillet 2017 et grâce à la collaboration entre l'OMS et la Commission de l'Union africaine, les chefs d'État ont adopté une déclaration visant à accélérer l'application du Règlement sanitaire international (RSI, 2005). Conformément aux prescriptions du RSI, des évaluations externes conjointes – dont le but était de déterminer la capacité des pays à détecter les menaces pour la santé publique et à y faire face – ont été conduites dans 18 États Membres pendant la période couverte par le présent rapport. Au total 36 pays disposent d'informations détaillées sur leurs insuffisances et l'OMS leur prête son concours pour formuler des plans et mobiliser des ressources pour remédier aux insuffisances constatées. Pour la première fois depuis l'adoption du RSI en 2005, les 47 États Membres de la Région ont présenté des rapports annuels sur le RSI en décembre 2017.

Les capacités du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire ont été éprouvées lorsqu'une flambée de maladie à virus Ebola (MVE) a été notifiée en République démocratique du Congo en mai 2018. Cette flambée a touché trois zones de santé dans la province de l'Équateur, se propageant jusqu'à la ville de Mbandaka. Le pays a rapidement déclaré la flambée, une action décisive qui a permis à l'OMS de coordonner la riposte immédiate mise en place avec le gouvernement, les partenaires et les donateurs. Au départ, les efforts étaient axés essentiellement sur le renforcement de la capacité de dénombrement des cas et de recherche des contacts, ainsi que sur la prise en main de la situation par les communautés avant de passer à la stratégie qui consiste à briser chaque chaîne de transmission. À la fin du mois de juin 2018, la flambée était pratiquement endiguée.

Pour la première fois, avec le soutien de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Gavi, l'Alliance du vaccin), les agents de santé et les personnes à risque dans les zones sanitaires touchées se sont vu offrir un vaccin sans risque sanitaire et efficace mis au point lors de l'épidémie de MVE qui a sévi en Afrique de l'Ouest en 2015. L'OMS a œuvré avec les pays voisins à risque et avec de multiples partenaires dans le but d'améliorer la surveillance, la détection et la prise en charge des cas, y compris en plaidant en faveur de la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre des activités prioritaires, à la collaboration avec les communautés et à la communication sur les risques. La fin de l'épidémie a été déclarée le 24 juillet 2018. Le Directeur général et la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique se sont joints au gouvernement congolais, à Kinshasa, pour célébrer cet événement. L'OMS collabore avec la République démocratique du Congo pour intensifier la surveillance et renforcer la capacité de détection précoce des cas et de riposte diligente à l'avenir.

La flambée épidémique de fièvre jaune qui a sévi en Angola et en République démocratique du Congo a mis en relief la nécessité d'accorder plus d'attention à l'efficacité de la prévention dans la Région. En avril 2018, au Nigéria, l'OMS a lancé le *Cadre régional pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune*, qui a été adopté par la soixante-septième session du Comité régional. Le Cadre vise à élargir la couverture vaccinale moyennant des programmes de vaccination systématique et des campagnes de rattrapage. Depuis lors, l'OMS et ses partenaires ont apporté leur appui aux 11 pays les plus à risque pour qu'ils puissent formuler des plans de travail triennaux relatifs à la mise en œuvre du Cadre.

Les campagnes de prévention ont permis de vacciner plus de 3,2 millions de personnes en Angola et 8,8 millions de sujets au Nigéria, ce qui représente 60 % de la population totale que l'on doit couvrir dans la Région avant la fin de l'année 2018. La Région africaine devra en effet combler les lacunes dans la couverture et réduire les inégalités pour maximaliser les niveaux requis pour l'immunité de la population et éviter des flambées de grande ampleur.

Réaliser des progrès vers la couverture sanitaire universelle

L'action de l'OMS qui consiste à fournir un appui aux pays pour qu'ils édifient des systèmes de santé adaptés aux besoins et résilients privilégie la mise en œuvre du Cadre pour le développement des systèmes de santé en vue d'assurer la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine, dans le contexte des objectifs de développement durable.

Ce Cadre a été adopté par les ministres de la Santé lors de la soixante-septième session du Comité régional, qui s'est tenue en août 2017. Le Cadre sert de boussole aux États Membres dans les efforts qu'ils font pour réaligner leurs systèmes de santé et, partant, accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle et l'atteinte des objectifs de développement durable auxquels ils aspirent. Le Cadre propose des mesures pour assister les pays dans la définition et la hiérarchisation des priorités lors de la planification, de la mise en œuvre et du suivi de leurs stratégies nationales axées sur l'instauration de la couverture sanitaire universelle.

Le programme phare du Bureau régional de l'Afrique relatif à la couverture sanitaire universelle apportera un appui ciblé à des pays sélectionnés, alors que des lignes directrices et autres outils seront utilisés par les États Membres pour mettre en application les stratégies proposées dans le Cadre. Des missions de repérage ont été effectuées dans quatre pays – à savoir le Nigéria, l'Érythrée, le Kenya et le Mozambique – afin d'établir un consensus avec les gouvernements et les partenaires au sujet des feuilles de route et des investissements qui sont requis pour assurer la couverture sanitaire universelle.

En toile de fond de la couverture sanitaire universelle se trouve la nécessité de veiller à ce que tous les groupes de populations et toutes les communautés reçoivent les services de santé de qualité dont ils ont besoin sans pour autant s'appauvrir. L'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé dans les pays est importante pour le suivi des ressources allouées à la santé, pour prendre des décisions plus équitables en matière de financement et pour suivre les progrès réalisés en matière de protection de la santé financière.

À cette fin, l'OMS a apporté son appui à 25 pays pour qu'ils puissent établir des comptes nationaux de la santé. Les pays utilisent de plus en plus les données pour élaborer des stratégies idoines de financement de la santé et mobiliser des ressources financières nationales supplémentaires en faveur du secteur de la santé.

En vue d'accroître la disponibilité et l'équité dans la répartition des ressources humaines de qualité pour la santé, de manière à assurer la couverture sanitaire universelle, la soixante-septième session du Comité régional a adopté le *Cadre régional de mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030*. L'OMS a collaboré avec les pays membres de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) et de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) pour établir des plans d'action quinquennaux sous-régionaux et des feuilles de route visant à résorber la crise des ressources humaines pour la santé qui touche la majorité des pays. La Namibie, le Mozambique, le Nigéria et la République-Unie de Tanzanie ont été les premiers pays à établir des comptes nationaux des ressources humaines pour la santé, lesquels comptes produisent des informations pouvant être utilisées pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des politiques relatives aux personnels de santé. L'Algérie a pour sa part établi un observatoire national des ressources humaines pour la santé.

L'accès aux médicaments d'un prix abordable et de qualité garantie est aussi primordial pour instaurer la couverture sanitaire universelle.

L'OMS apporte un soutien technique aux petits États insulaires en développement de la Région africaine – à savoir Cabo Verde, les Comores, Maurice, Sao Tomé-et-Principe et les Seychelles – pour leur permettre d'élaborer une stratégie d'achats groupés qui les aidera à réaliser des économies d'échelle et à améliorer l'accessibilité financière et la disponibilité des médicaments utilisés dans le traitement des maladies non transmissibles. Le Bénin, Cabo Verde et le Soudan du Sud ont également bénéficié d'un appui pour établir des listes nationales de médicaments essentiels qui doivent guider les achats et l'utilisation. Le Cameroun, la République centrafricaine, le Congo, la Guinée équatoriale et le Gabon ont par ailleurs reçu un soutien pour mettre en œuvre leurs plans d'action concernant les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés, conformément à la *stratégie régionale sur la réglementation des produits médicaux dans la Région africaine, 2016-2025* qui a été adoptée par le Comité régional lors de sa soixante-sixième session.

Faire face à la charge de mortalité et de morbidité due aux maladies transmissibles

La Région a continué à réaliser des progrès en ce qui concerne la lutte contre des maladies transmissibles telles que le VIH/sida, l'hépatite virale, la tuberculose et le paludisme. Environ deux tiers des États Membres ont adopté et mettent en œuvre la politique de l'OMS qui consiste à « traiter tout le monde », en veillant particulièrement à ce que les patients VIH-positifs soient placés sous thérapie antirétrovirale quelle que soit leur numération des CD4. La mise à l'échelle régulière du dépistage du VIH et de la thérapie antirétrovirale se poursuit. À preuve, le Botswana, Eswatini et la

Namibie ont quasiment atteint les cibles « 90-90-90 » concernant le dépistage et le traitement. La couverture du traitement en Afrique de l'Ouest et centrale s'est considérablement améliorée depuis que l'Organisation mondiale de la Santé, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et d'autres partenaires ont élaboré des plans de rattrapage en 2016 pour accélérer la riposte au VIH, ce qui se traduit par une couverture du traitement du VIH supérieure à 40 %, alors qu'elle s'établissait à 28 % en 2015. Il ressort néanmoins du dernier rapport mondial que si les tendances actuelles sont maintenues, on ne pourra pas atteindre la cible de la prévention du VIH qui consiste à réduire de 75 % l'incidence de l'infection par ce virus d'ici à 2020 (par rapport à l'année de référence 2010).

Avec le soutien de l'OMS et des partenaires, la couverture des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) dans la Région africaine a augmenté, passant de 67 % en 2015 à 79 % à la fin de 2017. L'OMS et les partenaires ont mis au point une approche par étapes pour emprunter la « voie menant à l'élimination », afin de favoriser l'élimination de la transmission mère-enfant des infections par le VIH et de la syphilis chez les nourrissons d'ici à 2020. Les pays bénéficieront d'un appui pour adopter cette approche en vue d'atteindre la cible fixée pour 2020.

La dynamique se renforce en faveur de la lutte contre l'hépatite virale, un problème de santé publique d'importance mondiale longtemps négligé dans la Région. À la suite de l'adoption par la soixante-sixième session du Comité régional du document intitulé *Prévention, soins et traitement de l'hépatite virale dans la Région africaine : cadre d'action 2016-2020*,

les États Membres prennent des mesures concrètes pour lutter contre cette maladie. En effet, plus de la moitié des États Membres ont élaboré des plans d'action nationaux, et 16 pays ont désormais institué des groupes de travail techniques nationaux et établi des points focaux au ministère de la Santé pour superviser et coordonner la riposte nationale. Onze pays ont introduit la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B afin de réduire le nombre de nouveaux cas d'hépatite B chez les enfants.

Si la tuberculose reste un problème majeur de santé publique, la lutte antituberculeuse ne cesse d'enregistrer des succès. Un appui a été apporté aux pays pour qu'ils puissent mettre en œuvre des initiatives stratégiques destinées à retrouver les cas manquants et à adopter puis généraliser les tests moléculaires plus précis que l'OMS a recommandés comme constituant la première ligne de diagnostic pour renforcer la capacité à détecter des cas actifs de tuberculose. L'OMS a apporté son assistance à cinq pays pour qu'ils démarrent ou se préparent à réaliser des enquêtes nationales sur la prévalence de la tuberculose, le but étant d'évaluer la charge de morbidité et de mortalité réelle due à cette maladie. Cinq autres pays ont reçu un soutien pour déterminer les niveaux de résistance aux antituberculeux. Vingt et un pays ont introduit les protocoles

de plus brève durée (neuf mois) recommandés pour le traitement de la tuberculose polypharmacorésistante, abandonnant ainsi les schémas thérapeutiques qui durent 24 mois. Les capacités des laboratoires à détecter des cas de tuberculose ont été renforcées dans 21 pays, et le Laboratoire de référence national pour la tuberculose (du Bénin) a reçu son accréditation, devenant le quatrième laboratoire supranational de référence pour la tuberculose dans la Région.

Le Rapport 2017 sur le paludisme dans le monde indique une stagnation des progrès dans la riposte mondiale au paludisme et de nombreux pays de la Région africaine ne sont pas en bonne voie pour atteindre les cibles fixées dans la Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030. Selon des estimations, près de 70 % de la charge de morbidité palustre et 71 % de la mortalité liée au paludisme sont survenus dans 10 pays africains. Pour inverser ces tendances, l'OMS et des partenaires dirigent une nouvelle initiative baptisée « 10+1 », qui vise à intensifier l'appui à ces 10 États Membres et à l'Inde afin d'éviter les décès dus au paludisme, une maladie que l'on peut pourtant prévenir et soigner.

À la suite des consultations approfondies menées avec les autorités nationales, l'autorisation réglementaire a été donnée pour la mise en œuvre de programmes d'application expérimentale du vaccin antipaludique RTS,S au Ghana, au Kenya et au Malawi pendant la seconde moitié de l'année 2018. Les résultats de cette expérimentation devraient changer radicalement la donne en ce qui concerne la lutte contre le paludisme dans la Région.

Réaliser des progrès continus vers l'élimination et l'éradication des maladies ciblées

L'action visant à éliminer et à éradiquer certaines maladies ciblées telles que la poliomyélite et les maladies tropicales négligées (MTN) comme l'onchocercose et la maladie du ver de Guinée s'est poursuivie dans la Région. La priorité reste de donner l'assaut final en vue de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine. Des progrès notables ont été accomplis depuis que le dernier cas d'infection par le poliovirus sauvage a été notifié au Nigéria en 2016. Au 30 juin 2018, cela faisait 22 mois que le dernier cas de poliovirus sauvage avait été signalé dans la Région africaine. La difficulté d'accéder à certaines localités pour y vacciner des enfants, à cause de l'insécurité, et les lacunes dans la surveillance sont les derniers « obstacles » à surmonter pour obtenir la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région, et nous collaborons activement avec les États Membres pour surmonter ces écueils. Grâce à des efforts concertés, la documentation présentée par 40 États Membres de la Région africaine pour obtenir le statut d'exempts de poliomyélite a été acceptée par la Commission régionale africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite. Si les progrès en cours sont soutenus, la Région africaine pourrait obtenir la certification de l'éradication de la poliomyélite avant la fin de l'année 2019.

Des flambées épidémiques liées aux poliovirus circulants de type 2 dérivés de la souche vaccinale (cVDPV2) ont été confirmées en République démocratique du Congo, au Kenya et au Nigéria. Le

Bureau régional de l'Afrique a déployé sur le terrain 21 experts internationaux de la lutte antipoliomyélique à l'OMS et réquisitionné 200 agents de santé publique locaux pour endiguer rapidement ces flambées.

En mai 2018, la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique et son homologue le Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ont organisé une réunion sur la poliomyélite, en marge des travaux de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé. Le but de cette réunion, qui a rassemblé les ministres de la Santé de l'Éthiopie, du Kenya et de la Somalie, était de déclarer que la flambée de cVDPV2 au Kenya et en Somalie constituait une urgence de santé publique sous-régionale. Depuis lors, l'OMS et les partenaires ont soutenu plusieurs campagnes de vaccination transfrontalières synchronisées.

En vue de garantir que les systèmes de surveillance sont dotés de la sensibilité requise pour la certification de l'éradication de la poliomyélite, les États Membres ont été invités instamment, lors de la soixante-septième session du Comité régional, à adopter l'outil du Bureau régional relatif aux systèmes d'information géographique (SIG) dans le but d'améliorer la surveillance et la disponibilité de données « en temps réel » pour l'action. À la fin de la période couverte par le présent rapport, 42 États Membres sur les 47 que compte la Région utilisaient le SIG, ce qui a amélioré la performance des systèmes de surveillance.

En ce qui concerne la phase finale de la lutte contre la poliomyélite, les États Membres ont mis la dernière main aux plans de transition budgétisés, avec le concours de l'OMS et des partenaires. Les pays sont en outre encouragés à mobiliser des ressources intérieures et à poursuivre la collaboration avec leurs partenaires au développement internationaux pour la mise en œuvre des plans convenus.



Photo : OMS



Photo : OMS/S.Gborie

Par l'intermédiaire du Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (désigné ci-après « ESPEN » ou le « projet ESPEN »), l'OMS et ses partenaires collaborent avec les États Membres pour susciter l'engagement politique et mobiliser les ressources nécessaires pour contrôler et éliminer les cinq maladies tropicales négligées les plus courantes qui se prêtent à la chimioprévention (MTN-CP) en Afrique, à savoir la filariose lymphatique, l'onchocercose, les géohelminthiases, la schistosomiase et le trachome.

Le projet ESPEN se révèle être un mécanisme efficace pour combiner les efforts déployés par les pouvoirs publics, les partenaires, les organisations non

gouvernementales et le secteur privé, et précise les sociétés pharmaceutiques, afin de coordonner l'approvisionnement et la distribution des médicaments reçus en donation. Avec le soutien financier de partenaires, au moins 30 millions de personnes dans 13 pays ont bénéficié de l'administration massive de médicaments. Le projet ESPEN a établi un laboratoire pleinement opérationnel à Ouagadougou (Burkina Faso) pour accompagner les efforts régionaux visant à diminuer le traitement de l'onchocercose là où l'impact voulu a été obtenu.

La maladie du ver de Guinée est en passe d'être éradiquée et le Kenya est devenu le 41^e pays à être certifié exempt de transmission locale de cette maladie. Des progrès sont en

cours vers l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine, une maladie qui sévit uniquement dans la Région africaine, tandis que le nombre de cas d'ulcère de Buruli a diminué de moitié entre 2014 et 2017 grâce à l'utilisation d'antibiotiques oraux recommandés par l'OMS et à la stratégie de prise en charge intégrée des patients souffrant de maladies tropicales négligées.

Lutter contre les maladies non transmissibles (MNT)

Les décès dus aux maladies non transmissibles sont en augmentation dans la Région, tout comme les coûts du traitement de ces maladies et ceux que l'on doit supporter pour éliminer les facteurs de risque de maladies non transmissibles et la mauvaise santé qui leur est associée.

Le plaidoyer de haut niveau entrepris pour exhorter les États Membres à veiller à ce que les plans de santé nationaux soient dotés de ressources appropriées et à ériger la lutte contre les maladies non transmissibles au rang de priorité commence à porter ses fruits. L'OMS a fourni un appui technique à sept États Membres pour leur permettre d'élaborer ou de finaliser des plans d'action ou des plans stratégiques multisectoriels nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, tout comme le Plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Au 31 mars 2018, trente et un États Membres avaient établi des plans d'action ou des plans stratégiques nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles et des mesures importantes avaient été prises en ce sens dans 17 pays.

À la suite de l'adoption par la soixante-septième session du Comité régional du Cadre régional pour l'intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires, l'OMS a collaboré avec l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) pour former les gestionnaires de programmes de lutte contre les maladies non transmissibles à l'utilisation de l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles (ci-après désigné l'« ensemble OMS d'interventions essentielles » ou le « WHO-PEN »).

L'ensemble OMS d'interventions essentielles comprend des actions d'un bon rapport coût-efficacité que l'on peut intégrer dans les soins de santé primaires pour permettre aux pays d'améliorer la détection précoce et le traitement des maladies non transmissibles. Au mois de juin 2018, dix pays mettaient en œuvre le WHO-PEN. La synergie entre cet ensemble OMS d'interventions essentielles et le programme phare du Bureau régional relatif à la couverture sanitaire universelle devrait rapidement accroître la couverture d'une série intégrée d'interventions axées sur le traitement et la prévention des maladies non transmissibles.

L'OMS a maintenu son appui aux États Membres pour qu'ils puissent élaborer et mettre en application la législation et les réglementations concernant la lutte antitabac. Huit États Membres ont adopté des lois pour lutter contre le tabagisme, alignées sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT-OMS). En outre, 17 États Membres et trois groupements sous-régionaux – la Communauté de l'Afrique de l'Est, la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest et l'Union économique et monétaire ouest-africaine – ont reçu un soutien pour modifier leurs politiques relatives à la taxation du tabac.

Sauver la vie des mères, des enfants et des adolescents

La Région africaine se caractérise par une mortalité maternelle, néonatale et infantile élevée qui s'explique par la faible couverture des interventions efficaces axées sur la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA). Pour pallier cette difficulté, l'OMS prête une assistance aux États Membres afin qu'ils puissent mettre en œuvre la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030.

Jusqu'à présent, 24 pays ont établi des plans stratégiques alignés sur la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Six pays ont reçu un appui pour mobiliser des ressources dans le cadre du mécanisme mondial de financement (GFF) afin de mettre en œuvre la stratégie, portant à 13 le nombre de pays qui bénéficient du concours de ce mécanisme.

La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces, qui sauve des vies et aide les familles et les communautés à s'épanouir. Pour en finir avec les longues années de stagnation de la couverture vaccinale dans la Région, dont le taux était estimé à 72 % en 2017, une nouvelle dynamique émerge, étayée par l'*Argumentaire d'investissement pour les activités de vaccination réalisées par l'OMS sur le continent africain au cours de la période 2018-2030*. Cet argumentaire d'investissement s'inspirera de l'engagement politique que les chefs d'État africains ont pris en adoptant la Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination. Le but est d'une part d'apporter un appui aux États Membres pour qu'ils puissent converger vers la couverture vaccinale universelle moyennant une approche globale des parcours de vie qui pourrait sauver 1,9 million de vies d'ici à 2030, et d'autre part d'aider les pays à amorcer une transition en douceur vers la fin du financement des donateurs.

Au total 41 pays ont bénéficié d'un soutien qui leur a permis d'introduire le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans leurs programmes de vaccination systématique.

En outre, 38 pays et 33 pays utilisent des vaccins antipneumococciques conjugués (VPC) et des vaccins antirotavirus, respectivement. Il ressort d'une évaluation effectuée par l'OMS dans 15 pays en 2017 que près de 135 000 hospitalisations de patients infectés par le rotavirus et 21 000 décès imputables au même virus ont été évités chez les enfants de moins de cinq ans dans les 15 pays qui utilisent systématiquement les vaccins antirotavirus.

En 2017, le Bureau régional a publié le premier rapport sur la nutrition en Afrique, intitulé *Nutrition dans la Région africaine de l'OMS*, dont la vocation était de donner aux États Membres et aux partenaires un aperçu général de la situation de la nutrition dans la Région africaine par rapport aux cibles mondiales de nutrition fixées pour 2025. Le rapport présente les enjeux liés à l'état nutritionnel des populations de la Région africaine, en abordant des problématiques telles que la dénutrition, l'obésité et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation, entre autres.

Les lacunes dans les données identifiées fournissent un argumentaire solide pour entreprendre le plaidoyer et mobiliser des ressources en faveur de l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des données collectées sur la nutrition, dans le cadre des services de santé primaires systématiques.

La santé de l'adolescent reste une priorité majeure dans la Région. Le programme phare sur la santé de l'adolescent lancé par le Bureau régional en 2017 offre de ce point de vue une occasion exceptionnelle de jeter les bases qui permettront de régler les problèmes de santé des adolescents. À titre d'exemple, la Région supporte la charge de VIH la plus élevée chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans, avec plus de 70 % de nouvelles infections par le VIH chez les adolescentes, qui viennent se greffer à des taux très élevés de grossesses précoces et de mortalité maternelle. Le programme phare sur la santé de l'adolescent a pour but de guider et de soutenir les pays et les partenaires afin qu'ils réalisent des interventions efficaces reposant sur des bases factuelles et destinées à améliorer l'état de santé et le bien-être des adolescents dans la Région africaine.

Treize pays ont bénéficié d'un appui pour tirer le meilleur parti du financement additionnel de US \$50 millions décaissé par le Fonds mondial en faveur des interventions de lutte contre le VIH chez les adolescents et les jeunes femmes, sur la période allant de 2017 à 2020. L'OMS œuvre avec les États Membres pour l'adoption de stratégies efficaces telles que l'utilisation des réseaux sociaux et le système d'entraide dont la vocation est de susciter une demande de services, de soins et de traitements adaptés aux adolescents.

Renforcer les partenariats stratégiques

L'OMS reconnaît qu'une seule institution ne peut pas, en agissant en vase clos, permettre aux populations de vivre en bonne santé ni assurer le bien-être de tous à tout âge. Aussi l'Organisation s'efforce-t-elle de consolider les partenariats existants et de faire participer de nouveaux partenaires et donateurs aux efforts fournis pour aider les États Membres à concrétiser les priorités de santé publique régionales et mondiales. En octobre 2017, un nouvel accord de coopération a été signé avec l'Union internationale des télécommunications afin d'exploiter le potentiel que recèlent les avancées technologiques et d'utiliser les services numériques pour sauver des vies et améliorer l'état de santé des populations.

Lors de la deuxième Conférence internationale des ministres de la Santé et des ministres chargés des Technologies numériques sur la sécurité sanitaire en Afrique, tenue en juin 2018 au Bénin, la Directrice régionale a lancé un appel aux États Membres pour qu'ils créent une passerelle solide entre le secteur de la santé et le secteur des technologies de l'information et de la communication en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé, mais aussi la sécurité des patients, et de contribuer à la couverture sanitaire universelle. Dans cette optique, l'OMS a fourni un appui à 27 pays pour qu'ils élaborent des stratégies en matière de cybersanté, et dix pays ont réussi à finaliser leurs inventaires nationaux de la cybersanté à l'aide de l'atlas numérique de la santé établi par l'OMS à l'effet de soutenir la coordination et la mise à l'échelle.

La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) a été un partenaire clé du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. En mai 2018, les deux organisations ont convenu d'élargir leur collaboration pour inclure la promotion d'un plaidoyer de haut niveau, par l'identification de champions pour travailler avec l'alliance des maires sur les principaux problèmes de santé.

L'OMS a continué à étendre sa collaboration avec des partenaires clés. La Directrice régionale et l'équipe de direction du Bureau régional ont eu des échanges approfondis avec des partenaires majeurs tels que la Banque africaine de développement, la Commission de l'Union africaine et le CDC africain, ainsi que la Chine, la Communauté de l'Afrique de l'Est, la Communauté économique des États de l'Afrique centrale, l'Allemagne, la Corée du Sud, la Communauté de développement de l'Afrique australe, le Royaume-Uni et les États-Unis, pour ne citer que ces quelques exemples.

La Directrice régionale et des membres de l'équipe de direction du Bureau régional ont aussi rendu visite à ces partenaires. Ces efforts de dialogue ont abouti à la signature d'un certain nombre d'accords de coopération et de plans de travail conjoints.

Au titre du partenariat au niveau mondial, l'OMS dans la Région africaine a renforcé sa coopération avec le Royaume-Uni par la signature d'un cadre d'action global intégrant le ministère britannique de la Santé, *Public Health England* et le Département pour le développement international. Des accords de financement avec les donateurs d'ESPEP tels que le Fonds koweïtien et le Fonds de l'Organisation des pays exportateurs de pétrole (OPEP) pour le développement international permettent à l'OMS d'accélérer l'action ciblant l'élimination et l'éradication des maladies tropicales négligées.

Le système de suivi des rapports aux donateurs institué depuis 2016 pour renforcer l'établissement de rapports et les contrôles internes a amélioré la qualité et la disponibilité en temps voulu des rapports, de telle sorte que le nombre de documents non établis a été réduit, passant de 39 % du total en juillet 2017 à 8 % des rapports à la fin du mois de juin 2018. L'OMS continuera de saisir les possibilités de mobilisation de ressources qui s'offrent au niveau des pays pour garantir l'adéquation des ressources qui permettront de renforcer son action dans les pays, conformément à son treizième programme général de travail (PGT).

Mener des opérations efficaces et répondant aux besoins pour faciliter la prestation de services

Pour rendre le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine plus efficace, plus axé sur les résultats et plus responsable, et pour aider à mesurer la contribution que l'Organisation apporte à l'atteinte des objectifs sanitaires dans la Région, un nouveau cadre de résultats assorti de principaux indicateurs de résultats a été intégré dans la gestion quotidienne, ainsi que dans les programmes et autres activités. L'objectif de ce cadre de résultats est de démontrer clairement comment les activités de l'OMS contribuent non seulement à la traduction en actes concrets des priorités fixées, mais aussi à l'atteinte des objectifs sanitaires définis par les États Membres et à la réalisation des objectifs de développement durable.

Depuis que les ressources humaines en service au Bureau régional et dans les équipes d'appui interpays ont été réalignées sur les priorités sanitaires des pays en 2016, le travail se poursuit pour que les équipes de l'OMS dans les pays soient capables d'atteindre leur but, qui est de répondre aux priorités des pays.

À la fin du mois de juin 2018, vingt-cinq bureaux de pays avaient fait l'objet d'un examen fonctionnel et des plans de mise en œuvre avaient été approuvés pour 11 pays. Les réorientations principales concernant les effectifs de l'OMS permettront d'apporter un meilleur soutien aux États Membres et aux partenaires de l'action sanitaire dans la coordination de la santé, la sécurité sanitaire et le renforcement des systèmes de santé, entre autres

Une évaluation à mi-parcours réalisée en janvier 2018 par le Service OMS de l'évaluation, au Siège, a conclu que les examens fonctionnels constituent un exercice important et opportun qui renforcera la capacité des bureaux de pays. Le suivi de l'exécution des plans de mise en œuvre établis par les bureaux de pays après les examens fonctionnels est en bonne voie.

Déjà, cinq pays appliquent les recommandations des examens fonctionnels et font des progrès vers la mise en place de la structure des ressources humaines idoine, ce qui se traduit par une augmentation des effectifs et par un meilleur éventail des compétences voulues, ainsi que par un nombre accru de membres du personnel recrutés sur le plan international et par une diminution du nombre de personnels occupant des postes administratifs. Les résultats des examens fonctionnels sont alignés sur les modèles de fonctionnement des bureaux de pays que le Directeur général de l'OMS propose dans son plan et architecture pour la transformation mondiale de l'Organisation.

Le Projet de renforcement de la responsabilisation et des contrôles internes (AICS) a été lancé en 2015 en tant qu'initiative destinée à assurer la conformité avec le Règlement de l'OMS, tout comme l'utilisation rationnelle des ressources qui s'avère primordiale à l'obtention de résultats. L'objectif de l'AICS est d'améliorer la responsabilisation, la transparence et la conformité, d'accroître la qualité des services de chaque membre du personnel et des équipes, et d'instituer des mécanismes pour mesurer, suivre et faire rapport sur les progrès accomplis et les tendances. Des avancées positives ont été enregistrées dans ce domaine.

Le rapport que le vérificateur intérieur des comptes a établi à l'intention de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018 a en effet conclu que l'efficacité du contrôle interne s'était considérablement améliorée au point d'atteindre 75 % en 2018, alors qu'elle plafonnait à 50 % en 2015. En outre, depuis 2016, aucune vérification interne des comptes n'a été jugée insatisfaisante dans la Région africaine.

La Région africaine de l'OMS est celle qui consent les avances sur paiement les plus élevées aux gouvernements pour leur permettre de mener à bien des activités au titre du dispositif de financement baptisé la « coopération financière directe » (ci-après désignée la « DFC »).

Des améliorations ont été constatées dans les rapports de DFC, le nombre de rapports non établis sur les activités de coopération financière directe ayant diminué de 60 % entre février 2015 et avril 2018. Le cadre de responsabilisation et d'assurance qualité de la DFC développé au cours de la période couverte par le précédent rapport est rendu opérationnel pour garantir que les fonds alloués au titre de la coopération financière directe sont effectivement utilisés aux fins prévues et que les bénéficiaires ont institué les contrôles nécessaires destinés à garantir le respect des obligations de surveillance et d'établissement de rapports. Les États Membres méritent des félicitations pour les progrès qu'ils ont accomplis dans cette responsabilité partagée.

Dans le but de promouvoir une démarche plus cohérente et coordonnée que l'on peut utiliser pour renforcer l'environnement de contrôle et afin de superviser les questions liées à la responsabilisation, à la gestion des risques, à la vérification des comptes et au contrôle interne dans la Région africaine, l'équipe du Bureau régional chargée de la conformité et de la surveillance a été intégrée au groupe organique Administration générale et coordination.

Cette mesure a été prise pour donner suite à la recommandation formulée en ce sens en 2015 par le Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance, une recommandation que le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a été le premier à appliquer. En septembre 2017, l'établissement de comités locaux de gestion des risques et de la conformité pour garantir une surveillance appropriée dans tous les bureaux de pays et les programmes de l'OMS à tous les niveaux dans la Région a été rendu obligatoire.

Perspectives

Les réalisations mises en relief dans le présent rapport montrent que les États Membres de la Région africaine, avec l'appui de l'OMS et des partenaires, obtiennent des avancées dans leurs efforts visant à assurer une vie saine et à promouvoir le bien-être pour tous à tout âge grâce à la couverture sanitaire universelle, à la gestion des situations d'urgence sanitaire et à la promotion d'une meilleure santé pour les populations. Le rapport montre aussi que l'on doit faire plus pour atteindre les cibles fixées en ce qui concerne la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable.

En avril 2018, la Directrice régionale a lancé la deuxième phase du Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine, qui couvre la période allant de 2018 à 2020. Le programme d'action est aligné sur le plan pour la transformation mondiale de l'OMS qui ambitionne d'améliorer la santé dans le monde grâce à la couverture sanitaire universelle, à la sécurité sanitaire et à la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie, en mettant un accent plus marqué sur les pays. Pendant cette deuxième phase, on veillera particulièrement à ce que le personnel et les plans de travail soient alignés sur les priorités stratégiques de l'Organisation, ce qui passe notamment par des partenariats fructueux, la collaboration avec les parties prenantes et l'appui aux États Membres. Un réseau de membres du personnel qui se sont portés volontaires pour servir d'agents du changement a été établi afin de défendre les principes de la responsabilisation, de la qualité, de l'optimisation des ressources et de la création d'un milieu de travail sain.

Le lancement de la deuxième phase du Programme de transformation et l'adoption du treizième programme général de travail de l'OMS par la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018 offrent des occasions de s'inspirer des progrès accomplis et d'en accélérer le rythme. L'accent sera mis non seulement sur la prestation efficace de services en utilisant le cadre de résultats et les indicateurs de performance clés, mais également sur une gestion plus rationnelle des ressources pour obtenir le meilleur rapport coût-efficacité possible, en plaçant la personne au cœur du changement.

Le Secrétariat continuera de s'appuyer sur les avancées enregistrées en matière de sécurité sanitaire, grâce aux actions menées par le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire. Guidé par son cadre de résultats, le Secrétariat œuvrera en outre avec les partenaires et les États Membres pour exploiter au maximum et maintenir la capacité requise en vertu du RSI (2005), tout comme la préparation des pays aux situations d'urgence sanitaire.

Des mesures seront prises pour consolider et évaluer les progrès accomplis dans le cadre des opérations stratégiques de l'Organisation, le but étant de converger vers une efficacité accrue et l'optimisation des ressources. En outre, les efforts seront intensifiés pour étendre et diversifier les partenariats, et pour communiquer plus efficacement sur les contributions que l'OMS apporte à l'amélioration de l'état de santé des populations.



Photo : OMS/L. Mackenzie

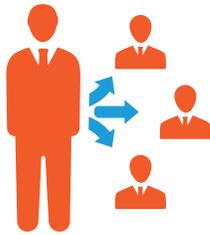
Le Secrétariat travaillera en synergie avec les États Membres pour concevoir et faire appliquer des dispositifs stratégiques et institutionnels qui soutiennent et amplifient les résultats du changement que l'on perçoit actuellement.

Les principaux axes qui retiendront l'attention comprennent la gouvernance sanitaire, la fixation des priorités, la coordination des interventions des partenaires et l'efficacité de l'Organisation.

L'OMS réitère son engagement ferme à poursuivre sa collaboration avec les États Membres et les partenaires dans la mise en œuvre du nouveau programme général de travail, le but étant de converger vers la couverture sanitaire universelle et d'amener la population de la Région africaine au meilleur niveau de santé et de bien-être possible.

PERSPECTIVES

1 Les réalisations mises en lumière dans le présent rapport indiquent que :



les États Membres de la Région africaine, avec l'appui de l'OMS et des partenaires

- 1** obtiennent des résultats dans les efforts qu'ils font pour permettre aux populations de vivre en bonne santé
- 2** promeuvent le bien-être de tous à tout âge, en instaurant la couverture sanitaire universelle
- 3** parviennent à gérer les situations d'urgence sanitaire
- 4** œuvrent pour une meilleure santé des populations

2 Le lancement de la deuxième phase du Programme de transformation et l'adoption du treizième programme général de travail de l'OMS par la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018 offrent des occasions de s'inspirer des progrès accomplis et d'en accélérer le rythme

L'accent sera mis sur :

-  **1** la prestation efficace de services en utilisant le cadre de résultats et les indicateurs de performance clés
-  **2** l'amélioration de la qualité du travail et une gestion plus rationnelle des ressources pour obtenir le meilleur rapport coût-efficacité possible
-  **3** la personne, qui doit se trouver au cœur du changement

3 Le Secrétariat travaillera en synergie avec les États Membres pour concevoir et faire appliquer des dispositifs stratégiques et institutionnels qui soutiennent et amplifient les résultats du changement que l'on perçoit actuellement

Les principaux axes qui concentreront l'attention comprennent :



- la gouvernance sanitaire
- la fixation des priorités
- la coordination des interventions des partenaires
- et l'efficacité de l'Organisation

4 Les membres du personnel de l’OMS bénéficieront à cet égard de la formation nécessaire



- en matière de leadership
- de gestion, et
- de diplomatie

et ils seront encouragés et soutenus pour transformer les valeurs axées sur la production de résultats en des comportements et une culture qui concourent à une prestation efficace des services, dans un cadre de travail juste et respectueux

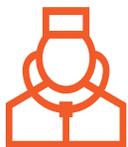
sur les priorités définies par les pays

L’orientation technique sera alignée sur le programme général de travail

et

avec des équipes renforcées dans les bureaux de pays en harmonie avec les examens fonctionnels

5 La mise en œuvre du cadre pour le développement des systèmes de santé en vue d’assurer la couverture sanitaire universelle



en privilégiant les soins de santé primaires



sera accélérée afin d’aider les pays à élargir l’accès aux services de santé de qualité centrés sur les besoins des populations et leurs conditions vie



sans pour autant exposer les utilisateurs de ces services à des difficultés financières

6 Le Secrétariat continuera de s’appuyer sur les avancées enregistrées en matière de sécurité sanitaire, et grâce aux actions menées par le Programme OMS de gestion des situations d’urgence sanitaire



Guidé par son cadre de résultats, le Secrétariat œuvrera en outre avec les partenaires et les États Membres

pour exploiter au maximum et maintenir la capacité requise en vertu du RSI (2005), tout comme la préparation des pays aux situations d’urgence sanitaire



7 Un effort pour accroître l’efficacité et optimiser les ressources

Des mesures seront prises pour consolider et évaluer les progrès accomplis dans le cadre des opérations stratégiques de l’Organisation, le but étant de converger vers une efficacité accrue et vers l’optimisation des ressources



Plus d’efficacité

et



et l’obtention d’un meilleur rapport coût-efficacité

1.

INTRODUCTION

1. Introduction

Le présent rapport, intitulé *Activités de l'OMS dans la Région africaine 2017-2018 : rapport de la Directrice régionale*, couvre la période allant du mois de juillet 2016 au mois de juin 2018, et rend compte du travail accompli depuis le dernier rapport que la Directrice régionale a soumis au Comité régional. Le rapport met en évidence les résultats obtenus grâce à l'appui fourni aux États Membres et à la collaboration avec les partenaires en vue d'améliorer les résultats sanitaires dans la Région.

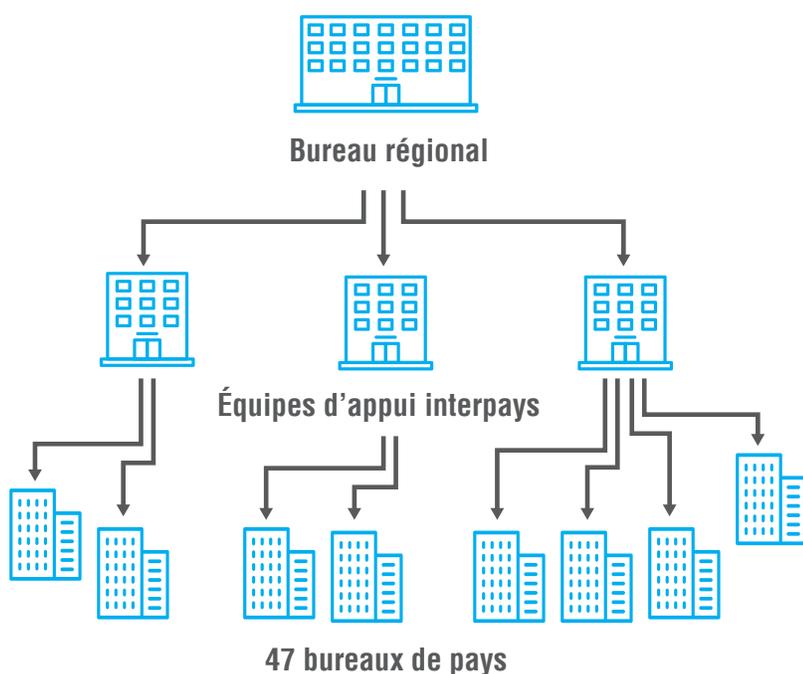
Le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine comprend 47 bureaux de pays et le Bureau régional (équipes d'appui interpayes comprises). Le Secrétariat apporte son appui aux pays : en diffusant des normes et des standards ; en fournissant une assistance technique au titre de sa contribution à l'élaboration ou à l'actualisation des politiques, stratégies et plans nationaux visant à généraliser les interventions sanitaires qui s'avèrent d'un bon rapport coût-efficacité ; en renforçant la capacité nationale de mise en œuvre et de monitoring des activités ; en entreprenant le plaidoyer

en faveur de l'investissement dans la santé ; en mobilisant des ressources ; et en facilitant la coordination de l'action des partenaires.

Le rapport comprend une section qui rend compte des réalisations obtenues dans le cadre du Programme de transformation, puis présente les informations dans les six catégories d'activité définies dans le douzième programme général de travail (PGT) 2014-2019, à savoir :

- i) Maladies transmissibles ;
- ii) Maladies non transmissibles ;
- iii) Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie ;
- iv) Systèmes de santé ;
- v) Programme d'éradication de la poliomyélite (catégorie 5) et Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (catégorie 12) ;
- vi) Services institutionnels et fonctions d'appui.

Le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine comprend 47 bureaux de pays et le Bureau régional (équipes d'appui interpayes comprises)



Apporte un appui aux pays : en diffusant des normes et des standards ; en fournissant une assistance technique au titre de sa contribution à l'élaboration ou à l'actualisation des politiques, stratégies et plans nationaux visant à généraliser les interventions sanitaires qui s'avèrent d'un bon rapport coût-efficacité ; en renforçant la capacité nationale de mise en œuvre et de monitoring des activités ; en entreprenant le plaidoyer en faveur de l'investissement dans la santé ; en mobilisant des ressources ; et en facilitant la coordination de l'action des partenaires

2.1 Des valeurs prônant la production de résultats



Objectifs :

Une culture institutionnelle définie par les valeurs de l'excellence, du travail d'équipe, de la responsabilisation, de l'intégrité, de l'équité, de l'innovation et de l'ouverture

Quelques réalisations :

1. le soutien accordé à l'équipe dirigeante ;
2. une prise de conscience accrue du personnel ;
3. une meilleure collaboration de personnel et son appropriation du Programme ;
4. une reconnaissance accrue des performances.

2.2 Une orientation technique intelligente



Objectifs :

Une Organisation qui fournit un appui technique et en matière de politiques efficace à l'ensemble des États Membres, doublée d'une Organisation où les priorités de l'OMS sont définies, traduites en actes concrets et financées conformément aux priorités convenues.

Quelques réalisations :

1. le renforcement de la sécurité sanitaire, avec une eradication de la prévarication, de la défection et de la riposte ;
2. les progrès accomplis pour obtenir le statut d'accepté de polioéradication et une planification perfectionnée de la transition pour la polioéradication ;
3. le renforcement des systèmes de santé et de cadre d'urgence pour la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable ;
4. le renforcement des systèmes de santé et de cadre d'urgence pour la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable ;
5. les progrès accomplis en ce qui concerne la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, ainsi que la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie.

2.3 Des opérations stratégiques répondant aux attentes



Objectifs :

Une organisation au sein de laquelle les fonctions d'encadrement concourent effectivement à la mise en œuvre des programmes.

Quelques réalisations :

1. des résultats internes-eradiés, une meilleure performance des membres du personnel à titre individuel et des services techniques, de même que des réalisations pour Genève, même si leur rapport sur les progrès accomplis et les tendances (par exemple, un déclin des principaux indicateurs de résultats) ;
2. le réajustement des ressources humaines au niveau régional, dans les équipes d'appui inter-pays et dans les bureaux de pays ;
3. la création de pilles de qualité dans plusieurs d'urgence à Dabur et à Nairobi ;
4. l'optimisation des ressources dans l'exécution de biens et services.

2.4 Une communication et des partenariats efficaces



Objectifs :

Une Organisation répondant mieux aux attentes et plus interactive, aussi bien au plan interne entre les membres de son personnel qu'au plan externe avec les parties prenantes.

Quelques réalisations :

1. une communication interne renforcée par une stratégie régionale en matière de communication ;
2. des communications externes renforcées par la collaboration avec les médias et avec des parties prenantes régionales et nationales stratégiques ;
3. des partenariats stratégiques renforcés, par exemple dans le cadre de la plateforme de médiation Harmonisée pour la Santé en Afrique et de Forum pour la santé en Afrique.

2. 2. Progrès réalisés au titre du Programme de transformation

Le Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine 2015-2020), approuvé par la soixante-cinquième session du Comité régional, traduit la vision de la Directrice régionale qui consiste à accélérer la réforme de l'OMS dans la Région africaine pour que le Secrétariat régional reflète l'OMS que souhaitent le personnel et les partenaires. Le Programme de transformation sert de fil conducteur au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique pour s'assurer que chaque dollar dépensé génère des résultats concourant à de meilleurs résultats sanitaires dans la Région. Le Programme de transformation repose sur quatre axes prioritaires : des valeurs prônant la production de résultats ; une orientation technique intelligente ; des opérations stratégiques répondant aux attentes ; une communication et des partenariats efficaces. De plus amples informations à ce sujet sont fournies dans les sections suivantes.

Une enquête mondiale sur la culture institutionnelle à l'OMS réalisée en novembre 2017 fait ressortir la contribution du Programme de transformation à l'enracinement des valeurs prônant la production de résultats au Bureau régional de l'Afrique, grâce à une perception de la culture de la responsabilisation plus forte que dans les autres Régions. Le personnel en service au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a une perception plus positive de l'Organisation que l'OMS dans son ensemble, et les membres du personnel de l'OMS dans la Région africaine sont d'avis que l'Organisation a désormais une orientation et une stratégie claires. Une culture de la transparence et de l'ouverture au retour d'information émerge progressivement, renforcée par la nomination d'un ombudsman à temps plein.

Le Bureau régional a élaboré un cadre de résultats à l'aide de 44 indicateurs principaux (KPI) classés par ordre de priorité, afin d'évaluer sa contribution à la concrétisation des priorités de l'OMS, ainsi qu'à l'atteinte des objectifs sanitaires fixés par les États Membres et des objectifs de développement durable. Cette action s'est avérée décisive pour mettre en évidence les résultats obtenus, surtout dans les opérations et les fonctions d'administration, dans le but d'accroître la responsabilisation et d'améliorer la transparence. Le cadre de résultats permet aussi d'assurer un alignement plus étroit sur les priorités définies par les États Membres, tout comme il fait ressortir les domaines négligés et aide l'OMS à hiérarchiser l'allocation des ressources financières.

En ce qui concerne l'axe prioritaire relatif à l'orientation technique intelligente, la Région a enregistré des avancées majeures dans la riposte aux événements de santé publique et par l'institution d'une culture de la préparation dans les États Membres. La restructuration du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire s'est traduite par la création de pôles de gestion des situations d'urgence sanitaire à Dakar et à Nairobi, et un accroissement des effectifs dans tous les secteurs de programme. Cette restructuration fait germer une culture de la préparation dans les États Membres et permet à l'OMS de réagir rapidement en cas d'événements de santé publique.

De la même façon, la restructuration des équipes de lutte contre la poliomyélite, couplée à l'utilisation de tableaux de bord et de systèmes d'information géographique pour le monitoring, montre que la Région africaine évolue vers le statut d'exempte de poliomyélite, qu'elle pourra obtenir d'ici à la fin de 2019. Deux programmes phares portant sur la couverture sanitaire universelle pour le premier et sur la santé de l'adolescent pour le second favorisent une meilleure harmonisation des efforts de renforcement des systèmes de santé au Bureau régional de l'Afrique et dans les pays. Le Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées progresse régulièrement vers l'objectif de l'élimination des maladies tropicales négligées qui se prêtent à la chimioprévention dans la Région africaine.

Le Programme de transformation sert de fil conducteur au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique pour s'assurer que chaque dollar dépensé génère des résultats concourant à de meilleurs résultats sanitaires dans la Région.



Pour s'assurer
que chaque dollar
dépensé

génère des résultats
concourant à de meilleurs
résultats sanitaires

Les opérations stratégiques du Secrétariat n'ont cessé de s'améliorer. Les recommandations issues de quatre rapports d'audit interne et de neuf rapports d'audit externe (conduits au cours de la période allant du mois de février 2015 au mois d'avril 2018) ont été entièrement clôturées à la satisfaction des vérificateurs des comptes. En outre, aucun rapport d'audit n'a été jugé insatisfaisant par les vérificateurs depuis 2016, ce qui représente une amélioration notable par rapport aux années précédentes. Les contrôles internes se sont très nettement améliorés, avec une efficacité globale du contrôle qui s'est accrue de 50 % en 2015 pour s'établir à 75 % en 2018. Le Bureau régional de l'Afrique s'est doté d'un logiciel de gestion et de partage de documents électroniques qui lui permettra d'accroître son efficacité dans toutes ses structures. Le processus de réalignement des ressources humaines sur les besoins a été mené à bien pour l'ensemble du personnel au Bureau régional et dans les équipes d'appui interpays.

Des progrès considérables ont été accomplis à la suite des examens fonctionnels conduits dans les bureaux de pays. Les gouvernements et les partenaires ont mis en exergue les fonctions clés qu'ils s'attendent à voir l'OMS exercer, singulièrement le soutien à la coordination sanitaire, la production et la diffusion de l'information sanitaire, ainsi que le renforcement des systèmes de santé et de la préparation aux épidémies et aux situations d'urgence. Les examens fonctionnels intègrent le modèle opérationnel de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire, la transition pour la poliomyélite et l'argumentaire d'investissement en faveur du renforcement de la vaccination systématique en Afrique, le but étant de s'assurer que tous les bureaux de pays disposent effectivement de la capacité requise pour obtenir des résultats.

Les partenariats stratégiques et la détermination des parties prenantes à collaborer et à mobiliser des ressources se renforcent. À ce titre, le Bureau régional a établi des relations avec un certain nombre de nouveaux partenaires pendant la période couverte par le présent rapport. Une stratégie de partenariat régional est en cours d'élaboration pour élargir les partenariats à des institutions universitaires, à des associations et autres fondations philanthropiques régionales et à des organisations de la société civile.

Au cours de la période considérée, le Bureau régional de l'Afrique a accueilli le Directeur régional et de hauts fonctionnaires du Bureau

régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, tout comme une équipe chargée de la mise en œuvre du programme pour la transformation mondiale de l'OMS, venue du Siège. Ces visites ont permis aux différentes parties de partager les expériences et des meilleures pratiques tirées du Programme de transformation, par exemple le cadre pour la couverture sanitaire universelle, le cadre de résultats et les examens fonctionnels. Les succès enregistrés par le Programme de transformation ont été présentés lors d'un événement organisé en marge de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, et chaque État Membre a été invité instamment à entreprendre les réformes nécessaires sur le plan national.

Des plateformes en ligne ont été créées pour améliorer la communication interne et celle avec les parties prenantes externes, et pour surveiller les activités réalisées au titre du Programme de transformation. La communication interne s'améliore progressivement : des alertes électroniques sont envoyées régulièrement au personnel et la Directrice régionale organise tous les deux mois des assemblées générales du personnel au cours desquelles l'interaction devient plus étroite. La communication externe s'améliore également sous l'effet d'une collaboration proactive avec les médias pour mettre en valeur le travail que l'OMS effectue. Les parties prenantes réagissent très positivement au bulletin en ligne que le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire publie chaque semaine. La présence du Bureau régional de l'Afrique dans les médias sociaux s'est renforcée. À preuve, les billets postés par le Bureau régional sur Twitter jusqu'au mois de juin 2018 ont été lus plus de 14 millions de fois, alors que sa page Facebook a attiré près de 835 000 visiteurs. Qui plus est, la page Facebook du Bureau régional permet des séances de questions-réponses en direct avec les hauts fonctionnaires, et des événements comme la soixante-septième session du Comité régional ont été diffusés en direct sur YouTube.

Dans le souci d'économiser de l'argent et de protéger l'environnement tout en optimisant la technologie, le Bureau régional de l'Afrique (encore connu sous l'appellation d'« AFRO ») s'achemine progressivement vers des réunions sans support papier. Pour la première fois, une application a été lancée lors de la soixante-septième session du Comité régional, donnant l'accès numérique aux documents et au Journal du Comité régional. L'« application » a réduit le besoin d'imprimer le rapport du Comité régional, et l'Organisation a ainsi réalisé des économies sur les coûts d'impression et d'expédition.

Une enquête mondiale sur la culture institutionnelle à l'OMS réalisée en novembre 2017



fait ressortir la contribution du Programme de transformation à l'enracinement des valeurs prônant la production de résultats au Bureau régional de l'Afrique, grâce à une perception de la culture de la responsabilisation plus forte que dans les autres Régions



Le personnel en service au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a une perception plus positive de l'Organisation que l'OMS dans son ensemble, et les membres du personnel de l'OMS dans la Région africaine sont d'avis que l'Organisation a désormais une orientation et une stratégie claires



Une culture de la transparence et de l'ouverture au retour d'information émerge progressivement, renforcée par la nomination d'un ombudsman à temps plein

3. Exécution du budget programme de l'OMS pour les exercices 2016-2017 et 2018-2019

La période considérée pour l'établissement du présent rapport (qui s'étend de juillet 2017 à juin 2018) couvre la clôture du budget programme 2016-2017 et l'ouverture de l'exercice 2018-2019. Pour le compte de l'exercice biennal 2016-2017, l'Assemblée mondiale de la Santé a accordé à la Région africaine une dotation budgétaire se chiffrant à US \$1 162 300 000, soit 27 % du budget total de l'OMS. Au 31 décembre 2017, le budget total alloué à la Région africaine s'élevait à US \$1 748 428 000 et environ 82 % de cette somme avait été reçue.

Le budget affecté à la Région africaine pour l'exercice 2018-2019 s'établit à US \$1 161 600 000, ce qui représente 26 % du budget programme total, qui se chiffre à US \$4 421 500 000. Le budget approuvé n'affecte pas le segment consacré aux « interventions en cas d'épidémie ou de crise ». Eu égard au fait que cette partie du budget est tributaire des événements, son enveloppe est fixée en fonction des besoins qui émergent pendant les situations d'urgence. À l'exclusion du volant budgétaire consacré à l'éradication de la poliomyélite, 5 % du budget approuvé continuera d'être retenu au niveau mondial pour financer l'alignement programmatique entre le douzième PGT et le treizième PGT, qui se chevauchent, le treizième programme général de travail prenant effet à compter de l'année 2019. Ainsi, au 30 juin 2018, le budget total alloué à la Région s'élevait à US \$1 119 895 000, soit US \$41 705 000 de moins que la dotation approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé.

À la fin du mois de juin 2018, la Région africaine avait reçu 52 % de sa dotation budgétaire totale (tableau 1). Sur cette enveloppe équivalant à US \$599 428 990, une proportion de 33 % était destinée au programme d'éradication de la poliomyélite. Le taux d'exécution moyen des fonds disponibles est de 45 %. Avec 51 %, le programme d'éradication de la poliomyélite affiche le taux d'exécution le plus élevé,

alors que le programme de lutte contre les maladies non transmissibles affiche le taux d'exécution le plus bas (29 %).

Le budget de la Région continue d'être financé par un mélange de fonds flexibles et de contributions volontaires à objet désigné. Plus de 70 % du financement reçu jusqu'à présent est strictement à objet désigné. Cette situation limite encore les maigres ressources consacrées à la lutte contre les maladies non transmissibles et à d'autres programmes dont le sous-financement est chronique, les fonds flexibles constituant la principale source de financement des secteurs prioritaires qui n'attirent pas de contributions volontaires à objet désigné.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique continuera d'appliquer sa nouvelle stratégie de mobilisation de ressources, qui consiste à faire intervenir des partenaires à la fois traditionnels et nouveaux, en particulier le secteur privé et les organisations philanthropiques, dans le but d'élargir davantage l'assiette de ses ressources financières.

Les initiatives et les mécanismes lancés ont permis d'améliorer la planification et l'établissement de rapports. Dans l'ensemble, la Région a amélioré la disponibilité des rapports dans les délais prescrits, tout comme la qualité des rapports destinés à l'intention des organes directeurs et des donateurs. Les centres budgétaires (en l'occurrence les bureaux de pays de l'OMS et les groupes organiques du Bureau régional) ont également mieux défini leurs priorités au cours de la planification opérationnelle en sélectionnant un nombre plus pertinent de résultats escomptés.

Il est prévu d'améliorer la gestion des programmes en veillant à ce que leur mise en œuvre et leur suivi soient axés sur les résultats et en s'assurant que la prise de décisions soit éclairée par des informations concrètes. Ces améliorations devraient permettre d'atteindre les résultats escomptés dans les délais, avec efficacité et précision, et faciliter des évaluations à partir desquelles l'Organisation pourra tirer des leçons.

Le budget programme 2018-2019 approuvé pour la Région africaine se présente comme suit :

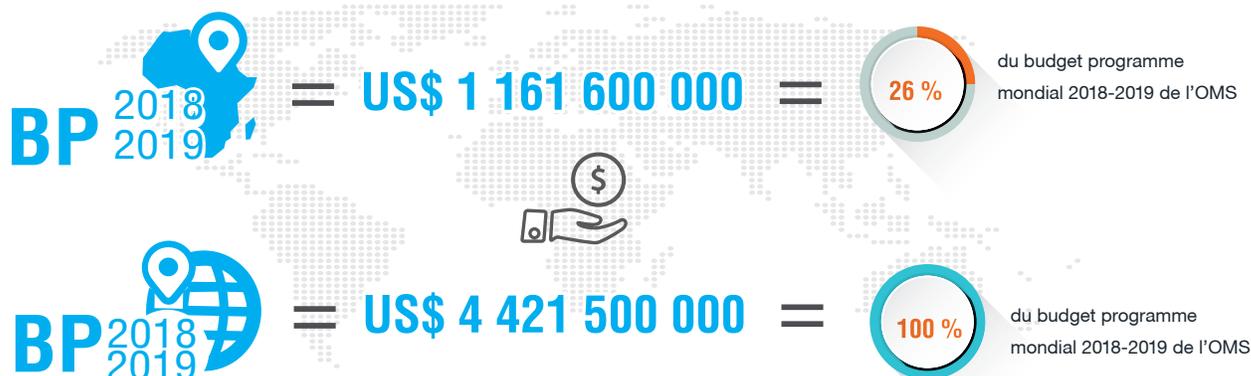




TABLEAU 1. EXÉCUTION DU BUDGET PROGRAMME 2018-2019 AU 30 JUIN 2018 (EN MILLIERS DE DOLLARS DES ÉTATS-UNIS)

Catégorie	Budget approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé ('000)	Budget alloué ('000)	Total des fonds disponibles ('000)	Pourcentage du financement par rapport au budget approuvé ('000)	Exécution du budget ('000)	Taux d'exécution du budget approuvé ('000)	Taux d'exécution des ressources disponibles ('000)
	[A]	[B]	[C]	[D = C/A]	[E]	[F = E/A]	[G = E/C]
Catégorie 1 Maladies transmissibles	291 100	276 545	125 528	43 %	57 065	20 %	45 %
Catégorie 2 Maladies non transmissibles	61 0000	57 950	20 569	34 %	6 016	10 %	29 %
Catégorie 3 Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie	105 300	100 035	42 178	40 %	14 299	14 %	34 %
Catégorie 4 Systèmes de santé	88 500	84 075	58 355	66 %	20 185	23 %	35 %
Catégorie 5 Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire	141 200	134 140	65 749	47 %	32 462	23 %	49 %
Catégorie 6 Services institutionnels et fonctions d'appui	147 000	139 650	88 725	60 %	35 838	24 %	40 %
Total – Programmes de base	834 100	792 395	401 107	48 %	165 868	20 %	41 %
Poliomyélite et programmes spéciaux							
10 - (Poliomyélite)	327 500	327 500	198 321	61 %	100 922	31 %	51 %
Total général	1 161 600	1 119 895	599 428	52 %	266 790	23 %	45 %

4.1

MALADIES TRANSMISSIBLES

La charge de mortalité et de morbidité due aux maladies et aux flambées épidémiques dans la Région africaine reste élevée et touche particulièrement les personnes les plus vulnérables, ainsi que les communautés les plus démunies et les plus défavorisées. L'OMS a collaboré avec les États Membres et les partenaires pour généraliser les interventions éprouvées de prévention et de traitement de maladies telles que le VIH/sida, l'hépatite, la tuberculose, le paludisme, les maladies à prévention vaccinale et les maladies tropicales négligées.

4. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

4.1 Catégorie 1. Maladies transmissibles

La charge de mortalité et de morbidité due aux maladies et aux flambées épidémiques dans la Région africaine reste élevée et touche particulièrement les personnes les plus vulnérables, ainsi que les communautés les plus démunies et les plus défavorisées. L'OMS a collaboré avec les États Membres et les partenaires pour généraliser les interventions éprouvées de prévention et de traitement de maladies telles que le VIH/sida, l'hépatite, la tuberculose, le paludisme, les maladies à prévention vaccinale et les maladies tropicales négligées.

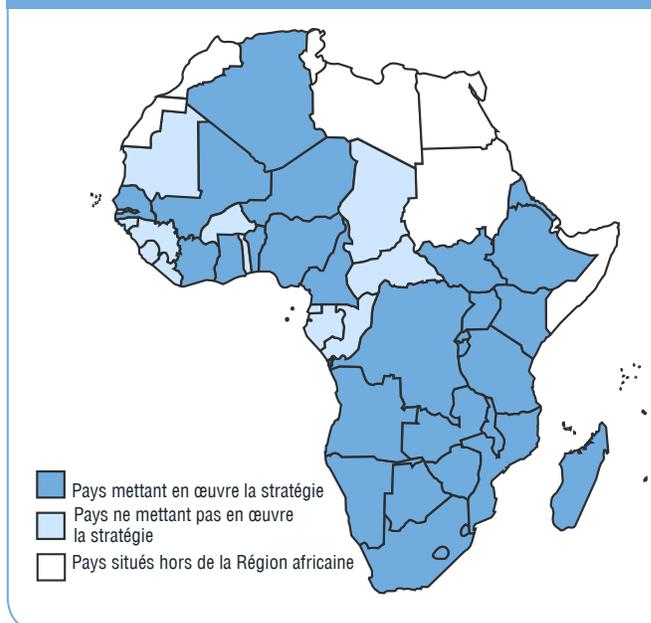
Depuis que les lignes directrices unifiées de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH ont été publiées en 2016, trente pays² ont adopté et mettent en œuvre la stratégie visant à « traiter tout le monde », qui permet de placer les patients VIH-positifs sous traitement antirétroviral, quelle que soit leur numération des CD4 (figure 4.1.1). En 2016, environ 70 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissaient leur statut sérologique, près de 13,8 millions de PVVIH (soit 53 % du total) suivaient un traitement antirétroviral et les taux de suppression de la charge virale se situaient à 44 %. La mise à l'échelle du dépistage du VIH et de la thérapie antirétrovirale se poursuit. Le Botswana, Eswatini et la Namibie ont quasiment atteint les cibles « 90-90-90 » concernant le dépistage et le traitement.

La couverture du traitement continue de poser problème en Afrique de l'Ouest et centrale même si la riposte au VIH a progressé dans ces deux sous-régions, passant de 28 % en 2015 pour s'établir désormais au-dessus de 40 %. Cette embellie s'explique par le plaidoyer de haut niveau entrepris, la mobilisation des ressources et des partenaires, la sensibilisation politique menée grâce au concours de l'Union africaine, sans oublier la tenue en 2017 de la 19^e Conférence internationale sur le sida et les IST en Afrique (ICASA).

À la suite de l'adoption du Cadre d'action 2016-2020 pour la prévention, les soins et le traitement de l'hépatite virale dans la Région africaine, l'OMS a prêté son assistance à 20 pays³ pour leur permettre d'élaborer des plans d'action nationaux alignés sur la stratégie mondiale. De même, seize pays⁴ sont désormais dotés de groupes de travail techniques nationaux et de points focaux au ministère de la Santé, dont la mission consiste à superviser la riposte nationale à l'hépatite. Onze pays⁵ ont imposé la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B pour réduire le nombre de nouveaux cas de cette pathologie chez les enfants.

La Région africaine affiche les taux d'incidence de la tuberculose les plus élevés au monde après l'Asie du Sud-Est, auxquels viennent se greffer une charge en augmentation due à la tuberculose pharmacorésistante. Avec l'appui de l'OMS, la quasi-totalité des États Membres de la Région ont adopté les cibles des objectifs de développement durable et la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose. Sur les 1 200 078 nouveaux patients qui ont débuté un traitement antituberculeux en 2015, quatre-vingt-trois pour cent ont été guéris, ce qui a permis d'éviter des millions de nouvelles infections⁶ par la tuberculose.

Figure 4.1.1. Nombre de pays mettant en application les lignes directrices consolidées de l'OMS pour le traitement du VIH/sida, à la fin de l'année 2017



Vingt et un pays⁷ ont commencé à utiliser de nouveaux médicaments antituberculeux et un traitement de plus brève durée (neuf mois) contre la tuberculose multirésistante, alors que onze autres pays⁸ s'apprêtent à lancer ce nouveau régime thérapeutique au cours de cette année 2018 (figure 4.1.2).

2. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Soudan du Sud, Zambie et Zimbabwe.

3. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Libéria, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Togo et Zimbabwe.

4. Afrique du Sud, Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal et Togo.

5. Algérie, Angola, Botswana, Cabo Verde, Gambie, Mauritanie, Maurice, Namibie, Nigéria, Sao Tomé-et-Principe et Sénégal.

6. D'après la théorie communément admise, selon laquelle en l'absence de traitement, un patient porteur d'une tuberculose active contaminera en moyenne entre 10 et 15 personnes chaque année. Pour plus d'informations, suivre le lien https://en.wikipedia.org/wiki/World_Health_Organization:_Aide-mémoire_n°_104_sur_la_tuberculose. Novembre 2010.

7. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Kenya, Mali, Mauritanie, Namibie, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Tchad et Zimbabwe.

8. Algérie, Botswana, Congo, Gabon, Gambie, Libéria, Madagascar, Malawi, Mozambique, Sierra Leone et Togo.



Photo : Maggie Hallahan

L'OMS a fourni un appui à 43 États Membres pour qu'ils puissent renforcer leurs services de lutte contre la tuberculose pharmacorésistante. Une assistance a en outre été apportée au Burkina Faso, à la Côte d'Ivoire, à l'Éthiopie, au Ghana et à Eswatini pour leur permettre de réaliser des enquêtes nationales visant à établir le profil de la résistance aux antituberculeux. Les résultats seront pris en compte dans l'actualisation de directives nationales relatives au traitement de la tuberculose, y compris pharmacorésistante.

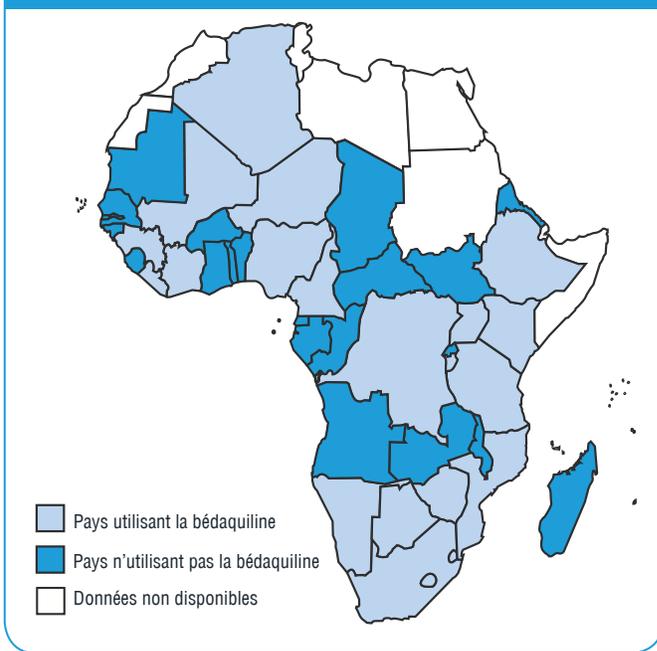
En 2017, la Namibie et l'Afrique du Sud ont entamé des enquêtes nationales sur la prévalence de la tuberculose afin de déterminer la charge de mortalité et de morbidité due à cette maladie. Des études similaires sont prévues au Botswana, au Lesotho, au Mozambique et à Eswatini en 2018, ce qui porte à 17 le nombre de pays ayant mené de telles enquêtes ces cinq dernières années.

Les services de laboratoire jouent un rôle primordial dans le dépistage des cas de tuberculose. La capacité des laboratoires à dépister les cas de tuberculose a été renforcée dans 21 pays⁹, et l'OMS a apporté une assistance technique à six pays¹⁰ pour soutenir l'évaluation des réseaux de laboratoires. À la fin de l'année 2017, vingt-deux¹¹ pays avaient acquis la technologie d'hybridation inverse de sondes moléculaires en ligne, qui permet de détecter la résistance aux antituberculeux de première et deuxième intentions. Le Laboratoire national de référence pour la tuberculose au Bénin est devenu le quatrième laboratoire supranational de référence pour la tuberculose dans la Région, et se trouve être l'un des 32 laboratoires de ce type dans le monde.

L'OMS A FOURNI UN APPUI À 43 ÉTATS MEMBRES POUR QU'ILS PUISSENT RENFORCER LEURS SERVICES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE PHARMACORÉSISTANTE. UNE ASSISTANCE A EN OUTRE ÉTÉ APPORTÉE :

- > au Burkina Faso, à la Côte d'Ivoire, à l'Éthiopie, au Ghana et à Eswatini pour leur permettre de réaliser des enquêtes nationales visant à établir le profil de la résistance aux antituberculeux.
- > Les résultats seront pris en compte dans l'actualisation de directives nationales relatives au traitement de la tuberculose, y compris pharmacorésistante.
- > En 2017, la Namibie et l'Afrique du Sud ont entamé des enquêtes nationales sur la prévalence de la tuberculose afin de déterminer la charge de mortalité et de morbidité due à cette maladie. Des études similaires sont prévues au Botswana, au Lesotho, au Mozambique et à Eswatini en 2018, ce qui porte à 17 le nombre de pays ayant mené de telles enquêtes ces cinq dernières années.

Pays ayant introduit des protocoles de traitement de plus brève durée pour les patients atteints de tuberculose multirésistante, à la fin de l'année 2016



Quatorze pays¹² d'Afrique subsaharienne supportaient à eux seuls 80 % de la charge mondiale de paludisme¹³; de surcroît, le rythme des progrès réalisés au titre de la lutte antipaludique a ralenti dans de nombreux pays, ce qui s'est traduit par des lacunes importantes dans la mise en œuvre des mesures de prévention du paludisme. Grâce à l'appui apporté par l'OMS à la révision des plans stratégiques de lutte contre le paludisme, 24 pays¹⁴ ont actualisé leurs politiques et leurs directives nationales et mènent des interventions reposant sur des bases factuelles, en adéquation avec la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique s'est associé au Programme mondial de lutte antipaludique, à l'Université Cheick Anta Diop (Sénégal) et à la Fondation de médecine et de recherche africaine (Kenya) pour évaluer les compétences de 137 spécialistes du diagnostic microscopique du paludisme. Cette démarche a contribué au renforcement des capacités des équipes qui jouent un rôle primordial dans les programmes nationaux de lutte contre le paludisme dans 23 pays¹⁵. Les capacités ont été renforcées dans 12 pays¹⁶ – en majorité francophones – pour améliorer la qualité des études portant sur l'efficacité des traitements, alors que le personnel national œuvrant pour la lutte antipaludique dans 43 pays¹⁷ a été formé à la surveillance du paludisme afin d'améliorer la qualité des données sur cette maladie, tout comme l'utilisation des données ainsi recueillies dans la prise de décisions.

8. Algérie, Botswana, Congo, Gabon, Gambie, Libéria, Madagascar, Malawi, Mozambique, Sierra Leone et Togo.
 9. Angola, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Nigéria, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Sénégal.
 10. Angola, Burkina Faso, Cameroun, Madagascar, République démocratique du Congo et Rwanda.
 11. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Guinée-Bissau, Madagascar, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.
 12. Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Rwanda.
 13. Rapport sur le paludisme dans le monde, 2017.
 14. Bénin, Botswana, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie (partie continentale et Zanzibar), Sénégal, Soudan du Sud et Togo.
 15. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Érythrée, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Soudan du Sud, Eswatini, Zambie et Zimbabwe.
 16. Angola, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Gabon, Guinée équatoriale, Madagascar, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe et Tchad.
 17. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie (partie continentale et Zanzibar), Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

En vue de faciliter le suivi des taux d'incidence et de prévalence, une base de données en ligne¹⁸ sur la situation du paludisme en Afrique de l'Est a été lancée au premier trimestre 2018. En plus de fournir des informations relatives à la réduction de la charge du paludisme, à l'élimination de ce fléau, à sa surveillance et au contrôle de la qualité, cette plateforme permet de partager les données par-delà les frontières, au titre de la collaboration sous-régionale. Cette base de données sera étendue prochainement à l'ensemble de la Région africaine.

Le vaccin antipaludique RTS,S a été homologué au Ghana, au Kenya et au Malawi en vue de son utilisation dans le cadre du programme d'application expérimentale qui devrait débuter en septembre 2018. Ce programme permettra de recueillir des informations sur la meilleure façon non seulement d'administrer ce vaccin dans le cadre des systèmes de vaccination systématique, mais aussi de consolider son profil d'innocuité et d'évaluer son impact sur la survie des enfants. Ce nouvel outil viendra compléter les interventions antipaludiques disponibles dont l'efficacité est avérée en matière de lutte antipaludique et, partant, modifier la donne de la lutte contre le paludisme en Afrique.

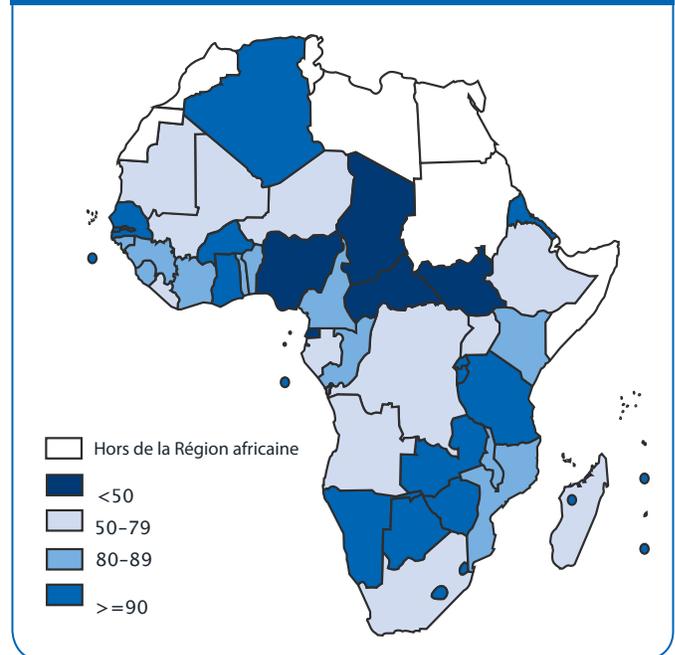


Photo OMS

En octobre 2017, la Directrice régionale a effectué une visite au Nigéria. L'objet de cette mission était de renforcer la collaboration entre l'OMS et l'administration nigérienne. Le point culminant de la visite aura été le lancement de la campagne intégrée de chimioprévention de la poliomyélite et du paludisme saisonnier (SMC). Au cours de cette campagne, l'infrastructure mise en place pour la lutte antipoliomyélique a été utilisée au profit de la chimioprévention du paludisme et de la vaccination porte-à-porte contre la poliomyélite.

L'OMS a renouvelé son partenariat avec le Fonds mondial, le but étant de permettre aux pays de mobiliser des ressources pour le cycle 2017-2019. En vertu d'un accord signé en décembre 2017, trente-six pays¹⁹ ont reçu des subventions du Fonds mondial. Il convient de souligner que l'OMS a apporté son assistance à ces pays pour élaborer leurs demandes de financement dans le cadre d'initiatives stratégiques axées sur la lutte contre sur le VIH/sida,

Figure 4.1.3. Couverture vaccinale par le DTC3 dans la Région africaine, en 2017



la tuberculose, le paludisme, sur l'édification de systèmes de santé résilients et durables, et sur l'amélioration de la santé reproductive et de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

La vaccination protège les enfants contre les maladies que l'on peut prévenir par ce moyen et qui causent une morbidité et une mortalité élevées dans la Région. Il ressort des estimations de la couverture vaccinale régionale que la couverture par le vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3) a stagné à 72 % en 2017²⁰ (figure 4.1.3).

Le DTC3 a été administré à 25,5 millions d'enfants au total, alors que 125,5 millions d'enfants ont reçu des doses supplémentaires du vaccin antirougeoleux ou du vaccin contenant les valences rougeole et rubéole lors de campagnes de vaccination de masse menées dans 14 pays.

18. <https://who-dev.baosystems.com/dhis-web-dashboard-integration/index.html>

19. Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Mali, Madagascar, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Soudan du Sud, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

20. Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale par pays, juillet 2018.



Le DTC3 a été administré à 25,5 millions d'enfants, alors que des doses supplémentaires du vaccin antirougeoleux ou du vaccin contenant les valences rougeole et rubéole ont été administrées à 125,5 millions d'enfants lors de campagnes de vaccination de masse menées dans 14 pays. Grâce au renforcement des capacités nationales et à l'assistance technique dont ils ont bénéficié pour améliorer la vaccination systématique, 20 pays ont pu atteindre un taux de couverture par le DTC3 supérieur ou égal à 90 % des enfants à vacciner. Au total, 38 pays de la Région africaine ont déjà atteint un niveau leur permettant de faire valider l'élimination du tétanos maternel et néonatal sur leur territoire.

Malgré la pénurie mondiale du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) et du vaccin contre le papillomavirus humain (VPH), l'OMS a continué de prêter assistance aux pays pour améliorer leur état de préparation à introduire ces deux vaccins dès qu'ils deviendront disponibles. Onze autres pays²¹ ont intégré le VPI dans leurs systèmes de vaccination systématique, portant leur nombre total à 41. La République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe commenceront à utiliser le VPH avant la fin de l'année en cours.

Grâce à l'accompagnement et au plaidoyer soutenu de l'OMS et des partenaires, les pays ont continué à utiliser le vaccin antipneumococcique conjugué (VPC) et le vaccin antirotavirus qui ont été introduits dans 38 et 33 pays, respectivement, même si la couverture vaccinale est restée faible, s'établissant à 65 % et à 43 %, respectivement.

L'OMS a évalué l'impact et l'efficacité de ces vaccins sur la charge de morbidité dans 15 pays et constaté une réduction importante des hospitalisations causées par la diarrhée à rotavirus, ainsi qu'une diminution des cas de méningite bactérienne pédiatrique, de maladie invasive à pneumocoques et de pneumonie dans les pays

qui administrent ces vaccins de manière systématique. D'après les estimations, 135 000 hospitalisations et 21 000 décès liés à l'infection à rotavirus avaient été évités chez les enfants de moins de cinq ans à la fin de l'année 2017²².

En mai 2018, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, un Argumentaire d'investissement pour les activités de vaccination réalisées par l'OMS sur le continent africain au cours de la période 2018-2030 a été lancé. Le but de cet argumentaire est de sauver 1,9 million de vies et de prévenir 167 millions de cas d'infections évitables par la vaccination d'ici à 2030, ce qui pourrait engendrer des dividendes économiques se chiffrant à US \$58 milliards.

En mai 2018, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, un Argumentaire d'investissement pour les activités de vaccination réalisées par l'OMS sur le continent africain au cours de la période 2018-2030 a été lancé. Le but de cet argumentaire est de sauver 1,9 million de vies et de prévenir 167 millions de cas d'infections évitables par la vaccination d'ici à 2030, ce qui pourrait engendrer des dividendes économiques se chiffrant à US \$58 milliards.

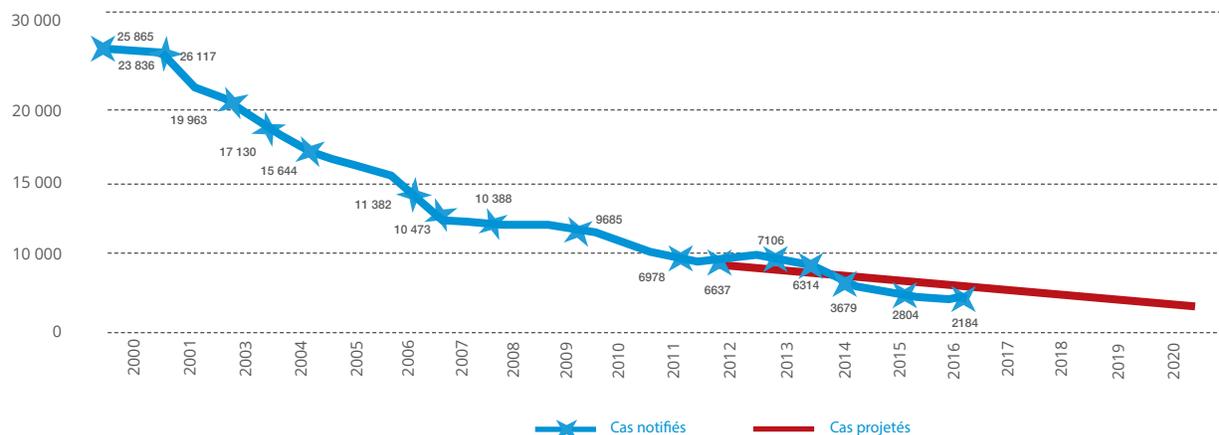
21. Angola, Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Ghana, Malawi, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone et Togo.

22. Minesh P. Shah, Jacqueline E. Tate, Jason M. Mwenda, A. Duncan Steele et Umesh D. Parashar. Estimated reductions in hospitalizations and deaths from childhood diarrhea following implementation of rotavirus vaccination in Africa, Journal Expert Review of Vaccines, Volume 16, septembre 2017.



Photo : OMS/J. Pudlowski

Figure 4.1.3. TENDANCE ET PERSPECTIVES DE L'ÉLIMINATION DE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE D'ICI À 2020



L'argumentaire d'investissement donne une idée globale des ressources dont les États Membres auront besoin d'une part pour renforcer leurs programmes nationaux de vaccination, en utilisant une approche intégrée qui prend en compte toutes les étapes de la vie, et d'autre part pour rendre moins difficile la transition du financement des donateurs vers un financement national.

L'action sur les déterminants environnementaux de la santé tels que l'eau de boisson saine, l'assainissement et l'hygiène, la gestion de l'eau, la pollution atmosphérique et des sols, la lutte antivectorielle et le changement climatique figure parmi les priorités majeures de la Région. On estime que 28 % des décès prématurés sont liés à des environnements insalubres²³.

À la suite de l'adoption de la nouvelle Stratégie régionale pour l'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine dans la Région africaine 2017-2021, l'OMS a établi le premier rapport régional sur les vecteurs d'arboviroses présentant les profils des pays, en collaboration avec l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal). Ce rapport met l'accent sur la surveillance et intégrée des vecteurs et la lutte antivectorielle, le but étant de favoriser une lutte antivectorielle intégrée reposant sur des bases factuelles, en particulier lors des situations d'urgence et en cas d'épidémies. En outre, cinq pays²⁴ ont élaboré des plans pour la gestion de la résistance aux insecticides. Le rapport servira de boussole aux pays dans leur action visant à prévenir les flambées épidémiques.

En 2017, l'OMS et l'UNICEF ont publié un document commun actualisé²⁵ portant sur le suivi de l'accès à l'eau et l'assainissement, avec des données issues de tous les 47 pays de la Région. Il ressort de ce document que seulement 59 % de la population a accès à l'eau de boisson saine, 31 % à des services d'assainissement de base, et 18 % à des installations élémentaires de lavage des mains. Ces chiffres illustrent à suffisance les besoins en ressources que l'on doit combler pour atteindre les objectifs de développement durable.

L'OMS a décaissé US \$15 millions pour la mise en œuvre de programmes intersectoriels prioritaires sur la santé et l'environnement, et pour l'entrée en vigueur d'accords multilatéraux sur l'environnement dans 12 pays²⁶. Le Bureau régional contribuera à la recherche opérationnelle et au renforcement des capacités nationales de lutte antivectorielle intégrée dans 14 pays²⁷ sur les cinq prochaines années, grâce à une subvention de US \$9,5 millions octroyée par le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE). Dans le cadre d'un autre projet de US \$10 millions élaboré et approuvé par le Fonds pour l'environnement mondial par l'intermédiaire du PNUE, l'OMS renforcera les capacités de surveillance chimique dans neuf pays²⁸ afin de faire en sorte que les produits chimiques soient gérés de manière rationnelle et d'atténuer leur impact sur la santé.

La Région africaine supporte environ 40 % de la charge mondiale de morbidité et de mortalité due aux maladies tropicales négligées²⁹. Grâce aux efforts fournis par l'OMS et ses partenaires, la maladie du ver de Guinée (encore appelée « dracunculose ») est en passe d'être éradiquée. Le Kenya a été certifié exempt de transmission locale de la maladie du ver de Guinée, portant à 41 le nombre total de pays qui ont obtenu une telle certification. Seuls l'Angola et la République démocratique du Congo doivent encore se soumettre à un processus de vérification, alors que le Soudan du Sud se trouve déjà au stade de la précertification. Si l'Éthiopie, le Mali et le Tchad restent endémiques pour la maladie du ver de Guinée, le Tchad et l'Éthiopie n'ont notifié que 15 cas chacun en 2017. Le pian, endémique dans au moins 10 pays²⁸, est ciblé pour éradication moyennant l'administration massive de l'azithromycine. La cartographie est en cours pour identifier toutes les communautés à risque, dans le cadre de cette intervention à grande échelle et à impact rapide visant à éradiquer le pian.

Grâce aux efforts soutenus de surveillance et de lutte, on progresse vers l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine, une maladie qui sévit uniquement dans la Région africaine (figure 4.1.4). Seules les Comores enregistrent un taux de prévalence de la lèpre supérieur à un cas pour 10 000 habitants.

23. Organisation mondiale de la Santé. *Preventing diseases through Health Environment: A global estimate of the burden of disease from environment risks*. Genève, 2016.

24. Bénin, Burkina Faso, Niger, Nigéria et Zimbabwe.

25. Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène. *A Snapshot of Drinking Water, Sanitation and Hygiene in the WHO African Region*, septembre 2017.

26. Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Ghana, Guinée, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Sénégal, Togo et Zambie.

27. Afrique du Sud, Botswana, Eswatini, Gambie, Kenya, Libéria, Madagascar, Mozambique, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.

28. Afrique du Sud, Éthiopie, Gabon, Kenya, Mali, Madagascar, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.

29. Document d'information AFR/RC67/INF.DOC/3.



Photo : OMS

Avec l'appui du Département britannique pour le développement international (DFID) et de la Fondation Gilead, l'OMS a œuvré pour sauver la vie de quelque 6700 personnes dans trois pays³⁰ en fournissant des médicaments et des kits de diagnostic pour le traitement de la leishmaniose viscérale et la lutte contre cette maladie. Le nombre de cas d'ulcère de Buruli a baissé, passant de 2933 cas en 2014 à 1914 cas en 2017, grâce à l'utilisation des antibiotiques oraux recommandés par l'OMS et à la mise en œuvre de la stratégie intégrée de prise en charge des patients atteints de maladies tropicales négligées.

Par l'intermédiaire du Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ci-après désigné « ESPEN » ou le « projet ESPEN »), l'OMS œuvre avec ses partenaires et les États Membres afin de susciter l'engagement politique et de mobiliser les ressources nécessaires pour faire reculer puis éliminer les cinq maladies tropicales négligées à chimioprévention (MTN-CP) les plus courantes en Afrique, en l'occurrence la filariose lymphatique, l'onchocercose, les géohelminthiases, la schistosomiase et le trachome.

À la fin de l'année 2017, l'OMS était parvenue à mobiliser US \$16 millions dans le but non seulement d'étendre à 100 % la couverture

géographique des interventions de lutte contre les cinq MTN-CP, mais aussi de renforcer l'échange d'informations et d'améliorer l'utilisation des médicaments reçus en donation, entre autres.

À la suite d'une analyse des lacunes et grâce au financement accordé par ses partenaires, ESPEN a apporté son appui à 13 pays³¹ pour intensifier les campagnes d'administration massive de médicaments, afin de toucher au moins 30 millions de personnes. Quatorze autres pays³² ont bénéficié d'une assistance pour mener des activités programmatiques englobant les évaluations d'impact, la planification et la budgétisation.

Le projet ESPEN a établi un laboratoire pleinement opérationnel à Ouagadougou (Burkina Faso) pour accompagner les efforts régionaux visant à diminuer le traitement de l'onchocercose là où l'impact voulu a été obtenu.

Pour faciliter l'accès à des données courantes, ESPEN a collaboré avec les États Membres afin de développer un système de données mobiles permettant de recueillir des données issues de sites distants et de les transmettre à une base de données centralisée hébergée au Bureau régional.

30. Éthiopie, Kenya et Soudan du Sud.

31. Burundi, Cabo Verde, Tchad, Comores, Congo, Éthiopie, Lesotho, Nigéria, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Soudan du Sud, Soudan et Zambie.

32. Bénin, Comores, Congo, Éthiopie, Guinée, Guinée-Bissau, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Soudan du Sud, Tchad et Togo.

EXEMPLE DE RÉUSSITE

PROGRÈS RÉALISÉS VERS L'ÉRADICATION DE LA MALADIE DU VER DE GUINÉE

En février 2018, le Kenya est devenu le 41^e pays de la Région africaine de l'OMS à avoir été certifié exempt de dracunculose. Le pays doit ce succès à la mise en œuvre, depuis 2012, d'une stratégie en trois volets s'articulant autour du suivi et de la notification des cas, de la recherche et de l'éducation.

La maladie du ver de Guinée (encore connue sous l'appellation de « dracunculose ») est une maladie parasitaire invalidante causée par *Dracunculus medinensis*, un long ver filaire. Elle se transmet lorsqu'une personne boit de l'eau non potable contaminée par des copépodes d'eau douce infectées par le parasite vecteur de la dracunculose. La maladie du ver de Guinée touche les personnes qui n'ont pas accès à l'eau de boisson saine et qui de ce fait sont contraintes de recueillir l'eau qu'elles boivent dans des sources stagnantes, ouvertes et non protégées. La dracunculose est un indicateur de pauvreté et de sous-développement.

Des lignes téléphoniques directes pour la surveillance permettant de notifier les cas de dracunculose ont été établies et renforcées, et des récompenses en espèces ont été proposées à l'échelle nationale afin d'inciter les populations à rapporter tous les cas de dracunculose. La recherche s'est appuyée sur des études de cas, ainsi que sur la revue documentaire et les investigations sur les rumeurs menées dans les 24 heures suivant la notification. En outre, le personnel de santé a été sensibilisé à la menace que représente la maladie du ver de Guinée et invité à renforcer la surveillance.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a prêté une assistance au Programme d'éradication de la dracunculose au Kenya, par l'intermédiaire du Comité national de certification



Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a prêté une assistance au Programme d'éradication de la dracunculose au Kenya, par l'intermédiaire du Comité national de certification créé en novembre 2014 pour diriger les activités d'éradication et de certification de cette maladie, lesquelles activités ont été menées via le ministère de la Santé dans le but de préparer le pays à la certification.

créé en novembre 2014 pour diriger les activités d'éradication et de certification de cette maladie, lesquelles activités ont été menées via le ministère de la Santé dans le but de préparer le pays à la certification.

4.2

CATÉGORIE 2. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Les maladies non transmissibles (MNT) contribuent dans une très large mesure à la charge de morbidité dans la Région, et la mortalité liée à ces maladies est également en augmentation. Les maladies non transmissibles comprennent les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les affections respiratoires chroniques, qui sont en grande partie évitables si l'on s'attaque à leurs facteurs de risque principaux, à savoir le tabagisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool.

4. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

4.2 Catégorie 2. Maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles (MNT) contribuent dans une très large mesure à la charge de morbidité dans la Région, et la mortalité liée à ces maladies est également en augmentation³³. Les maladies non transmissibles comprennent les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les affections respiratoires chroniques, qui sont en grande partie évitables si l'on s'attaque à leurs facteurs de risque principaux, à savoir le tabagisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool. L'OMS soutient les efforts que les pays font pour réduire l'impact des maladies non transmissibles moyennant des campagnes de promotion de la santé et de réduction des risques, ainsi que par la prévention, le traitement et la surveillance de ces maladies et de leurs facteurs de risque.

Le plaidoyer de haut niveau entrepris pour exhorter les États Membres à allouer des ressources suffisantes à la lutte contre les maladies non transmissibles et à accorder la priorité à la lutte contre les maladies non transmissibles dans les plans de santé nationaux commence à porter ses fruits. L'OMS a apporté un appui technique à sept États Membres³⁴ pour qu'ils puissent élaborer ou finaliser des plans stratégiques ou des plans d'action multisectoriels nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, conformément à la Déclaration des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et au Plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020.

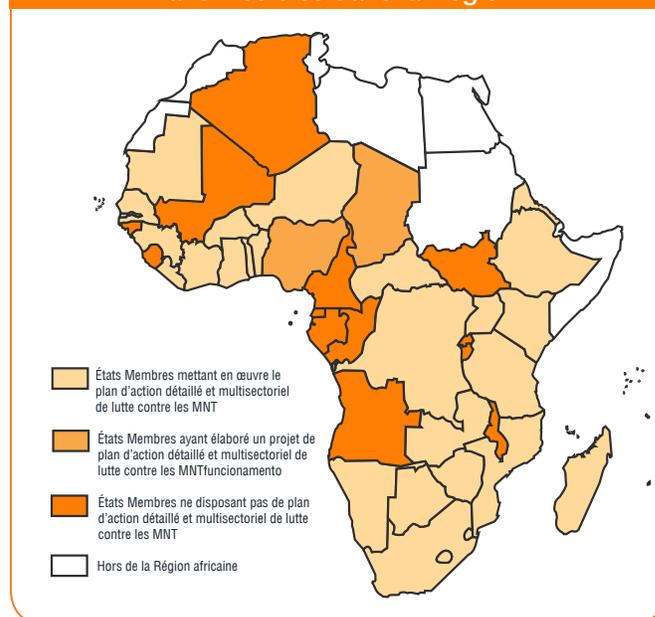
Au 31 mars 2018, trente et un États Membres³⁵ avaient formulé des plans stratégiques et des plans d'action pour combattre les maladies non transmissibles et ces plans étaient opérationnels dans 17 pays³⁶, à la suite de leur approbation par les gouvernements des pays concernés (voir à cet effet la figure 4.2.1). De tels plans multisectoriels permettront d'apporter une réponse cohérente à la lutte contre les maladies non transmissibles et de mobiliser les parties prenantes afin d'atteindre les objectifs fixés sur le plan national. L'OMS a aussi fourni un appui à la Namibie et aux Seychelles pour qu'elles puissent élaborer et mettre en œuvre leurs plans nationaux de lutte contre le cancer. Le Zimbabwe a quant à lui finalisé et approuvé son plan stratégique national de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

Les dirigeants mondiaux et régionaux ont pris l'engagement de s'attaquer à la lourde charge de morbidité et de mortalité due aux maladies non transmissibles.

En août 2017, les États Membres ont adopté le Cadre régional pour l'intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires, qui donne aux États Membres des indications utiles pour accroître la prévention, la détection précoce et améliorer le traitement des maladies non transmissibles aux niveaux périphériques.

L'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles comprend des actions d'un bon rapport coût-efficacité que l'on peut intégrer dans les soins de santé primaires pour permettre aux pays de tenir leurs engagements. En vue de renforcer les capacités de lutte contre les maladies non transmissibles et d'élargir la couverture sanitaire des interventions y afférentes, l'OMS a collaboré avec l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) pour dispenser à des responsables de programmes de lutte contre les maladies non transmissibles, issus de 14 ministères de la Santé en Afrique de l'Ouest³⁷, une formation portant sur l'utilisation du WHO-PEN.

Figure 4.2.1. État de mise en œuvre des plans multisectoriels de lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région



33. Organisation mondiale de la Santé. Estimations sanitaires mondiales. Genève, 2015. Pour plus d'informations, veuillez suivre le lien http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html (consulté le 21 mars 2018).

34. Botswana, Mauritanie, Namibie, Niger, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Togo.

35. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Seychelles, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

36. Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Niger, République centrafricaine, Seychelles, Togo et République-Unie de Tanzanie.

37. Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone et Togo.

Au Lesotho, la phase pilote du WHO-PEN a démarré en décembre 2017, à la suite du soutien que l'OMS a fourni à ce pays pour lui permettre d'élaborer des directives nationales sur la lutte contre les maladies non transmissibles et de former des travailleurs de santé. Le Nigéria a également bénéficié d'un appui technique pour élaborer des directives et un protocole relatifs au WHO-PEN. Étant donné que 10 pays³⁸ de la Région utilisent désormais le WHO-PEN, il faut intensifier les efforts pour atteindre la cible de 24 pays d'ici à 2020.

En vue de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux, l'OMS a soutenu les efforts que font l'Éthiopie et l'Ouganda pour mettre au point et exécuter le module technique de l'initiative Global HEARTS dans certains districts. Le module HEARTS a par ailleurs été associé au module de formation sur la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles de l'adulte et de l'adolescent (PCIMAA), tout comme au WHO-PEN, afin de garantir une meilleure intégration des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles et de proposer aux agents de santé une aide à la prise de décisions cliniques. Le module comprend trois outils destinés à la surveillance des cas de maladie cardiovasculaire ou de diabète, d'asthme ou de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et de cardiopathie rhumatismale, ainsi qu'un registre de suivi longitudinal des patients. Ces outils intégrés contribueront au dépistage précoce, au diagnostic et à un meilleur traitement des maladies non transmissibles dans les établissements de soins de santé primaires.



Photo OMS

L'OMS a formé 41 agents de santé de l'Hôpital régional de Masaka (Ouganda) à l'utilisation du module portant sur la lutte contre les maladies non transmissibles, que l'on peut désormais déployer dans d'autres districts.

La drépanocytose constitue la maladie génétique la plus courante dans la Région africaine et une cause majeure de morbidité et de mortalité dans les pays fortement touchés. L'OMS a apporté un appui technique à la République du Congo afin de renforcer les capacités du Centre national de référence de la drépanocytose³⁹, à Brazzaville, qui éclairera et soutiendra la prise en charge de la drépanocytose dans le pays et préviendra, traitera et soignera les patients atteints de cette maladie dans la ville.

L'OMS et le Centre national de lutte contre la drépanocytose basé à Lagos (Nigéria) ont mis au point un manuel pour la prise en charge des troubles liés à la drépanocytose, à l'intention des médecins et du personnel infirmier. À l'ouest du Kenya, l'OMS a soutenu l'organisation d'un atelier consultatif sur la drépanocytose dont l'objectif était d'améliorer la qualité de vie des drépanocytaires. Parmi les recommandations formulées à l'issue de cet atelier, on peut citer l'impérieuse nécessité d'améliorer le dépistage, le diagnostic et le traitement des drépanocytaires et le besoin d'intégrer la prise en charge de la drépanocytose dans d'autres programmes, surtout dans les formations sanitaires et en milieu scolaire, en insistant sur la mobilisation des ressources qui permettront de lutter contre cette maladie.

L'OMS et ses partenaires⁴⁰ continuent de soutenir le programme *Be He@lthy-Be Mobile* qui utilise la technologie mobile pour améliorer la lutte contre les maladies non transmissibles. En Zambie et au Burkina Faso, l'accent est mis sur le cancer du col de l'utérus, alors que le programme mDiabète du Sénégal s'adresse directement à la population qui reçoit des messages importants sur téléphone mobile – en l'occurrence des textos. Au Sénégal toujours, Le nombre d'abonnés au programme mDiabète du Sénégal ne cesse d'augmenter depuis son lancement en 2014. En 2017, environ 117 800 patients diabétiques et 5000 prestataires de soins de santé participaient au programme. Une évaluation a été menée en 2017 pour déterminer la capacité du programme à contribuer à une meilleure prise en charge du diabète et à documenter l'amélioration du contrôle de la glycémie chez les participants. Il est ressorti de cette évaluation que l'envoi de messages éducatifs sur le diabète par texto améliorait le contrôle de la glycémie chez les diabétiques de type 2 et que les plateformes de santé mobile constituent un outil à la fois peu onéreux et efficace que l'on peut utiliser pour donner aux personnes atteintes de diabète au Sénégal des informations sur leur traitement⁴¹.

L'OMS a apporté un appui technique à la République du Congo afin de renforcer les capacités du Centre national de référence de la drépanocytose, à Brazzaville, qui éclairera et soutiendra la prise en charge de la drépanocytose dans le pays et préviendra, traitera et soignera les patients atteints de cette maladie dans la ville.

38. Bénin, Botswana, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Malawi, Nigéria, Sierra Leone et Togo.

39. Centre national de référence de la drépanocytose (CNRD) « Maman Antoinette Sassou-N'Guesso ».

40. Union internationale des télécommunications (UIT) et Bloomberg Philanthropies.

41. Wargny M., Kleinebreil L., Diop S., Ndour-Mbaye M., Ba M., Balkau B., Simon D. SMS-based intervention in type 2 diabetes: clinical trial in Senegal. *BMJ Innovations* 2018, Vol 4:142-146.

Afin d'éliminer le noma⁴² en tant que problème de santé publique dans la Région, l'OMS a fourni son appui à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans triennaux de lutte contre cette maladie dans 10 États Membres⁴³ et facilité la conception et la diffusion de matériels d'information, éducation et communication (IEC) pertinents. En outre, le manuel de santé bucco-dentaire élaboré en 2016 a été traduit en arabe afin d'en élargir la diffusion.

Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'abus de substances psychoactives font peser un lourd fardeau sur la personne qui en souffre, ainsi que sur sa famille et sur la communauté au sens large. Ces troubles touchent tous les groupes sociaux sans distinction d'âge, et plus de 75 % des personnes souffrant de troubles mentaux ne reçoivent ni traitement ni soin dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

L'OMS a apporté une assistance à six pays⁴⁴ pour réviser ou élaborer leurs politiques nationales de santé mentale, afin d'améliorer l'accès à ces services dans les États Membres. Plus de 300 agents de soins de santé primaires ont été formés pour pouvoir répondre aux problèmes de santé mentale en situation normale et après une crise, en utilisant les outils de l'OMS.



À titre de suivi des recommandations formulées lors de la sixième Réunion des ministres africains de la Santé des petits États insulaires en développement (PEID) qui s'est tenue en septembre 2017, l'OMS a fourni son appui à Cabo Verde pour lui permettre d'élaborer un plan contre l'usage nocif de l'alcool. Maurice et les Seychelles ont aussi bénéficié d'un soutien pour établir des plans d'action contre l'alcool et d'autres drogues.

L'OMS continue d'apporter son assistance aux États Membres pour qu'ils élaborent et fassent appliquer une législation et des réglementations en matière de lutte antitabac. Huit États Membres⁴⁵ ont promulgué des lois antitabac alignées sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

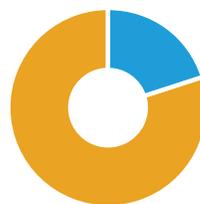
En outre, 17 États Membres⁴⁶ et trois groupements sous-régionaux – la Communauté de l'Afrique de l'Est (EAC), la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et l'Union

économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) – ont bénéficié d'un accompagnement pour appliquer des changements dans leurs politiques relatives à la taxation du tabac et à la simulation de taxe. La CEDEAO et l'UEMOA ont adopté de nouvelles directives concernant les droits d'accise sur le tabac. L'OMS a également apporté un appui technique à la ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. C'est ainsi que le Mozambique a ratifié la CCLAT-OMS, tandis que trois autres États Membres⁴⁷ ont ratifié le Protocole.

L'OMS a apporté son soutien à 12 pays⁴⁸ qui ont achevé l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes ou de nouvelles éditions de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes afin d'exploiter les données ainsi recueillies pour orienter et améliorer les politiques antitabac et renforcer les capacités des programmes. Des profils pays de la lutte antitabac⁴⁹ comportant des données sur la charge de morbidité et de mortalité due au tabagisme et des informations sur la lutte contre ce fléau ont été établis et publiés pour les 47 pays de la Région. Ces profils pays fournissent des informations sur la prévalence du tabagisme, les mesures de prévention, le sevrage tabagique et l'économie du tabac dans les États Membres.

L'OMS a fourni un appui technique et du matériel au Malawi et à la Zambie pour qu'ils puissent réaliser des enquêtes par étapes (dites « STEPwise »)⁵⁰ sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque. Ces enquêtes donneront une meilleure idée de la charge de morbidité et de mortalité due aux maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque dans les deux pays et éclaireront les interventions susceptibles d'éviter une très forte propagation de ces maladies.

Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'abus de substances psychoactives font peser un lourd fardeau sur la personne qui en souffre, ainsi que sur sa famille et sur la communauté au sens large. Ces troubles touchent tous les groupes sociaux sans distinction d'âge, et plus de



75/100

des personnes souffrant de troubles mentaux ne reçoivent ni traitement ni soin dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

42. Le noma est une maladie nécrasante et destructrice qui s'attaque à la bouche et au visage chez l'enfant de deux à six ans souffrant de malnutrition et vivant dans des conditions de pauvreté extrême.

43. Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Mali, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Sénégal et Togo.

44. Érythrée, Éthiopie, Ghana, Namibie, République centrafricaine et Sierra Leone.

45. Gambie, Gabon, Ghana, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Sénégal et Togo.

46. Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Madagascar, Mauritanie, Niger, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal et Togo.

47. Madagascar, Niger et Togo.

48. Afrique du Sud, Cameroun, Kenya, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, Sénégal, Seychelles, Tanzanie, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.

49. http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/en/

50. Les enquêtes par étapes sont un outil dont se sert l'OMS pour évaluer l'ampleur des facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles. Ces enquêtes sont menées dans les pays de façon périodique, selon un cycle de trois à cinq ans.



EXEMPLE DE RÉUSSITE

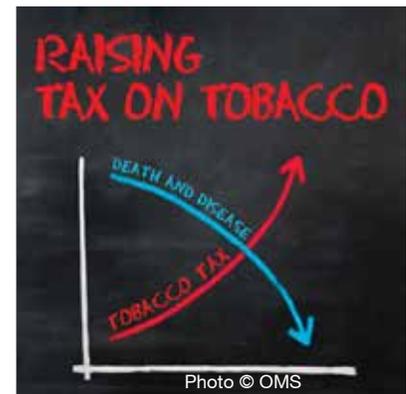
IMPOSITION D'UNE TAXE SUR LE TABAC : LA GAMBIE MONTRE LA VOIE

La méthode la plus efficace pour réduire la consommation de tabac et amener les fumeurs à abandonner la cigarette consiste à augmenter le prix du tabac moyennant des taxes plus élevées. En 2012, la Gambie figurait parmi les pays où les prix des produits du tabac étaient les plus bas au monde, les taxes représentant seulement 40 % du prix de détail, en baisse par rapport aux 50 % en vigueur en 2008.

Avec l'appui technique de l'OMS, la Gambie a modifié son assiette d'imposition des cigarettes en 2013, passant du poids global du paquet au nombre de bâtons par paquet comme base de calcul de la taxe. Le pays a aussi adopté un plan triennal portant sur des augmentations fiscales annuelles destinées à relever le prix moyen des cigarettes pour le rapprocher de la moyenne régionale en Afrique, qui se situait à US \$1,24 le paquet en 2016.

Depuis la mise en œuvre du plan déjà évoqué, l'augmentation réelle des prix et des recettes a été supérieure aux prévisions chaque année. Les importations de cigarettes ont diminué immédiatement après la hausse de la taxe en 2014, entraînant une baisse de la consommation. La part de la taxe d'accise s'est également accrue lors des années qui ont suivi, atteignant la barre de 54 % du prix de détail en 2016, tandis qu'une taxe environnementale sur les cigarettes et les produits du tabac a multiplié par 15 les recettes générées par les taxes écologiques.

La Gambie a mis en œuvre un plan nouveau et plus ambitieux de taxation du tabac en 2016, qui permettra d'augmenter la taxe par paquet de US \$0,10 chaque année jusqu'à ce qu'elle atteigne US \$0,63 par paquet en 2019.



La méthode la plus efficace pour réduire la consommation de tabac et amener les fumeurs à abandonner la cigarette consiste à augmenter le prix du tabac moyennant des taxes plus élevées.

La part de la taxe pourrait atteindre 63 % du prix de détail moyen d'ici à 2019.

La détermination de la Gambie à exploiter le plein potentiel de la taxation du tabac devrait permettre à ce pays de réduire davantage la consommation de tabac et la charge de morbidité et de mortalité due au tabagisme.

4.3

PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE

L'OMS apporte un appui aux pays pour promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie, de la conception jusqu'à la vieillesse, en mettant un accent particulier sur l'amélioration de la santé des enfants, des adolescents et des femmes grâce à des interventions telles que la vaccination, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis, et la nutrition, entre autres.

4. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

4.3 Catégorie 3. Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

L'OMS apporte un appui aux pays pour promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie, de la conception jusqu'à la vieillesse, en mettant un accent particulier sur l'amélioration de la santé des enfants, des adolescents et des femmes grâce à des interventions telles que la vaccination, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis, et la nutrition, entre autres.

La Région africaine affiche un taux élevé de mortalité maternelle, néonatale et infantile qui vient se greffer à une faible couverture des interventions sanitaires efficaces portant sur la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Le ratio de mortalité maternelle reste inacceptable (546 décès de mères pour 100 000 naissances vivantes⁵¹), très en deçà de la cible fixée pour 2030 (moins de 70 décès de mères pour 100 000 naissances vivantes⁵²). De même, le ratio de mortalité néonatale (qui se situe à 27 décès de nouveau-nés pour 1000 naissances vivantes⁵³) est bien éloigné des cibles intermédiaires fixées pour 2020 (à savoir moins de 15 décès de nouveau-nés pour 1000 naissances vivantes⁵⁴).

Pour remédier à ce problème, l'OMS apporte son assistance aux États Membres afin qu'ils puissent mettre en œuvre la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, 2016-2030. Jusqu'à présent, 29 pays⁵⁵ ont élaboré des plans stratégiques assortis d'interventions prioritaires alignées sur la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent dans le but d'éclairer l'action collective menée par les pouvoirs publics, les partenaires et les parties prenantes. Six autres pays⁵⁶ ont mobilisé des ressources par l'intermédiaire du mécanisme mondial de financement pour mettre en œuvre la stratégie, portant à 13⁵⁷ le nombre de pays qui bénéficient de ce dispositif de financement.

L'OMS et ses partenaires⁵⁸ ont diffusé les nouvelles lignes directrices de l'OMS sur les soins prénatals et intrapartum dans 38⁵⁹ et 17 pays⁶⁰, respectivement.

Les nouvelles lignes directrices sur la santé du nouveau-né diffusées dans 37 pays⁶¹ portent notamment sur la surveillance et l'intervention en cas de décès périnatal, alors que d'autres lignes directrices concernent la prise en charge des infections bactériennes graves potentielles chez les nouveau-nés et les nourrissons. Les pays concernés sont censés utiliser ces lignes directrices et les adapter à leurs politiques nationales pour accélérer la mise en œuvre des actions à l'échelle nationale.

En outre, les pays ont bénéficié d'un appui pour suivre les normes sanitaires qui s'appliquent à la santé de la mère et du nouveau-né, tout comme la surveillance des décès maternels et les mesures de riposte, ce qui permet d'identifier les lacunes dans les soins et de prendre les mesures correctives nécessaires. Après avoir évalué les tendances de la mortalité maternelle et l'impact de ces interventions, le Bureau régional élabore actuellement des aide-mémoires à l'intention des 47 États Membres de la Région. Ces informations seront utilisées pour plaider en faveur d'une implication accrue des pays et des partenaires dans les activités visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale.

La qualité des soins est primordiale pour atteindre les cibles fixées dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Les pays accordent la priorité à la qualité des soins dispensés aux mères et aux nouveau-nés dans les établissements de santé, et 17 pays⁶² ont évalué la qualité de leurs services à l'aide des outils de l'OMS. Huit pays⁶³ de la Région africaine ont rejoint le réseau mondial pour la qualité des soins (*Quality of Care Network*), s'engageant par cet acte à réduire de 50 % le taux de mortalité maternelle et néonatale dans les établissements participants au cours des cinq prochaines années. L'OMS a apporté son appui à ces pays pour qu'ils puissent mobiliser des fonds afin de réaliser des activités catalytiques telles que l'élaboration de feuilles de route nationales ou de plans opérationnels, entre autres, et la mise en place de systèmes d'apprentissage en vue de favoriser l'échange des meilleures pratiques entre établissements et districts.

51. Organisation mondiale de la Santé et al. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Genève, 2015.

52. Organisation mondiale de la Santé. Chaque femme, chaque enfant – Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). Genève, 2015.

53. Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile. Levels & Trends in Child Mortality, 2017

54. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Every Newborn: An Action Plan to End Preventable Deaths (Tous les nouveau-nés : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables). Juin 2014.

55. Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Gambie, Ghana, Guinée, Lesotho, Libéria, Malawi, Mauritanie, Namibie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo et Zimbabwe.

56. Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Madagascar, Malawi, République centrafricaine et Rwanda.

57. Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Rwanda.

58. UNICEF, FNUAP, BMGF, USAID, JHPIEGO et ONU-Femmes.

59. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Eswatini, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

60. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée, Guinée-Bissau, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Tchad et Togo

61. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

62. Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Guinée, Lesotho, Malawi, Niger, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sierra Leone, Togo, Zambie et Zimbabwe.

63. Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Malawi, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Sierra Leone.



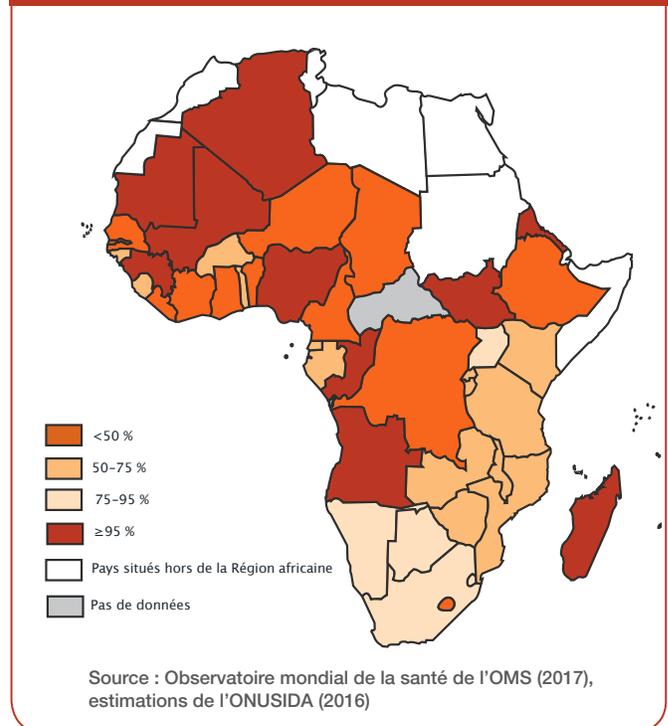
Photo : OMS/Lushumo

Œuvrant pour atteindre la cible de zéro nouvelle infection par le VIH et la syphilis chez les nourrissons d'ici à 2020, tout comme la cible de l'élimination de la syphilis congénitale en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030, le Bureau régional a établi une équipe régionale de validation avec des partenaires clés⁶⁴, qui ont mis au point une approche par étapes pour faire progresser l'élimination de la transmission mère-enfant. L'approche dite de la « voie menant à l'élimination » reconnaît les progrès notables enregistrés par les pays à fardeau élevé dans les efforts qu'ils font pour parvenir à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis. Cette *voie menant à l'élimination* a été approuvée par le Comité consultatif mondial de validation et lancée à l'occasion de la Conférence internationale sur le sida et les IST en Afrique (ICASA) qui s'est tenue en décembre 2017.

L'OMS a apporté son appui aux pays prioritaires pour leur permettre de réviser les plans nationaux d'élimination de la transmission mère-enfant, d'appliquer les lignes directrices de l'OMS et d'accélérer les services de prévention de la transmission mère-enfant, y compris l'entraide communautaire. Il en résulte qu'à la fin de 2017, la Région a atteint une couverture de 79 % par les services de prévention de la transmission mère-enfant, en hausse par rapport au taux de 67 % enregistré en 2015, ce qui atteste des progrès satisfaisants accomplis vers la cible fixée à 95 % pour l'élimination (voir figure 4.3.2). Huit pays⁶⁵ ont désormais atteint le niveau requis pour engager le processus de validation.

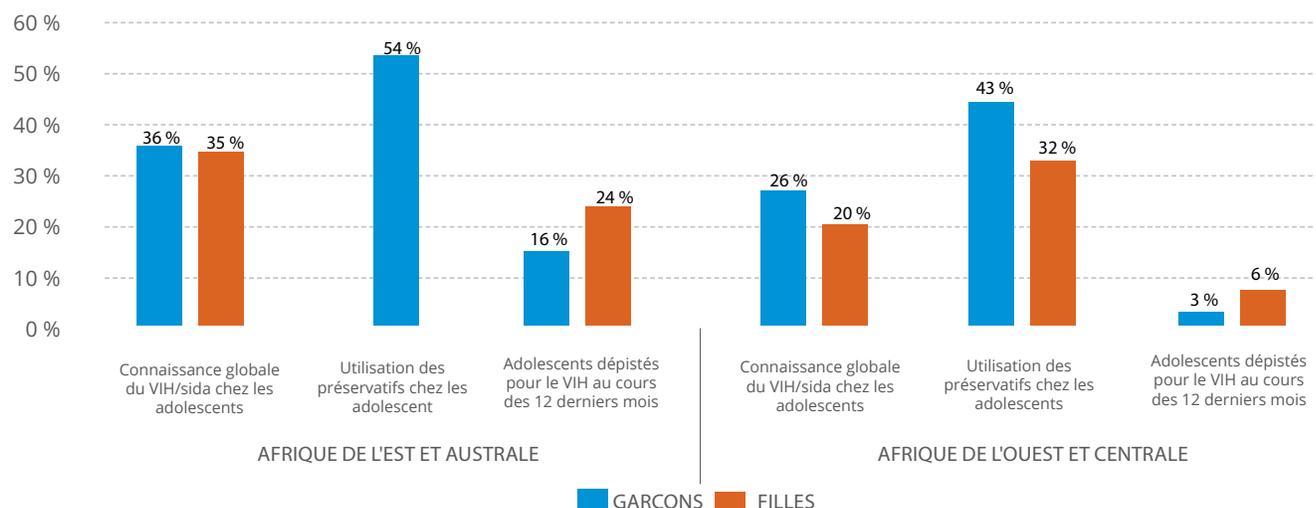
En outre, l'OMS a fait participer ses 47 bureaux de pays à l'initiative « Free to Shine », une nouvelle campagne lancée en janvier 2018 par l'Organisation des Premières Dames d'Afrique contre le VIH/

Figure 4.3.1. Couverture des antirétroviraux pour les femmes enceintes, 2017



sida (OPDAS), l'Union africaine et la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique. La campagne a pour but d'accélérer les actions visant à mettre fin au sida chez les enfants dans la Région africaine d'ici à 2030.

Figure 4.3.2. Couverture des indicateurs sélectionnés concernant le VIH chez les adolescentes et les garçons, par sous-région, en décembre 2016⁶⁸



La pneumonie, le paludisme et la diarrhée sont les principales causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans après les 60 premiers jours de vie. Pour améliorer l'accès à un traitement simple et abordable de ces maladies, l'OMS a mis en œuvre de RACÉ (Programme OMS pour l'élargissement de l'accès rapide) dans cinq pays africains⁶⁶ de 2013 à 2017. Suite à une évaluation indépendante positive du projet, les pays ont élaboré des feuilles de route sur la durabilité afin de systématiser la prise en charge intégrée des cas de paludisme, de pneumonie et de diarrhée au niveau communautaire, dans le cadre des services de santé publics.

Dans la Région africaine, jusqu'à 1500 adolescents meurent chaque jour des suites de problèmes sanitaires que l'on aurait pu traiter ou éviter, et à cause de difficultés dans l'accès aux services. La Région supporte 80 % de la charge de morbidité et de mortalité mondiale due à l'infection à VIH chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans, et plus de 70 % des nouvelles infections par le VIH concernent des adolescentes. Pour remédier à ce problème, le Bureau régional a lancé un programme phare sur la santé de l'adolescent.

Treize pays⁶⁷ ont bénéficié d'une aide financière supplémentaire de US \$50 millions du Fonds mondial pour les interventions de lutte contre le VIH ciblant les adolescents et les jeunes femmes sur une période de quatre ans (2017-2020). L'OMS collabore avec les États Membres pour adopter des stratégies efficaces telles que l'utilisation des réseaux sociaux et le soutien par les pairs pour créer une demande de services, de soins et de traitements adaptés aux adolescents.

Des feuilles de route sur les interventions sanitaires ciblant les adolescents ont été élaborées au profit de huit pays prioritaires⁶⁹. Des fiches nationales de suivi des tendances ont été établies pour montrer le statut, les lacunes et la disponibilité des données relatives à l'âge, alors que des dispositifs juridiques ou réglementaires ont été institués. Ces éléments permettent d'identifier les possibilités d'intervention dans ces pays.

Des fonctionnaires issus de 33 pays⁷⁰ ont été formés à l'utilisation du document d'orientation de l'Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HAI), afin d'élaborer des plans nationaux de mise en œuvre du programme sur la santé de l'adolescent. En République démocratique du Congo, un guide pour l'apprentissage collaboratif a été conçu et utilisé dans 30 établissements de santé, ce qui a permis d'améliorer les performances des prestataires de soins de santé et d'accroître l'accès des adolescents aux services de santé de qualité.

Le Bureau régional a également doté 26 organisations d'adolescents et de jeunes de compétences en matière de promotion de la santé pour leur permettre d'identifier divers déterminants de la santé chez les adolescents. Cela s'est traduit par l'élaboration de feuilles de route qui doivent être mises en œuvre avant la fin de l'année en cours.

L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive est important pour la prévention des infections sexuellement transmissibles. En août 2017, les États Membres ont adopté le cadre régional de mise en œuvre de la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles, 2016-2021, qui vise à éliminer ces infections d'ici à 2030.

Pour avoir un tableau d'ensemble de la prise en charge et de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles dans la Région, le Bureau régional a contribué à une enquête qui a révélé des lacunes dans la communication des données dans les pays et entre eux ; une faiblesse dans la couverture du dépistage de la syphilis chez les femmes lors des soins prénatals ; et des pénuries d'antibiotiques recommandés, ce qui compromet le traitement de la syphilis chez l'adulte et la prévention de la syphilis congénitale. L'OMS collaborera avec les pays pour améliorer le suivi et l'utilisation du double test de diagnostic rapide du VIH et de la syphilis afin de renforcer le dépistage et d'accroître la disponibilité des médicaments pour un traitement diligent. Cela contribuera à la double élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis.

66. Malawi, Mozambique, Niger, Nigéria et République démocratique du Congo.

67. Source : Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida (2016) par ONUSIDA/UNICEF/OMS : estimations 2017 de l'ONUSIDA.

68. Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, Eswatini, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

69. Côte d'Ivoire, Éthiopie, Mozambique, Namibie, Nigéria, République démocratique du Congo, Rwanda et Zimbabwe.

70. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Comores, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.



Photo : OMS/J. Pudlowski

La Région africaine enregistre la couverture la plus faible (28 %) par les services de planification familiale à l'échelle de l'OMS. Suite à la diffusion de nouvelles lignes directrices sur la planification familiale en 2016, l'OMS a formé 252 formateurs et plus de 300 prestataires de services à ce sujet. Les formateurs devraient relayer la formation pour augmenter le nombre de prestataires de services de planification familiale qualifiés dans les pays afin d'améliorer la qualité des soins et d'accroître l'utilisation des contraceptifs.

En outre, un projet triennal de l'OMS financé par la Fondation Bill et Melinda Gates et ciblant la planification familiale post-partum et la contraception postavortement pour les jeunes et les adolescentes a permis d'atteindre un nombre accru de nouveaux utilisateurs de contraceptifs, de diffuser de nouvelles lignes directrices dans quatre pays⁷¹ et d'exécuter des projets pilotes sur le partage des tâches afin de remédier à la pénurie de ressources humaines pour la santé. L'OMS a contribué à la formulation d'une proposition conjointe des Nations Unies destinée à l'Agence suédoise de développement international (SIDA). Cette proposition visait à mobiliser environ US \$47 millions afin de financer un projet sur la santé sexuelle et reproductive dans cinq pays⁷² d'Afrique australe.

Bien qu'il existe des outils de renforcement des systèmes axés sur l'équité, fondés sur les droits et sensibles au genre, la sensibilisation à ces outils et la capacité à les utiliser sont limitées dans la Région africaine, alors même qu'ils constituent les principaux catalyseurs pour atteindre les objectifs de développement durable et converger vers la couverture sanitaire universelle. L'OMS a œuvré en synergie avec des partenaires⁷³ pour renforcer la capacité de 12 pays⁷⁴ à utiliser les outils de l'OMS pour renforcer la réponse des systèmes de santé face à la violence sexiste et aux agressions sexuelles sur des enfants.

L'égalité hommes-femmes, l'équité et les droits ont aussi été intégrés dans le processus de certification de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis dans 11 pays⁷⁵.

Les capacités ont été renforcées dans sept pays⁷⁶ pour intégrer et mettre en œuvre des approches tenant compte de l'équité, des droits et de l'égalité hommes-femmes dans les programmes de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

Le Bureau régional a lancé le premier rapport sur la nutrition en Afrique⁷⁷ afin de donner aux États Membres et aux partenaires un aperçu général de la situation de la nutrition dans la Région africaine par rapport aux cibles mondiales en matière de nutrition fixées pour 2025. Le rapport présente les enjeux liés à l'état nutritionnel des populations de la Région africaine, en abordant des problématiques telles que la dénutrition, l'obésité et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation, entre autres. Le manque de données fiables à l'appui de l'action programmatique et du suivi des progrès reste un enjeu majeur. Les lacunes qui ont été identifiées concernant les données fournissent un argumentaire solide pour entreprendre le plaidoyer et mobiliser des ressources en faveur de l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des données collectées sur la nutrition, dans le cadre des services de santé primaires systématiques.

La population africaine âgée de 60 ans et plus passera de 46 millions en 2015 à 147 millions à l'horizon 2050. Pour aider les pays à donner la priorité au vieillissement en bonne santé, l'OMS a élaboré un cadre régional de mise en œuvre de la Stratégie et du plan d'action mondial sur le vieillissement et la santé. L'OMS a aussi permis à 20 États Membres⁷⁸ d'élaborer des politiques et plans stratégiques sur le vieillissement, dans la perspective de la Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030.

La population africaine âgée de 60 ans et plus passera de 46 millions en 2015 à 147 millions à l'horizon 2050. Pour aider les pays à donner la priorité au vieillissement en bonne santé, l'OMS a élaboré un cadre régional de mise en œuvre de la Stratégie et du plan d'action mondial sur le vieillissement et la santé. L'OMS a aussi permis à 20 États Membres d'élaborer des politiques et plans stratégiques sur le vieillissement, dans la perspective de la Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030.

71. Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie et Ouganda.

72. Lesotho, Malawi, Ouganda, Zambie et Zimbabwe. Le projet triennal (2018-2020) porte sur la planification familiale, les infections sexuellement transmissibles, la prévention et le contrôle des avortements non médicalisés et la lutte contre la violence sexiste.

73. USAID, JHPIEGO et CDC.

74. Afrique du Sud, Botswana, Eswatini, Lesotho, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

75. Afrique du Sud, Botswana, Cabo Verde, Érythrée, Eswatini, Maurice, Namibie, Ouganda, Rwanda, Seychelles et Zimbabwe.

76. Eswatini, Ghana, Libéria, Malawi, Nigéria, République-Unie de Tanzanie et Sierra Leone.

77. <http://www.afro.who.int/publications/nutrition-who-african-region>.

78. Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Maurice, Mozambique, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Seychelles et Zimbabwe.

EXEMPLE DE RÉUSSITE

LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET RACE ET DE LA PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES CAS AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE (ICCM) REDONNE DU BAUME AU CŒUR DES POPULATIONS EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Le paludisme, la pneumonie et la diarrhée sont à l'origine de 42 % des décès d'enfants de moins de cinq ans dans la province de Tanganyika en République démocratique du Congo. Des groupes de population vivent dans des localités reculées et pâtissent d'un mauvais accès aux soins de santé, faute de moyens de transport et à cause de la pauvreté.

Pour remédier à cette situation, Affaires mondiales Canada a octroyé à l'OMS, en 2012, un don se chiffrant à US \$75 millions et couvrant une période de six ans en vue du financement du Programme d'élargissement de l'accès rapide. Le projet RaCE vise à réduire la mortalité infantile en République démocratique du Congo, au Malawi, au Mozambique, au Niger et au Nigéria. Le programme a complété les efforts déployés par le ministère de la Santé publique de la République démocratique du Congo pour assurer la couverture sanitaire universelle en touchant un grand nombre d'enfants dans les villages reculés qui n'ont pas accès aux services de santé, grâce à la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire.

Des agents de santé communautaires bénévoles ont suivi une formation pour diagnostiquer et traiter correctement les enfants, tout en référant les cas graves aux centres de santé. Ces agents de santé communautaires ont utilisé une liste de contrôle et du matériel simple comme des tests de diagnostic rapide pour le paludisme et des rubans à mesurer en ce qui concerne la malnutrition. Les agents de santé communautaires ont administré la première dose de traitements oraux, conseillé les patients sur les traitements et les mesures de prévention telles que l'utilisation de moustiquaires, et organisé des visites de suivi. En vue d'améliorer l'établissement de rapports, des outils de collecte de données, des indicateurs et un module de données sur l'outil en ligne du système de gestion de l'information sanitaire au niveau du district (*District Health Information Management System – DHIS2*) ont été mis au point.

Le rapport d'évaluation en fin de programme établi au titre du projet RaCE et publié en mai 2018 a souligné que la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire peut faire progresser la couverture sanitaire universelle en permettant aux enfants qui ont besoin d'un traitement contre le paludisme, la pneumonie et la diarrhée d'accéder aux services dont ils ont besoin, contribuant ainsi à leur survie.

Les agents de santé communautaire travaillant dans le cadre du projet RaCE ont pris en charge 1,4 million de nouveaux cas entre janvier 2014 et septembre 2017. La qualité des soins s'est améliorée et les aidants sont très satisfaits des services fournis par les agents de santé communautaires. Le flux de données du niveau sanitaire communautaire au niveau du district a été rationalisé, même si les ruptures de stock restent une source de préoccupation majeure.



Le rapport d'évaluation en fin de programme établi au titre du projet RaCE et publié en mai 2018 a souligné que la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire peut faire progresser la couverture sanitaire universelle en permettant aux enfants qui ont besoin d'un traitement contre le paludisme, la pneumonie et la diarrhée d'accéder aux services dont ils ont besoin, contribuant ainsi à leur survie.

Avec l'appui technique et les orientations de l'OMS, le ministère de la Santé publique de la République démocratique du Congo utilise les leçons apprises pour étendre l'ICCM à l'échelle nationale, en collaboration avec d'autres partenaires.

4.4

SYSTÈMES DE SANTÉ

L'OMS soutient les efforts que les pays font pour parvenir à la santé pour tous, moyennant des actions qui renforcent le leadership et la gouvernance sanitaires, tout comme le financement et la prestation de services de santé, ainsi que les systèmes d'information sanitaire. Les efforts déployés pour édifier des systèmes de santé réactifs et résilients ont porté essentiellement sur la mise en œuvre du « Cadre pour le développement des systèmes de santé en vue d'assurer la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine, dans le contexte des objectifs de développement durable ».

4. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

4.4 Catégorie 4. Systèmes de santé

L'OMS soutient les efforts que les pays font pour parvenir à la santé pour tous, moyennant des actions qui renforcent le leadership et la gouvernance sanitaires, tout comme le financement et la prestation de services de santé, ainsi que les systèmes d'information sanitaire. Les efforts déployés pour édifier des systèmes de santé réactifs et résilients ont porté essentiellement sur la mise en œuvre du « Cadre pour le développement des systèmes de santé en vue d'assurer la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine, dans le contexte des objectifs de développement durable » adopté par les États Membres au cours de la soixante-septième session du Comité régional qui s'est tenue en 2017. Le Cadre offre aux pays des options pour définir et hiérarchiser les priorités lors de la mise en adéquation des stratégies nationales afin d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Des missions de repérage ont été effectuées dans quatre pays – à savoir le Nigéria, l'Érythrée, le Kenya et le Mozambique – afin d'établir un consensus avec les gouvernements et les partenaires au sujet des feuilles de route et des investissements qui sont requis pour assurer la couverture sanitaire universelle.

L'action sur les déterminants de la santé – qui se trouvent être les causes profondes de mauvaise santé, d'inégalités en matière de santé et de manque d'équité – constitue l'une des mesures prioritaires à mettre en œuvre pour converger vers la couverture sanitaire universelle et atteindre les cibles de santé dans tous les objectifs de développement durable. Lors de la soixante-septième session du Comité régional, les États Membres ayant convenu de réduire les inégalités en matière de santé par des actions intersectorielles sur les déterminants sociaux de la santé. À ce titre, l'OMS a fourni un appui à la Guinée, au Lesotho et à la Zambie afin qu'ils puissent procéder à des évaluations des inégalités en matière de santé. Les conclusions de ces évaluations sont utilisées d'une part pour la formulation de politiques et la prise de décisions politiques en veillant à « ne laisser personne pour compte », et d'autre part pour élaborer le cadre de mise en œuvre de l'initiative dénommée la « santé dans toutes les politiques » qui vise à faire progresser le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Plusieurs petits États insulaires en développement (PEID) de la Région ont intégré l'approche de « la santé dans toutes les politiques » pour lutter contre l'abus de drogues et de substances illicites moyennant des mécanismes, des politiques, des lois et des règlements, ainsi que par des traitements administrés dans les établissements de soins de santé.

Le Botswana utilise cette approche pour réduire le nombre d'accidents de la circulation et prévenir les traumatismes. L'OMS a joué un rôle moteur en soutenant les efforts du ministère de la Santé dans la mise en place de l'équipe spéciale intersectorielle sur la sécurité routière. Cela s'est traduit par la mise en place d'un laboratoire mobile de dépistage de la consommation d'alcool (désigné « buzz bus ») pour le respect des normes et procédures lors de la gestion du fonds pour les accidents de véhicules automobiles (*Motor Vehicle Accident Fund*), le but étant de réduire les coûts des soins de santé connexes et de sauver des vies. En Namibie, à la suite de la formation des décideurs assurée par l'OMS en vue de la prise en compte systématique de la santé dans toutes les politiques publiques, la stratégie nationale concernant la santé dans toutes les politiques a été élaborée, sous la coordination des Services du Premier ministre et avec pour objectif d'assurer la cohérence des politiques. Passant de la théorie à la pratique, la forte coordination intersectorielle dans la ville de Windhoek se traduit par des ripostes efficaces aux situations d'urgence de santé publique telles que la flambée épidémique d'hépatite E. La riposte multisectorielle organisée par la Zambie suite à l'appui apporté par l'OMS à l'élaboration du cadre de mise en œuvre de l'approche de la « santé dans toutes les politiques » a contribué à enrayer l'épidémie de choléra et à démarrer les activités de vaccination anticholérique à Lusaka⁷⁹.

Afin de renforcer la gouvernance des systèmes de santé, l'OMS a convoqué le premier groupe consultatif sur la gouvernance des systèmes de santé afin de convenir d'un modèle à suivre pour générer des éléments factuels et fournir l'appui technique nécessaire à la gouvernance sanitaire dans la Région africaine. Le groupe multidisciplinaire était composé d'experts de haut niveau issus du milieu universitaire, des administrations publiques, du monde juridique, du corps des praticiens de la santé publique et des communautés économiques régionales. En outre, le programme d'études du programme national d'apprentissage en vue de l'élaboration de politiques, stratégies et plans nationaux de santé a été finalisé et mis à l'essai en Guinée. Cela a conduit à l'élaboration d'une feuille de route pour la mise en œuvre des activités de renforcement de la gouvernance du système de santé en Guinée.

L'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé dans les pays est essentielle pour le suivi des ressources allouées en faveur de la couverture sanitaire universelle. Le Bureau régional a fourni un appui technique et financier à 25 pays⁸⁰ pour qu'ils puissent établir des comptes nationaux de la santé, ce qui implique la collecte, l'analyse et la communication des données sur les dépenses de santé dont on a besoin pour prendre des décisions de

79. <http://www.afro.who.int/news/ministry-health-reiterates-its-commitment-ending-cholera-epidemic-through-multi-sectoral>
80. Afrique du Sud, Angola, Burkina Faso, Cabo Verde, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Guinée, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud et Togo.

financement plus équitables et suivre les progrès en matière de protection financière de la santé. Sept de ces pays⁸¹ ont produit un rapport final. À ce jour, 36 États Membres ont utilisé les données issues des comptes nationaux de la santé pour élaborer des stratégies de financement de la santé et concevoir des réformes. Au Gabon, cela a conduit à un plaidoyer reposant sur des bases factuelles en faveur d'un financement accru, ainsi qu'à l'implication du Premier ministre et du ministre d'État chargé du Budget. À cet effet, lors de la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, le ministre de la Santé du Gabon a plaidé pour l'utilisation des comptes nationaux de la santé en tant que puissant outil d'aide à la décision⁸².

L'OMS a prêté son concours à 11 pays⁸³ afin qu'ils puissent planifier et organiser les évaluations de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services (SARA). Quatre⁸⁴ de ces pays analysent, interprètent et utilisent déjà les résultats pour améliorer la prestation des services. L'OMS a renforcé son soutien aux SARA en entreprenant le plaidoyer nécessaire aux côtés des pays et en leur permettant d'élaborer des feuilles de route axées sur des actions clés, le but étant d'améliorer la prestation de services.

Une enquête sur la situation des services hospitaliers dans la Région africaine a permis d'élaborer un projet de stratégie de renforcement des services hospitaliers et cliniques. La capacité de gestion des structures hospitalières s'est améliorée en Érythrée grâce à la formation des directeurs d'hôpitaux ; au Kenya par l'informatisation des dossiers médicaux ; et au Libéria grâce à l'appui à la mise à jour des stratégies hospitalières d'orientation-recours.

Le Bureau régional a élaboré un manuel de mise en œuvre du modèle de système de santé de district pour donner à trois pays⁸⁵ les moyens de servir de sites de production de données factuelles au niveau du district sur l'édification de systèmes de santé résilients. Le Bureau régional a accompagné les efforts de réforme en cours en Côte d'Ivoire pour revitaliser les systèmes de santé de district et a apporté son soutien à l'Organisation Ouest Africaine de la Santé pour qu'elle puisse élaborer et valider un guide pour la rédaction d'un document de politique nationale sur les interventions communautaires.

Le développement des ressources humaines pour la santé est primordial pour atteindre les cibles des ODD liées à la santé. Cependant, la couverture insuffisante des effectifs sanitaires et l'inégalité dans l'accès aux travailleurs de la santé continuent de poser problème dans la Région. En 2017, le Comité régional a adopté le *Cadre régional de mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030*, qui vise à assurer un accès équitable à un personnel de santé qualifié.

En vue de promouvoir l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique, les plans d'action quinquennaux sous-régionaux et les feuilles de route des pays de l'Union économique et monétaire ouest-africaine et de la Communauté de développement de l'Afrique australe ont été élaborés et approuvés par les ministères de la Santé. La Namibie, le Mozambique, le Nigéria et la République-Unie de Tanzanie ont progressé dans l'établissement de comptes nationaux des ressources humaines pour la santé, lesquels comptent des informations pouvant être utilisées pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques relatives aux personnels de santé. L'Algérie a pour sa part

établi un observatoire national des ressources humaines pour la santé. L'OMS a apporté son assistance à huit pays⁸⁶ pour qu'ils élaborent et révisent leurs politiques et stratégies axées sur la prestation de services de santé de qualité, notamment en ce qui concerne la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Dans le domaine de l'accès aux médicaments, l'OMS apporte son soutien aux petits États insulaires en développement⁸⁷ de la Région africaine pour leur permettre d'élaborer une stratégie d'achats groupés qui les aidera à réaliser des économies d'échelle et à améliorer l'accessibilité financière et la disponibilité des médicaments utilisés dans le traitement des maladies non transmissibles. Le Bénin, Cabo Verde et le Soudan du Sud ont bénéficié d'un appui pour établir des listes nationales de médicaments essentiels qui doivent guider les achats et l'utilisation de médicaments dans ces pays.

Le Cameroun, la République centrafricaine, le Congo, la Guinée équatoriale et le Gabon mettent en œuvre un plan d'action sur les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés, conformément à la Stratégie régionale sur la réglementation des produits médicaux dans la Région africaine, 2016-2025. Le Burkina Faso, le Bénin, la Côte d'Ivoire et la Mauritanie ont également renforcé la surveillance du marché des produits médicaux en prenant des mesures d'application des législations et réglementations nationales qui visent à préserver l'intégrité de la chaîne d'approvisionnement, ce qui a conduit à la saisie et à la destruction de produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés. Le Burundi, la Côte d'Ivoire, l'Érythrée et le Gabon ont élaboré des codes de déontologie et des cadres juridiques régissant la pratique de la médecine traditionnelle afin d'assurer des normes élevées de prestation de services et de réglementation des praticiens de la médecine traditionnelle. Le Bureau régional a contribué au partage des connaissances par la publication de deux documents sur la situation de la médecine traditionnelle en Afrique⁸⁸ et sur les plantes médicinales et aromatiques traditionnelles d'Afrique⁸⁹.

Dans le domaine de l'accès aux médicaments, l'OMS apporte son soutien aux petits États insulaires en développement de la Région africaine pour leur permettre d'élaborer une stratégie d'achats groupés qui les aidera à réaliser des économies d'échelle et à améliorer l'accessibilité financière et la disponibilité des médicaments utilisés dans le traitement des maladies non transmissibles.

Le Bénin, Cabo Verde et le Soudan du Sud ont bénéficié d'un appui pour établir des listes nationales de médicaments essentiels qui doivent guider les achats et l'utilisation de médicaments dans ces pays.

81. Côte d'Ivoire, Gabon, Malawi, Maurice, Ouganda, République démocratique du Congo et Sénégal.

82. Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé. « Intervention en séance plénière du Professeur Léon N'Zouba, ministre de la Santé publique et de la Population du Gabon, sur le thème Mettre en place de meilleurs systèmes pour la santé à l'ère du développement durable ».

83. Burundi, Congo, Eswatini, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Lesotho, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Seychelles et Soudan du Sud.

84. Burundi, Eswatini, Seychelles et Sierra Leone.

85. Burkina Faso, Gabon et Zimbabwe.

86. Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Malawi, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Sierra Leone.

87. Cabo Verde, Comores, Maurice, Sao Tomé-et-Principe et Seychelles.

En vue de renforcer la capacité des autorités nationales de réglementation, l'OMS a formé les utilisateurs finals et les organismes de réglementation de 19 pays⁹⁰ afin de combler les lacunes dans la surveillance postcommercialisation des dispositifs de diagnostic in vitro dans la Région.

Le programme d'évaluation externe de la qualité mis en place par le Bureau régional continue de contribuer au maintien et à l'amélioration de la qualité et de la capacité des laboratoires de 45 pays à diagnostiquer les maladies infectieuses et les maladies à potentiel épidémique. Pour renforcer les capacités des laboratoires de la Région, l'OMS a soutenu les secteurs de la santé, de l'agriculture et de la médecine vétérinaire de sept pays⁹¹ dans l'acquisition des capacités de surveillance en laboratoire et de contrôle des principales maladies d'origine alimentaire.

L'accès à du sang et à des produits sanguins de qualité garantie est important pour la sécurité sanitaire dans la Région. L'institutionnalisation de la réglementation du sang a été facilitée par la formation des autorités nationales de réglementation et des responsables des services nationaux de transfusion sanguine de 19 pays⁹², ouvrant ainsi la voie à la création du forum africain des organismes de réglementation des produits sanguins.

En outre, l'OMS a formé les responsables des services nationaux de transfusion sanguine de 11 pays⁹³ sur les risques d'infection par le sang et sur la sécurité transfusionnelle. L'OMS s'est appuyée sur une enquête sur les dons d'organes, les tissus et les greffes menée dans 30 pays de la Région africaine pour apporter son appui au renforcement des cadres juridiques et réglementaires.

La lutte contre la résistance aux antibiotiques est une priorité majeure pour l'OMS, compte tenu de l'importance des antibiotiques et du rôle essentiel qu'ils jouent dans la lutte contre les maladies infectieuses chez l'homme comme chez l'animal. Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens dans la Région africaine, un groupe d'experts de renom a permis à 19 autres États Membres⁹⁴ d'élaborer et d'exécuter des plans d'action nationaux.

Dans le domaine de la gestion des données et des connaissances, l'OMS a mis à jour l'approche des observatoires de la santé afin de se concentrer davantage sur la production ciblée de renseignements sanitaires et, partant, d'assurer la couverture sanitaire universelle. Des profils sanitaires nationaux complets fournissant une description détaillée de la situation sanitaire et des tendances dans le pays, et des déterminants de la santé, ont été établis pour quatre pays⁹⁵, et des observatoires nationaux de la santé ont été mis en place dans huit autres⁹⁶. Lancé en mars 2016, le *Health Data Collaborative* (une sorte de « Projet de collaboration sur les données sanitaires », en abrégé HDC) est une coalition de plus de 40 partenaires engagés à aligner les ressources sur les investissements pour soutenir les priorités nationales et, de fil en aiguille, renforcer les systèmes d'information sanitaire tout comme les capacités des pays à suivre les progrès vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle et des cibles des ODD liées à la santé. Le HDC a été déployé dans trois pays⁹⁷.

La santé numérique est un moyen essentiel d'accélérer l'atteinte des objectifs de développement durable en Afrique en améliorant l'accès aux services et l'efficacité de la prestation des services de santé. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et l'Union internationale des télécommunications (UIT) ont signé un mémorandum d'entente visant à développer la santé numérique dans la Région africaine en optimisant les compétences de l'OMS en matière de conception et les capacités de l'UIT à assurer la numérisation de la santé. L'OMS a soutenu huit pays⁹⁸ dans l'élaboration de stratégies nationales en matière de cybersanté, et dix pays⁹⁹ ont entrepris avec succès la gestion du répertoire national de cybersanté en s'appuyant sur l'atlas de la santé numérique de l'OMS pour promouvoir la généralisation et la coordination de la santé numérique.

L'accès aux données scientifiques a été amélioré au cours de cette période grâce à diverses plateformes, notamment le Global Information Full Text (GIFT) qui est accessible au personnel de l'OMS ; la *Health InterNetwork Access to Research Initiative* (Hinari) de l'OMS, qui permet aux pays à revenu faible et intermédiaire d'accéder à 14 000 revues biomédicales dans 45 langues différentes et à 56 000 livres électroniques (*e-books*) ; et les Archives institutionnelles de l'OMS pour les échanges d'informations (IRIS), dans lesquelles le Bureau régional a téléversé 212 publications. En outre, 128 articles ont été publiés dans des revues externes par le personnel de la Région africaine. La Région s'est dotée d'un baromètre fonctionnel de la recherche pour la santé, qui fait le point sur la situation et relève les questions majeures en vue du renforcement des systèmes d'information sur la recherche pour la santé dans les États Membres. La collaboration a été renforcée avec le Partenariat Europe-Pays en développement pour les essais cliniques (EDCTP) et le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) afin de mobiliser les ressources nécessaires pour financer les programmes de petites subventions destinés aux jeunes scientifiques africains qui désirent mener des travaux de recherche.

La santé numérique est un moyen essentiel d'accélérer l'atteinte des objectifs de développement durable en Afrique en améliorant l'accès aux services et l'efficacité de la prestation des services de santé. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et l'Union internationale des télécommunications (UIT) ont signé un mémorandum d'entente visant à développer la santé numérique dans la Région africaine en optimisant les compétences de l'OMS en matière de conception et les capacités de l'UIT à assurer la numérisation de la santé.

88. Cabo Verde, Comores, Maurice, Sao Tomé-et-Principe et Seychelles.

89. Traditional Medicine Situation in Africa: Where Are We? Dans : Charles Wambebe (Eds.). African Indigenous Medical Knowledge and Human Health. Londres : CRC Press, Taylor & Francis, pages 1 à 50, 2018. Kasilo OMJ, Tsekpo KM et Gathai F (2017). Traditional Medicinal and Aromatic Plants of the World—Africa. Dans : Medicinal and Aromatic Plants of the World - Africa Volume 3. Éditeurs : Neffati Mohamed, Najjaa Hanen and Máthé, Ákos (Eds.) 2017. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.springer.com/it/book/9789402411195>

90. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Guinée, Kenya, Mali, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Togo, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

91. Éthiopie, Kenya, Maurice, Eswatini, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

92. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Mali, Maurice, Niger, Nigéria, Rwanda, Sénégal, Togo, République-Unie de Tanzanie et Zimbabwe.

93. Algérie, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Rwanda, Sénégal, Tchad et Togo.

94. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Congo, Éthiopie, Gabon, Ghana, Kenya, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

95. Burkina Faso, Cameroun, Ghana et Rwanda.

96. Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Kenya, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Rwanda.

97. Cameroun, Kenya et République-Unie de Tanzanie.

98. Bénin, Burkina Faso, Comores, Gabon, Lesotho, Mauritanie, Sierra Leone et Sénégal.

99. Afrique du Sud, Cabo Verde, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Sierra Leone.



EXEMPLE DE RÉUSSITE

DES SOINS TERTIAIRES AUX SOINS PRIMAIRES: LA CÔTE D'IVOIRE RENFORCE LES SYSTÈMES DE SANTÉ DE DISTRICT

Le cadre d'action de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé en vue de la couverture sanitaire universelle met l'accent sur les systèmes de santé districaux et communautaires afin d'améliorer la santé et le bien-être de tous. Depuis 2017 et conformément à sa politique relative aux soins de santé primaires, le Bureau de la Représentation de l'OMS en Côte d'Ivoire a engagé un dialogue de politique générale avec les autorités sanitaires nationales et les partenaires pour renforcer les systèmes de santé de district.

En mars 2017, un argumentaire en faveur de l'investissement dans les soins de santé primaires a montré que 70 % des ressources financières ont été allouées aux hôpitaux de référence à Abidjan et dans 17 régions sanitaires du pays. En outre, pour étayer la prise de décision, le bureau de pays a commandé en septembre 2017 une étude sur les gains d'efficacité découlant du financement et de l'utilisation des services de santé entre 1993 et 2015.

L'étude a révélé que les mêmes résultats sanitaires auraient pu être atteints si la moitié des ressources financières avaient été utilisées de façon rationnelle. Parmi les autres faiblesses, on peut citer le manque de personnel et l'inefficacité des systèmes d'orientation-recours, avec pour corollaire la faiblesse des indicateurs de santé tels que le ratio de mortalité maternelle, estimé à 614 décès de mères pour 100 000 naissances vivantes. Ces résultats ont confirmé les conclusions de l'enquête sur la fonctionnalité des systèmes de santé (qui couvrait la période 2015-2017).

À la suite d'un atelier de réflexion sur la performance des systèmes de santé du pays qui s'est tenu en novembre 2017, le ministère de la Santé et l'OMS ont conclu que les systèmes de santé de district, périphériques et communautaires devaient être renforcés. La première mesure prise à cet effet par le ministre de la Santé aura été de nommer dans son cabinet un responsable dont l'action consistera à renforcer les capacités aux niveaux districaux et périphériques. La gestion des services de santé de district s'améliore déjà : de nouveaux responsables ont été nommés dans les services de santé de district, les responsables en poste ont été appelés à d'autres fonctions et les responsables non performants ont perdu leur poste. Désormais, avec l'appui de l'OMS, le ministère de la Santé a adopté des indicateurs de performance clés programmatiques, tels que la couverture par le DTC3, le nombre d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié, et le nombre de décès maternels dans chaque district de santé. Un système de coordination et de suivi mensuel permet de s'assurer que les rapports sont communiqués régulièrement au ministre.



Avec l'appui de l'OMS, le ministère de la Santé a adopté des indicateurs de performance clés programmatiques, tels que la couverture par le DTC3, le nombre d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, et le nombre de décès maternels dans chaque district de santé.

En décembre 2017, la Côte d'Ivoire a aussi adopté un plan stratégique pour renforcer les services de santé communautaires. Cette mesure devrait améliorer la participation des communautés dans le domaine de la santé et renforcer les liens entre les membres de la communauté et les établissements de santé périphériques ou de district. En outre, le Président Alassane Ouattara a approuvé un plan triennal portant sur la construction de 200 centres de santé et le déploiement d'agents de santé qualifiés pour élargir la couverture des services de santé dans l'optique de la couverture sanitaire universelle.

4.5

CATÉGORIES 5 ET 12. PROGRAMME D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE ET PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

Le programme d'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine a enregistré des progrès remarquables. Au 30 juin 2018, vingt-deux mois s'étaient écoulés sans que l'on ne notifie le moindre cas d'infection par le poliovirus sauvage dans la Région africaine.

Dans la Région africaine, le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire accélère la préparation, la surveillance et la riposte aux épidémies et aux situations d'urgence de santé publique.

4. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

4.5 Catégories 5 et 12. Programme d'éradication de la poliomyélite et Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire

Le programme d'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine a enregistré des progrès remarquables. Au 30 juin 2018, vingt-deux mois s'étaient écoulés sans que l'on ne notifie le moindre cas d'infection par le poliovirus sauvage dans la Région africaine. Les dossiers présentés par 40 pays sur leur statut d'exempts de poliomyélite ont été acceptés par la Commission régionale de certification pour l'éradication de la poliomyélite en Afrique. Si ces progrès sont maintenus, la Région africaine pourrait être certifiée comme ayant éradiqué la poliomyélite d'ici à la fin de l'année 2019.

Des flambées épidémiques liées aux poliovirus circulants de type 2 dérivés de la souche vaccinale ont été confirmées en République démocratique du Congo, au Kenya et au Nigéria. Le Bureau régional de l'Afrique a déployé sur le terrain 21 experts internationaux de la lutte antipoliomyélitique à l'OMS et réquisitionné 200 agents de santé publique locaux pour endiguer rapidement ces flambées. Lors d'un événement organisé en marge des travaux de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2018, les ministres de la Santé de l'Éthiopie, du Kenya et de la Somalie ont déclaré que la flambée de cVDPV2 au Kenya et en Somalie constituait une urgence de santé publique sous-régionale à la Corne de l'Afrique. L'OMS et les partenaires ont soutenu plusieurs campagnes de vaccination transfrontalières synchronisées.

L'OMS pilote une initiative dans le bassin du lac Tchad, qui est considéré comme la « dernière frontière » à franchir pour éradiquer la poliomyélite sur le continent. Cette initiative a associé les efforts que les partenaires et les pays déploient pour atteindre chaque enfant. Les stratégies comprennent une collaboration étroite avec les autorités nationales de sécurité, le recours aux systèmes d'information géographique pour la surveillance et l'intégration adossée sur les systèmes de prestation de services non gouvernementaux et à vocation humanitaire afin de réduire le nombre d'enfants non atteints.

S'agissant du statut d'éradication de la poliomyélite, une surveillance de qualité suffisante doit être maintenue. L'OMS a établi un centre doté d'un système d'information géographique de pointe pour renforcer la surveillance du programme d'éradication de la poliomyélite et desservir d'autres programmes. La surveillance et la notification en temps réel des activités de vaccination sur le terrain, grâce au système d'information géographique, se sont étendues à 42 pays sur les 47 que

compte la Région depuis que l'OMS a proposé cette technologie aux ministres de la Santé en août 2017. Depuis lors, le centre doté du SIG a enregistré plus de 108 790 visites de supervision de soutien géocodées pour la surveillance des maladies à prévention vaccinale et les activités de vaccination systématique. Parmi ces visites, 76 764 (soit 70 % du total) ont été menées conjointement par le personnel de l'OMS et 3338 agents de santé publics, ce qui montre que cette technologie a été adoptée rapidement par les gouvernements.

Dans le cadre de la préservation des acquis de la lutte contre la poliomyélite, le système d'information géographique sur la poliomyélite a été utilisé : pour améliorer la notification en temps réel des résultats de la surveillance intégrée des maladies au Libéria ; pour la notification et la conduite d'enquêtes sur les flambées de maladies non évitables par la vaccination telles que l'épidémie de choléra en Zambie ; et dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo. En 2018, il a été utilisé pour réaliser des enquêtes de couverture vaccinale en Afrique du Sud, en Éthiopie et en Sierra Leone, avec une disponibilité en temps réel de données de meilleure qualité et plus fiables. En plus d'évaluer la qualité des campagnes de lutte antipoliomyélitique dans les pays, le système d'information géographique a été utilisé pour la surveillance et l'évaluation en temps réel de la qualité de la campagne de vaccination de masse contre la méningite au Soudan du Sud.

Le Groupe de la politique mondiale de l'OMS a cité la Région africaine comme un bon exemple en ce qui concerne la transition pour la poliomyélite. Un plan stratégique détaillé sur la transition pour la poliomyélite aligné sur les approches stratégiques définies dans le treizième programme général de travail 2019-2023 a été examiné par la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé.



Photo : OMS/J. Pudlowski

Au moment où le programme de lutte contre la poliomyélite diminue progressivement ses activités conformément à la stratégie pour la phase finale, les États Membres sont en train de finaliser leurs plans de transition pour la poliomyélite afin de faciliter la mobilisation des ressources nationales pour maintenir la Région exempte de poliomyélite lorsque l'éradication de la maladie aura été certifiée.

Dans la Région africaine, le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire accélère la préparation, la surveillance et la riposte aux épidémies et aux situations d'urgence de santé publique. Ce travail aux trois niveaux de l'Organisation porte essentiellement sur la préparation des pays aux situations d'urgence sanitaire et le Règlement sanitaire international (RSI, 2005) ; la gestion des risques infectieux ; les informations sur les situations d'urgence sanitaire et l'évaluation des risques ; et les opérations d'urgence.

Le 8 mai 2018, la République démocratique du Congo a déclaré une flambée de maladie à virus Ebola dans trois zones de santé de la province de l'Équateur, frontalière de la République centrafricaine et de la République du Congo. La déclaration rapide du gouvernement a permis à l'OMS de déployer immédiatement des experts et de procéder à une évaluation rapide des risques. Cette étude a révélé un risque national très élevé, ainsi qu'un risque élevé de propagation aux pays voisins. Pour éviter une telle propagation, l'OMS et les partenaires ont apporté un appui technique aux États Membres à risque pour accroître leur préparation aux flambées épidémiques de maladie à virus Ebola, y compris par l'intensification de la surveillance aux principaux points d'entrée et par la sensibilisation.

Pour la première fois, le vaccin qui s'est avéré sans risque sanitaire et efficace contre la souche Ebola Zaire lors d'un essai réalisé en Guinée et en Sierra Leone en 2015 a été administré dans le cadre d'une intervention supplémentaire au cours de laquelle la stratégie « en anneau » a été utilisée pour vacciner les personnes à risque élevé. L'OMS a collaboré étroitement avec le ministère de la Santé, Gavi, l'Alliance du vaccin, Médecins sans frontières, l'UNICEF et d'autres partenaires afin de faire vacciner les agents de santé et les personnes à risque (contacts des patients de la maladie à virus Ebola) dans les zones de santé touchées.

À la fin du mois de juin 2018, la flambée était pratiquement endiguée. L'OMS continuera à former des équipes pluridisciplinaires dans tous les pays prioritaires et de plaider en faveur de la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre des activités prioritaires.

L'élimination des épidémies de fièvre jaune reste une priorité majeure dans la Région. Le Cadre régional de mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune, adopté par les États Membres lors de la soixante-septième session du Comité régional, vise à protéger près d'un milliard de personnes à risque de fièvre jaune et à éliminer les épidémies de fièvre jaune en Afrique d'ici à 2026. Ce Cadre a été lancé au Nigéria en avril 2018. L'OMS et ses partenaires ont apporté leur appui aux 11 pays les plus à risque¹⁰⁰ d'épidémies de fièvre jaune pour qu'ils puissent formuler des plans de travail triennaux relatifs à la mise en œuvre du cadre régional. En outre, grâce à des campagnes de prévention en Angola et au Nigéria, plus de 3,2 millions de personnes ont

été vaccinées en Angola et 8,8 millions au Nigéria. Ces chiffres représentent 60 % de la population que l'on doit vacciner dans la Région d'ici à la fin de l'année 2018. Des évaluations externes conjointes déterminent la capacité des pays à détecter les menaces pour la santé publique et à y riposter, conformément au Règlement sanitaire international.

Au cours de cette période, plus de 150 experts régionaux issus des États Membres, de l'OMS et de partenaires ont été formés à la réalisation d'évaluations externes conjointes, et leurs capacités ont été renforcées lors des missions d'évaluation externe conjointe qu'ils ont effectuées dans les pays. De juillet 2017 à mai 2018, dix-huit États Membres¹⁰¹ ont entrepris des évaluations externes conjointes, portant à 36 le nombre total de pays qui ont réalisé de telles évaluations dans la Région, et neuf États Membres¹⁰² ont réalisé des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire. À la suite du plaidoyer entrepris par l'OMS dans différentes instances, pour la première fois depuis l'adoption du RSI (2005), tous les 47 États Membres ont présenté des rapports annuels RSI en décembre 2017.

L'OMS a fourni un appui à la Commission de l'Union africaine (CUA) pour l'élaboration d'une résolution sur le Règlement sanitaire international (2005) afin de promouvoir au plus haut niveau la sécurité sanitaire dans la Région. En juillet 2017, les chefs d'État africains ont adopté une déclaration visant à accélérer l'application du RSI (2005). Dans cette déclaration, l'OMS et la Commission de l'Union africaine sont invitées à collaborer pour en assurer la mise en œuvre et le suivi. En février 2018, l'OMS et la CUA ont échangé avec une délégation de partenaires britanniques, le CDC africain et des institutions du système des Nations Unies, à Addis Abeba (Éthiopie), sur la coordination des efforts visant à promouvoir la sécurité sanitaire en Afrique.

De juillet 2017 à mai 2018, dix-huit États Membres ont entrepris des évaluations externes conjointes, portant à 36 le nombre total de pays qui ont réalisé de telles évaluations dans la Région, et neuf États Membres ont réalisé des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire. À la suite du plaidoyer entrepris par l'OMS dans différentes instances, pour la première fois depuis l'adoption du RSI (2005), tous les 47 États Membres ont présenté des rapports annuels RSI en décembre 2017.

100. Angola, Congo, Éthiopie, Gabon, Guinée, Guinée-Bissau, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo et Soudan du Sud.

101. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Eswatini, Gambie, Lesotho, Niger, République démocratique du Congo, Rwanda, Seychelles, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

102. Côte d'Ivoire, Libéria, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone et Tchad.

Six États Membres¹⁰³ ont établi leurs profils de risque afin d'évaluer leur vulnérabilité et d'assurer une préparation fondée des bases factuelles et un appui en fonction des priorités, ce qui porte le total à 24 pays¹⁰⁴ qui ont établi de tels profils de risque. Des examens a posteriori ont été effectués sur 17 événements de santé publique survenus dans 16 États Membres pour documenter les leçons apprises et améliorer les futures interventions¹⁰⁵.

L'OMS a continué à effectuer des exercices de simulation afin de tester les capacités d'action d'urgence et d'identifier les axes à améliorer. Des simulations ont été organisées au Cameroun, en Mauritanie et au Nigéria, ainsi qu'au cours de la réunion des ministres de la Santé de la SADC, de la quatrième réunion ministérielle annuelle du Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale en Ouganda et de la réunion des chefs des bureaux de pays de l'OMS sur le Programme régional, au Ghana. Ces exercices ont permis de mieux comprendre les mécanismes d'action d'urgence dans la Région et aideront en fin de compte les États Membres à prendre de meilleures décisions au moment opportun.

Depuis juillet 2017, plus de 2500 informations non vérifiées diffusées par les médias sur des menaces sanitaires dans la Région africaine ont été examinées à l'aide d'un système d'évaluation des risques et de détection des dangers. Un processus de vérification interne a détecté 331 signaux de menaces potentielles pour la santé dans 29 pays. Parmi ces signaux, 110 ont été confirmés comme constituant des flambées épidémiques et des crises humanitaires, puis enregistrés dans le système OMS de gestion des crises afin d'initier une riposte. Vingt-quatre (22 %) des flambées étaient dues au choléra, suivi des fièvres hémorragiques virales (15 %).

Au cours de cette période, des évaluations rapides des risques ont permis de classer 20 événements survenus dans 13 pays, et d'engager une action d'urgence diligente et efficace pour tous ces événements de santé publique, en application des prescriptions du nouveau cadre d'action d'urgence. L'OMS a collaboré étroitement avec les États Membres et les partenaires dans toute la Région pour contrôler rapidement les épidémies majeures, notamment les fièvres hémorragiques virales, la fièvre de la Vallée du Rift, la fièvre de Lassa, la peste, le paludisme et la méningite. Près de quatre millions de vaccins contre la méningite ont été administrés, ce qui a contribué à l'interruption de la transmission au Niger et au Nigéria.

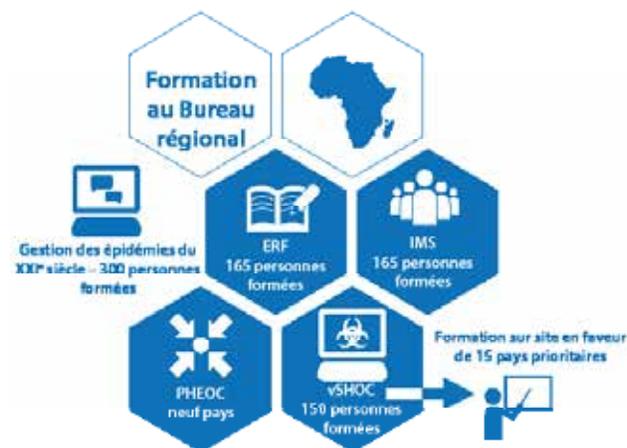
L'OMS a fourni un appui aux ministères de la Santé de cinq États Membres¹⁰⁶ pour lancer la plus grande campagne de vaccination anticholérique de l'histoire, qui ciblait plus de deux millions de personnes et dont les vaccins étaient financés par Gavi, l'Alliance du vaccin. Cette intervention qui faisait suite aux flambées de choléra survenues dans 16 États Membres¹⁰⁷ a mis en évidence la nécessité d'adopter une approche multisectorielle pour garantir une eau propre et des services d'assainissement de base à toutes les populations. En outre, l'OMS a collaboré avec la Zambie et Haïti, au cours de l'Assemblée mondiale de la Santé, pour parrainer une résolution sur le choléra invitant instamment les parties prenantes à accroître l'investissement et à prendre des mesures multisectorielles pour la prévention et le contrôle du choléra. Tous les 47 États Membres ont contribué à la formulation de ce projet de résolution.

En réponse à ces situations d'urgence, l'OMS a activé son système de gestion des incidents qui est activé dans un délai de 24 à 48 heures pour tous les événements de santé publique classés. Afin d'assurer une coordination efficace, des équipes d'assistance à l'utilisation du système de gestion des incidents ont été créées aux niveaux mondial et régional dans le but de soutenir le système de gestion des incidents au niveau des pays pour toutes les situations d'urgence classées. L'OMS a déployé plus de 1100 experts pour soutenir les activités de riposte et les bureaux de pays de l'OMS ont réaffecté du personnel afin d'accélérer les efforts de riposte.

Le système de gestion des incidents améliore la coordination et le déploiement lors de la riposte aux situations d'urgence de santé publique résultant de phénomènes climatiques extrêmes, tels que la sécheresse et les inondations, et lors des crises humanitaires dans la Région. En collaboration avec des partenaires et le Comité permanent interorganisations régional (RIASCO), l'OMS a mis en œuvre des plans d'action conjoints pour atténuer les effets de ces catastrophes naturelles et mieux préparer les États Membres à faire face à des situations d'urgence naturelles.

Des crises humanitaires ont touché plusieurs États Membres¹⁰⁸, causant décès, déplacements de populations, épidémies et plongeant des millions de personnes dans l'insécurité alimentaire. Dans la majorité de ces États Membres, l'OMS a mis en place des équipes d'intervention au niveau infranational afin de travailler en étroite collaboration avec les partenaires humanitaires pour prendre en charge les patients souffrant de malnutrition sévère dans les centres de nutrition.

L'Afrique du Sud a subi la pire épidémie mondiale de listériose (une grave maladie d'origine alimentaire) qui a débuté en 2017. La source alimentaire a été identifiée en début mars 2018. En avril 2018, l'OMS a organisé une réunion technique régionale sur la listériose, à Johannesburg. Les représentants des 16 États Membres¹⁰⁹ qui ont pris part à cette réunion ont été formés à la gestion d'une épidémie de listériose. La réunion visait également à assurer la sensibilisation à la listériose dans la Région. Les pays participants ont élaboré des plans d'urgence qui leur permettront de riposter et de contrôler toute épidémie potentielle de listériose et de renforcer leurs systèmes de sécurité sanitaire des aliments. L'OMS continue de surveiller la situation afin d'assurer la conformité au RSI (2005).



103. Bénin, Comores, Guinée, Mozambique, Nigéria et Soudan du Sud.

104. Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Malawi, Mauritanie, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad et Togo.

105. Angola (fièvre jaune), Bénin (fièvre de Lassa), Burkina Faso (dengue), Burundi (paludisme), Madagascar (peste), Mauritanie (fièvre hémorragique de Crimée-Congo), Mozambique (choléra), Namibie (fièvre hémorragique de Crimée-Congo), Niger (fièvre de la Vallée du Rift), Nigéria (fièvre de Lassa), Ouganda (maladie à virus de Marburg), République centrafricaine (choléra), République-Unie de Tanzanie (choléra), Sénégal (dengue), Sierra Leone (glissements de terrain et inondations) et Togo (méningite et fièvre de Lassa).

106. Malawi, Nigéria, Ouganda, Soudan du Sud et Zambie.

107. Angola, Bénin, Burundi, Congo, Éthiopie, Kenya, Libéria, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Soudan du Sud et Tchad.

108. Burundi, Cameroun, Congo, Éthiopie, Kenya, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Soudan du Sud.

109. Afrique du Sud, Angola, Botswana, Eswatini, Ghana, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Zambie et Zimbabwe.



Photo : OMS

En ce qui concerne la mobilisation des ressources pour faire face aux situations d'urgence, en tout US \$9 217 243 ont été mis à disposition pour la gestion des situations d'urgence classées par l'intermédiaire du fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence (CFE), un instrument de financement rapide et souple qui permet à l'OMS d'intervenir avec célérité. D'autres mécanismes ont permis de mobiliser US \$23 364 252 additionnels pour soutenir les interventions d'urgence dans la Région au cours de la période considérée aux fins du présent rapport. Les contributions annuelles au Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP) restent faibles, et le Bureau régional a élaboré une stratégie et un plan de mobilisation des ressources axés sur les acteurs non étatiques afin de reconstituer le fonds.

La capacité interne à faire face aux épidémies a été renforcée par la formation de 165 membres du personnel de tous les bureaux de pays et du Bureau régional à l'utilisation du nouveau cadre d'action d'urgence¹¹⁰ et du système de gestion des incidents, et à la gestion des épidémies du XXI^e siècle. Les Représentants de l'OMS ont aussi reçu une formation en gestion de l'action d'urgence. Le système de gestion des incidents est désormais mieux compris à tous les niveaux de l'Organisation, d'où un déploiement rapide du personnel pour les interventions d'urgence.

En outre, 150 membres du personnel de tous les bureaux de pays ont pris part à un atelier de formation des formateurs sur le portail de la gestion des situations d'urgence (vSHOC), ce qui devait leur permettre de former à leur tour des responsables dans 12 pays prioritaires de l'OMS¹¹¹ pour les situations d'urgence. Le Bureau régional a soutenu l'élaboration de plans nationaux de mise en œuvre de centres des opérations d'urgence de santé publique (PHEOC) et formé des responsables de neuf pays¹¹² au fonctionnement et à la gestion de ces centres dans l'optique d'une meilleure riposte aux flambées épidémiques.

Le Bureau régional et le Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) ont organisé la première réunion du partenariat régional sur les situations d'urgence. Depuis lors, 50 partenaires opérationnels sont désormais activement impliqués dans la planification conjointe, l'échange d'informations et la riposte aux situations d'urgence

sanitaire. Avec le GOARN, l'OMS a aussi organisé une formation à base de scénarios à l'intention de 30 membres du personnel de l'OMS et coordonnateurs de groupes de responsabilité sectorielle Santé sur les rôles moteurs respectifs qu'ils sont appelés à jouer dans la riposte aux situations d'urgence.

En outre, en fonction de leurs capacités et de leur expérience en matière de riposte aux situations d'urgence, 10 États Membres¹¹³ bénéficient d'un soutien pour la création d'équipes médicales d'urgence nationales ou internationales dans le but d'améliorer la qualité de la riposte en cas de situations d'urgence sanitaire.

Aux fins de renforcer les capacités en surveillance intégrée des maladies, l'OMS et les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis ont finalisé les cours d'apprentissage en ligne sur la Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR). À ce jour, 180 personnes se sont inscrites à ce cours et 95 ont achevé leur formation et reçu leurs attestations. Environ 5000 personnes de la Région africaine se sont inscrites à la formation en ligne OpenWHO sur la gestion des situations d'urgence sanitaire et des épidémies.

Les produits d'information du programme WHE au Bureau régional constituent des sources d'information à jour et fiables sur les situations d'urgence sanitaire, qui sont mises régulièrement à la disposition des autorités nationales, des partenaires et des médias, entre autres. Au cours de la période couverte par le présent rapport, le Bureau régional a diffusé 52 éditions de son bulletin hebdomadaire sur les flambées et les autres situations d'urgence (*Bulletin on Outbreaks and Other Emergencies*), 312 articles et plus de 40 rapports de situation externes portant sur l'épidémie de maladie à virus Ebola et la peste. Avec plus de 1500 lecteurs, ce bulletin est largement salué pour sa qualité par la critique, fréquemment reposté sur les réseaux sociaux et cité par des sites Internet d'information sur la santé publique tels que ProMED et Outbreak News Today. La première édition d'un recueil de rapports de synthèse sur quelques flambées épidémiques dans la Région africaine de l'OMS a été publiée en octobre 2017.

110. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/258604> (consulté le 26 avril 2018).

111. Burkina Faso, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone et Soudan du Sud.

112. Angola, Bénin, Burundi, Comores, Ghana, Mali, République centrafricaine et Zambie.

113. Afrique du Sud, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Kenya, Madagascar, Nigéria, République démocratique du Congo, Rwanda et Sénégal.

EXEMPLE DE RÉUSSITE

LE SYSTÈME DE GESTION DES INCIDENTS DE L'OMS AIDE À METTRE FIN À UNE ÉPIDÉMIE DE PESTE SANS PRÉCÉDENT À MADAGASCAR

Le 13 septembre 2017, le ministère de la Santé publique de Madagascar a notifié à l'OMS une flambée de peste pulmonaire détectée dans différentes parties du pays, y compris dans des zones non endémiques et dans de grandes villes. D'août à mi-décembre 2017, un total de 2601 cas de peste confirmés, probables et suspects, dont 225 cas mortels (soit un taux de létalité de 8,7 %), ont été recensés dans plus de la moitié des districts de 17 des 22 régions de Madagascar.

L'activation en temps voulu du système de gestion des incidents, la flambée étant classée au niveau 2, a permis le déploiement d'un gestionnaire d'incident et d'experts de la santé dans un délai de 48 heures. Le personnel du bureau de pays a été réaffecté à d'autres fonctions afin de soutenir les activités visant à interrompre la transmission en cours, de fournir des soins aux populations touchées, de prévenir toute propagation ultérieure et d'assurer une coordination efficace.

Le système de gestion des incidents a permis au personnel de l'OMS et du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de déployer plus de 140 experts des trois niveaux de l'OMS, tout comme les experts déployés par les partenaires. En outre, une somme de US \$1,5 million a été décaissée par l'intermédiaire du fonds de réserve pour les situations d'urgence, ce qui a permis au Bureau régional d'organiser des activités de riposte. Un soutien financier additionnel apporté par l'Italie, la Norvège et la République de Corée a facilité le don de médicaments et d'autres fournitures médicales pour traiter gracieusement la quasi-totalité des patients identifiés et plus de 7300 contacts de malades de la peste.

L'OMS et ses partenaires ont diffusé des lignes directrices sur la prise en charge des cas et les enterrements sans risque, fourni un soutien pour la surveillance et les essais en laboratoire, et renforcé les mesures de santé publique dans les ports et les aéroports. Plus de 4400 personnes ont été formées pour identifier, orienter et soigner les proches contacts des patients de la peste afin de prévenir la propagation de la maladie. L'OMS a apporté une assistance à neuf pays (Afrique du Sud, Mozambique, Tanzanie, Maurice, Comores, Seychelles, Éthiopie, Kenya et Réunion) pour les préparer à faire face à la peste. La flambée épidémique a été jugulée en moins de quatre mois grâce aux efforts inlassables des agents de santé malgaches, de l'OMS et des partenaires.



L'activation en temps voulu du système de gestion des incidents, la flambée étant classée au niveau 2, a permis le déploiement d'un gestionnaire d'incident et d'experts de la santé dans un délai de 48 heures. Le personnel du bureau de pays a été réaffecté à d'autres fonctions afin de soutenir les activités visant à interrompre la transmission en cours, de fournir des soins aux populations touchées, de prévenir toute propagation ultérieure et d'assurer une coordination efficace.

Bien que la phase aiguë de l'épidémie ait été déclarée terminée par les autorités sanitaires à la fin de novembre 2017, la peste sévissant habituellement entre septembre et avril de chaque année à Madagascar, l'OMS a maintenu ses opérations de riposte jusqu'en avril 2018.

4.6

SERVICES INSTITUTIONNELS ET FONCTIONS D'APPUI

Cette catégorie couvre le leadership institutionnel et les services institutionnels qui permettent à l'Organisation de fonctionner de façon efficace et rationnelle. On peut citer, parmi ces services, la planification stratégique ; les partenariats, la coordination des ressources et l'établissement de rapports ; l'action d'appui aux pays ; les ressources humaines ; une communication efficace ; la gestion des risques et les contrôles internes ; ainsi que la gestion et l'administration.

4. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

4.6 Catégorie 6. Services institutionnels et fonctions d'appui

Cette catégorie couvre le leadership institutionnel et les services institutionnels qui permettent à l'Organisation de fonctionner de façon efficace et rationnelle. On peut citer, parmi ces services, la planification stratégique ; les partenariats, la coordination des ressources et l'établissement de rapports ; l'action d'appui aux pays ; les ressources humaines ; une communication efficace ; la gestion des risques et les contrôles internes ; sans oublier la gestion et l'administration.

Dans le domaine du leadership et de la gouvernance sanitaire, la Directrice régionale a entrepris un certain nombre de missions et de visites officielles dans des États Membres¹¹⁴, au cours de la période couverte par le présent rapport, afin de promouvoir au plus haut niveau l'intégration de priorités sanitaires mondiales telles que la sécurité sanitaire et la couverture sanitaire universelle dans les programmes nationaux de développement, et de prôner l'augmentation des ressources nationales destinées à la santé. Tous les pays visités accordent la priorité à la couverture sanitaire universelle et prennent des mesures visant à améliorer la performance de leurs systèmes de prestation des services de santé, à élargir l'accès de ces services aux groupes défavorisés et à renforcer la résilience aux flambées et autres chocs.

Dans le cadre de son rôle de chef de file des questions de santé, l'OMS a organisé aux Seychelles une réunion semestrielle pour permettre aux cinq ministres de la Santé des petits États insulaires en développement¹¹⁵ de la Région africaine de l'OMS de discuter des déterminants sociaux de la santé, de la couverture sanitaire universelle et du financement innovant de la santé, ainsi que de l'émergence des maladies non transmissibles dans ces pays. Depuis la fin de cette réunion, l'OMS collabore avec ces pays à l'élaboration d'une stratégie sur les achats groupés de médicaments et de produits médicaux pour réaliser des économies d'échelle.

Le plaidoyer effectué dans les instances mondiales telles que l'Assemblée générale des Nations Unies et le Sommet mondial sur la santé à Berlin contribue à la prise d'engagements à un niveau élevé afin d'améliorer les résultats sanitaires dans la Région africaine. Par exemple, après le plaidoyer et l'appui technique de l'OMS et de la CUA, les ministres de la Santé de l'Union africaine ont arrêté une Position africaine commune sur l'élimination de la tuberculose (PAC-TB) lors de la première Conférence ministérielle mondiale pour mettre fin à la tuberculose qui s'est tenue à Moscou en novembre 2017.

Cette position commune sera présentée lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2018.

En outre, 24 ministres de la Région africaine se sont engagés en faveur de la Déclaration de Moscou qui appelle à des mesures décisives pour mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030.

La Directrice régionale et son équipe de direction ont eu des discussions approfondies avec les partenaires et les donateurs, ce qui a permis de renforcer plusieurs partenariats et de mobiliser des ressources pour les priorités de santé publique. Au nombre des partenaires figurent la Banque africaine de développement, la Commission de l'Union africaine et le CDC africain, ainsi que la Chine, la Communauté de l'Afrique de l'Est, la Communauté économique des États de l'Afrique centrale, l'Allemagne, la Corée du Sud, la Communauté de développement de l'Afrique australe, le Royaume-Uni et les États-Unis, pour ne citer que ces quelques exemples. Les échanges ont abouti à la conclusion d'un certain nombre d'accords de coopération et de plans de travail conjoints, parmi lesquels un cadre un Cadre d'action avec le ministère britannique de la Santé, Public Health England et le Département britannique pour le développement international.

En octobre 2017, un nouvel accord de coopération a été signé avec l'Union internationale des télécommunications afin d'exploiter le potentiel que recèlent les avancées technologiques et d'utiliser les services numériques pour sauver des vies et améliorer l'état de santé des populations. Lors de la deuxième Conférence internationale des ministres de la Santé et des ministres chargés des Technologies numériques sur la sécurité sanitaire en Afrique, tenue en juin 2018 au Bénin, la Directrice régionale a lancé un appel aux États Membres pour qu'ils créent une passerelle solide entre le secteur de la santé et le secteur des technologies de l'information et de la communication en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé, mais aussi la sécurité des patients, et de contribuer à la couverture sanitaire universelle.

Le Bureau régional a consolidé ses liens avec l'un de ses partenaires majeurs, à savoir la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. En mai 2018, les deux organisations ont convenu d'élargir leur collaboration pour inclure la promotion d'un plaidoyer de haut niveau, par l'identification de champions pour travailler avec l'alliance des maires sur les principaux problèmes de santé.

114. Botswana, Cabo Verde, Congo, Ghana, Madagascar, Mauritanie, Nigéria, Sénégal et Seychelles.

115. Petits États insulaires en développement de la Région africaine : Cabo Verde, Comores, Maurice, Sao Tomé-et-Principe et Seychelles.



Photo OMS

En avril 2018, la Directrice régionale a planché sur des stratégies novatrices de mobilisation de ressources au profit du Fonds africain pour les urgences de santé publique avec de jeunes entrepreneurs philanthropes au Nigéria.

Des accords avec de nouveaux donateurs tels que le Fonds koweïtien et le Fonds OPEP pour le développement international permettent à l'OMS d'accélérer l'action ciblant l'élimination et l'éradication des maladies tropicales négligées.

De plus, de nouveaux indicateurs de performance clés relatifs à la gestion utilisés dans le cadre du renforcement des partenariats permettent d'améliorer le suivi, la célérité et la qualité des rapports techniques et financiers adressés aux donateurs. Entre le mois de juillet 2017 et la fin du mois de juin 2018, le nombre de rapports en souffrance a baissé, passant de 39 % à 8 %.

Le Groupe consultatif indépendant (IAG) continue de prodiguer des conseils stratégiques et politiques à la Directrice régionale. À sa réunion de mars 2018, l'IAG a accueilli favorablement les progrès impressionnants du Programme de transformation au cours des 18 derniers mois. Ses recommandations comprenaient le renforcement des capacités des Représentants de l'OMS dans la communication de l'impact du travail effectué au niveau des pays, et la promotion de la couverture sanitaire universelle grâce à un dialogue stratégique avec les ministères des Finances et d'autres secteurs au-delà de la santé.

Les stratégies de coopération avec les pays (SCP) guident la vision stratégique et les priorités convenues du soutien que l'OMS apporte aux pays. Un appui technique a été fourni à 39 bureaux de pays pour qu'ils puissent examiner, étendre ou renouveler leurs SCP grâce à une planification conjointe et au dialogue avec les pays partenaires en vue d'élaborer des plans stratégiques efficaces à moyen terme. Le Bureau régional a mis en place un comité d'orientation pour

soutenir l'élaboration de stratégies de coopération avec les pays et a entrepris une recherche documentaire pour s'assurer de la qualité des documents finals.

La capacité en ressources humaines est essentielle au succès de l'OMS dans la Région africaine. En concertation avec les principaux intervenants, le Bureau régional examine systématiquement la structure des bureaux de pays de l'OMS pour s'assurer qu'ils sont correctement dotés en personnel et adaptés à leur objectif d'aborder les priorités des pays.

En juin 2018, des examens fonctionnels ont été effectués dans 25 bureaux de pays¹¹⁶ et des plans de mise en œuvre ont été établis au niveau des pays afin de permettre à l'OMS de mieux accompagner les États Membres et les partenaires de la santé dans le renforcement de la coordination, de la sécurité et des systèmes sanitaires, entre autres.

Le Bureau régional réussit également à attirer et à retenir des candidats hautement qualifiés et motivés par des initiatives de sensibilisation qui ciblent la diversité, l'équilibre entre hommes-femmes et la représentation géographique. Entre décembre 2015 et décembre 2017, la représentation du personnel féminin titulaire d'engagements de longue durée a augmenté de 24,3 % à 30,7 % et celle du personnel féminin titulaire d'un engagement temporaire a augmenté de 17,5 % à 20,5 %. Pour renforcer les capacités et les performances du personnel, un réseau régional de points focaux de l'apprentissage a été créé pour déterminer les besoins en formation. Une série de formations obligatoires est aussi proposée. Les membres du personnel nouvellement recrutés suivent régulièrement des programmes d'imprégnation afin de faciliter leur intégration.

L'amélioration de la communication est un des piliers du programme de transformation de l'OMS dans la Région africaine. L'OMS a renforcé sa communication interne grâce à des alertes régulières, à des bulletins

116. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Guinée, Gambie, Kenya, Lesotho, Libéria, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Soudan du Sud et Togo.

d'information et à des assemblées générales du personnel.

La visibilité extérieure par l'entremise des plateformes de réseaux sociaux ne cesse de se renforcer : le nombre de vues des billets postés par le Bureau régional sur Twitter est passé de 5,7 millions de vues en juin 2017 à 14,1 millions de vues en juin 2018, et la page Facebook du Bureau régional a attiré plus de 834 000 personnes sur la même période.

La nouvelle version du site Internet de l'OMS a été visitée 2,7 millions de fois depuis son lancement en juin 2017, contre 900 000 visites pour toute l'année 2015. Le Bureau régional a créé une nouvelle plateforme électronique baptisée Poppulo pour accroître la sensibilisation et la participation des parties prenantes. L'OMS continue d'attirer l'attention des médias du monde entier en mettant en évidence l'action qu'elle fait dans la Région africaine.

Conformément à son nouveau mandat qui consiste à renforcer les fonctions de surveillance, le Sous-Comité du Programme a examiné pour la première fois le rapport sur les activités de conformité de la gestion régionale et les questions découlant des audits interne et externe conduits dans la Région africaine. La liaison étroite de l'OMS avec le Groupe africain à Genève lors des préparatifs du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé a permis l'adoption par les États Membres de positions communes sur des points essentiels de l'ordre du jour tels que le treizième programme général de travail et la réforme de l'OMS.

Le Bureau régional a réalisé plusieurs activités destinées au renforcement des contrôles internes et au contrôle de la gestion, le but étant d'améliorer la responsabilisation et la transparence, ainsi que la conformité du personnel et des équipes. On peut notamment citer la création d'un bureau d'appui aux pays basé à Pretoria (Afrique du Sud), qui a permis de réduire considérablement le personnel et les coûts opérationnels tout en fournissant un appui rapide aux bureaux de pays.

Un Comité de la conformité et de la gestion des risques (CRMC) et des comités locaux au niveau des bureaux de pays assurent le contrôle et l'orientation de toutes les activités liées à la conformité et à la gestion des risques dans la Région. Des registres de risques assortis de plans d'intervention et des autoévaluations du contrôle interne ont été établis pour l'ensemble des bureaux de pays et des groupes organiques du Bureau régional (en leur qualité de centres budgétaires). Des examens de la gestion administrative et des programmes, et des revues de la conformité menées dans 16 pays¹¹⁷ ont permis d'identifier des lacunes en matière de contrôle et de cibler les mesures à prendre pour améliorer la situation.

Une équipe dédiée a été créée pour effectuer des examens de la conformité concernant le mécanisme de coopération financière directe. Celui-ci constitue en effet un système d'avance de paiement qui permet aux gouvernements de financer des activités, à condition de veiller à ce que les fonds soient dépensés pour les fins prévues. Pendant la période couverte par le présent rapport, des missions ont été effectuées dans huit pays¹¹⁸, et des vérifications aléatoires des comptes ont permis de

déceler des irrégularités et de les corriger. Le Burkina Faso, la République démocratique du Congo, le Mali et le Niger ont reçu des notations de conformité supérieures à 80 %.

Pour accroître encore la capacité et l'efficacité de la gestion des bureaux de pays, un atelier de cinq jours a été organisé au bénéfice des cadres administratifs de 47 pays afin de discuter des progrès accomplis, des défis à relever et des voies et moyens susceptibles d'améliorer la responsabilisation et les contrôles internes dans des domaines tels que les finances, la gestion des ressources humaines, la vérification des comptes et la conformité, la lutte contre la fraude et les investigations, pour ne citer que ces exemples.

À l'issue de cet atelier, les cadres administratifs supérieurs ont réitéré leur engagement à améliorer la qualité des services et l'efficacité de la gestion au niveau des pays.

Tous les 47 bureaux de pays ont bénéficié d'un appui pour élaborer des plans de continuité informatique et examiner l'état des infrastructures, et trois d'entre eux¹¹⁹ ont réalisé des exercices de simulation afin de renforcer leur capacité à poursuivre leurs activités en cas de perturbations majeures.

Plusieurs projets d'infrastructure ont été exécutés afin d'améliorer les cadres de vie et de travail à l'OMS. On peut citer à titre d'illustration la rénovation de la salle de conférences principale et la construction de deux réservoirs d'eau au Bureau régional, ainsi que de la mise à disposition de nouveaux logements pour le personnel international en service au Soudan du Sud.

Une équipe dédiée a été créée pour effectuer des examens de la conformité concernant le mécanisme de coopération financière directe (DFC). Celui-ci constitue en effet un système d'avance de paiement qui permet aux gouvernements de financer des activités, à condition de veiller à ce que les fonds soient dépensés pour les fins prévues. Pendant la période couverte par le présent rapport, des missions ont été effectuées dans huit pays, et des vérifications aléatoires des comptes ont permis de déceler des irrégularités et de les corriger. Le Burkina Faso, la République démocratique du Congo, le Mali et le Niger ont reçu des notations de conformité supérieures à 80 %.

117. Burundi, Camarões, Chade, Étiópia, Gâmbia, Guiné Equatorial, Libéria, Madagáscar, Mali, Nigéria, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Senegal, Sierra Leone, Sudão do Sul, Togo

118. Burquina Faso, Chade, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Mali, Niger, Uganda

119. Gana, Lesoto e São Tomé e Príncipe

EXEMPLE DE RÉUSSITE

L'INNOVATION EN MATIÈRE DE KPI AMÉLIORE LA RESPONSABILISATION ET LES RÉSULTATS DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS

Les principaux indicateurs de résultats concernant la gestion, qui constituent une « marque déposée » du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, ont été introduits en 2015, puis affinés et mis en œuvre par tous les bureaux de pays et tous les groupes organiques. Ces indicateurs utilisés pour surveiller, gérer et évaluer la qualité des services rendus par tous les bureaux de pays et les groupes organiques du Bureau régional (centres budgétaires) de l'OMS ont renforcé la responsabilisation et la discipline dans tous les bureaux de l'OMS dans la Région africaine.

Un tableau de bord conçu pour présenter des « feux de signalisation » fournit des informations en temps réel sur les progrès accomplis et permet de mener des interventions rapides et ciblées pour remédier aux faiblesses dans les centres budgétaires dont la performance est en baisse.

Un examen des fonctions de conformité et d'assurance de la qualité à l'aide des audits interne et externe conduits par le Bureau des Services de contrôle interne (IOS) a révélé que cette innovation a nettement amélioré les contrôles au Bureau régional comme dans les autres bureaux de l'OMS dans la Région africaine. Entre août 2015 et mars 2018, l'efficacité globale des contrôles a augmenté, passant de 50 % en 2015 à 75 % en 2018, mettant le Bureau régional en avance par rapport à certains autres grands bureaux de l'OMS.

Les KPI favorisent la culture de l'excellence et fournissent des éléments factuels pour reconnaître la performance. Lors d'un atelier de cinq jours regroupant tous les cadres administratifs des 47 pays de la Région, la tendance à l'amélioration de la qualité des services dans les centres budgétaires a été saluée et des prix ont été remis aux bureaux de pays les plus performants.

En outre, les KPI concernant la gestion établis dans la Région africaine commencent à faire tache d'huile au niveau mondial. À preuve, le DFID a inclus trois indicateurs spécifiques au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique dans son cadre de résultats pour l'OMS, qui lie 50 % de ses contributions volontaires de base à la performance de l'Organisation. Ainsi, la performance du Bureau régional de l'Afrique peut avoir une influence sur le financement

Un examen des fonctions de conformité et d'assurance de la qualité à l'aide des audits interne et externe conduits par le Bureau des Services de contrôle interne (IOS) a révélé que cette innovation a nettement amélioré les contrôles au Bureau régional comme dans les autres bureaux de l'OMS dans la Région africaine. Entre août 2015 et mars 2018, l'efficacité globale des contrôles a augmenté, passant de 50 % en 2015 à 75 % en 2018, mettant le Bureau régional en avance par rapport à certains autres grands bureaux de l'OMS.

mondial du DFID au profit de l'Organisation, ce qui constitue une incitation pour l'OMS à fournir un soutien à tous les niveaux afin d'obtenir de bons résultats.

EXEMPLE DE RÉUSSITE

« LA PERSONNE EST AU CENTRE DE TOUT CE QUE NOUS FAISONS. » – DR MATSHIDISO MOETI

Le personnel international de l'OMS en service à Juba (Soudan du Sud), vit dans l'une des zones en crise les plus stressantes de la Région. Le Bureau régional avait de bonnes raisons de s'inquiéter quant au bien-être de ce personnel.

Aussi a-t-il pris des dispositions pour faire déménager ledit personnel vers des logements plus sûrs et plus confortables dans la ville. Le personnel a écrit à la Directrice régionale pour la remercier : « L'amélioration de notre bien-être a constitué une source de motivation pour nous et nous permettra sans doute d'être plus performants dans notre travail. Nous sommes certains que nous serons de meilleures versions de nous-mêmes tant au travail qu'à la maison et que nous aiderons notre Organisation à se démarquer par la qualité de ses prestations.

Rien ne peut exprimer pleinement notre gratitude pour votre leadership empreint de sollicitude et pour votre niveau d'implication. Au bureau de l'OMS au Soudan du Sud, nous sommes continuellement inspirés par le dévouement et l'engagement de la direction à soutenir le bien-être du personnel, en tant que l'un des piliers qui sous-tendent la création de valeurs partagées pour le bureau de pays, les membres du personnel et le peuple du Soudan du Sud.

Nous vous disons grandement merci de nous avoir fourni une solution de bien-être sur mesure pour nous permettre de vivre en meilleure santé dans tous les trois piliers du bien-être, à savoir le pilier physique, le pilier mental et le pilier financier. »

« La personne est au centre de tout ce que nous faisons. » –
Dr Matshidiso Moeti

Le personnel international de l'OMS en service à Juba (Soudan du Sud), vit dans l'une des zones en crise les plus stressantes de la Région. Le Bureau régional avait de bonnes raisons de s'inquiéter quant au bien-être de ce personnel. Aussi a-t-il pris des dispositions pour faire déménager ledit personnel vers des logements plus sûrs et plus confortables dans la ville.



5.0

5.0 CONCLUSION ET PERSPECTIVES

5. Conclusion et perspectives

La période couverte par le présent rapport coïncide avec la fin de l'exercice biennal 2016-2017 et l'achèvement du douzième programme général de travail. Les États Membres de la Région africaine réalisent des progrès importants vers la couverture sanitaire universelle ; se conforment aux prescriptions du Règlement sanitaire international (2005) en rapport avec la sécurité sanitaire mondiale et continentale ; et mettent en œuvre des lois, règlements et programmes visant à promouvoir la santé de leurs populations. L'OMS et ses partenaires travaillent sans relâche pour maintenir cette dynamique et l'amplifier, dans la perspective d'une Afrique plus saine, plus équitable et plus prospère. Cependant, beaucoup reste à faire pour parvenir à la couverture sanitaire universelle et atteindre les cibles des objectifs de développement durable.

En avril 2018, la Directrice régionale a lancé la deuxième phase du Programme de transformation (2018-2020) qui place les populations au cœur du changement et cadre avec le plan pour la transformation mondiale de l'OMS lancé au second semestre 2017. En mai 2018, les États Membres ont approuvé le plan ambitieux de cinq ans défini par l'OMS dans le treizième programme général de travail (2019-2023), aux fins duquel un milliard de personnes supplémentaires doivent bénéficier de la couverture sanitaire universelle ; un milliard de personnes supplémentaires doivent être mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire ; et un milliard de personnes supplémentaires doivent bénéficier d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être.

En vue d'atteindre les objectifs du triple milliard, l'OMS dans la Région africaine s'efforcera d'avoir un impact réel au niveau des pays. Nous consoliderons notre position d'autorité directrice et coordonnatrice de l'action sanitaire sur le plan international, dans le contexte des objectifs de développement durable. Nous favoriserons le dialogue de politique générale avec toutes les parties prenantes, notamment les pouvoirs publics, les donateurs, le système des Nations Unies, la société civile et les milieux universitaires.

Au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, les travaux se poursuivront pour parachever les examens fonctionnels dans les bureaux de pays et pour faire participer le personnel aux activités qui favorisent la transformation.

Les membres du personnel de l'OMS bénéficieront à cet égard de la formation nécessaire, particulièrement en matière de leadership, de gestion et de diplomatie, et ils seront encouragés et soutenus pour transformer les valeurs axées sur la production de résultats en des comportements et une culture qui concourent à une prestation efficace des services, dans un cadre de travail juste et respectueux. Des mesures seront prises pour pérenniser et évaluer les progrès accomplis dans le cadre des opérations stratégiques de l'Organisation, le but étant de converger vers une efficacité accrue et vers l'optimisation des ressources.

En outre, des efforts intensifiés seront déployés pour étendre et diversifier les partenariats afin de permettre aux pays d'améliorer l'état de santé de toutes les populations, où qu'elles se trouvent, en leur proposant des soins plus équitables et plus accessibles. Les réunions de haut niveau sur la tuberculose et les maladies non transmissibles qui doivent se tenir lors de l'Assemblée générale des Nations Unies prévue en septembre 2018 permettront d'accélérer l'action multisectorielle dans ces axes prioritaires.

Le fait d'investir dans des systèmes de santé plus solides et de s'engager à instaurer la couverture sanitaire universelle représente une occasion d'améliorer la vie des populations dans la Région africaine. Nous continuerons à encourager l'accroissement des investissements nationaux non seulement dans la santé pour améliorer les systèmes de santé, mais aussi dans la préparation et l'action de santé publique pour améliorer la sécurité sanitaire mondiale. Nous sommes très encouragés par l'adoption de notre cadre d'action en faveur de la couverture sanitaire universelle et par l'engagement politique accru à instaurer la couverture sanitaire universelle, et nous continuerons à œuvrer avec les pays pour avancer résolument vers un accès plus équitable à la santé dans la Région. Le Secrétariat travaillera en synergie avec les États Membres pour concevoir et faire appliquer des dispositifs stratégiques et institutionnels qui soutiennent et amplifient les résultats du changement que l'on perçoit actuellement. Les principaux axes qui retiendront l'attention comprennent la gouvernance sanitaire, la fixation des priorités, la coordination des interventions des partenaires et l'efficacité de l'Organisation.

L'OMS réitère son engagement ferme à poursuivre sa collaboration avec les États Membres et les partenaires dans la mise en œuvre du nouveau programme général de travail, le but étant de converger vers la couverture sanitaire universelle et d'amener la population de la Région africaine au meilleur niveau de santé et de bien-être possible.



6.0

ANNEXES

Publications sélectionnées du Bureau régional
de l'OMS pour l'Afrique, par groupe organique

Annexe 1. Publications sélectionnées du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, par groupe organique

Maladies transmissibles

1. Case management of malaria in Eswatini, 2011-2015: on track for elimination? Dlamini, S. V.; Kosgei, R. J.; Mkhonta, N.; Zulu, Z.; Makadzange, K.; Zhou, S, et al. *Public Health Action*, Vol 8 (Supp 1), S3-S7, 25 April 2018
2. Advances in malaria elimination in Botswana: a dramatic shift to parasitological diagnosis, 2008-2014. Moakofhi, K.; Edwards, J. K.; Motlaleng, M.; Namboze, J.; Butt, W.; Obopile, M. et al. *Public Health Action*, Vol 8 (Supp 1), S34-S38, 25 April 2018
3. Changing distribution and abundance of the malaria vector *Anopheles merus* in Mpumalanga Province, South Africa. Mbokazi, F.; Coetzee, M.; Brooke, B.; Govere, J.; Reid, A.; Owiti, P. et al. *Public Health Action*, Vol 8 (Supp 1), S39-S43, 25 April 2018
4. Did microbial larvaciding contribute to a reduction in malaria cases in eastern Botswana in 2012-2013? Obopile, M.; Segoea, G.; Waniwa, K.; Ntebela, D. S.; Moakofhi, K.; Motlaleng, M. et al. *Public Health Action*, Vol 8 (Supp 1), S50-S54, 25 April 2018
5. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Elimination roadmap for lymphatic filariasis. Pour plus d'informations, veuillez suivre le lien <http://www.afro.who.int/publications/elimination-roadmap-lymphatic-filariasis>
6. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care (2017 update). Pour plus d'informations, veuillez suivre le lien <http://www.afro.who.int/publications/guidelines-treatment-drug-susceptible-tuberculosis-and-patient-care-2017-update>
2. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Information, Education and Communication for cervical cancer prevention and control in African countries: Training guide. Brazzaville, 2017. Pour plus d'informations, suivre le lien <http://www.afro.who.int/publications/information-education-and-communication-cervical-cancer-prevention-and-control-african>.
3. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Strategic Planning for Cervical Cancer Prevention and Control in Africa: Training Manual. Brazzaville, 2017. Pour plus d'informations, veuillez suivre le lien <http://www.afro.who.int/publications/strategic-planning-cervical-cancer-prevention-and-control-africa-training-manual>.
4. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Assessing Country Capacity and Preparedness for Introducing or Scaling up a Comprehensive Cervical Cancer Prevention and Control Programme: Baseline Report. Brazzaville, 2017. Pour plus d'informations, suivre le lien <http://www.afro.who.int/publications/assessing-country-capacity-and-preparedness-introducing-or-scaling-comprehensive>.
5. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Information, Education and Communication for cervical cancer prevention and control in African countries: Training guide. Brazzaville, 2017. Pour plus d'informations, veuillez suivre le lien <http://www.afro.who.int/publications/information-education-and-communication-cervical-cancer-prevention-and-control-african>.
6. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Advocacy for cervical cancer prevention and control in Africa. Brazzaville, 2017. Pour plus d'informations, veuillez suivre le lien <http://www.afro.who.int/publications/advocacy-cervical-cancer-prevention-and-control-africa>.

Maladies non transmissibles

1. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Strategic planning for cervical cancer prevention and control in Africa: facilitator manual. Brazzaville, 2017. Pour plus d'informations, veuillez suivre le lien <http://www.afro.who.int/publications/strategic-planning-cervical-cancer-prevention-and-control-africa-facilitator-manual>.

Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

1. Estimated reductions in hospitalizations and deaths from childhood diarrhea following implementation of rotavirus vaccination in Africa. Minesh P. Shah, Jacqueline E. Tate, Jason M. Mwenda, A. Duncan Steele et Umesh Parashar D. Expert Review of Vaccines, Volume 16, septembre 2017.
2. Impact of rotavirus vaccines in Sub-Saharan African countries. Mwenda JM, Parashar UD, Cohen AL, Tate JE. Vaccine. 2018 Jun 15. pii: S0264-410X(18)30854-5. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.06.026. [e-pub avant impression] PMID:29914848
3. Direct and indirect effects of rotavirus vaccination on rotavirus hospitalizations among children in Malawi four years after programmatic introduction. Bennett A, Pollock L, Jere KC, Pitzer VE, Parashar U, Tate JE, et al., VacSurv Consortium. Vaccine. 2018 Jun 7. pii: S0264-410X(18)30513-9. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.04.030
4. Evaluation of intussusception after monovalent rotavirus vaccination in Africa; Tate J and Mwenda J M et al, NEJM, avril 2018.
5. Shortages of benzathine penicillin for prevention of mother-to-child transmission of syphilis: An evaluation from multi-country surveys and stakeholder interviews, Nurse-Findlay S, Taylor MM, Savage M, Mello MB, Saliyou S, Lavayen M, et al. (2017) PLoS Med 14(12):e1002473. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002473> –
6. Clinic-based evaluation study of the diagnostic accuracy of a dual rapid test for the screening of HIV and syphilis in pregnant women in Nigeria. Olugbenga, I, Oyelade T, Laverty M, Ngige E, Anyaike C, Bakare R. et al. (2018) Plos One. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198698>.
2. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Domestic resource mobilization for health in Africa. Pour plus d'informations, veuillez suivre le lien ci-après : http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-12/WHO_Report_AFRO_20_small.pdf
3. Oyari FO, Ognonnaya LU, Ota MO, Azuogu B. How ready are the Ward Development Committees to facilitate Universal Health Coverage in Ebonyi State, Nigeria? J Primary Health Care and General Practice, Vol 1 (1), 2017.
4. Mendy AL, Agbla SC, Odotola AA, Antonio M, Greenwood BM, Sutherland JS, Ota MOC. Kinetics of antibodies against pneumococcal proteins and their relationship to nasopharyngeal carriage in the first two months of life. PLoS One. 5 octobre 2017 ; 12(10):e0185824.
5. Traditional Medicine Situation in Africa: Where Are We? Kasilo OMJ, Nikiema JB, Loua A and Desta A (2018). In: Charles Wambebe (Eds.), African Indigenous Medical Knowledge and Human Health. London: CRC Press, Taylor & Francis, pp 1-50, 2018.
6. Blood Safety Status in WHO African Region Countries: Lessons Learnt from Mauritius. Journal of Blood Transfusion, Volume 2017, Article ID 1970479.

Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire

1. Developing a multisectoral National Action Plan for Health Security (NAPHS) to implement the International Health Regulations (IHR 2005) in Tanzania. Mghamba JM, Talisuna AO, Suryantoro L, Saguti GE, Muita M, Bakari M. et al. *BMJ Glob Health* 2018;3:e000600. doi:10.1136/bmjgh-2017-000600.

Services institutionnels et fonctions d'appui

1. Le Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine : phase 2 – placer les personnes au cœur du changement. Avril 2018.
2. Le Programme de transformation de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine : présenter des réalisations et obtenir un impact. Mai 2018.

Systèmes de santé

1. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Leave no one behind: strengthening health systems for UHC and the SDGs in Africa. Pour plus d'informations, veuillez suivre le lien <http://www.afro.who.int/publications/leave-no-one-behind-strengthening-health-systems-uhc-and-sdgs-africa>.



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Afrique

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

Cité du Djoué, Boîte postale 06, Brazzaville, République du Congo

Téléphone : + (47 241) 39100 / + (242) 770 02 02 |

Fax : + (47 241) 39503 | Courriel : afrocommunications@who.int |

Site Web <http://www.afro.who.int> | Twitter : @WHOAFRO |

Photographie : © OMS/ J. Pudlowski | OMS/S. Gborie | OMS/ E. Kabambi Kabangu |

Conception graphique : OMS/P Jiri