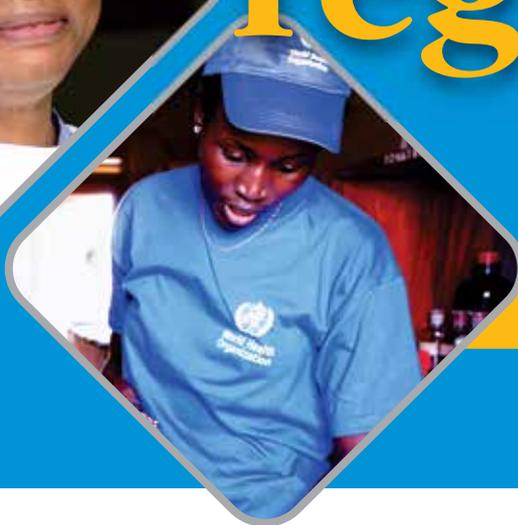
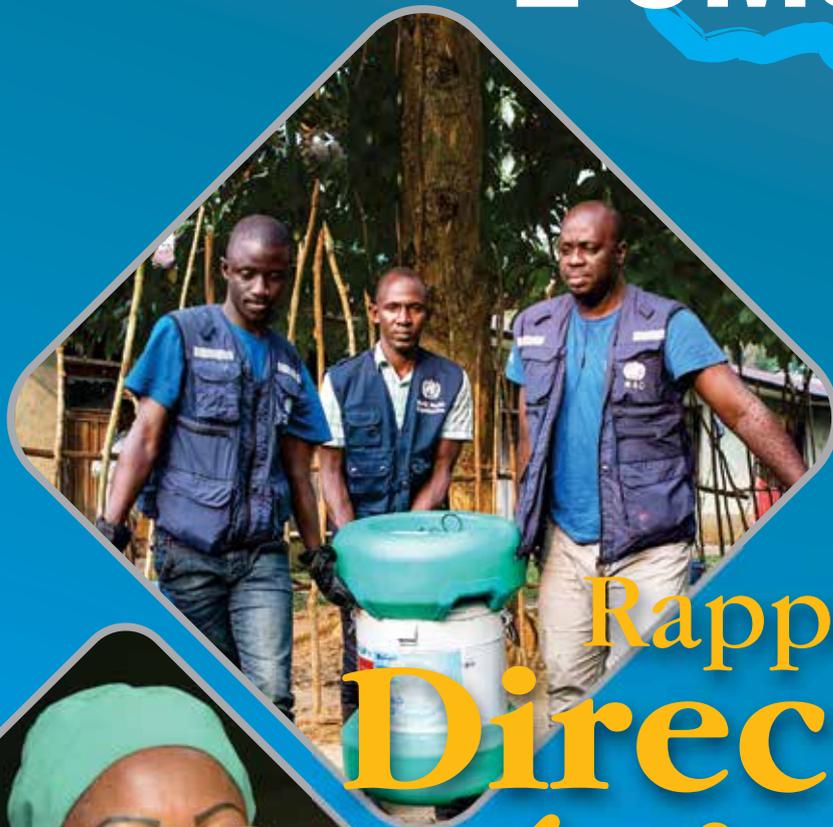


ACTIVITÉS DE
L'OMS DANS LA RÉGION
AFRICAINNE



Rapport de la
**Directrice
régionale**

1^{er} juillet 2018-30 juin 2019



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Afrique

**Activités de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine
Rapport de la Directrice régionale – 1^{er} juillet 2018-30 juin 2019**

AFR/RC69/2

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2019

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'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine : rapport de la Directrice régionale – 1^{er} juillet 2018-30 juin 2019. Brazzaville, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage 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 en Afrique du Sud

Sommaire

ACRONYMES ET SIGLES	2
AVANT-PROPOS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'OMS	3
AVANT-PROPOS DE LA DIRECTRICE RÉGIONALE DE L'OMS POUR L'AFRIQUE	5
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	7
INTRODUCTION	13
PROGRÈS RÉALISÉS AU TITRE DU PROGRAMME DE TRANSFORMATION	15
CATÉGORIE 1. MALADIES TRANSMISSIBLES	17
CATÉGORIE 2. MALADIES NON TRANSMISSIBLES	25
CATÉGORIE 3. PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE	31
CATÉGORIE 4. SYSTÈMES DE SANTÉ	39
CATÉGORIES 5 et 12. PROGRAMME D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE ET PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE	45
CATÉGORIE 6. SERVICES INSTITUTIONNELS ET FONCTIONS D'APPUI	53
EXÉCUTION DU BUDGET PROGRAMME 2018-2019	63
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	67
ANNEXE 1. Publications sélectionnées de l'OMS dans la Région africaine, 2018-2019	69
FIGURES	
Figure 1. Nombre de personnes vivant avec le VIH placées sous traitement antirétroviral	17
Figure 2. Tendence de l'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants) par rapport à la couverture de la thérapie antirétrovirale (en pourcentage) dans six pays d'Afrique australe, sur la période 2010-2017	19
Figure 3. Nombre de femmes et de filles couvertes lors des campagnes de planification familiale, sur la période 2013-2018	33
Figure 4. Tableau de bord des principaux indicateurs de résultats relatifs à la gestion	53
Figure 5. Progrès réalisés dans les rapports d'audit	54
Figure 6. Réduction du nombre de rapports sur la coopération financière directe non établis entre 2016 et 2019	54
Figure 7. Progression de la représentation féminine entre 2015 et 2018	56
Figure 8. Proportion des contributions fixées et des contributions volontaires (au 30 juin 2019)	64
TABLEAU	
Utilisation financière du budget programme approuvé pour l'exercice 2018-2019 (au 30 juin 2019)	64

Acronymes et sigles

AA-HA!	Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents
AFRO	Bureau régional de l'Afrique
AMR	résistance aux antimicrobiens
CCLAT-OMS	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
CSU	couverture sanitaire universelle
DFC	coopération financière directe
DFID	Département du développement international (Royaume-Uni)
EAIP	équipes d'appui inter pays
EB	Conseil exécutif
ESPEN	Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées
Fonds mondial Gavi	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme l'Alliance du vaccin
GSWCAH	Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)
VHB	virus de l'hépatite B
HHA	Harmonisation pour la Santé en Afrique
IPC	lutte anti-infectieuse ; lutte contre l'infection ; lutte contre les infections
IST	infections sexuellement transmissibles
IVM	lutte antivectorielle intégrée
JEE	évaluation externe conjointe
KPI	principaux indicateurs de résultats
MNT	maladies non transmissibles
MTN	maladies tropicales négligées
MVE	maladie à virus Ebola
OCHA	Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires
ODD	objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OMS/AFRO	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
PEID	petits États insulaires en développement
PGT	programme général de travail
PSC	Sous-Comité du Programme
PVS	poliovirus sauvage
RC	Comité régional
RSI	Règlement sanitaire international (2005)
S-E	suivi et évaluation
SIDA	Agence suédoise de coopération pour le développement international
SIG	système d'information géographique
SRHR	santé sexuelle et reproductive et droits connexes
SRMNEA	santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
SSP	soins de santé primaires
TARV	traitement antirétroviral ou thérapie antirétrovirale
TB	tuberculose
THA	trypanosomiase humaine africaine
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VPI	vaccin antipoliomyélitique inactivé
WHA	Assemblée mondiale de la Santé
WHO-PEN	ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles

Avant-propos

du Directeur général de l'OMS



La Région africaine compte à son actif de nombreuses réalisations dont elle peut être fière, et plusieurs raisons de se réjouir des résultats obtenus. Entre 2000 et 2015, l'espérance de vie s'est allongée de 9,4 ans en Afrique, ce qui représente le double de la moyenne mondiale. Des millions de cas d'infection et de décès liés à l'infection à VIH, au paludisme et à la tuberculose ont été évités. Aucun nouveau cas de transmission du poliovirus sauvage n'a été notifié sur le continent depuis août 2016. Des millions de femmes sont en vie aujourd'hui qui, vingt années auparavant, n'auraient pas survécu à l'accouchement ; et des millions d'enfants supplémentaires ont survécu et ont pu célébrer leur cinquième anniversaire.

Il va de soi que de nombreux problèmes perdurent. L'espérance de vie en Afrique accuse toujours un retard de 11 ans sur la moyenne mondiale. Les progrès ont stagné dans la lutte contre le paludisme. Les maladies non transmissibles ont surpassé les maladies transmissibles en tant que principales causes de mortalité prématurée. Et, au moment où j'écris ces lignes, nous luttons contre une flambée épidémique de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo qui nous rappelle une fois de plus qu'un système de santé faible dans un pays peut représenter une menace régionale et mondiale.

Beaucoup reste à faire pour concrétiser la vision de la couverture sanitaire universelle dans la Région. Si de nombreux signes encourageants de progrès apparaissent, toujours est-il que l'accès aux services de santé essentiels et de qualité reste plus faible en Afrique que dans n'importe quelle autre Région, et 114 millions de personnes vivent dans la pauvreté à cause des coûts des soins de santé. Ces insuffisances non seulement mettent en danger la vie de millions de personnes, mais obèrent aussi la croissance économique et la prospérité de l'Afrique.

En vue de relever chacun de ces défis, l'OMS doit faire preuve d'efficacité, d'efficacités, d'une capacité à répondre aux besoins et travailler en harmonie pour atteindre les cibles du « triple milliard » énoncées dans le treizième programme général de travail. De façon précise, en mettant l'accent sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie, une hausse de la dépense publique nationale sur les soins de santé primaires sera primordiale pour construire l'Afrique en meilleure santé, plus sûre et plus juste que nous appelons tous de nos vœux.

Tel est le fil conducteur du Programme de transformation de l'OMS dans la Région africaine mis en œuvre à l'initiative de la Dre Moeti, qui a posé les jalons de la transformation que nous menons désormais à l'échelle de l'Organisation.

J'ai le plaisir de vous présenter conjointement ce rapport sur les activités de l'OMS dans la Région africaine, qui fait le point sur les progrès accomplis au cours de l'année écoulée. Ces progrès ont été rendus possibles par les efforts conjoints des membres du personnel de l'OMS en service dans les pays, ainsi qu'aux niveaux régional et mondial, en collaboration avec les États Membres et les partenaires.

Je suis disposé à continuer d'œuvrer avec les populations de la Région africaine et du monde en général pour promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale et servir les populations vulnérables.



Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé



Avant-propos

de la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique



Le présent rapport contient des informations sur les résultats programmatiques que nous avons obtenus en appui aux pays, en étroite coopération avec les partenaires. Voici plus de quatre ans que le Programme de transformation régional est mis en œuvre. Les résultats de cette stratégie de réforme sont encourageants, comme en témoignent les progrès concrets réalisés dans des domaines clés.

Les membres du personnel de l'OMS portent de plus en plus, et institutionnalisent, le changement. Nous avons mis en place une formation aux fonctions de direction et les membres du personnel qui y participent expriment avec enthousiasme leur détermination à diriger et à gérer différemment les équipes et les ressources dont ils ont la charge. Les agents du changement prêtent leur assistance aux collègues dans toute la Région pour transposer à une échelle plus grande les initiatives conçues pour améliorer sans discontinuer notre façon de travailler ensemble.

La responsabilisation et la conformité aux règles de l'OMS se sont améliorées. Le Secrétariat est désormais plus vigilant et veille à prévenir le mauvais emploi des ressources en garantissant plutôt leur optimisation. Aucune vérification interne des comptes n'a été jugée insatisfaisante dans la Région depuis quatre ans. Le comité chargé de la conformité et de la gestion des risques veille à ce que nos décisions soient stratégiques, transparentes et efficaces. Chaque membre du personnel comprend l'impact que son action peut avoir sur l'Organisation et met tout en œuvre pour obtenir des résultats conformes aux principaux indicateurs de résultats (KPI) convenus, dans le cadre de son développement professionnel.

La transparence et l'efficacité sont renforcées grâce à un suivi et à un établissement de rapports par voie électronique. Le tableau de bord des KPI génère des informations sur les progrès accomplis par chaque bureau de pays de l'OMS dans la Région et facilite l'intervention en temps voulu pour de meilleures performances. Nous mettons un accent particulier sur l'obtention de résultats. Le personnel correspond mieux aux priorités définies au Bureau régional et dans les équipes d'appui interpays. Nous avons récemment accru l'interaction entre les équipes d'appui interpays et les directeurs basés à Brazzaville en vue d'une surveillance de meilleure qualité et d'un appui plus déterminé en faveur des pays. Nous avons rationalisé les procédures de recrutement, nous avons institutionnalisé l'organisation d'une formation à l'entrée en service pour tous les nouveaux membres du personnel et nous investissons dans la formation et le perfectionnement du personnel.

Enfin, nous réorganisons les bureaux de pays pour qu'ils soient outillés pour répondre aux besoins des États Membres. L'examen des fonctions et des profils du personnel est achevé dans 42 bureaux de pays, et 21 de ces bureaux sont même déjà passés à la phase de mise en application des plans approuvés. Nous travaillons désormais avec le personnel pour améliorer ses compétences en ce qui concerne le renforcement des systèmes de santé, la sécurité sanitaire et la promotion du bien-être, conformément au treizième programme général de travail.

La transformation du Secrétariat en une Organisation mieux outillée pour répondre aux besoins et comptable de ses actes est en bonne voie. Avec le soutien du personnel, des États Membres et des partenaires, nous continuerons d'œuvrer pour améliorer les résultats sanitaires au bénéfice du milliard de personnes de la Région africaine.

D^{re} Matshidiso Moeti
Directrice régionale pour l'Afrique
Organisation mondiale de la Santé



Résumé d'orientation

Le présent rapport décrit les résultats importants que l'OMS a obtenus dans la Région africaine, grâce au *douzième programme général de travail 2014-2019*. Ces résultats reflètent la contribution des bureaux de pays de l'OMS et du Bureau régional de l'Afrique, équipes d'appui interpays comprises, et du Siège de l'OMS au développement sanitaire dans la Région africaine, en collaboration avec les États Membres et les partenaires.

Poursuivre la mise en œuvre du Programme de transformation

L'ambition du Programme de transformation régional est de faire en sorte que l'OMS soit axée sur les résultats, autrement dit qu'elle soit en mesure d'obtenir des résultats et un impact concrets dans les pays. Les valeurs partagées servent de plus en plus de boussole au comportement collectif de façon à créer un environnement dans lequel chaque acteur réalise au mieux les actions qui visent à régler les problèmes de santé les plus prioritaires. Ces actions devraient être adossées sur l'efficacité et l'obligation de rendre compte des opérations et de l'interaction avec les partenaires. Par l'entremise du Programme de transformation, le Secrétariat s'efforce continuellement de faire de l'OMS l'Organisation efficace, comptable de ses actes et transparente que les membres du personnel et les parties prenantes appellent de leurs vœux.

Ces quatre dernières années, la restructuration au niveau régional et l'établissement des principaux indicateurs de résultats ont contribué à un meilleur alignement des ressources de l'OMS sur les priorités des pays, et débouché sur un suivi accru des progrès accomplis sur le double plan programmatique et gestionnaire. Faisant fond sur cet effort, la formation aux fonctions de direction développe les aptitudes et élargit les compétences de 130 membres du personnel de niveau supérieur. Cette formation fait germer chez les participants une détermination collective à mener les activités de façon différente. Dans toute la Région, 150 volontaires soutiennent les initiatives axées sur le changement, dont le but est de rationaliser la façon dont nous travaillons ensemble. Au niveau des pays, les examens des profils et des fonctions du personnel sont utilisés pour que les équipes des bureaux de pays soient adaptées à l'objectif visé.

L'OMS a pour ambition de prêter son assistance aux pays pour promouvoir la prévention et assurer

l'accès au traitement en se fondant sur les causes les plus importantes de mauvaise santé et de maladies évitables, une action qui passe par l'affectation de la priorité à la couverture sanitaire universelle, par l'action en cas de situations d'urgence sanitaire et par la mise en œuvre d'interventions sanitaires hautement efficaces. En vue d'atteindre cet objectif, la Directrice régionale poursuit son plaidoyer auprès des États Membres et des partenaires, surtout en faveur du financement intérieur, par des visites officielles dans les pays, la participation à des événements de haut niveau et une interaction permanente avec les partenaires. Des résultats sont obtenus dans des domaines tels que le renforcement des opérations, le maintien de la conformité, la promotion de l'utilisation rationnelle des ressources et la mise en place d'un cadre propice à la réalisation d'activités techniques. De nouveaux partenariats sont en cours d'établissement et les partenariats existants sont consolidés. Les messages de santé publique atteignent un public plus large et contribuent à une visibilité accrue des activités que l'OMS mène dans la Région. Près de un million de nouveaux utilisateurs ont visité le site Web régional de l'OMS depuis le début d'année 2018 et l'Organisation accentue sa présence sur les médias traditionnels et sociaux.

Renforcer la sécurité sanitaire régionale et assurer une meilleure riposte aux situations d'urgence

Les États Membres ont accompli des progrès importants vers le renforcement et le maintien en place des capacités requises en ce qui concerne la préparation et l'action en cas de situations d'urgence sanitaire dans la Région. Trente-trois pays ont établi des profils et des cartes de risques, et des évaluations externes conjointes ont eu lieu dans 41 États Membres pour déterminer s'ils ont mis en place les capacités essentielles requises en vertu du Règlement sanitaire international (RSI). Tous les 47 États Membres de la Région africaine ont soumis le rapport annuel d'autoévaluation attendu de chaque État Partie au RSI, alors que moins de 50 % d'entre eux l'avaient fait en 2015. En outre, 24 États Membres ont élaboré des plans d'action nationaux englobant l'ensemble des menaces pour la sécurité sanitaire, en tenant compte de l'approche « Une seule santé », qui permettrait de combler les lacunes les plus importantes si elle est mise en œuvre et bénéficie d'un financement.

En vue d'améliorer le suivi des maladies prioritaires et la détection en temps voulu des épidémies, 19 États Membres ont assuré une couverture de 90% par la surveillance intégrée des maladies et la riposte (SIMR) au niveau infranational, ce qui passe notamment par une surveillance des événements. Les capacités à mener des investigations en temps voulu et à organiser une riposte en cas de flambées épidémiques et d'autres situations d'urgence ont été renforcées grâce à la formation dispensée à des équipes d'intervention rapide dans 17 pays.

L'OMS continue de jouer un rôle de chef de file avec les pouvoirs publics au sujet de la coordination de la riposte aux flambées épidémiques et aux situations d'urgence sanitaire. Preuve en est donnée ces derniers temps en République démocratique du Congo, où l'OMS coordonne la riposte complexe à la flambée épidémique de maladie à virus Ebola avec le gouvernement et le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA). La priorité reste d'éviter que cette maladie ne se propage à l'échelle internationale ni plus largement dans le pays. Le vaccin candidat expérimental anti-Ebola (connu sous l'appellation de « rVSV-ZEBOV ») a joué un rôle clé à cet égard, étant entendu que ce vaccin a été administré à plus de 147 000 personnes.

Poursuivre la mise en œuvre du programme inachevé de lutte contre les maladies transmissibles

Les maladies transmissibles telles que l'infection à VIH, la tuberculose, le paludisme, l'hépatite virale, les infections sexuellement transmissibles (IST) et les maladies tropicales négligées (MTN) continuent de poser des problèmes majeurs de santé publique à travers la Région. En 2018, dix-sept États Membres supplémentaires ont adopté la politique visant à « traiter tout le monde », aux fins de laquelle 25,7 millions de personnes vivant avec le VIH dans la Région africaine doivent être placées sous traitement antirétroviral (TARV), quel que soit leur statut immunitaire. En tout 1,3 million de personnes supplémentaires vivant avec le VIH ont été placées sous TARV en 2018, portant à 16,3 millions le nombre total de personnes qui suivent ce traitement, soit un taux de couverture de 64 %. Des plans de rattrapage sont exécutés en Afrique de l'Ouest et centrale afin d'élargir encore la couverture, et des progrès importants ont été signalés récemment.

La Région a continué à enregistrer des avancées en matière d'évaluation de l'incidence de la tuberculose, l'ambition étant d'atteindre non

seulement les cibles définies dans la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose, mais également les objectifs de développement durable (ODD). En synergie avec d'autres partenaires, l'OMS a apporté son concours aux États Membres pour accélérer les progrès vers l'éradication de la tuberculose. C'est à ce titre que l'Organisation a conçu un Cadre d'action et de responsabilisation pour mettre fin à la tuberculose sur le continent africain, ainsi qu'un tableau de bord annuel. Une approche dirigée par les pays et axée sur « une action à fort impact dans les pays à forte charge » a été adoptée en novembre 2018 pour enrayer la hausse du nombre de cas de paludisme dans les pays à forte charge. Les États Membres ont élaboré et déployé des stratégies et des outils de prévention, de lutte et d'élimination du paludisme, et des examens complets des programmes de lutte contre le paludisme ont eu lieu dans cinq pays.

Le Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (en abrégé « ESPEN », parfois désigné ci-après le « projet ESPEN ») a permis à 21 pays de toucher plus de 70 millions de personnes en leur administrant un traitement préventif dans le cadre des campagnes d'administration massive de médicaments. En outre, l'action d'ESPEN a permis de récupérer plus de 67 millions de médicaments jusque-là perdus ou indéterminés, une action qui a permis d'économiser environ US \$70 millions sur les médicaments reçus en donation. L'éradication de la maladie du ver de Guinée est en bonne voie, même si quatre pays restent endémiques de cette maladie. Selon des projections, l'élimination de la trypanosomiose humaine africaine peut être assurée avant l'échéance fixée pour 2020.

En juin 2019, cela faisait plus de 34 mois qu'aucun cas de transmission du poliovirus sauvage de type 1 n'avait été confirmé dans la Région africaine depuis la notification du dernier cas en août 2016 au Nigéria. En mars 2019, tous les États Membres de la Région avaient introduit le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI), contre 36 États Membres seulement en début d'année 2018. En novembre 2018, la Commission régionale africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite avait accepté la documentation présentée par 40 États Membres de la Région pour accéder au statut de pays exempt de poliomyélite. Des efforts se poursuivent sans relâche, particulièrement des campagnes pour mettre fin, dans 10 pays, aux flambées épidémiques causées par le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2.

Renforcer les approches intégrées et multisectorielles de lutte contre les maladies non transmissibles

En collaboration avec les partenaires, l'OMS et les États Membres ont poursuivi l'action de riposte à l'épidémie de maladies non transmissibles. Douze pays utilisent l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles (WHO-PEN) en vue d'intégrer les services de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles aux soins de santé primaires dans les contextes pauvres en ressources. L'Éthiopie et le Nigéria mettent en œuvre le projet RESOLVE pour améliorer le dépistage de l'hypertension et la lutte contre cette maladie. À ce jour, 35 États Membres de la Région se sont dotés de plans d'action multisectoriels de lutte contre les maladies non transmissibles, l'ambition étant de veiller à ce que les efforts déployés pour prévenir et maîtriser ces maladies rassemblent les parties prenantes concernées, au-delà du secteur de la santé.

En 2018-2019, dix États Membres ont adopté des lois et des réglementations sur la lutte antitabac. Cinq autres pays ont ratifié le Protocole visant à éliminer le commerce illicite des produits du tabac dans la Région, portant à 17 le nombre total d'États de la Région africaine qui sont Parties à ce protocole. En 2018, l'OMS a commencé à réaliser un projet triennal pour renforcer l'environnement réglementaire et fiscal national et, partant, encourager l'alimentation saine et l'exercice physique. L'Organisation mondiale de la Santé collabore avec 15 pays de la Région à la lutte contre le cancer du col de l'utérus, afin de sauver des vies par le recours à une « approche basée sur le dépistage et le traitement », dans le cadre des soins de santé primaires.

Mener des activités pour parvenir à la couverture sanitaire universelle

L'action en faveur de la couverture sanitaire universelle s'accélère, ce qui procède de la dynamique enclenchée par les décisions politiques de haut niveau prises au niveau des pays et à l'Union africaine. Le plaidoyer que la Directrice régionale entreprend dans les pays porte entre autres sur l'investissement dans les soins de santé primaires pour parvenir à la couverture sanitaire universelle, sur la hausse des investissements nationaux destinés à la santé et sur la réduction des dépenses directes de santé. Un ensemble de services de santé essentiels a été défini pour éclairer la démarche des États Membres par rapport aux soins de santé primaires, et au moins

trois pays travaillent à appliquer cet ensemble de services.

Un événement sur les médicaments falsifiés et de qualité inférieure a été organisé en marge de l'Assemblée générale des Nations Unies, en toile de fond de l'attention que l'OMS porte à l'amélioration du financement afin de réduire les coûts et d'accroître l'efficacité. Pour donner suite aux conclusions de cette réunion, 15 États Membres mettent désormais en œuvre des dispositifs de surveillance visant à réduire les coûts des médicaments dans le contexte de la plateforme pour la disponibilité et le prix des médicaments, qui est hébergée par le Bureau régional.

L'OMS a prêté son assistance à l'élaboration de plans d'action nationaux dans 30 États Membres en vue de renforcer la gouvernance en matière de lutte contre la résistance aux antimicrobiens et d'améliorer la collaboration dans les secteurs de la santé, de l'alimentation et de l'agriculture.

Sauver la vie des femmes, des enfants et des adolescents

Des progrès continuent d'être enregistrés vers l'élargissement de l'accès aux services essentiels de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE). L'accent est mis sur la prestation de services de qualité en plus de l'élargissement de l'accès aux accoucheuses qualifiées en cas de besoin. Neuf pays font partie du Réseau pour l'amélioration de la qualité des soins en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et de nombreux autres pays ont exprimé leur souhait d'adhérer à ce réseau. Quatorze pays ont atteint l'objectif d'une couverture de la thérapie antirétrovirale de 90 % chez les femmes enceintes et œuvrent pour éliminer la transmission mère-enfant du VIH et la syphilis. En 2018, pour relever encore la qualité des services disponibles et en collaboration avec les partenaires et les parties prenantes, sept États Membres ont établi des plans intégrés concernant la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA), ainsi que la nutrition.

Par l'intermédiaire du programme phare régional relatif à la santé de l'adolescent, 36 pays prennent des mesures pour élargir l'accès des jeunes aux services de qualité qui leur sont destinés. Des lignes directrices et d'autres outils de l'OMS sur l'égalité entre les sexes, l'équité et les droits sont mis en application dans 21 pays.

Après des mois d'intense préparation, l'introduction à titre expérimental au niveau infranational du premier vaccin antipaludique destiné aux jeunes

enfants – le RTS,S/AS01 – a eu lieu au Ghana et au Malawi. Le vaccin contenant une valence rubéole a été introduit dans 27 pays, et 26 pays ont désormais introduit une deuxième dose de vaccin antirougeoleux (VAR2) dans leurs programmes de vaccination systématique. Vingt-quatre des 31 pays ciblés ont introduit le vaccin contre la fièvre jaune dans leurs programmes de vaccination systématique.

Des partenariats stratégiques

Les partenariats ont été renforcés et des ressources mobilisées pour concrétiser les priorités de santé publique. Au total 142 accords de coopération ont ainsi été conclus, au nombre desquels un accord de partenariat avec le Parlement panafricain pour faire avancer le programme d'action sanitaire sur le continent et un cadre de collaboration régionale conclu avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (encore désigné ci-après le « Fonds mondial »). Le deuxième Forum de l'OMS sur la santé en Afrique tenu en mars 2019 à Praia (Cabo Verde), à l'initiative de l'OMS, a offert une occasion exceptionnelle d'étudier les voies et moyens de parvenir à la couverture sanitaire universelle et d'assurer la sécurité sanitaire dans la Région. La plateforme revitalisée du mécanisme de partenariat dénommé Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) s'attelle à faire de la couverture sanitaire universelle une priorité collective. Dans le cadre de cette plateforme, la formation en gestion des finances publiques qui sera dispensée dans les pays de la Région améliorera la façon dont le financement national et international est utilisé pour améliorer la santé.

Concernant les organes directeurs, l'OMS dans la Région africaine a continué de rationaliser les processus et de prêter une meilleure assistance aux délégués. À sa soixante-huitième session, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (encore désigné le « Comité régional » ou le « Comité régional de l'Afrique ») a adopté le tout premier Code de conduite pour la nomination du Directeur régional, dans l'idée de promouvoir un processus transparent, ouvert et équitable. La voix des États Membres africains résonne avec plus de force lors des sessions des organes directeurs grâce à un appui intensifié du Secrétariat.

Les activités de communication se sont améliorées de façon substantielle : en ampleur, en qualité et en portée. L'information concernant les flambées épidémiques et les activités de riposte menées par l'OMS et les partenaires est rendue disponible à temps et de façon pertinente. Le plaidoyer actif en faveur des priorités sanitaires régionales s'articulait entre autres sur une centaine d'interactions

avec les médias et sur la formation de plus de 300 communicateurs issus de plus de 10 pays. Cette formation portait sur la façon de faire des reportages lors d'une situation d'urgence sanitaire, et 20 produits des médias ont été générés depuis lors.

La consolidation et la coordination des initiatives gestionnaires

Le Secrétariat a continué à renforcer l'accent stratégique mis sur les résultats tout en réorientant ses énergies vers l'atteinte de l'objectif du triple milliard énoncé dans le *treizième programme général de travail 2019-2023* (encore désigné le « treizième PGT »). Le renforcement des capacités de planification, de budgétisation, de suivi et d'évaluation a permis d'accroître l'efficacité et l'efficience des activités menées par l'OMS dans la Région.

Les réformes structurelles et gestionnaires sont en cours de consolidation grâce à des mesures telles que le renforcement des mécanismes de contrôle interne, l'accroissement de la responsabilisation, de la transparence et de la conformité, et l'amélioration des prestations de chaque membre du personnel et des performances de chaque équipe à travers la Région. Avec ces mesures, les rapports des audits conduits dans la Région sont devenus nettement plus satisfaisants ces dernières années.

Les résultats obtenus par les programmes à l'aune des KPI convenus s'améliorent sans cesse, la finalité étant d'accroître la responsabilisation, la transparence et l'accent mis sur les résultats. Les principaux indicateurs de résultats mesurent la contribution de l'OMS au niveau des produits à l'atteinte des objectifs nationaux et des objectifs de développement durable dans la Région africaine.

Perspectives

Faisant fond sur les progrès considérables réalisés au cours de l'année écoulée, le Secrétariat privilégie la collaboration étroite avec les États Membres et les partenaires afin de mettre en œuvre le treizième PGT. Conformément au Programme de transformation régional et au plan et architecture pour la transformation mondiale de l'OMS, les améliorations de l'efficacité institutionnelle, de la responsabilisation et de la qualité seront institutionnalisées, tout comme l'optimisation des ressources.

Le programme phare régional relatif à la couverture sanitaire universelle se poursuivra, avec un accent marqué sur les soins de santé primaires et l'équité,

tandis que le programme phare portant sur la santé de l'adolescent sera utilisé comme une mesure des progrès réalisés en direction de la couverture sanitaire universelle. Ces deux programmes phares généreront des résultats axés sur la santé pour tous, à tout âge. Parallèlement, les besoins des personnes âgées recevront plus d'attention. À l'aide des approches centrées sur la personne et en privilégiant l'intégration des services de prévention et de lutte, le Secrétariat fera porter les efforts sur le renforcement des systèmes de santé et, partant, sur la sécurité sanitaire. L'OMS continuera d'apporter un appui diligent et efficace aux États Membres pour prévenir des événements aigus et y riposter, ce qui signifie en filigrane que l'on doit commencer par mettre fin à la flambée

épidémique de maladie à virus Ebola qui sévit en République démocratique du Congo.

Le Secrétariat forgera par ailleurs de nouveaux partenariats, notamment avec le secteur privé, et encouragera le recours à la santé numérique en tant qu'outil primordial pour accélérer la progression vers la couverture sanitaire universelle. Grâce à une action collective menée de concert avec ses États Membres et les partenaires, l'OMS dans la Région africaine entend promouvoir la santé, sauver des vies et servir les populations vulnérables, contribuant ainsi à la croissance économique et au développement national partout en Afrique.





Introduction

Le présent rapport couvre les activités menées par l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine au cours de la période allant du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2019, et rend compte des progrès accomplis depuis le dernier rapport que la Directrice régionale a soumis au Comité régional en 2018. Le rapport met en évidence les résultats obtenus dans l'appui fourni aux États Membres, en collaboration avec les partenaires, afin d'améliorer l'état de santé des populations de la Région.

Le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine comprend 47 bureaux de pays et le Bureau régional (équipes d'appui interpayés 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, des stratégies et des plans nationaux centrés sur les interventions sanitaires d'un bon rapport coût-efficacité ; en renforçant la capacité nationale de mise en œuvre et de surveillance des activités ; en plaidant pour l'investissement dans la santé ; en mobilisant des ressources ; et en facilitant la coordination de l'action des partenaires.

Le rapport commence par une section qui rend compte des progrès réalisés au titre du Programme de transformation, et présente ensuite les résultats enregistrés dans les six catégories d'activité définies dans le *douzième programme général de travail 2014-2019*, à savoir :

- 1) Maladies transmissibles ;
- 2) Maladies non transmissibles ;
- 3) Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie ;
- 4) Systèmes de santé ;
- 5) Programme d'éradication de la poliomyélite (catégorie 5) et Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (catégorie 12) ;
- 6) Services institutionnels et fonctions d'appui.

Le présent rapport couvre une partie de la dernière année du budget programme 2016-2017 de l'OMS et la première année du budget programme 2018-2019.



PROGRÈS

RÉALISÉS AU TITRE DU PROGRAMME DE TRANSFORMATION

En vue d'améliorer les performances de l'OMS, le Programme de transformation régional vise à faire en sorte que l'action de l'OMS soit axée sur l'obtention de résultats dans les pays. Des valeurs partagées et l'accent sur les priorités sanitaires constituent le socle qui permet de déterminer les méthodes de travail dans l'Organisation. Le rôle primordial des partenaires en appui à la réalisation du mandat de l'OMS sera aussi reconnu à sa juste valeur. Faisant fond sur les acquis engrangés sur ces plans jusqu'à présent, le Programme de transformation est désormais centré sur la maximalisation des performances de l'OMS, sur le relèvement de la qualité des prestations, sur la rationalisation de la gestion, sur l'optimisation des ressources financières et sur la promotion de partenariats efficaces.

Dénoté « Initiative sur les voies vers le leadership pour la transformation de la santé en Afrique », le programme de formation des responsables du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a été lancé en 2018 avec la formation de 130 membres du personnel, dont six issus d'autres régions de l'OMS. L'Initiative sur les voies vers le leadership vise à renforcer les compétences et les connaissances des membres du personnel de niveau supérieur pour leur permettre de mieux appréhender les problèmes complexes auxquels les gestionnaires et les encadreurs actuels sont confrontés et d'anticiper les problématiques qui pourront se poser à l'avenir. Le programme a, depuis lors, été adopté à l'échelle de l'Organisation. Il est également reconnu dans le Programme de transformation que le personnel doit être au centre du changement. Pour concrétiser cette vision, 150 membres du personnel se sont portés volontaires en 2018 pour servir d'agents du changement. À ce titre, ces membres du personnel ont suivi des formations et participé à des projets à effet catalyseur pour le changement, ce qui s'est traduit par une responsabilisation et un engagement accrus du personnel.

Des examens fonctionnels sont achevés dans 42 bureaux de pays, 21 rapports d'examen ont été approuvés et les changements proposés commencent à prendre effet. Au niveau programmatique, les principaux indicateurs de résultats servent de socle à la gestion axée sur les résultats et aux mesures correctives qui doivent être prises en temps voulu. Par exemple, le suivi des

KPI a mis en évidence la lenteur dans l'exécution des programmes de lutte contre le VIH en Afrique de l'Ouest et centrale. Face à ce constat, un plan de rattrapage élaboré en collaboration avec les partenaires est en cours d'exécution.

L'orientation technique de l'action de l'OMS a été renforcée par des examens exhaustifs dans 12 États Membres afin d'identifier les interventions prioritaires pour accélérer le programme relatif à la couverture sanitaire universelle.¹ Dans le cadre de la mise en place effective des capacités essentielles requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005), l'OMS a mené des évaluations externes conjointes indépendantes dans cinq autres États Membres,² portant à 41 le nombre total de pays ayant fait l'objet d'une telle évaluation. En 2018, le projet ESPEN a prêté son assistance à 23 États Membres, dont deux pays de la Région de la Méditerranée orientale,³ pour intensifier les campagnes d'administration massive de médicaments à plus de 70 millions de personnes en vue de traiter les cinq maladies tropicales négligées les plus courantes qui se prêtent à la chimioprévention.

La conformité aux règles et réglementations de l'OMS s'est accrue, au même titre que la responsabilisation. Par conséquent, aucune vérification interne n'a été jugée insatisfaisante dans la Région ces quatre dernières années. Les efforts visant à améliorer les processus liés à l'achat et à la fourniture de biens et services se traduisent par des transactions plus rapides, de meilleure qualité et d'un meilleur rapport coût-efficacité. Ces actions ont permis de réaliser des économies importantes d'au moins US \$6 millions depuis le mois de janvier 2018.

En vue de consolider les partenariats et la communication, des séances d'information ont été organisées à l'intention non seulement des nouveaux Ministres de la santé, mais aussi des directeurs généraux ou des secrétaires généraux

1 Bénin, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Mozambique, Nigéria, République démocratique du Congo, Rwanda, Togo, Zambie et Zimbabwe.

2 Burundi, Congo, Malawi, République centrafricaine et Sao Tomé-et-Principe.

3 Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Lesotho, Madagascar, Malawi, Namibie, Nigéria, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Soudan, Soudan du Sud, Tchad et Yémen.

de la santé nouvellement nommés. Ces séances d'information portent d'une part sur le rôle que joue le Secrétariat de l'OMS, et d'autre part sur des questions clés en lien avec la gouvernance et les priorités sanitaires mondiales. La collaboration avec les partenaires traditionnels ne cesse de s'intensifier et de nouveaux partenaires entrent en scène. Sur la base de la stratégie de communication

régionale, l'OMS a collaboré de manière proactive avec des médias stratégiques, un effort couronné par plus de 100 interactions avec les médias. En outre, grâce à l'utilisation active des médias sociaux et des plateformes novatrices, les messages de santé publique atteignent un public plus large et la visibilité de l'action que l'OMS mène dans la Région africaine s'est améliorée.



CATÉGORIE I.

MALADIES TRANSMISSIBLES

En 2018-2019, l'OMS a accéléré ses efforts visant à prévenir, à contrôler et à éliminer les maladies transmissibles qui posent des problèmes majeurs de santé publique dans la majorité des pays de la Région africaine. Ces maladies comprennent l'infection à VIH, la tuberculose, le paludisme, l'hépatite virale, les infections sexuellement transmissibles et les maladies tropicales négligées.

L'élargissement de l'accès au traitement du VIH

En 2018, dix-sept pays supplémentaires⁴ ont adopté la politique qui consiste à « traiter tout le monde », aux fins de laquelle on doit veiller à ce que les 25,7 millions de personnes vivant avec le VIH dans la Région africaine soient placées sous traitement antirétroviral, quel que soit leur statut immunitaire. Dans la même lignée, le traitement antirétroviral est administré à 1,3 million de personnes vivant avec le VIH supplémentaires depuis 2018, portant à 16,3 millions le nombre total de personnes sous thérapie antirétrovirale, soit un taux de couverture de 64 %. En 2018, Eswatini et la Namibie ont atteint les cibles 90-90-90 fixées par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).⁵ L'Algérie, le Botswana, le Lesotho et le Rwanda sont sur la bonne voie pour

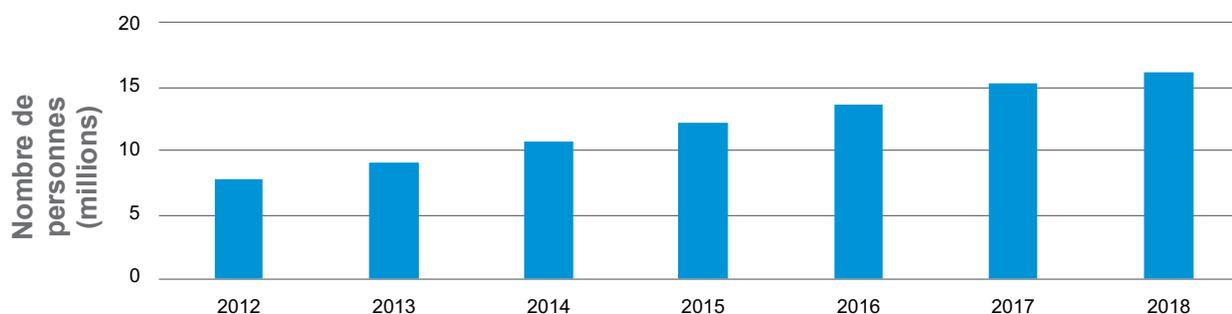
Grâce à des interventions offrant un très bon rapport coût-efficacité et à fort impact, l'OMS mène la lutte contre les maladies transmissibles en mettant en place des ripostes intégrées spécifiques aux maladies dans le cadre de systèmes de santé centrés sur la personne.

atteindre ces cibles. La sous-région de l'Afrique de l'Ouest et centrale demeure à la traîne pour ce qui concerne la riposte au VIH. Toutefois, la mise en œuvre de plans de rattrapage dans la sous-région a donné des signes encourageants d'expansion de la riposte. La figure 1 illustre la façon dont la couverture de la thérapie antirétrovirale dans la Région africaine a plus que doublé entre 2012 et 2018.

En janvier 2019, plus de 200 personnes ont participé à une réunion de haut niveau sur l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et sur la couverture universelle du dépistage et du traitement pédiatriques du VIH en Afrique de l'Ouest et centrale. La participation de la Première dame du Sénégal, des Ministres de la santé de Cabo Verde, de la Gambie, du Directeur exécutif de l'ONUSIDA et de la Directrice régionale de

l'OMS pour l'Afrique atteste de l'engagement pour cette cause au plus haut niveau.

Figure 1. Nombre de personnes vivant avec le VIH placées sous traitement antirétroviral



Source : rapport mondial de l'ONUSIDA 2019.

4 Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Maurice, Mauritanie, République centrafricaine, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Sierra Leone, Tchad et Togo.

5 À l'horizon 2020 : 90 % des personnes vivant avec le VIH connaîtront leur statut sérologique ; 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées recevront un traitement antirétroviral durable ; et 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral auront une charge virale durablement supprimée.

Suite à l'émergence de données factuelles attestant que l'impact positif de l'intensification de la thérapie antirétrovirale était menacé par l'accroissement de la pharmacorésistance du VIH, l'OMS a élaboré un plan d'action régional 2019-2023 visant à *prévenir la pharmacorésistance du VIH et à y riposter dans la Région africaine*. Ce plan d'action invite les États Membres à surveiller, à prévenir la pharmacorésistance du VIH et à organiser une riposte appropriée. L'OMS a établi un portail Web pour servir de système d'alerte précoce et aider à anticiper les perturbations dans la disponibilité des médicaments pour les patients, renforçant ainsi les systèmes de gestion des approvisionnements afin de réduire au minimum les ruptures de stock de médicaments.

L'action pour l'élimination d'ici à 2030 de l'hépatite virale en tant que menace pour la santé publique

En juin 2019, l'OMS a lancé le premier tableau de notation de la Région africaine concernant l'hépatite. Ce tableau de notation met en exergue la lourde charge due aux hépatites virales B et C dans la Région, tout comme la lenteur des progrès accomplis vers l'élimination de l'hépatite en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030, par la mise en œuvre du cadre d'action dénommé *Prévention, soins et traitement de l'hépatite virale dans la Région africaine : cadre d'action 2016-2020*. Seuls 11 pays⁶ de la Région ont introduit la dose de naissance du vaccin contre l'hépatite B. Le dépistage et le traitement de l'hépatite restent la plus grande insuffisance sur le plan de la riposte, le Rwanda et l'Ouganda étant les seuls pays à se rapprocher de la cible de dépistage fixée pour 2020, à savoir que « 20 % des personnes souffrant d'hépatites chroniques sont diagnostiquées ».

Le tout premier Sommet africain sur l'hépatite tenu en juin 2019 a apporté la preuve d'un engagement politique ferme en faveur de la lutte contre l'hépatite virale. Ce sommet a rassemblé le Vice-président de l'Ouganda, les Ministres égyptien et ougandais de la santé, l'Ambassadeur des États-Unis en Ouganda et plus de 600 personnes issues de 32 pays. L'OMS a encouragé la coopération Sud-Sud et soutenu la participation de décideurs issus de 10 pays.⁷ Le Ministre égyptien de la santé a annoncé « l'Initiative égyptienne », aux fins de laquelle l'Égypte s'associe à 14 autres pays⁸ pour qu'un million d'Africains bénéficient d'un traitement gratuit contre l'hépatite virale, avec l'appui de l'OMS.

Un engagement de haut niveau à mettre fin à la tuberculose et une baisse rapide de l'incidence de cette maladie

En 2018-2019, l'OMS et les partenaires ont travaillé en collaboration avec les États Membres pour accélérer les progrès vers l'éradication de la tuberculose. Au nom de la Commission de l'Union africaine, l'OMS a élaboré le Cadre d'action de responsabilisation pour l'éradication de la tuberculose sur le continent africain, ainsi qu'un tableau de notation annuel, qui ont été approuvés en 2018 par l'Assemblée de l'Union africaine. En 2018, plusieurs chefs d'État et de gouvernement africains ont participé à la Première Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la tuberculose, au cours de laquelle la Commission de l'Union africaine, l'Agence de développement de l'Union africaine-NEPAD (AUDA-NEPAD) et le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ont organisé une session parallèle en marge des travaux.

La Région a réalisé des progrès dans l'évaluation de l'impact de la tuberculose, et des avancées vers l'atteinte des objectifs énoncés dans la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose et en direction des cibles des objectifs de développement durable. Eswatini, le Lesotho, le Mozambique et l'Afrique du Sud ont mené des enquêtes sur la prévalence de la tuberculose en 2018. De telles enquêtes ont été menées jusqu'à présent dans 15 pays de la Région.⁹ Parmi ceux-ci, le Ghana, le Kenya, le Nigéria et l'Ouganda ont conduit des enquêtes sur le coût de la tuberculose pour les patients. Les données les plus récentes montrent que les cas de tuberculose dans la Région diminuent à un rythme annuel de 4 %, certains pays enregistrant même les baisses les plus rapides au monde (4-8 % par an) de l'incidence de la tuberculose (figure 2).

L'OMS continue de prêter son assistance à l'amélioration de la gestion programmatique de la tuberculose pharmacorésistante. Les données publiées en 2018 montrent que tous les pays se sont désormais dotés de l'outil GeneXpert pour le diagnostic de la tuberculose, alors que la couverture des tests de sensibilité aux

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

7 Algérie, Cabo Verde, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Nigéria, République-Unie de Tanzanie et Sao Tomé-et-Principe.

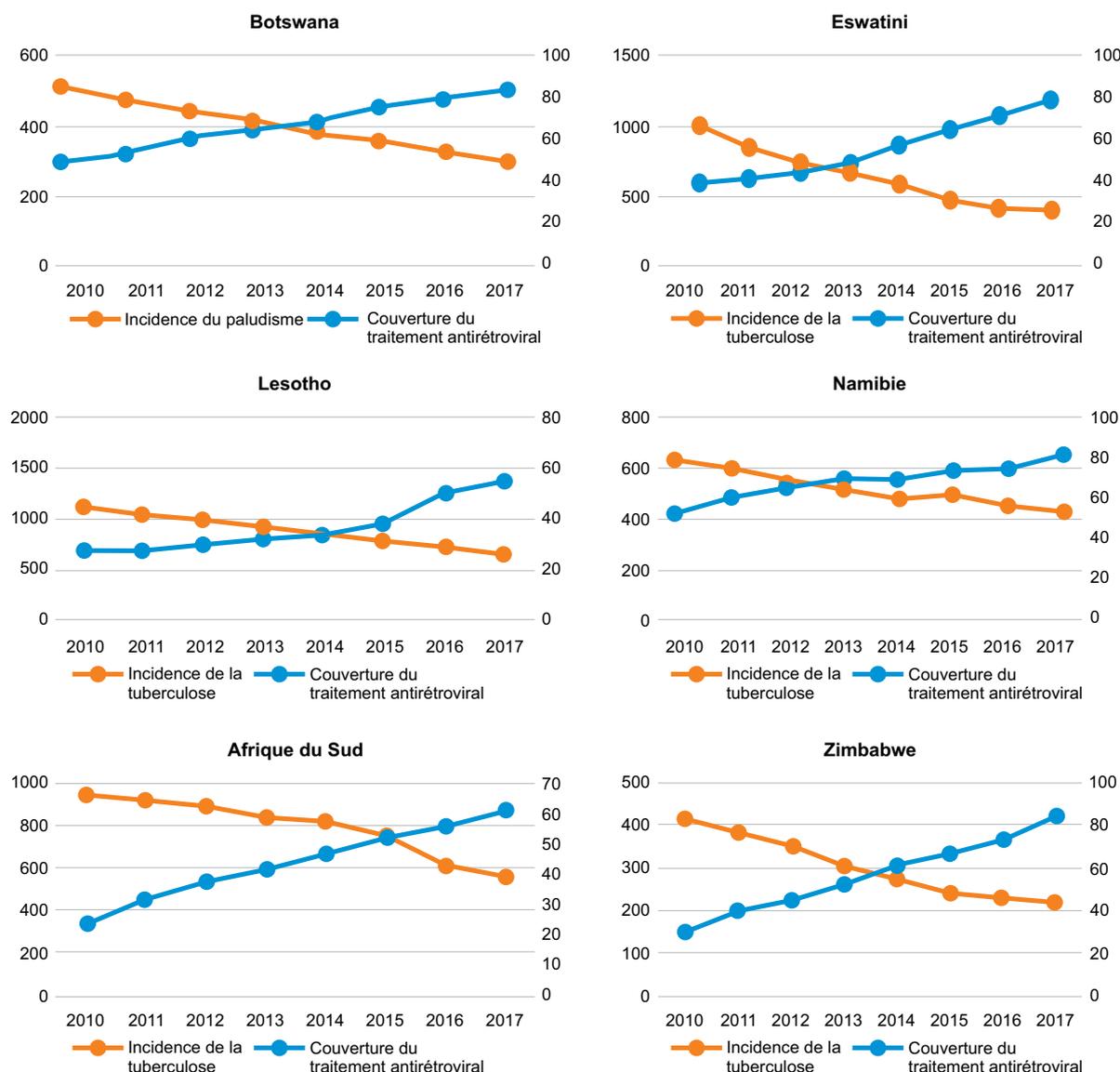
8 Burundi, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Guinée équatoriale, Kenya, Mali, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Somalie, Soudan et Soudan du Sud.

9 Eswatini, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Soudan du Sud, Zambie et Zimbabwe.

antituberculeux de deuxième intention s'est accrue à 53 % des patients tuberculeux en 2017 pour les patients souffrant de tuberculose multirésistante et de tuberculose résistante à la rifampicine. Cette couverture est en hausse par rapport à son niveau en 2010, où elle se situait sous le seuil de 20 %. Le régime de traitement de plus courte durée et les nouveaux antituberculeux multirésistants

(à savoir la délamanide et la bédaquiline) sont utilisés dans 22 pays, et 71,4 % des cas dépistés ont été placés sous traitement en 2017, contre 69 % des cas dépistés en 2016. Cependant, neuf pays seulement utilisent GeneXpert comme test de première intention pour le diagnostic de la tuberculose.

Figure 2. Tendence de l'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants) par rapport à la couverture du traitement antirétroviral (en pourcentage) dans six pays d'Afrique australe, sur la période 2010-2017¹⁰



Une approche de la lutte contre le paludisme dite « à fort impact dans les pays à forte charge »

En novembre 2018, une initiative pour une action à fort impact dans les pays à forte charge, pilotée par les pays, a été lancée pour combattre la hausse du nombre de cas de paludisme dans les pays africains à forte charge. La riposte vise d'une part

à susciter l'adhésion politique aux niveaux national et mondial afin de réduire la mortalité liée au paludisme, d'autre part à utiliser les informations stratégiques pour obtenir un impact, ensuite à mettre en œuvre dans les pays d'endémie les meilleures orientations, politiques et stratégies mondiales de lutte contre le paludisme, et enfin à assurer la coordination des interventions des pays.

¹⁰ <https://www.who.int/tb/country/data/download/en/> pour les données sur la tuberculose et <http://aidsinfo.unaids.org/> pour les données sur la couverture de la thérapie antirétrovirale.

Des interventions axées sur le renforcement des capacités, telles que des évaluations externes des compétences des microscopistes du paludisme, ont été organisées à l'intention de 166 participants issus de 24 pays.¹¹ Cinquante participants issus de 23 pays¹² ont suivi des formations sur la surveillance du paludisme et la gestion des données y afférentes. Un appui a été fourni à cinq pays¹³ pour qu'ils puissent former le personnel clé des laboratoires aux systèmes d'assurance ou de contrôle de la qualité du diagnostic du paludisme recommandés par l'OMS et pour qu'ils élaborent des lignes directrices concernant l'assurance ou le contrôle de la qualité du diagnostic. Le personnel essentiel des laboratoires de 12 pays¹⁴ a développé et renforcé les banques nationales et régionales de tests sur lames du paludisme.

L'Algérie est devenue le deuxième pays de la Région africaine certifié exempt de paludisme (après Maurice en 1973). Cinq autres pays de la Région¹⁵ ont le potentiel pour éliminer la transmission locale du paludisme d'ici à 2020. Les États Membres ont élaboré et déployé des stratégies et autres outils de prévention, de maîtrise et d'élimination du paludisme. Des examens complets des programmes de lutte contre le paludisme effectués dans cinq pays¹⁶ ont permis de mettre à jour ou d'élaborer de nouveaux plans et politiques stratégiques de lutte antipaludique alignés sur la *Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030*. Six pays¹⁷ ont élaboré ou actualisé avec succès leurs plans stratégiques. Ces plans servent également à mobiliser des fonds auprès de partenaires tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

En février 2019, le Fonds mondial et l'OMS dans la Région africaine ont signé un cadre stratégique de collaboration dont les articulations se présentaient comme suit : soutenir les pays dans leurs efforts visant à transposer à une plus grande échelle les interventions de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme ; renforcer les systèmes de santé ; intensifier la collaboration pour accélérer la couverture sanitaire universelle ; et soutenir l'atteinte des objectifs de développement durable dans la Région.

Des efforts pour parvenir à une Afrique exempte de maladies tropicales négligées

La mise en œuvre des plans directeurs nationaux de lutte contre les maladies tropicales négligées 2016-2020 se poursuit, comme cela est préconisé dans le *plan stratégique régional de lutte contre les maladies tropicales négligées dans la Région*

africaine 2014-2020. Ce plan stratégique régional s'articule autour des objectifs suivants : éradiquer deux maladies (la maladie du ver de Guinée et le pian) ; éliminer ou maintenir l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine et de la lèpre en tant que problèmes de santé publique ; et faire progresser la lutte contre d'autres maladies tropicales négligées, principalement l'ulcère de Buruli et la leishmaniose.

L'éradication de la maladie du ver de Guinée est en bonne voie, même si cette maladie reste endémique au Tchad, en Éthiopie, au Mali et au Soudan du Sud. Les avancées obtenues ont été rendues possibles par l'appui que l'OMS et le Centre Carter ont apporté en faveur de l'approvisionnement en eau potable, en collaboration avec le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF). Une société brésilienne (EMS) fournit de l'azithromycine pour le traitement de masse du pian, et la mobilisation de ressources a déjà commencé pour la mise en œuvre de la stratégie d'éradication de cette maladie.

L'élimination de la trypanosomiase humaine africaine est possible avant l'échéance de 2020. En effet, moins de 1000 cas ont été notifiés en 2018, soit un chiffre inférieur au seuil de 2000 cas fixé pour 2020. Ce succès est dû à l'appui considérable apporté par Sanofi, Gilead, Bayer, l'Initiative sur les médicaments pour les maladies négligées et les centres collaborateurs pour la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine. Avec le concours de la Nippon Foundation et grâce à un don de médicaments effectué par la Fondation Novartis, l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique (défini comme une prévalence inférieure à un cas pour 10 000 habitants) a été maintenue dans tous les pays, à l'exception des Comores. En fin d'année 2018, le taux de prévalence régional de la lèpre était de 0,22 cas pour 10 000 personnes.

Les progrès dans la lutte contre l'ulcère de Buruli se poursuivent dans les pays d'endémie et ces

10 <https://www.who.int/tb/country/data/download/en/> pour les données sur la tuberculose et <http://aidsinfo.unaids.org/> pour les données sur la couverture de la thérapie antirétrovirale.

11 Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Érythrée, Eswatini, Gabon, Kenya, Madagascar, Maroc, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

12 Algérie, Angola, Burkina Faso, Bénin, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Tchad et Togo.

13 Cameroun, Érythrée, Eswatini, Kenya et Sao Tomé-et-Principe.

14 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Érythrée, Eswatini, Ghana, Kenya, Nigéria, République démocratique du Congo, Sénégal et Zambie.

15 Cameroun, Érythrée, Eswatini, Kenya, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Tchad et Togo.

16 Afrique du Sud, Cabo Verde, Kenya, Libéria et Sénégal.

17 Afrique du Sud, Gambie, Kenya, Libéria, République-Unie de Tanzanie et Sénégal.

efforts doivent être maintenus, d'autant que 2335 cas ont été notifiés en 2018, en hausse par rapport aux 1832 cas en 2017. Ce chiffre reste nettement inférieur aux 4850 cas enregistrés en 2010. L'utilisation d'Ambisome – un médicament plus sûr et plus puissant reçu en donation de la société Gilead – et des combinaisons thérapeutiques soutenues par le Département du Royaume-Uni pour le développement international a contribué à faire baisser les taux de létalité de la leishmaniose de 1,7 % en 2017 à 1,3 % en 2018.

Créé en 2016 sous la forme d'un partenariat public-privé entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, les États Membres et les partenaires de la lutte contre les maladies tropicales négligées, le projet ESPEN s'efforce de contribuer à une Afrique exempte de maladies tropicales négligées. ESPEN a pour mission d'accélérer l'élimination des cinq maladies tropicales négligées à chimioprévention afin de protéger 600 millions de personnes en Afrique. En 2018, le projet ESPEN a aidé 21 pays à étendre l'administration massive de médicaments à plus de 70 millions de personnes et trois États Membres¹⁸ ont bénéficié d'un appui pour achever la cartographie de la schistosomiase, des géohelminthiases et de la filariose lymphatique.

Le portail d'ESPEN a été lancé en 2017 et amélioré en 2018. En 2018-2019, ESPEN a travaillé en collaboration avec les pays et les partenaires pour compiler plus de 4000 cartes et inclure le trachome dans le portail. Le projet ESPEN a été reconnu comme un partenariat public-privé novateur lors de la conférence de 2018 sur la couverture sanitaire universelle organisée au cours de l'Assemblée générale des Nations Unies. À cette occasion, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS, a remis le Prix du partenariat innovant pour la couverture sanitaire universelle à l'équipe d'ESPEN.

Le travail du Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées a permis d'économiser 285 280 139 comprimés de médicaments, qui avaient été perdus ou n'avaient pas été comptabilisés auparavant, et l'on a pu réaliser une économie de US \$69 740 537 sur les médicaments reçus en donation. Ce résultat a été obtenu grâce à la fourniture d'un appui technique aux pays et à un examen approfondi des demandes de dons de médicaments. En décembre 2018, quarante-quatre États Membres endémiques avaient élaboré des plans directeurs de deuxième génération pour la lutte contre les maladies tropicales négligées sur la période allant de 2016 à 2020, lesquels plans ont ensuite été rendus disponibles sur le portail d'ESPEN.

L'action multisectorielle en faveur de la santé environnementale

Les risques environnementaux représentent 23 % du fardeau des maladies et leur impact socioéconomique est considérable dans la Région africaine, notamment celui des maladies à transmission vectorielle, des cancers, des infections des voies respiratoires inférieures, des maladies diarrhéiques et des maladies cardiovasculaires. La pollution de l'air, la mauvaise qualité de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement, couplées à la gestion inappropriée des produits chimiques et des déchets dangereux sont les principaux facteurs responsables de ces maladies. L'OMS s'est associée au Programme des Nations Unies pour l'environnement afin d'apporter un appui qui devait permettre aux Ministres de la santé et de l'environnement de 46 pays¹⁹ de participer à la troisième Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique (IMCHE3) et d'adopter un plan d'action stratégique 2019-2029 visant à transposer à une plus grande échelle les interventions dans le domaine de la santé et de l'environnement en Afrique. *Le Plan d'action régional pour les petits États insulaires en développement (PEID) dans la Région africaine et la Région de l'Asie du Sud-Est* a été établi pour remédier à la grande vulnérabilité du secteur de la santé au changement climatique.²⁰ Des interventions relatives au changement climatique, en particulier une planification des secteurs de l'eau et de l'assainissement résiliente au changement climatique, ont été menées en Éthiopie, au Malawi, au Mozambique et en République-Unie de Tanzanie grâce à la contribution des principaux donateurs.²¹

Quinze États Membres²² ont bénéficié d'un appui pour élaborer des politiques et mettre en application le concept de la planification d'une sécurité de l'eau résiliente au changement climatique, lequel concept est largement considéré comme le moyen le plus fiable et le plus efficace de gérer l'approvisionnement en eau potable pour protéger la santé publique. Cette approche

18 Angola, République centrafricaine et Soudan du Sud.

19 Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libye, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maroc, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, Rwanda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Somalie, Tchad, Togo, Tunisie, Zambie et Zimbabwe.

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

21 Département du Royaume-Uni pour le développement international (DFID), gouvernement local flamand et le Programme d'adaptation en Afrique du Cadre mondial pour les services climatologiques (GFCS APA).

22 Botswana, Érythrée, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Maurice, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud et Zambie.



globale de l'évaluation et de la gestion des risques couvre la chaîne d'approvisionnement en eau potable à partir du bassin versant jusqu'au point d'utilisation. En 2018, dix pays²³ ont créé le Réseau africain des centres antipoison (ANPCC) pour renforcer leurs systèmes de toxicovigilance et partager leurs expériences. Des actions visant à faciliter l'adoption de politiques ou de stratégies de prévention et d'atténuation des risques environnementaux pour la santé reposant sur des bases factuelles ont également été menées dans plusieurs États Membres. Sept États Membres²⁴ ont entamé l'élaboration de leur plan national d'adaptation de la santé, et neuf autres²⁵ ont révisé et mis la dernière main à leurs plans. Le Fonds pour l'environnement mondial (FEM) a financé un projet intitulé « Démonstration de l'efficacité de la mise en œuvre novatrice de la lutte antivectorielle intégrée pour la prévention et le contrôle des maladies », alors que le Botswana et l'Ouganda ont élaboré leur plan stratégique de lutte antivectorielle intégrée conformément à l'action mondiale pour lutter contre les vecteurs.



L'hépatite virale au centre de l'attention en Ouganda

Même si l'hépatite virale touche plus de 350 millions de personnes à travers le monde, elle a été largement ignorée et n'a jamais bénéficié du même niveau de plaidoyer politique, de financement ou d'éducation qui a sous-tendu la riposte au VIH. Le nombre croissant de décès dus à l'hépatite virale est de plus en plus reconnu et admis au niveau mondial ces derniers temps. L'Ouganda subit une forte prévalence de l'hépatite virale B et de ses séquelles associées de maladies chroniques avancées du foie et de cancer. Après l'adoption des lignes directrices de l'OMS pour la prévention, les soins et le traitement des personnes atteintes d'hépatite B chronique en 2015, le gouvernement ougandais s'est lancé dans un vaste programme de dépistage de l'hépatite B. En juin 2019, quelque 3,7 millions d'adolescents et d'adultes (âgés de 15 à 65 ans) avaient été dépistés dans 71 districts enregistrant le fardeau le plus élevé d'infection chronique par l'hépatite virale B.

L'Ouganda est donc le premier pays de la Région africaine à atteindre un taux de couverture de plus de 30 % de la population infectée par le virus de l'hépatite B connaissant son statut, excédant ainsi la cible mondiale, et ce, bien avant l'échéance de 2020 dans les 36 régions où le test a été effectué. Le projet a permis de sensibiliser considérablement les communautés et de renforcer la capacité de laboratoire et de diagnostic pour réaliser les tests sérologiques et de charge virale de l'hépatite. Les principaux facteurs de succès ont été : un engagement politique et parlementaire fort ; la mobilisation de fonds nationaux ; et une vaste campagne de promotion de la santé, de sensibilisation et de mobilisation sociale. Il est de plus en plus nécessaire d'élargir l'accès aux soins pour les personnes infectées et d'optimiser le renforcement des capacités et la décentralisation des services, en plus de tirer parti de la disponibilité du ténofovir fabriqué localement pour le traitement de l'hépatite B.

23 Afrique du Sud, Algérie, Éthiopie, Ghana, Kenya, Madagascar, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Sénégal et Zimbabwe.

24 Afrique du Sud, Bénin, Gambie, Malawi, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

25 Éthiopie, Ghana, Lesotho, Libéria, Madagascar, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Seychelles et Togo.



CATÉGORIE 2.

MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Dans la Région africaine, si les décès dus aux maladies transmissibles sont en baisse grâce à l'efficacité des mesures de santé publique, on assiste en revanche à une augmentation rapide des décès imputables aux maladies non transmissibles (MNT).²⁶ Les MNT posent un problème de santé et de développement qui devrait être abordé dans le cadre d'une approche intégrée et multisectorielle. L'OMS dans la Région africaine, en collaboration avec ses partenaires, apporte son appui aux États Membres pour qu'ils puissent faire face à l'épidémie de maladies non transmissibles en élaborant et en appliquant des politiques et stratégies multisectorielles, en renforçant les systèmes de santé, en réduisant l'exposition aux facteurs de risque, en surveillant les tendances et en suivant les progrès accomplis vers la réalisation des neuf cibles mondiales volontaires de lutte contre les maladies non transmissibles du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020.²⁷

Plans d'action multisectoriels et prévention des facteurs de risque de maladies non transmissibles

Pour garantir une riposte cohérente à la prévention et à la maîtrise des maladies non transmissibles, l'OMS a accompagné quatre États Membres²⁸ de la Région pour élaborer, réviser ou actualiser leurs plans conformément au Plan d'action mondial, portant le total régional à 35 États Membres dotés de plans d'action de lutte contre les maladies non transmissibles. Le Botswana et l'Ouganda ont évalué les coûts de leurs plans pour soutenir la mise en œuvre. Au Togo, un dispositif de coordination multisectorielle a été institué pour renforcer l'implication des secteurs non sanitaires dans l'exécution du plan et pour soutenir la hiérarchisation des maladies non transmissibles dans les plans de développement national. L'OMS a soutenu la mise en œuvre de l'approche par étapes de la surveillance (STEPwise) dans six États Membres²⁹ ce qui a amélioré la disponibilité et la qualité des données sur les facteurs de risque de MNT aux niveaux national et régional.

L'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles (WHO-PEN) dans les contextes de ressources limitées a été introduit dans 12 pays.³⁰ L'approche du WHO-PEN intègre la prévention et la prise en charge des MNT, pour rendre ces deux activités disponibles dans le cadre des services de soins

de santé primaires dans les communautés. Au cours de l'année écoulée, le Bénin, le Lesotho et le Togo ont élaboré les directives du WHO-PEN et organisé la formation des agents des soins de santé. L'OMS a prêté son assistance à l'Éthiopie et au Nigéria pour mettre en œuvre le projet RESOLVE, qui vise à améliorer le dépistage et la maîtrise de l'hypertension. Il pourrait s'agir là d'un modèle dans les contextes à ressources limitées que l'on pourrait reproduire dans les autres pays. En Éthiopie, le projet cible 50 établissements de soins de santé primaires desservant 10 millions de personnes. En 2018, avec le concours de l'OMS, les Seychelles ont révisé et actualisé des directives pour la prise en charge du diabète, dans le cadre du projet de passeport diabétique qui vise à améliorer le traitement des patients diabétiques.

L'OMS dans la Région africaine encourage l'adoption d'approches intégrées et multisectorielles pour prévenir et maîtriser les maladies non transmissibles.

26 OMS, Estimations sanitaires mondiales (2015) : Genève, Organisation mondiale de la Santé. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index.html

27 OMS (2013). Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Genève : Organisation mondiale de la santé.

28 Burundi, Niger, Togo et Zambie.

29 Cabo Verde, Ghana, Mauritanie, Nigéria, Sao Tomé-et-Principe et Zimbabwe.

30 Bénin, Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Guinée, Lesotho, Malawi, Sierra Leone et Togo.

Renforcement de la législation et des politiques de lutte antitabac

En 2018-2019, dix États Membres³¹ ont adopté des lois et des réglementations sur la lutte antitabac en conformité avec les prescriptions de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT-OMS). Les parlements de la République démocratique du Congo, de l'Éthiopie et de la Mauritanie ont voté des lois sur la lutte antitabac. En outre, les chefs d'État du Burundi, de Cabo Verde, du Congo et de la Côte d'Ivoire ont approuvé les lois et réglementations antitabac, et les Ministres de la santé, ainsi que d'autres ministres de trois autres pays³² ont approuvé des réglementations concernant la lutte antitabac.

Un manuel de formation régional a été élaboré sur les questions liées à l'application et au respect des dispositions, afin d'accélérer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. L'OMS a également renforcé les capacités des pays de la Région en matière d'analyse et de modélisation des taxes sur le tabac, avec à la clé des changements dans les politiques de taxation du tabac dans cinq pays.³³ À la suite des interventions de l'OMS visant à accroître le nombre de Parties au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac dans la Région, cinq autres pays³⁴ ont ratifié ledit Protocole, portant ainsi à 17³⁵ le nombre total de Parties issues de la Région africaine. Ces ratifications ont facilité l'entrée en vigueur du Protocole et les efforts subséquents pour lutter contre le commerce illicite croissant des produits du tabac dans la Région.

Quatre pays³⁶ ont achevé des enquêtes sur le tabagisme et utilisé les données issues de ces enquêtes pour éclairer et approuver les politiques de lutte antitabac et pour renforcer la capacité des programmes. Dix pays³⁷ se sont servis des données liées au tabagisme pour élaborer des notes d'orientation susceptibles d'étayer le plaidoyer et la prise de décision. Les travaux concernant la septième édition du rapport régional sur l'épidémie de tabac sont en cours, ce qui implique la collecte de données sur la charge du tabagisme et sur les politiques de lutte antitabac dans les 47 pays de la Région. Le rapport sera utilisé comme référence pour surveiller l'application de la CCLAT-OMS et les tendances de la charge liée au tabagisme.

Promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique

En septembre 2018, l'OMS dans la Région africaine a commencé à mettre en œuvre un projet triennal visant à renforcer l'environnement

réglementaire et fiscal national pour promouvoir une alimentation saine et l'activité physique. Le projet vise à renforcer la capacité des responsables publics chargés de formuler des politiques et des réglementations sur l'alimentation et l'activité physique.³⁸ Une évaluation des besoins a été menée dans trois pays³⁹ afin de cartographier les capacités réglementaires et fiscales et d'identifier les besoins et les priorités des pays pour éclairer l'élaboration et la mise en œuvre de mesures réglementaires et fiscales appropriées contre la mauvaise alimentation et l'inactivité physique dans ces pays. Cette action sera suivie d'une formation et d'une assistance technique dans les pays, en vue d'une part d'accroître et de renforcer les capacités réglementaires et fiscales des pays, et d'autre part de promouvoir une alimentation saine et l'activité physique pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.

Dans le cadre des efforts visant à réduire la consommation de sel par les populations de la Région, 16 administrateurs de programmes de lutte contre les maladies non transmissibles de divers Ministères de la santé⁴⁰ ont participé à un atelier de formation et acquis des connaissances et des outils pour mettre en œuvre des stratégies de réduction du sel et contribuer à l'atteinte des objectifs mondiaux d'une réduction relative de 30 % de la consommation de sel et de 25 % de l'hypertension artérielle dans ces pays.

Prévention des traumatismes et de la violence et promotion d'une meilleure sécurité routière

En 2018-2019, trente-six États Membres ont élaboré ou actualisé des politiques et stratégies en matière de sécurité routière afin de renforcer la collaboration pour une action collective des Ministères de la santé, des transports, des travaux publics, de l'intérieur et de la justice, entre

31 Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Mauritanie, République démocratique du Congo et Tchad.

32 Cameroun, Gambie et Tchad.

33 Côte d'Ivoire, Gabon, Mozambique, Rwanda et Togo.

34 Bénin, Maurice, Nigéria, Tchad et Togo.

35 Bénin, Burkina Faso, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Gabon, Gambie, Guinée, Madagascar, Mali, Maurice, Niger, Nigéria, Sénégal et Togo.

36 Madagascar, Mauritanie, Ouganda et République-Unie de Tanzanie.

37 Afrique du Sud, Botswana, Éthiopie, Gambie, Ghana, Maurice, Mauritanie, République-Unie de Tanzanie, Sénégal et Sierra Leone.

38 Ce projet est un programme de collaboration (Global Regulatory and Fiscal Capacity Building Programme : Global RECAP) entre l'OMS dans la Région africaine, l'Organisation internationale de droit du développement (OIDD), l'Agence suisse pour le développement et la coopération (DDC), le Fonds OPEP pour le développement international et « l'Initiative Think NCDs » du Centre de recherches pour le développement international (République démocratique du Congo).

39 Kenya, Ouganda et République-Unie de Tanzanie.

40 Afrique du Sud, Botswana, Eswatini, Lesotho, Malawi, Namibie, Seychelles et Zimbabwe.

autres. Six autres pays⁴¹ ont mis en œuvre des dispositions dans le cadre de la Décennie d'action pour la sécurité routière. L'OMS continue en outre à collecter des données pour établir des rapports sur la sécurité routière et la violence à l'égard des enfants.

L'OMS a accompagné le gouvernement ougandais dans le renforcement de la prévention de la violence à l'école en organisant un dialogue de politique nationale. Ce dialogue a contribué à ce que l'action de l'Ouganda en matière de prévention de la violence à l'école repose sur des bases factuelles et tire le meilleur parti possible des programmes locaux, à l'exemple de *Good School Toolkit* (Trousse à outils pour de bonnes écoles). Avec l'assistance technique de l'OMS, la Namibie et l'Afrique du Sud ont renforcé la prévention des traumatismes chez les enfants. Une mise en œuvre pilote de quatre outils de soins d'urgence de base de l'OMS dans deux hôpitaux de district en Ouganda a contribué à réduire de 50 % le nombre de décès dus à des traumatismes et à des affections aiguës.

Une meilleure surveillance, prévention et maîtrise du cancer

En 2018-2019, l'OMS dans la Région africaine a apporté un appui au Nigéria, à la République-Unie de Tanzanie et à la Zambie pour finaliser, chiffrer leurs stratégies nationales respectives de lutte contre le cancer du col de l'utérus et veiller à la bonne mise en œuvre de ces stratégies. Cet appui technique comprenait l'adaptation des recommandations de l'OMS concernant les protocoles de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus – encore connus comme l'approche basée sur le dépistage et le traitement – aux contextes nationaux, garantissant ainsi une démarche plus cohérente et mieux coordonnée de la prévention et de la maîtrise du cancer du col de l'utérus. Le Libéria et les Seychelles ont tous deux élaboré des plans nationaux de lutte contre le cancer avec l'appui de l'OMS dans la Région africaine, laquelle Organisation soutient également le fonctionnement des registres du cancer au Botswana.

En outre, l'OMS a collaboré avec les points focaux pour les maladies non transmissibles dans 15 pays⁴² en vue d'intensifier les efforts visant à alléger la charge due au cancer du col de l'utérus dans la Région. Ce soutien devrait déboucher sur l'élaboration et la mise en œuvre de plans cohérents et intégrés de lutte contre le cancer du col de l'utérus. L'OMS dans la Région africaine a élaboré des notes d'orientation sur les politiques à mener pour combattre le cancer en

général, et pour lutter contre les cancers du col de l'utérus, du sein et de la prostate en particulier. Les notes d'orientation ont été conçues pour cibler les décideurs de haut niveau afin de susciter un engagement politique en faveur des interventions nationales de lutte contre le cancer et d'investir de façon appropriée dans la mise en œuvre de ces interventions.

Renforcement des soins de santé oculaires et bucco-dentaires

Avec l'appui de Sightsavers, l'OMS dans la Région africaine a élaboré et lancé le manuel de formation sur les soins oculaires primaires.⁴³ Ce manuel sert à renforcer les services de soins oculaires en intégrant la santé oculaire dans les établissements de soins de santé primaires et contribue à améliorer la qualité des soins oculaires fournis de manière harmonisée dans toute la Région. Pour promouvoir l'utilisation du manuel, l'OMS a formé un groupe d'experts formateurs issus de six États Membres⁴⁴ et organisé une réunion d'orientation avec les principaux partenaires de la santé oculaire (la section Afrique de l'Organisation mondiale contre la cécité (IAPB) et ses agences membres), les Ministères de la santé et des experts en santé oculaire issus de 15 États Membres.⁴⁵ Le Rwanda a formé 7900 infirmiers aux soins oculaires primaires à l'aide du manuel.

Pour la première fois, sur la base des informations recueillies en 2015, des données sur l'état de la santé oculaire dans la Région africaine ont été publiées par l'Observatoire africain de la Santé. Dix-huit États Membres⁴⁶ ont partagé des données et des informations sur la santé oculaire, aidant les partenaires et les parties prenantes à évaluer les besoins actuels et les lacunes. Un nouveau cycle de collecte de données est en cours pour compléter les ensembles de données existants.

À la suite de l'adoption de la stratégie régionale de soins bucco-dentaires lors de la soixante-septième session du Comité régional en 2017, l'OMS a fourni un appui aux États Membres pour qu'ils puissent élaborer et mettre en œuvre des interventions de santé bucco-dentaire d'un bon

41 Cameroun, Éthiopie, Ghana, Kenya, Namibie et République-Unie de Tanzanie.

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

43 Disponible en anglais à l'adresse : <https://www.afro.who.int/publications/primary-eye-care-training-manual>.

44 Cameroun, Ghana, Kenya, Malawi, Rwanda et Sierra Leone.

45 Botswana, Eswatini, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibie, Nigéria, Ouganda, Rwanda, République-Unie de Tanzanie, Seychelles, Zambie et Zimbabwe.

46 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Eswatini, Gabon, Ghana, Kenya, Lesotho, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.





rapport coût-efficacité dans le cadre de la stratégie multisectorielle de lutte contre les maladies non transmissibles et de la couverture sanitaire universelle. À cet égard, 10 États Membres⁴⁷ ont bénéficié d'un appui financier et technique pour élaborer et réaliser leurs plans triennaux relatifs au noma.

Accroître la taxation du tabac au Gabon

En 2018, le Gabon a adopté un nouveau système de taxation des cigarettes avec une taxe spécifique de US \$0,56 par paquet et une taxe *ad valorem* de 25 % sur le coût, l'assurance et le fret (CIF), plus les droits de douane. Parallèlement au nouveau système fiscal, le Gabon a adopté une dotation d'environ US \$140 000 destinée au financement des activités du Programme national de lutte antitabac. Il s'agit là d'un exemple de meilleure pratique où les recettes provenant de la taxation du tabac sont orientées vers un financement national durable des interventions de santé publique.

Le Gabon s'est retrouvé pendant de nombreuses années dans une impasse à cause d'une taxe *ad valorem* de 32 % jusqu'à ce que l'analyse et la modélisation fiscales soient réalisées avec l'appui de l'OMS en 2017. Il en a résulté une proposition de hausse du droit d'accise sur le tabac de 2018 à 2020. Considérant que le plafond défini par la Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale (CEMAC) est de 25 % avec possibilité d'introduire une taxe spécifique, le gouvernement a mis en œuvre en 2018 des réformes fiscales sur le tabac en adoptant un système mixte comprenant une taxe spécifique de 300 francs CFA (US \$0,56) par paquet associée à une taxe *ad valorem* de 25 % sur le CIF, plus les droits de douane. La loi gabonaise sur la lutte antitabac recommande l'utilisation d'une partie (2%) des recettes de la taxe sur le tabac pour financer la lutte antitabac. Avec l'appui de l'OMS, le Gabon a élaboré une proposition visant à inscrire cette disposition dans la loi. En 2018, le Ministère des finances a alloué US \$140 000 générés par la taxe sur le tabac au financement des activités de lutte antitabac dans le pays.

⁴⁷ Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Mali, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Sénégal et Togo.



CATÉGORIE 3.

PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE

Des taux de mortalité élevés chez la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent persistent dans la Région africaine, et les interventions efficaces ciblant la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent sont insuffisantes. Face à ces défis, l'OMS dans la Région africaine prêche son concours aux États Membres pour qu'ils opérationnalisent une série d'instruments mondiaux et régionaux, tels que : la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) ; la Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, 2016-2021 ; et le plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020.

Sauver la vie des enfants, des femmes et des adolescents

Quatorze pays ont atteint l'objectif d'une couverture de 90 % par la thérapie antirétrovirale chez les femmes enceintes et ces pays œuvrent actuellement à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis. L'OMS a fourni des outils et formé les comités nationaux de validation créés dans six de ces 14 États Membres.⁴⁹

À la suite de la résolution adoptée en 2016 par l'Assemblée mondiale de la Santé et portant sur la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, les États Membres ont formulé des plans stratégiques nationaux intégrés concernant la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que la nutrition. En 2018, six États Membres⁵⁰ ont finalisé des plans conformément à la Stratégie mondiale. Les lignes directrices les plus récentes de l'OMS sur les soins prénatals et intrapartum, les infections sexuellement transmissibles, la planification familiale et le développement du jeune enfant ont été communiquées à tous les pays.⁵¹ Un appui a été apporté aux États Membres pour adapter, adopter et mettre en application ces lignes directrices en vue d'améliorer la qualité des soins et d'assurer la normalisation des services. Huit États Membres⁵² mettent en œuvre des approches visant à améliorer la qualité des soins de santé en faveur des femmes, des enfants et des adolescents.

Le renforcement des capacités est en cours dans les 47 États Membres de la Région afin d'améliorer les pratiques en matière de soins maternels et néonataux conformément aux recommandations de l'OMS.

De nombreux pays de la Région ont accompli des progrès considérables vers l'élargissement de l'accès aux services de santé essentiels en faveur de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Cependant, cette progression ne s'est pas forcément traduite par une accélération de la réduction du nombre de décès chez les mères et les nouveau-nés, faute de services de qualité.

L'OMS prêche son assistance aux pays pour qu'ils puissent élaborer des stratégies visant à redéfinir leurs services de santé en vue d'améliorer les soins. Par l'intermédiaire du Réseau pour l'amélioration de la qualité des soins en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, l'OMS soutient huit pays de la Région⁵³ dans la refonte de leurs systèmes et dans leurs interventions. Dans les établissements de santé concernés, l'ambition

est de réduire de moitié la mortalité maternelle et néonatale d'ici à 2022 et d'améliorer la perception

48 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Eswatini, Lesotho, Malawi, Maurice, Namibie, Ouganda, Rwanda, Seychelles, Zambie et Zimbabwe.

49 Botswana, Cabo Verde, Eswatini, Ouganda, Seychelles et Zimbabwe.

50 Botswana, Congo, Lesotho, Niger, République-Unie de Tanzanie (Zanzibar) et Zimbabwe.

51 Ces ressources ou lignes directrices sont les suivantes : la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles, 2016-2021 ; les directives thérapeutiques de 2016 contre les infections sexuellement transmissibles ; les recommandations de 2016 pour les soins prénatals ; les soins intrapartum 2018 ; la Vision OMS en matière de qualité des soins et les normes OMS relatives à la santé mentale et à l'abus de substances psychoactives.

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

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

que les femmes ont des services de soins de santé. Des progrès ont été accomplis pour aider les pays à concevoir et à mettre en œuvre des stratégies nationales de qualité, à mobiliser des ressources financières et techniques importantes et à créer un mouvement en faveur du relèvement de la qualité des soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant à travers la Région. Le Kenya a récemment officiellement rejoint le Réseau en tant que neuvième pays et de nombreux autres pays ont exprimé le souhait d'en faire partie.

Des efforts sont faits pour renforcer la planification familiale, tout comme la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes pour les jeunes dans les pays cibles,⁵⁴ grâce à deux subventions, allouées d'une part à l'Engagement stratégique technique reposant sur des éléments factuels pour des résultats en Afrique 2017-2019 (encore désigné ci-après le « projet Af-STEER ») ; et d'autre part à l'Initiative pour le renforcement de la santé sexuelle et reproductive, des droits connexes et des services de lutte contre la violence sexiste en

Afrique de l'Est et australe. L'OMS dans la Région africaine a encore soutenu l'élaboration, au niveau de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC), de la stratégie pour la santé et reproductive et les droits connexes 2019-2030, et la conception du tableau de notation fondé sur cette stratégie.

L'OMS a facilité l'élaboration et la mise en œuvre d'une nouvelle proposition de subvention pour la réduction de la mortalité maternelle grâce à des services complets de santé sexuelle et reproductive et de droits connexes. Cette subvention d'une durée de quatre ans bénéficiera au début à l'Afrique du Sud, au Bénin, au Burkina Faso et au Rwanda, mais devrait progressivement s'étendre à plus de pays dans la Région. La subvention a été allouée à titre de contribution aux activités de renforcement des capacités institutionnelles des pays et sera utilisée pour le recrutement de neuf membres du personnel par voie de concours international.

Les semaines de campagne de planification familiale accélèrent l'adoption de la contraception au Burkina Faso

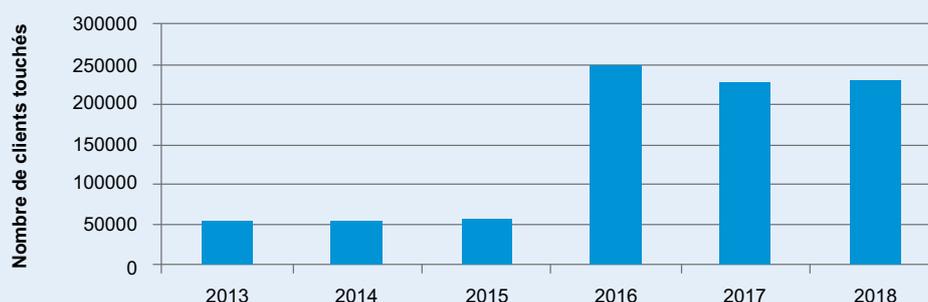
La demande de planification familiale impliquant l'utilisation de méthodes de contraception modernes est faible dans la Région africaine. De 2011 à 2015,¹ les besoins des femmes burkinabè en matière de planification familiale ont été satisfaits à hauteur de 37,1 %, alors que la proportion des besoins non satisfaits en planification familiale se situait à 26,3 %. Pour répondre à ces besoins, le Ministère de la santé organise depuis 2013 des semaines nationales annuelles de la planification familiale afin d'accélérer l'accès aux services de planification familiale et d'en accroître l'utilisation. L'événement est généralement lancé par une personnalité politique de haut niveau et comprend des activités de mobilisation sociale, notamment à la radio, à la télévision, sur les réseaux sociaux et lors d'événements sportifs, ainsi que des activités de sensibilisation telles que le théâtre communautaire, des débats, des films, des visites à domicile et des stands d'animation. Parallèlement, les services de planification familiale sont dispensés à titre gracieux dans les établissements de santé publique, dans les cliniques et sur des sites de proximité.

Le succès de ces manifestations est dû en grande partie au rôle moteur joué par le Ministère de la santé, à la participation multisectorielle, à la disponibilité et à l'engagement des agents de santé, à la disponibilité de stocks suffisants de contraceptifs et de consommables dans les structures de prise en charge, à la prestation gratuite de services de planification familiale, à la participation des membres des communautés et à la collaboration des autorités religieuses, coutumières et administratives.

La célébration des semaines nationales de la planification familiale s'est révélée comme un excellent moyen de promouvoir la planification familiale moyennant un plaidoyer renforcé auprès des autorités politiques et administratives, et auprès des chefs coutumiers et religieux. En outre, cette célébration a permis d'accroître la mobilisation sociale et d'élargir l'accès et la prestation de services de planification familiale à la population, en particulier dans les zones rurales. À partir de 2016, les semaines nationales de planification familiale ont été organisées deux fois par an, en mai et en novembre. La figure 3 montre le nombre de clients atteints chaque année. Le nombre de clients a quadruplé ces trois dernières années par rapport à l'événement inaugural de 2013.

54 Le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie et l'Ouganda pour le projet Af-STEER ; le Lesotho, le Malawi, l'Ouganda, la Zambie et le Zimbabwe pour le Projet régional conjoint des Nations Unies sur la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'Est et australe.

Figure 3. Nombre de femmes et de filles couvertes lors des campagnes de planification familiale, sur la période 2013-2018



Source : rapport sur les semaines nationales de planification familiale au Burkina Faso, 2013-2018.

La surveillance des décès maternels et l'action dans ce domaine constituent un cycle continu de notification, d'examen, d'analyse et d'action. La surveillance des décès maternels et l'action dans ce domaine visent à prévenir la mortalité maternelle en faisant participer toutes les parties prenantes à l'identification des décès maternels, à la compréhension des causes de ces décès et à la prise de mesures pour prévenir des décès

similaires à l'avenir. Tous les pays de la Région, à l'exception du Soudan du Sud, mettent en œuvre la surveillance des décès maternels et l'action dans ce domaine avec le soutien de l'OMS. Seuls deux États Membres – la Guinée équatoriale et le Soudan du Sud – ne disposent pas d'une politique nationale de comptabilisation obligatoire des décès maternels.

Mise en œuvre du programme phare relatif à la santé de l'adolescent

Deux années après le lancement de l'Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!), 36 des 47 États Membres de la Région africaine (76 %) ⁵⁵ l'utilisent pour planifier, mettre en œuvre et élargir l'accès des adolescents aux services de qualité. En collaboration avec le Fonds mondial, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Organisation catholique pour les secours et l'aide au développement (CORDAID), le Réseau national des ONG pour le développement des femmes (RENADEF) et la Fondation Packard, l'OMS dans la Région africaine soutient une approche novatrice visant à renforcer les systèmes de santé de district, à améliorer les performances des prestataires et à élargir l'accès des adolescents aux services de santé en République démocratique du Congo et en Éthiopie. Au Zimbabwe, l'évaluation des établissements de santé en respectant les normes de l'OMS a permis d'accréditer 309 établissements de santé adaptés aux adolescents sur les 356 (ce qui équivaut à 87 % du total) qui ont bénéficié d'un soutien pour améliorer la qualité des soins dispensés aux adolescents.

En 2018, en collaboration avec l'UNFPA, l'OMS dans la Région africaine a facilité l'accès de 185 389 adolescentes et jeunes filles à la contraception en Côte d'Ivoire. L'OMS a d'ailleurs prêté son concours à la Côte d'Ivoire, au Nigéria, à la République démocratique du Congo et au Zimbabwe pour que ces pays puissent intégrer des indicateurs de santé de l'adolescent dans leurs systèmes nationaux d'information pour la gestion sanitaire, tout comme dans leurs systèmes d'information sanitaire de district. Enfin, l'OMS a achevé l'élaboration de fiches-pays sur la santé de l'adolescent, qui présentent des données désagrégées pour tous les États Membres.

Vieillesse en bonne santé et soins intégrés pour les personnes âgées

Neuf autres pays ⁵⁶ de la Région mettent désormais en œuvre des politiques et des plans stratégiques nationaux pour un vieillissement en bonne santé, et la trousse à outils de l'OMS est utilisée

⁵⁵ Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Tchad, Togo et Zimbabwe.

⁵⁶ Bénin, Cabo Verde, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Gambie, Madagascar et Nigéria.

pour pouvoir dispenser des soins intégrés aux personnes âgées dans le contexte de la couverture sanitaire universelle, ce qui porte à 19 le nombre d'États Membres⁵⁷ (40 % du total) appliquant ces plans et ayant recours à cette trousse à outils en 2019. Un nombre accru de pays a dorénavant la capacité de mettre en application des politiques et autres plans stratégiques axés sur le vieillissement en bonne santé et de proposer des soins intégrés aux personnes âgées (ICOPE) dispensés par les prestataires de soins de santé de première ligne.

Intégration du genre, de l'équité et des droits de l'homme

Des orientations et des outils de l'OMS concernant l'intégration de l'égalité entre les sexes, de l'équité et des droits, y compris les instruments d'analyse et d'évaluation de l'égalité entre les sexes, des orientations sur l'évaluation des obstacles et d'autres outils⁵⁸ (par exemple Innov8, HEAT ou encore HEAT Plus) ont été introduits dans 21 pays.⁵⁹ Ces mesures ont permis de renforcer la capacité de ces pays à recenser et à traiter les problèmes de fond liés à l'égalité entre les sexes, sans oublier les entraves à une couverture efficace des services de santé. Le Nigéria et la Sierra Leone ont bénéficié d'un concours pour intégrer l'égalité entre les sexes, l'équité et les droits, tout comme les déterminants sociaux, dans leurs politiques, plans et programmes respectifs. Treize États Membres⁶⁰ utilisent des outils de l'OMS pour renforcer l'action de leurs systèmes de santé contre la violence sexiste et les agressions sexuelles ciblant les enfants.

Vaccination et mise au point de vaccins

En 2018-2019, l'OMS dans la Région africaine a soutenu l'introduction de plusieurs nouveaux vaccins dans les pays, notamment contre la typhoïde et la méningite, ainsi que dans le cadre de la riposte à l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Le Zimbabwe est devenu le premier pays du continent et le deuxième pays du monde à introduire le vaccin conjugué contre la typhoïde en riposte à l'épidémie de typhoïde qui s'est déclenchée dans ce pays en octobre 2017. Le Zimbabwe est aussi devenu le dernier pays de la Région à introduire le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI).

Pour riposter à l'épidémie de la maladie à virus Ebola qui sévit depuis le mois d'août 2018 en République démocratique du Congo, l'OMS dans la Région africaine et ses partenaires ont apporté leur appui au pays afin de lui permettre

de vacciner 90 351 personnes à l'aide du vaccin candidat expérimental anti-Ebola (dénommé rVSV-ZEBOV).⁶¹ Les personnes vaccinées étaient des contacts primaires et secondaires de malades d'Ebola en République démocratique du Congo et des agents de santé de première ligne dans les pays voisins non touchés.⁶² Ces pays ont d'ailleurs bénéficié d'un accompagnement pour se préparer à faire face à la maladie à virus Ebola. Parallèlement, l'OMS permet aux pays qui utilisent la plateforme du Forum africain pour la réglementation des vaccins (AVAREF) de réaliser conjointement l'examen réglementaire et l'homologation du vaccin pour en faciliter la mise en œuvre et l'utilisation lorsqu'une flambée épidémique survient ailleurs.

Les campagnes de vaccination contre la fièvre jaune menées au Congo, en Éthiopie, au Nigéria, en Sierra Leone et au Soudan du Sud ont touché près de 85 millions de personnes. D'autres campagnes de vaccination contre le choléra ont été menées au Cameroun, au Mozambique, au Niger, au Nigéria, en République démocratique du Congo, au Soudan du Sud, en Zambie et au Zimbabwe. Près de neuf millions de personnes de la Région ont reçu le vaccin anticholérique oral au cours de la période couverte par le présent rapport.

Après des mois de préparation intensive, l'introduction pilote au niveau infranational du vaccin RTS,S/AS01 a commencé au Ghana et au Malawi. Il s'agit là du premier vaccin antipaludique à offrir une protection aux jeunes enfants, qui ciblera plus de 1,1 million d'enfants dans les trois prochaines années. Vingt-sept pays⁶³ ont introduit le vaccin contenant une valence rubéole.

57 Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Madagascar, Maurice, Mozambique, Niger, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Sénégal et Zimbabwe.

58 Innov8 : approche pour s'assurer que les programmes de santé nationaux ne laissent personne de côté, qui rassemble l'équité, l'égalité des sexes, les droits humains et les déterminants sociaux de la santé dans une stratégie intégrée. Le logiciel d'évaluation de l'équité en santé (HEAT, Health Equity Assessment Toolkit) facilite l'évaluation des inégalités sanitaires dans les pays en utilisant une base de données intégrée. HEAT Plus, une version améliorée du logiciel, permet aux utilisateurs de télécharger et de travailler avec leur propre base de données.

59 Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, République démocratique du Congo, Tchad et Togo.

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

61 Pour plus d'informations, consulter la page : <https://www.who.int/csr/don/17-august-2018-ebola-drc/en/>.

62 Burundi, Ouganda, Rwanda et Soudan du Sud.

63 Algérie, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Rwanda, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Togo, Zambie, Zimbabwe.

La Namibie a introduit une deuxième dose du vaccin antirougeoleux (VAR2), ce qui porte à 26 le nombre d'États Membres utilisant ce vaccin⁶⁴. Vingt-trois⁶⁵ des 27 pays à haut risque ont introduit le vaccin anti-amaril dans leurs programmes de vaccination systématique. Trois autres pays (Kenya, Ouganda et Soudan du Sud) ont partiellement introduit le vaccin, tandis que l'Éthiopie a élaboré et adopté un plan national d'introduction du même vaccin.

Plusieurs facteurs ont entravé l'introduction du vaccin contre le papillomavirus humain, notamment les difficultés d'accès aux adolescentes non scolarisées admissibles à cette vaccination, les prix élevés des vaccins dans les pays ne pouvant bénéficier du soutien de Gavi, l'Alliance du vaccin et les problèmes mondiaux d'approvisionnement en vaccins. Cependant, malgré ces difficultés, cinq autres pays⁶⁶ ont introduit le vaccin contre le papillomavirus humain. Le nombre de pays ayant introduit ce vaccin est ainsi passé de deux États Membres en 2013 à 10 États Membres à la fin du mois de décembre 2018.⁶⁷

Trente-cinq pays sur les 47 que compte la Région ont introduit le vaccin antirotavirus dans leurs programmes de vaccination systématique. Une analyse réalisée en 2018 a montré une baisse de 30 % à 39 % de la proportion des hospitalisations d'enfants de moins de cinq ans dues à la diarrhée dans de nombreux pays, avec des baisses plus importantes de 36 % à 54 % chez les enfants âgés de moins d'un an après l'introduction du vaccin antirotavirus.⁶⁸

En décembre 2018, quarante États Membres⁶⁹ avaient éliminé le tétanos maternel et néonatal et 21 États Membres⁷⁰ de la ceinture de la méningite avaient introduit le MenAfriVac dans le cadre de leurs campagnes de vaccination. Sept États Membres⁷¹ ont introduit le vaccin dans leurs programmes de vaccination systématique. En

collaboration avec Gavi, l'Alliance du vaccin et l'Université d'Oslo, l'OMS dans la Région africaine a mis au point des modules de gestion des données de vaccination dans le cadre du logiciel *District Health Information System* version 2 (DHIS2) afin de promouvoir l'intégration des systèmes d'information, ainsi que l'analyse et l'utilisation des données à tous les niveaux, en particulier au niveau des districts et des installations sanitaires.

En mai 2019, avec l'appui de l'OMS, le Parlement panafricain a adopté une résolution ayant trait à la création d'un groupe parlementaire africain sur la vaccination, en vue de permettre à tous les enfants du continent d'avoir accès aux vaccins dont ils ont besoin. Les parlementaires ont aussi marqué leur engagement à mettre en route la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 et ils se sont exprimés sur la voie unique qui s'offre à chaque pays pour atteindre la santé pour tous.

Entre 2013 et 2018, les taux de couverture vaccinale ont augmenté dans la Région, passant de 70 % à 76 % pour la troisième dose du vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3) ; de 71 % à 74 % pour la troisième dose du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO3) ; et de 70 % à 74 % pour la première dose du vaccin contenant une valence rougeole (VAR1).



64 Afrique du Sud, Algérie, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Érythrée, Eswatini, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

65 Angola, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Cameroun, Congo, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Togo

66 Éthiopie, Kenya, Malawi, Sénégal et Zambie.

67 Afrique du Sud, Botswana, Éthiopie, Maurice, Ouganda, Rwanda, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal et Seychelles.

68 Mwenda JM, Parashar UD, Cohen AL, Tate JE. Impact of rotavirus vaccines in Sub-Saharan African countries. *Vaccine*. 2018 Nov 12; 36(47):7119-7123.

69 Tous les États Membres, à l'exception de l'Angola, de la Guinée, du Mali, du Nigéria, de la République centrafricaine, de la République démocratique du Congo et du Soudan du Sud.

70 Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Soudan du Sud, Tchad et Togo.

71 Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Niger, République centrafricaine et Tchad.



La couverture régionale de la vaccination contre la fièvre jaune a crû de 39 % pour s'établir à 51 % sur la même période (selon les estimations OMS/UNICEF de la couverture). Vingt et un pays⁷² ont atteint la cible d'au moins 90 % de couverture du DTC3 et 14 pays⁷³ ont atteint la cible d'au moins 90 % de couverture par le VAR1.

Nutrition et sécurité sanitaire des aliments

La malnutrition, qui englobe la dénutrition, la surcharge pondérale ou l'obésité et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation, fait partie des principales menaces pour la santé dans la Région africaine. Si les programmes de lutte contre la sous-alimentation sont désormais bien établis, il convient de noter que les actions de prévention de l'obésité et des maladies non transmissibles liées à l'alimentation restent à la traîne. Neuf États Membres⁷⁴ ont effectué des analyses de situation des pratiques de commercialisation des produits alimentaires qui ciblent les enfants dans la Région. L'analyse des données recueillies a révélé que les boissons sucrées, les produits de boulangerie fine et les confiseries (telles que les bonbons) figuraient parmi les produits qui font l'objet de la plus grande publicité. Plus de 90 % de ces produits contiennent des quantités excessives de sucre et de calories totales.

L'OMS a mis au point un modèle de profil nutritionnel, outil destiné à permettre aux États Membres de définir des normes pour contrôler la commercialisation des aliments et des breuvages non alcoolisés destinés aux enfants. Cet outil est disponible en français et en anglais et quatre États Membres⁷⁵ commenceront à l'utiliser en 2019 pour orienter leurs politiques de prévention de l'obésité.

Pour faire face au lourd fardeau des maladies d'origine alimentaire, l'OMS a prêté son assistance aux États Membres de la Région africaine pour qu'ils puissent appliquer l'approche « Une seule santé » en vue de la sécurité sanitaire des aliments.

Les capacités analytiques des laboratoires nationaux de référence de 11 États Membres⁷⁶ ont été renforcées pour la surveillance intégrée de la résistance des agents pathogènes d'origine alimentaire aux antimicrobiens et pour la détection des épidémies. En outre, l'OMS a accompagné cinq États Membres⁷⁷ dans la production d'informations de base sur la résistance des agents pathogènes d'origine alimentaire aux antimicrobiens. En collaboration avec la FAO, l'OMS a apporté un appui à l'amélioration des structures nationales du Codex dans quatre États Membres.⁷⁸ Cet appui a permis la création d'un groupe de travail national

du Codex sur la résistance aux antimicrobiens au Ghana et de normes pour les secteurs de la pêche et de l'arachide au Sénégal.



72 Algérie, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Comores, Érythrée, Eswatini, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Maurice, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Sierra Leone et Zambie.

73 Botswana, Cabo Verde, Comores, Érythrée, Gambie, Ghana, Lesotho, Libéria, Maurice, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles et Zambie.

74 Algérie, Cabo Verde, Cameroun, Kenya, Maurice, Ouganda, Sénégal, Seychelles et Zimbabwe.

75 Cabo Verde, Cameroun, Seychelles et Zimbabwe.

76 Botswana, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Maurice, Mozambique, Namibie, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

77 Éthiopie, République-Unie de Tanzanie, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

78 Burkina Faso, Ghana, Madagascar et Sénégal.



CATÉGORIE 4.

SYSTÈMES DE SANTÉ

En 2018-2019, le groupe organique Systèmes et services de santé a mis l'accent sur le plaidoyer de haut niveau en faveur de la couverture sanitaire universelle, singulièrement en faveur de l'accroissement du financement intérieur conjugué à une meilleure efficacité dans la prestation des services de santé, au renforcement des effectifs sanitaires, à la consolidation de la performance des systèmes de santé, au relèvement de la qualité, à l'amélioration de la sécurité sanitaire et de l'efficacité des produits et des services grâce à la production de données factuelles, à la fourniture de biens publics, à l'établissement de partenariats, et à la fourniture d'un appui technique, ainsi qu'à la formation des responsables, des gestionnaires et des professionnels de la santé.

La couverture sanitaire universelle : en tête des priorités

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme phare relatif à la couverture sanitaire universelle, des missions de cadrage ont été effectuées dans 11 États Membres.⁷⁹ Ces missions visaient à mettre en évidence les goulots d'étranglement, tout comme les forces et les possibilités. En collaboration avec les gouvernements et les partenaires, des feuilles de route ont été élaborées pour accélérer la mise en route de la couverture sanitaire universelle. Quarante-cinq États Membres ont participé à la troisième réunion annuelle des directeurs de la planification et partagé leurs expériences se rapportant à la couverture sanitaire universelle. Ces États Membres ont aussi reçu des orientations sur les nouveaux outils d'appui au renforcement des systèmes de santé tout en faisant valoir leurs besoins en matière d'appui technique.

La collaboration sur une approche intégrée du financement de la santé entre les responsables des Ministères de la santé et des finances de 46 pays a été renforcée à l'occasion d'un atelier sur la gestion des finances publiques. Les participants à l'atelier ont étudié les options qui se présentent lors de la formulation, de l'exécution et de la responsabilisation dans l'utilisation du budget de

la santé. En 2018, un événement sur la gestion des finances en santé publique a eu lieu en marge de la session du Comité régional afin de susciter une prise de conscience des Ministres de la santé

à cette thématique. L'OMS a contribué à l'élaboration du contenu technique pour promouvoir la mobilisation des ressources nationales. Ce contenu technique a ensuite été présenté et adopté par le Sommet des chefs d'État de l'Union africaine en 2019. L'OMS a par ailleurs soutenu la conception et la mise en œuvre de réformes du financement de la santé dans cinq États Membres.⁸⁰

Quatre autres États Membres⁸¹ ont bénéficié d'une assistance pour examiner les progrès et les résultats de leurs stratégies et plans nationaux de santé, et huit États Membres ont reçu un appui pour élaborer leurs stratégies et plans nationaux de santé respectifs.

En 2018-2019, des missions de cadrage ont été effectuées dans la Région africaine sous l'égide de l'OMS, dans le cadre du programme phare relatif à la couverture sanitaire universelle, en vue de mettre en évidence les goulots d'étranglement, les forces et les possibilités, et d'élaborer des feuilles de route pour accélérer la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle.

Mesures à prendre pour renforcer les soins de santé primaires

Un document de travail technique sur l'établissement d'un ensemble de services de santé

⁷⁹ Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Ghana, Madagascar, Mozambique, République-Unie de Tanzanie, Soudan du Sud, Togo et Zambie.

⁸⁰ Comores, Kenya, Mauritanie, Rwanda et Zimbabwe.

⁸¹ Burkina Faso, Cabo Verde, Ghana et Libéria.

essentiels a été élaboré pour orienter les États Membres en matière de soins de santé primaires ; des ensembles de services de santé essentiels sont en cours de préparation en Érythrée, au Kenya et au Mozambique. Quatre États Membres⁸² ont utilisé un outil de l'OMS dans la Région africaine pour évaluer la fonctionnalité des systèmes de santé de district afin d'identifier et de combler les lacunes des cadres de préparation aux situations d'urgence, conformément aux prescriptions du Règlement sanitaire international (RSI, 2005). Onze États Membres⁸³ ont eu recours à des évaluations de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services (SARA) dans les établissements de santé et ces pays ont utilisé les résultats de cette évaluation pour améliorer leurs plans de santé. Parmi les conclusions de ces évaluations, on peut citer la nécessité de rationaliser les pratiques de lutte contre les infections, autant que les pratiques de lutte, et d'améliorer la disponibilité des médicaments et des moyens de diagnostic essentiels. La Côte d'Ivoire, l'Érythrée et le Mozambique ont analysé les besoins de formation des équipes de gestion sanitaire de district. Un rapport régional a été élaboré pour souligner les réalisations relatives au renforcement des soins de santé primaires dans les 40 années qui ont suivi l'adoption de la Déclaration d'Alma Ata en 1978.⁸⁴

Renforcement des capacités du personnel de santé et amélioration de la lutte contre les infections

La Côte d'Ivoire, le Libéria et la Sierra Leone ont passé en revue la mise en œuvre des directives nationales de lutte contre les infections. Une évaluation de l'état d'avancement des programmes de lutte contre les infections a été entreprise dans quatre⁸⁵ des 20 États Membres qui ont relevé le Défi mondial de l'OMS pour la sécurité des patients, dont le thème est « Un soin propre est un soin plus sûr ». Une formation de recyclage dans le domaine de la préparation des programmes de lutte contre les infections à la maladie à virus Ebola a été organisée au Burundi, au Congo et en République centrafricaine. Le manuel de l'OMS sur la politique et la stratégie nationales pour la qualité⁸⁶ a été élaboré et mis en ligne à l'intention des pays. L'Afrique du Sud, l'Éthiopie et le Ghana ont déjà commencé à appliquer ces orientations.

Les États Membres ont renforcé les capacités du personnel de santé en formant un groupe de 50 experts à la comptabilité nationale des personnels de santé. Au moins cinq pays ont effectué une comptabilité nationale des personnels de santé, 10 États Membres ont élaboré ou mis à jour des stratégies et des plans d'investissement dans les

ressources humaines pour la santé, et six pays⁸⁹ ont réalisé des études sur le marché du travail dans le domaine de la santé.

Réduction des coûts des médicaments et renforcement des systèmes de réglementation

Quinze États Membres⁹⁰ mettent désormais en œuvre des mécanismes de surveillance pour réduire les coûts des médicaments dans le contexte de la plateforme sur la disponibilité et les prix des médicaments qui est hébergée par le Bureau régional. L'OMS a organisé une formation à l'intention des représentants de 14 États Membres,⁹¹ qui ont aussi bénéficié d'un appui pour actualiser leurs listes nationales de médicaments essentiels. Une formation a été dispensée à 21 États Membres⁹² afin de surveiller la consommation d'antimicrobiens. Cette formation a incité les pays de la Région à fournir des informations sur cette question. Un cadre pour la mise en commun des achats de produits médicaux a été élaboré et sera utilisé par les petits États insulaires en développement. Le Bureau régional héberge le secrétariat des achats groupés et communique les données relatives aux prix des médicaments afin d'assurer l'efficacité de l'approvisionnement en produits médicaux. Pour la première fois en Afrique, le Rwanda a accueilli la Journée mondiale du donneur de sang le 14 juin 2019 afin de promouvoir les dons de sang bénévoles.

Le Botswana, l'Érythrée et le Nigéria ont élaboré des feuilles de route pour créer des systèmes nationaux de réglementation des produits médicaux. En 2018, la République-Unie de Tanzanie a mis en place un système réglementaire efficace pour les

82 Cabo Verde, Cameroun, Ouganda, République centrafricaine.

83 Burkina Faso, Congo, Kenya, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Niger, Ouganda, République centrafricaine, Seychelles, Soudan du Sud.

84 WHO (2018) Primary Health Care Programme in the WHO African Region from Alma-Ata to Ouagadougou and beyond. https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/phc-regional-report-africa.pdf?sfvrsn=73f1301f_2

85 Burundi, Guinée équatoriale, République démocratique du Congo et Tchad.

86 WHO Handbook on National Quality Policy and Strategy. Disponible à l'adresse https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/nqps_handbook/en/

87 Algérie, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mozambique et Namibie.

88 Bénin, Burundi, Comores, Côte d'Ivoire, Eswatini, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger et Tchad.

89 Bénin, Côte d'Ivoire, Namibie, Niger et Rwanda et Tchad.

90 Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée, Madagascar, Mali, Niger, République centrafricaine, Sénégal, Tchad et Togo.

91 Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée, Madagascar, Mali, Niger, République centrafricaine, Sénégal, Tchad et Togo.

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

produits médicaux. C'est le premier pays à le faire dans la Région africaine. L'OMS a collaboré avec l'Union africaine pour élaborer un traité portant création de l'Agence africaine des médicaments, qui a été approuvé par les chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine en février 2019. En collaboration avec l'Union africaine, l'OMS dans la Région africaine, a organisé une manifestation parallèle de haut niveau pendant l'Assemblée générale des Nations Unies en 2018 en vue de susciter une prise de conscience quant à la nécessité de veiller à la qualité des produits médicaux.

Une formation sur la prévention, la détection et l'action contre les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés a été organisée dans 38 pays.⁹³ Vingt pays⁹⁴ ont bénéficié d'une formation sur la réglementation du sang et neuf⁹⁵ sur le diagnostic de la peste. Quatre États Membres⁹⁶ ont élaboré des politiques et des plans stratégiques nationaux visant à améliorer l'accès aux produits médicaux de qualité garantie. Le Bénin, la Côte d'Ivoire et Madagascar ont créé des organismes professionnels de réglementation de la médecine traditionnelle, suivant les encouragements de l'OMS dans la Région africaine, et l'Érythrée a élaboré un cadre juridique pour la médecine traditionnelle.

Action contre la résistance aux antimicrobiens

L'OMS dans la Région africaine a accompagné l'élaboration de plans d'action nationaux contre la résistance aux antimicrobiens dans 33 États Membres de la Région africaine. Six de ces États Membres⁹⁷ ont ensuite officiellement approuvé leurs plans d'action nationaux. Parmi les exemples de mise en œuvre de ces plans, on peut citer l'institution d'un système de surveillance de la résistance aux antimicrobiens en Éthiopie, avec comme laboratoire de référence l'Institut éthiopien de santé publique (EPHI), sans oublier cinq autres sites sentinelles. Des plans sont en cours de formulation ou d'exécution pour accroître davantage la surveillance des sites sentinelles à l'échelle infranationale. Au Nigéria, les activités de plaidoyer portaient entre autres sur la collaboration avec le DRASA Health Trust (la fondation créée

par la D^{re} Ameyo Stella Adadevoh) afin de former plus de 300 élèves du secondaire à Lagos, pour qu'ils puissent jouer le rôle d'ambassadeurs de la résistance aux antimicrobiens. À ce jour, 19 États Membres⁹⁸ de la Région se sont inscrits au Système mondial OMS de surveillance de la résistance aux antimicrobiens afin d'améliorer la base de données factuelles permettant de prendre des décisions pour contenir la résistance aux antimicrobiens.

Refonte de l'Observatoire africain de la Santé

L'Observatoire africain de la Santé (AHO) a fait l'objet d'une refonte qui devait en faire une plateforme intégrée pour les observatoires régionaux et nationaux de la santé. Le Burundi et l'Érythrée ont bénéficié d'un soutien pour la création d'observatoires nationaux de la santé. L'Atlas annuel des statistiques sanitaires de la Région africaine⁹⁹ a été produit. Un tableau de notation a été élaboré pour permettre à l'Érythrée de suivre son plan stratégique

pour le secteur de la santé. En se servant du guide adapté pour créer un DHIS2, les Comores et Maurice ont cartographié les sources de données, collaboré avec des partenaires et mobilisé des fonds en vue de l'opérationnalisation du DHIS2. Un contenu technique a été fourni à la plateforme d'apprentissage en ligne du Rwanda en vue de l'analyse des données sanitaires. Le Botswana et le Congo ont révisé leurs systèmes d'information sanitaire. Des évaluations SCORE

En 2018-2019, des missions de cadrage ont été entreprises dans la Région africaine sous l'égide de l'OMS, dans le cadre du programme phare de la couverture sanitaire universelle, en vue d'identifier les goulets d'étranglement, les forces et les opportunités, et d'élaborer des feuilles de route pour accélérer la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle.

- 93 Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cabo Verde, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
- 94 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Cameroun, Comores, Érythrée, Gabon, Guinée, Kenya, Madagascar, Mali, Maroc, Maurice, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Tchad, Togo et Zambie.
- 95 Afrique du Sud, Comores, Éthiopie, Kenya, Maurice, Mozambique, République-Unie de Tanzanie, Seychelles.
- 96 Guinée, Mauritanie, Sierra Leone et Tchad.
- 97 Cameroun, Ghana, Libéria, Malawi, Mozambique et Sierra Leone.
- 98 Afrique du Sud, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.
- 99 Atlas des statistiques sanitaires de la Région africaine 2018 : <http://www.who.afro.who.int/en/atlas/atlas-african-health-statistics-2018>

(Survey, Count, Optimize, Review, Enable) ont été réalisées dans les 47 États Membres de la Région afin de permettre à ces États Membres de renforcer leurs systèmes d'information sanitaire. Des représentants de neuf États Membres¹⁰⁰ ont suivi une formation portant sur l'analyse des données sanitaires afin d'améliorer la précision et la fiabilité de leur analyse des indicateurs de la couverture sanitaire universelle. Il en a résulté une meilleure utilisation des données au niveau des pays et une meilleure orientation des décideurs sur la voie à suivre pour parvenir à la couverture sanitaire universelle. Une formation a été organisée au Libéria sur la Onzième Révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11) et la certification des causes de décès.

Amélioration de l'accès à l'information sanitaire

La Bibliothèque du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique continue de gérer et de diffuser des informations sanitaires dans toute la Région. Les documents techniques du Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC), désormais achevé, ont été numérisés en vue de faciliter leur utilisation ultérieure. Une formation sur l'Inter-réseau-Santé-Initiative d'accès aux recherches de l'OMS (HINARI) et l'accès numérique à la recherche pour la santé a été organisée dans 12 États Membres.¹⁰¹ Des responsables de neuf

États Membres¹⁰² ont été formés à l'utilisation de l'Atlas de la santé numérique de l'OMS,¹⁰³ et cinq autres États Membres¹⁰⁵ ont déjà commencé à utiliser cet atlas. Cinq États Membres¹⁰⁴ ont élaboré des stratégies en matière de cybersanté pour faire progresser leurs programmes de santé numérique. Un programme d'études en santé numérique a été élaboré et utilisé pour former 12 responsables d'États Membres à la mise en œuvre de leurs stratégies en matière de cybersanté.

Une évaluation des systèmes nationaux de recherche pour la santé a été réalisée pour l'ensemble des États Membres et les résultats ont été présentés lors d'un événement parallèle à la session du soixante-huitième Comité régional. L'objectif de cette manifestation était de stimuler la discussion et d'accroître la détermination des États Membres à renforcer les systèmes nationaux de recherche pour la santé.

100 Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Érythrée, Kenya, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Rwanda.

101 Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Libéria, Madagascar, Malawi, Mozambique, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Sénégal.

102 Afrique du Sud, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibie, Nigéria, Rwanda et Seychelles.

103 [https://digitalhealthatlas.org/en/-/](https://digitalhealthatlas.org/en/).

104 Kenya, Lesotho, Malawi, Nigéria et Ouganda.

105 Bénin, Lesotho, Mauritanie, Niger et Sierra Leone.

106 Afrique du Sud, Érythrée, Ghana, Lesotho, Mozambique, Niger, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.



Collaboration pour la couverture sanitaire universelle

L'OMS dans la Région africaine mène des missions de cadrage sur la couverture sanitaire universelle au titre d'un effort de collaboration mené entre les groupes organiques, des partenaires externes et les experts de ce domaine dans la Région. Cette approche globale de l'appui aux États Membres contribue à favoriser l'intégration et à accroître l'efficacité de l'OMS.

En 2018, à la suite d'une mission de cadrage de l'OMS, l'Érythrée a élaboré une feuille de route pour accélérer la progression vers la couverture sanitaire universelle. Cette mission a renforcé les possibilités d'établir des contacts directs avec les décideurs et les utilisateurs des services, ce qui a permis à l'OMS de savoir clairement ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas bien dans le pays. Grâce au solide leadership et à l'engagement du gouvernement érythréen, l'OMS dans la Région africaine a été en mesure de fournir un appui technique à la mise en œuvre de la feuille de route pour l'élaboration de politiques et de stratégies de santé, d'une loi sur la santé publique, d'un ensemble de services de santé essentiels, de la résistance aux antimicrobiens et de la réglementation des dispositifs médicaux.

À la suite de la mise en place des « quatre programmes majeurs » du Président du Kenya, l'OMS a fourni un appui à l'administration kenyane pour élaborer une feuille de route sur la couverture sanitaire universelle, une stratégie de financement de la santé et un ensemble de prestations.

L'appui de l'OMS et de ses partenaires a permis à la plupart des pays de la Région de mettre en œuvre des réformes qui devraient mettre ces pays sur le chemin qui mène à la couverture sanitaire universelle. Il convient de noter en particulier les réformes entreprises au Kenya et en Afrique du Sud (des réformes du financement) ; en Érythrée, en Éthiopie et au Mozambique (des réformes sur la conception d'ensembles de services) ; et en Mauritanie, aux Comores, en Namibie et au Botswana (des réformes axées sur les systèmes d'information). Un appui visant à assurer un financement durable a été fourni à la Côte d'Ivoire, à la Zambie (où une nouvelle loi nationale sur l'assurance sanitaire a été adoptée) et au Zimbabwe (où les frais d'utilisateur ont été supprimés).

Un guide a été élaboré pour identifier les meilleures pratiques et partager les expériences transrégionales sur des programmes et interventions spécifiquement destinés à la couverture sanitaire universelle. Les meilleures pratiques ont été documentées en Algérie (la réglementation des produits médicaux), à Cabo Verde (les soins centrés sur la personne), au Ghana (la résistance aux antimicrobiens, couplée à la mobilisation des ressources nationales et aux normes sur les effectifs), à Maurice (l'enregistrement des cancers et la bibliothèque sanitaire virtuelle) et aux Seychelles (la lutte contre les maladies non transmissibles).





CATÉGORIES 5 et 12.

PROGRAMME D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE ET PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

Les flambées épidémiques et autres situations d'urgence de santé publique dans la Région africaine menacent de porter atteinte à la sécurité et au bien-être des communautés. Chaque année, la Région enregistre plus de 150 situations d'urgence sanitaire aiguë, dont 82 % sont dues à des flambées de maladies infectieuses que l'on aurait pu éviter. Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire œuvre avec les États Membres et les partenaires pour renforcer les capacités essentielles requises en vertu du RSI, ainsi que pour bâtir des communautés et édifier des systèmes de santé résilients.

En 2018-2019, les États Membres ont accompli des progrès importants vers le renforcement et le maintien de leurs capacités de prévention, de préparation, de détection des situations d'urgence sanitaire et de riposte, conformément au RSI (2005). En vue d'éclairer la planification à bases factuelles, 33 États Membres¹⁰⁷ sur les 47 que compte la Région ont établi des profils de risque et procédé à la cartographie de ces risques, tandis que 40 États Membres ont fait l'objet d'une évaluation externe conjointe.¹⁰⁸ À la suite d'événements aigus de santé publique, 18 États Membres¹⁰⁹ ont fait l'objet d'examen *a posteriori* visant à tirer des enseignements de l'expérience tout en rationalisant les interventions futures. Vingt-deux États Membres¹¹⁰ ont réalisé au moins un exercice de simulation afin de tester la capacité fonctionnelle de leurs systèmes de préparation et de riposte. Tous les États Membres de la Région ont soumis des rapports annuels d'autoévaluation des États Parties au RSI pour la deuxième année consécutive, en hausse par rapport à la valeur de référence en-deçà de 50 % en 2015. En outre, 24 États Membres¹¹¹ ont élaboré des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire intégrant l'approche « Une seule santé ».

Amélioration de la surveillance et renforcement des capacités de riposte

En vue d'améliorer le suivi des maladies prioritaires et la détection rapide des épidémies, 19 États Membres¹¹² ont atteint un taux de couverture par la surveillance intégrée de la maladie et riposte de 90 % au niveau infranational, grâce notamment à l'organisation de la surveillance des événements. Des formations au profit d'équipes d'intervention rapide ont aussi été organisées dans 17 États Membres¹¹³ pour leur permettre de se doter d'un personnel de santé national

En 2018-2019, les États Membres ont accompli des progrès significatifs dans le renforcement et le maintien de leurs capacités de prévention, de préparation, de détection et de riposte aux situations d'urgence sanitaire.

fonctionnel et multidisciplinaire capable de mener des investigations et d'intervenir rapidement en cas d'urgence sanitaire. Des fournitures médicales d'urgence ont été prépositionnées stratégiquement et conservées dans l'entrepôt des Nations Unies à Accra (Ghana). Dans le but de

107 Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo et Zambie.

108 Tous les États Membres, à l'exception de l'Algérie, de l'Angola, de Cabo Verde, du Gabon, de la Guinée-Bissau, de la Guinée équatoriale et de Sao Tomé-et-Principe.

109 Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Togo.

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

111 Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Érythrée, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

112 Afrique du Sud, Angola, Burundi, Comores, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Lesotho, Libéria, Mali, Namibie, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tchad et Togo.

113 Angola, Bénin, Burundi, Cabo Verde, Congo, Guinée-Bissau, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Soudan du Sud, Tchad et Zambie.

compléter les capacités nationales, les capacités de 170 partenaires ont été cartographiées et un fichier d'experts internes à l'OMS et de spécialistes externes a été créé et continue d'être utilisé. Au total, 1480 experts pluridisciplinaires de la Région et du monde entier ont été déployés pour soutenir les 43 interventions d'urgence menées dans 24 États Membres¹¹⁴ entre juillet 2018 et juin 2019.

Afin d'améliorer la détection précoce et la riposte diligente aux menaces qui pèsent sur la santé publique, plus de 2000 annonces diffusées dans les médias ont été analysées. Cette analyse a permis la détection précoce de 103 événements ; en outre, 36 évaluations des risques ont été effectuées et 29 événements ont été classés conformément au cadre d'action d'urgence de l'OMS. Par la suite, des mesures capables de sauver des vies lors des situations d'urgence ont été adoptées, tout comme des mesures de contrôle et d'atténuation de ces situations d'urgence, y compris l'activation d'un système de gestion des incidents dans un délai de 24 heures pour chaque événement classé.

Réduction des risques posés par les maladies à potentiel épidémique évitables par la vaccination

Afin de réduire le risque de maladies à potentiel épidémique courantes et évitables, des stratégies d'élimination du choléra et de la fièvre jaune ont été élaborées et sont mises en œuvre dans la Région. Des mesures de prévention, de détection et d'intervention rapide axées sur ces maladies sont en cours d'amélioration. La capacité régionale à confirmer les échantillons cliniques de fièvre jaune a doublé avec la désignation de l'*Uganda Virus Research Institute* (UVRI) en qualité de deuxième laboratoire de référence pour la fièvre jaune dans la Région. Un cas présumé d'infection par la fièvre jaune notifié par la suite au Soudan du Sud a été confirmé rapidement par l'UVRI en décembre 2018. Cette confirmation a servi de base au lancement d'une campagne de vaccination réactive visant à empêcher toute propagation ultérieure de la fièvre jaune. Les capacités de diagnostic ont également été considérablement renforcées grâce à l'utilisation de GeneXpert et d'autres tests de diagnostic rapide, et grâce à l'utilisation de vaccins et de médicaments thérapeutiques expérimentaux contre la maladie à virus Ebola.

Partage d'informations opportunes et pertinentes sur les situations d'urgence sanitaire

Le programme continue d'avoir une grande portée grâce à des produits tels que le bulletin d'information hebdomadaire sur les épidémies et les autres situations d'urgence (disponible à l'adresse <http://newsletters.afro.who.int/outbreaks-weekly-bulletin>), qui compte jusqu'à 1500 lecteurs à travers le monde. Le bulletin reste une publication régionale majeure qui fournit aux pays des informations sur les mesures à prendre pour atténuer les épidémies potentielles et informe les partenaires sur les événements importants ayant des répercussions dans la Région.

L'épidémie de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo continue de dominer le paysage des épidémies dans la Région. Du fait des conséquences néfastes de cette maladie sur la santé, des publications dans des revues décrivaient en détail les mesures de préparation dans les pays voisins et les enseignements tirés des précédentes flambées. Ces publications ont permis d'acquérir des connaissances essentielles pour prévenir les épidémies potentielles et améliorer la riposte aux épidémies futures.

Confinement rapide de la maladie à virus Ebola dans la province de l'Équateur, en République démocratique du Congo

Le Ministère de la santé publique de la République démocratique du Congo a déclaré sa neuvième flambée épidémique de maladie à virus Ebola dans la province de l'Équateur en mai 2018, après que 54 cas d'infection, dont 33 mortels ont été notifiés. Le risque de propagation de la maladie dans les neuf pays voisins a été jugé « élevé » à cause des mouvements transfrontaliers et de la circulation des personnes, y compris les réfugiés, des biens et des services entre les pays. Une évaluation de l'état de préparation menée en juin 2018 dans ces pays a révélé des capacités limitées en matière de préparation et d'action d'urgence.

Avec l'appui de l'OMS et de ses partenaires, le Ministère de la santé publique a dirigé la riposte à la flambée d'Ebola. Celle-ci a été classée situation d'urgence interne de niveau 3 par l'OMS, qui a activé un système de gestion des incidents aux niveaux national, régional et mondial et déployé un gestionnaire d'incident dans les 24

¹¹⁴ Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Cameroun, Congo, Éthiopie, Kenya, Libéria, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Soudan du Sud et Zimbabwe.

heures qui ont suivi ce classement. Plus de 560 experts ont été mobilisés et déployés pour aider le gouvernement à maîtriser l'épidémie.

Tous les neuf pays voisins ont bénéficié d'un concours pour renforcer leurs capacités de préparation afin de détecter rapidement les cas potentiels de maladie à virus Ebola, de mener des investigations sur ces cas et de les signaler, puis de mettre en place une riposte efficace. Au total, 220 experts multidisciplinaires ont été déployés dans l'optique du renforcement des capacités. Les progrès accomplis par les pays ont été suivis à l'aide de principaux indicateurs de résultats, avec un retour d'information régulier.

L'épidémie de maladie à virus Ebola dans la province de l'Équateur a été enrayerée rapidement, en 77 jours, grâce à une action dynamique et efficace, qui constitue un modèle du genre pour contenir la maladie à virus Ebola en milieu urbain et dans des régions éloignées. En ce qui concerne les capacités de préparation dans les pays voisins, huit des neuf pays ont obtenu une note d'au moins 50 % à l'aune des principaux indicateurs de résultats définis. Plus de 400 alertes ont été détectées et étudiées dans un délai compris entre 24 heures et 48 heures par des équipes multidisciplinaires d'intervention rapide formées. Au Soudan du Sud, la fièvre jaune a été détectée à partir de l'une des alertes et a fait l'objet d'une riposte efficace comprenant la vaccination de 1,2 million de personnes. Tous les neuf pays disposent désormais de laboratoires capables d'effectuer des tests de la maladie à virus Ebola à l'aide de GeneXpert ou par amplification génique, ce qui facilite la confirmation rapide des cas suspects. Six des neuf pays ont créé un centre national d'opérations d'urgence de santé publique et 12 centres de traitement de la maladie à virus Ebola.

En République démocratique du Congo et dans les neuf pays à haut risque, le renforcement des capacités de préparation et d'action d'urgence a bien progressé, mais des lacunes subsistent, surtout au niveau infranational.



Le point sur les flambées épidémiques de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo et en Ouganda (au 30 juin 2019)

La flambée épidémique de maladie à virus Ebola en cours dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri en République démocratique du Congo s'est déclenchée en août 2018 et s'avère fort préoccupante, compte tenu particulièrement de la dégradation de la situation sécuritaire, qui a entravé l'accès aux communautés et entraîné une augmentation des cas. Le risque de propagation à d'autres provinces et aux pays voisins reste très élevé. Au 30 juin 2019, en tout 2338 cas (2244 cas confirmés et 94 cas probables) avaient été notifiés, parmi lesquels 1571 cas mortels et 653 survivants. Depuis le mois d'août 2018, au total 147 120 personnes ont été vaccinées et 70 622 506 voyageurs ont été contrôlés aux points d'entrée.

Le 11 juin 2019, le Ministère de la Santé en Ouganda a déclaré la sixième flambée de maladie à virus Ebola dans ce pays, dans le district de Kasese. Les trois cas confirmés appartenaient à une famille ayant des antécédents de voyage en République démocratique du Congo. Les trois personnes étaient placées sous surveillance en tant que contacts à haut risque, suite à l'enterrement d'un membre de leur famille qui avait succombé à la maladie à virus Ebola. Les trois patients sont morts. À ce jour, aucun nouveau cas confirmé d'Ebola n'a été notifié en Ouganda.

L'OMS continuera de travailler avec le gouvernement, avec d'autres institutions du système des Nations Unies et avec des partenaires pour renforcer l'engagement politique, négocier l'accès aux communautés, soutenir la coordination humanitaire et améliorer la préparation et l'état de préparation à Goma, ainsi que dans les provinces environnantes et dans les pays voisins.

Pour la première fois, les Nations Unies ont activé le protocole d'intensification de l'action humanitaire à l'échelle du système pour le contrôle des maladies infectieuses. Ce mécanisme interne est utilisé pour renforcer collectivement l'assistance fournie par tous les institutions compétentes du système des Nations Unies. Le protocole est en vigueur pour une période initiale de trois mois et fera l'objet d'un examen régulier.

La riposte continue d'être renforcée autour de cinq piliers, à savoir :

- 1) **l'engagement politique**, la sécurité et l'appui aux opérations, sous la direction du Représentant spécial du Secrétaire général des Nations Unies, afin de fournir : a) un accès négocié aux communautés ; b) une sécurité dans une zone élargie sans que la riposte ne soit sécurisée ; et c) un environnement de travail sûr pour toutes les opérations de riposte, y compris une capacité logistique accrue ;
- 2) **la coordination humanitaire multisectorielle**, menée sous l'égide du Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires, avec une représentation élargie aux organisations non gouvernementales internationales, pour : a) accroître l'engagement communautaire et la cohésion sociale ; b) faire jouer un rôle plus important à la société civile et encourager la prise en main par les secteurs public et privé au niveau local ; et c) apporter un soutien plus direct aux communautés en dehors de l'action de santé publique ;
- 3) **la planification financière**, le suivi et l'établissement de rapports, sous la direction de la Banque mondiale et d'OCHA, en collaboration avec les principaux donateurs
- 4) **l'action de santé publique**, menée en appui au Ministère de la santé par le Sous-Directeur général chargé des interventions dans les situations d'urgence, pour adapter les stratégies afin de permettre : a) la détection précoce, l'isolement et le traitement des cas d'Ebola ; b) l'élargissement et la rationalisation de la vaccination (à la fois en anneau et ciblée géographiquement) ; et c) la diminution de la transmission nosocomiale dans les centres de santé publics et privés ; et
- 5) **la création d'une cellule de direction et de coordination pour la planification des mesures d'urgence, de la préparation et de l'état de préparation pour Goma** comme pour les pays voisins, dirigée par OCHA, avec l'OMS comme chef de file en ce qui concerne l'état de préparation de la santé publique.

Les contributions des partenaires se sont avérées cruciales pour aider le gouvernement à réagir face à la situation d'urgence. Des investissements et une attention soutenue seront nécessaires, dans le cadre d'un effort collectif susceptible de mettre fin à la flambée.

Réalisations du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire au titre de la mise en œuvre du Programme de transformation

Depuis le lancement du Programme de transformation en 2015, les États Membres ont réalisé des progrès remarquables vers le renforcement des capacités de préparation et de riposte. L'OMS dans la Région africaine a veillé à la mise en œuvre du cycle complet de gestion des situations d'urgence, la sécurité sanitaire constituant un maillon essentiel du renforcement des systèmes de santé et du développement économique.

Un plaidoyer et un dialogue de haut niveau pour l'établissement de partenariats dans diverses instances ont renforcé l'appropriation et le leadership des États Membres dans la mise en œuvre de la résolution AFR/RC66/R3, qui porte sur la *stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2016-2020*. Quarante-cinq États Membres ont désigné des experts nationaux du RSI dans diverses disciplines des secteurs concernés, afin de renforcer l'application du RSI. Ces experts sont membres des comités mondiaux établis aux fins du RSI. Plus de 200 experts régionaux des États Membres, de l'OMS et de partenaires ont été formés et déployés pour mener des évaluations externes conjointes. Parmi les principaux partenaires qui soutiennent l'application du RSI, on peut citer le DFID, Public Health England, les CDC des États-Unis, USAID, RESOLVE, le CDC-Afrique, Médecins sans frontières, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, la Korea International Cooperation Agency (KOICA) et d'autres partenaires mondiaux de la sécurité sanitaire.

Dans le cadre du RSI (2005), l'OMS a soutenu les efforts des États Membres pour leur permettre de renforcer leurs capacités de préparation et d'action en cas d'urgence. Des plans d'action nationaux exhaustifs pour la sécurité sanitaire ont été élaborés sur la base des conclusions de l'évaluation conjointe indépendante des capacités essentielles requises en vertu du RSI. Jusqu'à présent, aucun État Membre de la Région n'a réuni toutes les capacités essentielles requises en vertu du RSI. Cependant, 20 % à 40 % des États Membres ont prouvé qu'ils disposent de capacités dans des domaines techniques tels que la vaccination, la surveillance et les systèmes de laboratoire. Quatorze pays ont mis en place des centres d'opérations d'urgence de santé publique fonctionnels pour assurer une coordination efficace et une meilleure maîtrise des flambées

épidémiques. Les 24 plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire achevés sont dotés d'un budget estimatif de US \$3 milliards consacré à l'application du RSI.

Le nombre de personnes travaillant dans le domaine de la sécurité sanitaire au Bureau régional, dans les équipes d'appui inter pays et dans les différents centres est passé de 16 en 2015 à 79 au 30 juin 2019. La transformation de l'OMS renforce cette capacité en dotant les bureaux de pays d'un à 18 agents de sécurité sanitaire, en fonction de la vulnérabilité. Afin de constituer une main-d'œuvre régionale pour la gestion des situations d'urgence et en partenariat avec le CDC-Afrique, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN), pour ne citer que ces exemples, l'OMS a recensé 844 experts régionaux multidisciplinaires qui ont été formés en vue d'un déploiement rapide pour des interventions d'urgence.

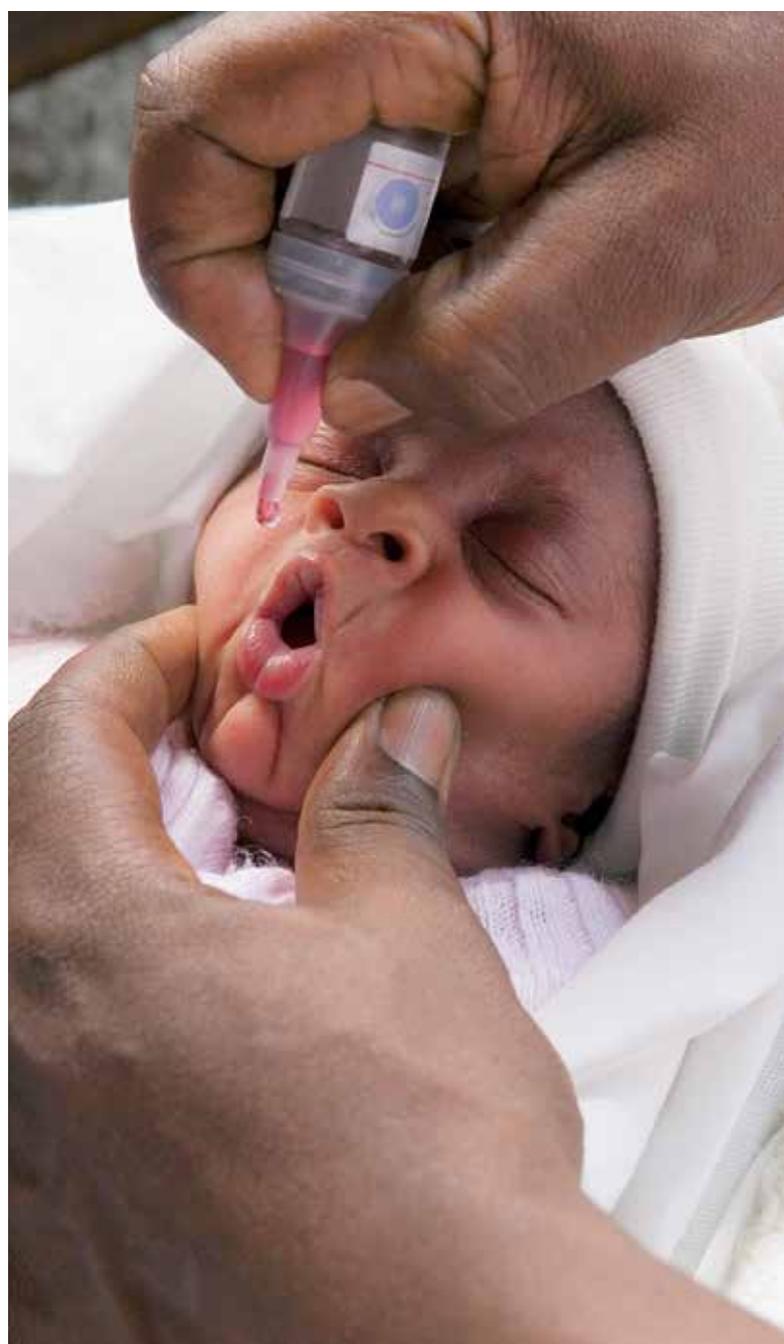
Le financement biennal des activités du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire dans la Région est progressivement passé de US \$37 millions en 2014-2015 à US \$45 millions au cours de l'exercice 2016-2017. Pour la période biennale 2018-2019, en tout US \$55 millions avaient été décaissés au 30 juin 2019. Un fonds de réserve mondiale a été créé en 2015 pour financer l'organisation d'une riposte diligente en cas de situation d'urgence sanitaire. En mars 2019, plus de US \$81,8 millions avaient été décaissés pour la gestion des situations d'urgence dans la Région, soit 79 % de l'allocation globale (US \$104 165 395).

Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine

En juin 2019, aucun cas de poliovirus sauvage de type 1 n'avait été confirmé dans la Région africaine depuis plus de 34 mois. Le dernier cas a été notifié au Nigéria en août 2016. En septembre 2015, la Commission mondiale de certification (GCC) de l'éradication de la poliomyélite a déclaré que le poliovirus sauvage de type 2 avait été éradiqué à l'échelle mondiale, et que le dernier cas de poliovirus sauvage de type 3 avait été notifié en novembre 2012, voici plus de six ans. Après la certification de l'éradication du poliovirus sauvage de type 2 à l'échelle mondiale, la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral a été

retirée avec succès dans tous les États Membres pour introduire le vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les services de vaccination systématique. Eu égard à l'augmentation récente de la disponibilité mondiale du vaccin antipoliomyélitique inactivé, tous les 47 États Membres de la Région africaine avaient déjà introduit le vaccin antipoliomyélitique inactivé dans leurs programmes de vaccination en mars 2019, alors que 36 États Membres seulement l'avaient fait au début de l'année 2018. Toujours en 2018, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

La mise en place d'un Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire unifié a contribué au renforcement de la capacité de riposte de la Région en cas d'urgence sanitaire.



(IMEP) a formulé des directives pour le confinement des matériels infectieux susceptibles de contenir le poliovirus afin d'éviter la réintroduction du poliovirus dans les communautés et dans la population. En avril 2019, le confinement des matériels potentiellement infectieux était achevé dans 40 États Membres de la Région africaine, et un plan d'appui technique était défini pour terminer le confinement de ces matériels dans tous les États Membres avant le mois de mai 2019. En avril 2019, la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite avait approuvé la documentation présentée par 41 États Membres¹¹⁵ sur 47 pour étayer leur demande d'accession au statut de pays exempt de poliomyélite.

Un plan a été établi en vue de l'approbation de la documentation des six autres pays par la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite. Compte tenu de l'élan et des progrès actuels, la Région africaine est en bonne voie pour obtenir la certification de l'éradication de la poliomyélite en fin d'année 2019 ou en début d'année 2020. Le Cadre pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine a été approuvé lors de la soixante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique en 2018. En avril 2019, le premier rapport sur le tableau de notation concernant les performances réalisées par les États Membres dans l'atteinte des étapes intermédiaires convenues dans le Cadre a été finalisé, conformément à la demande faite en ce sens par les Ministres de la santé. En application de la décision prise par le Conseil exécutif de l'OMS,¹¹⁶ la Région africaine procède systématiquement, depuis 2017, à la réduction graduelle du personnel financé au titre de la lutte antipoliomyélique dans les États Membres sur la base des plafonds budgétaires prévus pour les ressources humaines nationales, sauf dans les pays du bassin du lac Tchad qui ont été touchés par une flambée épidémique de poliovirus sauvage de type 1. En mars 2019, la réduction graduelle a eu lieu dans tous les États Membres, à l'exception du Nigéria, considéré comme un pays où la poliomyélite reste endémique.

S'agissant de la planification de la transition pour la poliomyélite, en juin 2019, six des sept États Membres prioritaires de la Région avaient chiffré les coûts et approuvé les plans de transition, un nombre en hausse par rapport aux quatre États

Membres qui l'avaient fait en juin 2018.¹¹⁷ Sur les 17 États Membres jugés prioritaires dans le monde, sept seulement disposent d'un plan de transition national chiffré et approuvé ; il y a lieu de souligner que six de ces États Membres appartiennent à la Région africaine.

Utilisation des technologies offertes par le système d'information géographique pour l'établissement de rapports en temps réel

Les innovations technologiques offertes par le système d'information géographique (SIG) permettant de faire rapport en temps réel sur la surveillance de la poliomyélite et sur les activités de vaccination avaient été introduites dans 42 États Membres,¹¹⁸ au même titre que la supervision intégrée sur le terrain utilisée au profit d'autres interventions sanitaires telles que la lutte contre les flambées épidémiques et les activités de riposte. Ce nombre est en hausse par rapport aux 36 États Membres de 2018. L'objectif principal de l'introduction de cette technologie innovante est double : donner des moyens de décision et d'action à la direction en fournissant des données en temps réel pour le suivi des performances ; et garantir l'appropriation des données générées pour l'action. La disponibilité d'un personnel qualifié et de la technologie SIG dans les Ministères de la santé devient primordiale pour mener la lutte contre d'autres épidémies et dans l'action de santé publique.

Les innovations technologiques du système d'information géographique permettant de rendre compte en temps réel de la surveillance de la poliomyélite, des activités de vaccination, de la supervision intégrée sur le terrain en cas d'épidémies et des activités de lutte avaient été introduites dans 42 États Membres.

115 Les six autres États Membres sont le Cameroun, la Guinée-Bissau, la Guinée équatoriale, le Nigéria, la République centrafricaine et le Soudan du Sud.

116 Décision 104(4) du Conseil exécutif, sur la poliomyélite.

117 L'Angola, le Cameroun, l'Éthiopie, la République démocratique du Congo, le Soudan du Sud et le Tchad avaient déjà établi des plans de transition pour la poliomyélite. Le Nigéria est aussi un pays prioritaire.

118 Les cinq États Membres restants étaient l'Algérie, le Burundi, les Comores, le Lesotho et Sao Tomé-et-Principe.



Inondations, cyclone Idai et cyclone Kenneth

En mars et avril 2019, les inondations, le cyclone Idai et le cyclone Kenneth (qui ont touché terre le 25 avril) ont causé des dégâts considérables au Mozambique. Les inondations et le cyclone Idai ont également touché le Malawi et le Zimbabwe, et le cyclone Kenneth a frappé les Comores.

Au Mozambique, les cyclones et les inondations ont touché plus de 1,85 million de personnes, faisant 400 000 déplacés et occasionnant 648 pertes en vies humaines. Les inondations ont entraîné la perte de moyens de subsistance et de récoltes, et plus de 100 établissements de santé ont été partiellement ou totalement détruits. La catastrophe a conduit à une intensification de l'action humanitaire à l'échelle du système des Nations Unies et à sa classification en tant que situation d'urgence de niveau 3, conformément au cadre d'action d'urgence de l'OMS.

Le gouvernement, l'OMS et les partenaires ont collaboré pour faire face à la catastrophe en menant des actions telles que le déploiement des équipes d'intervention rapide, le rétablissement des services de santé primaires et secondaires, la prévention des flambées épidémiques et la riposte, ainsi que la fourniture d'un soutien nutritionnel aux enfants et aux femmes enceintes.

Les principales mesures prises comprennent la création de centres d'opérations d'urgence nationaux et provinciaux et de mécanismes de coordination du groupe de responsabilité sectorielle Santé, le déploiement du système OMS d'alerte précoce et d'action rapide en cas de maladies infectieuses prioritaires dans 68 établissements de santé, et la production de rapports quotidiens dans 66 formations sanitaires.

Douze équipes médicales d'urgence internationales ont été déployées pour soutenir la fourniture de soins cliniques. Les flambées de choléra ont été rapidement endiguées grâce à l'organisation diligente de campagnes de vaccination anticholérique orale, qui ont touché plus de 800 000 personnes, et grâce à une surveillance étroite des conditions d'alimentation en eau, d'assainissement et d'hygiène dans les centres d'accueil et dans les communautés touchées. En vue de protéger les communautés contre les pratiques de commercialisation de produits nocifs, les partenaires ont publié une déclaration conjointe sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, dans laquelle ils invitent instamment les parties prenantes à ne pas accepter ni distribuer de dons de substituts du lait maternel aux populations touchées.

Pour l'avenir, les priorités consistent notamment : à officialiser le centre national des opérations d'urgence ; à élaborer un manuel national pour la gestion des situations d'urgence ; à renforcer le soutien apporté aux agents de santé touchés par une situation d'urgence ; à assurer la formation continue des équipes d'intervention rapide ; à renforcer les équipes d'urgence aux niveaux national et provincial ; et à sensibiliser les collectivités aux mesures à prendre pour faire face aux différents types de catastrophes.



CATÉGORIE 6.

SERVICES INSTITUTIONNELS ET FONCTIONS D'APPUI

Afin de maintenir l'intégrité et le fonctionnement efficace du Bureau régional de l'OMS, des équipes d'appui interpays, des pôles sous-régionaux et des bureaux de pays, le groupe organique Administration générale fournit et s'efforce d'améliorer constamment les services institutionnels. Ces services comprennent : la conformité et l'assurance de la qualité ; la transparence, la responsabilisation et la gestion des risques ; l'approvisionnement en biens et services ; la gestion des ressources financières et humaines ; ainsi que la gestion et l'administration des services.

Consolidation et coordination des initiatives gestionnaires

Au cours de l'exercice 2018-2019, le groupe organique Administration générale a axé ses efforts sur la consolidation des initiatives de transformation structurelle et gestionnaire. Ces initiatives consistaient entre autres à renforcer les mécanismes de contrôle interne, à accroître la responsabilisation, la transparence et la conformité, et à relever la qualité des prestations du personnel et la performance des centres budgétaires.

En janvier 2018, le Bureau régional a lancé une plateforme solide utilisée pour enregistrer, suivre, évaluer et faire rapport sur les résultats et les avancées dans tous les domaines d'activité. La plateforme héberge le tableau de bord relatif aux KPI dans le domaine de la gestion. Ce tableau de bord génère des informations en temps réel sur la situation, la performance et les progrès de chaque bureau de pays de l'OMS, donnant ainsi la

possibilité de prêter en temps utile une assistance aux centres budgétaires qui en ont besoin.

La figure 4 (qui constitue une capture d'écran en anglais) renseigne sur l'évolution des résultats obtenus par les bureaux de pays entre 2017 et 2018 en ce qui concerne les KPI dans le domaine de la gestion des contributions. La partie supérieure présente le nombre de bureaux de pays conformes (en vert) et les bureaux de pays qui ne sont pas conformes (en rouge) pour ce KPI spécifique. La partie inférieure montre la tendance du niveau moyen de conformité, qui est passé de 60 % en 2017 pour s'établir autour de 75 % en fin 2018.

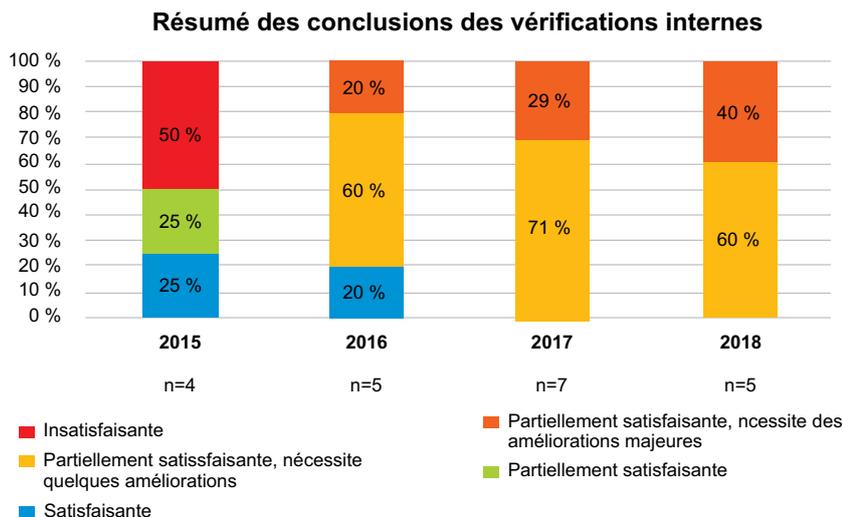
Les indicateurs de performance clés fournissent des informations sur la performance et les progrès de chaque bureau de pays de l'OMS, facilitant ainsi l'analyse comparative et l'établissement des priorités.

Ces quatre dernières années, les conclusions des rapports de vérification concernant les activités de l'OMS dans la Région africaine sont devenues nettement plus satisfaisantes. Cette amélioration traduit les efforts consentis par l'Organisation pour renforcer ses mécanismes de contrôle interne et de conformité, moyennant le suivi et l'évaluation des KPI et des accords de niveau de service, ainsi que par des

Figure 4. Tableau de bord des principaux indicateurs de résultats relatifs à la gestion



Figure 5. Progrès réalisés dans les rapports d'audit



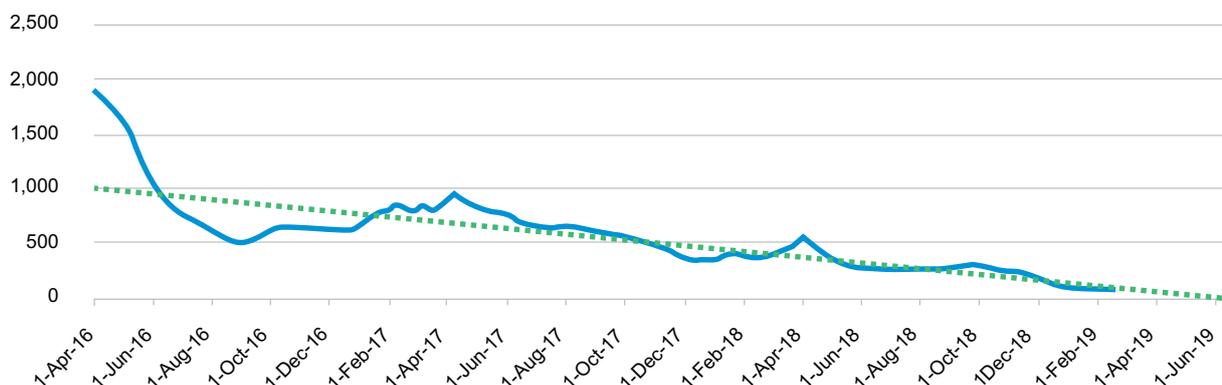
interventions menées au moment opportun dans des centres budgétaires. La figure 5 présente les progrès réalisés dans les rapports d'audit entre 2015 et 2018 grâce à l'appui efficace apporté aux pays.

Une nouvelle approche visant à accroître la responsabilisation et la conformité consistait à accompagner les administrateurs aux niveaux du Bureau régional et des bureaux de pays,¹¹⁹ moyennant des séances d'information et l'échange d'informations de base sur les politiques et procédures existantes. Les administrateurs ont reçu une formation portant sur l'évaluation, la gestion et l'atténuation des risques. La même formation portait sur l'impact que leurs actions et de leurs décisions peut avoir sur l'Organisation. Les administrateurs ont également reçu des orientations, de même qu'un appui qui leur permettra de veiller à ce que leurs bureaux respectent les normes de conformité prévues par les règles et règlements de l'OMS. Des missions d'appui préalable à la vérification des comptes ont été menées dans huit

bureaux de pays et une mission de vérification des donateurs a été effectuée en Namibie pour faciliter la préparation des examens de vérification des comptes. Des examens de la gestion et de l'administration des programmes ont été conduits dans sept bureaux de pays et une vérification de la conformité a été menée en République centrafricaine afin de familiariser les représentants de l'OMS nouvellement nommés avec leurs rôles et responsabilités, les difficultés rencontrées dans leurs bureaux respectifs, le niveau de conformité aux règles dans leurs bureaux de pays, et les solutions et mesures que l'on peut appliquer pour accroître la conformité et atténuer les risques.

Des missions d'appui aux pays ont été organisées dans certains pays pour informer le personnel des Ministères de la santé sur les procédures de l'OMS et pour lui donner des orientations au sujet de la gestion des financements alloués au titre de la coopération financière directe, l'ambition étant d'améliorer la conformité, le suivi et l'établissement des rapports sur les fonds reçus.

Figure 6. Réduction du nombre de rapports sur la coopération financière directe non établis entre 2016 et 2019



119 Angola, Éthiopie, Kenya, Libéria, Madagascar, Nigéria, République-Unie de Tanzanie et Tchad.

Des missions d'appui aux pays ont été menées dans 12 États Membres¹²¹, ce qui a permis de renforcer l'engagement des États Membres et d'améliorer le processus d'établissement des rapports sur la coopération financière directe. Grâce aux missions d'appui aux pays, aucun vérification interne insatisfaisante n'a été publiée par les centres budgétaires de la Région ces quatre dernières années et le nombre de rapports sur la coopération financière directe non établis a diminué de 80 % en 2018 (figure 6).

Optimisation des ressources

Des résultats positifs ont été obtenus dans le domaine de la gestion et de la surveillance des opérations financières afin d'assurer l'optimisation des ressources et la rentabilité des opérations de gestion. Un système de recouvrement des coûts a été mis en place pour les services médicaux dispensés par la clinique du Bureau régional et pour les services Internet fournis à des fins personnelles aux membres du personnel sur leur lieu de résidence au campus de l'OMS.

Des processus d'appel d'offres transparents et efficaces pour l'achat et la fourniture de biens et services ont été menés grâce au Portail mondial pour les fournisseurs des organismes des Nations Unies, au système E-TEND et à la conclusion d'accords à long terme. Cette approche a considérablement amélioré la célérité dans l'exécution, la qualité des biens et services, et le rapport coût-efficacité des services d'achat et d'approvisionnement. Les évaluations indépendantes des offres, l'étude de marché après-vente et la concurrence rude ont permis de réaliser des économies de coûts importantes chiffrées à US \$6 millions, soit 46 % de toutes les transactions de biens et services sélectionnés (US \$13 millions de dollars) depuis janvier 2018. Ces gains découlant des pratiques d'optimisation des ressources ont permis de fournir rapidement et efficacement un appui supplémentaire aux Ministères de la santé sous forme de matériel médical, de produits et de services médicaux.

De plus, de nouvelles mesures visant à améliorer l'optimisation des ressources ont été introduites dans les services de traduction, d'interprétation et d'impression. Une liste d'interprètes professionnels basés dans les 47 pays de la Région est en cours d'établissement. Le recrutement d'un plus grand nombre d'interprètes locaux a permis de réaliser des économies chiffrées à US \$204 320 entre octobre 2018 et juin 2019. La rémunération pour les services de traduction a également été révisée, et un nouveau barème a été approuvé en octobre 2018, ce qui a permis de réaliser des économies supplémentaires de US \$64 000 jusqu'au mois de

juin 2019. De nouvelles méthodes de sélection des interprètes – en associant un interprète chevronné à des interprètes débutants – ont permis d'économiser environ US \$1000 par réunion de cinq jours et par interprète débutant. Cette initiative assure aussi le renforcement des capacités de la prochaine génération d'interprètes dans la Région. Ces mesures ont permis de réaliser des économies importantes. Entre le mois d'octobre 2018 – lorsque ces mesures ont été lancées – et le 30 juin 2019, l'OMS a réalisé des économies de US \$296 248 sur les services d'interprétation et de traduction.

Enfin, en vue d'accroître l'efficacité, le rapport coût-efficacité et l'optimisation des ressources, un environnement de travail sans papier a été adopté dans le cadre d'un processus d'approbation automatisé actuellement utilisé par les groupes organiques Administration générale et Systèmes et services de santé. Des flux de travail en ligne ont été créés, moyennant divers nouveaux formulaires électroniques et une plateforme de flux de tâches, pour émettre et faire circuler des notes de service et des rapports d'adjudication, aux fins d'approbation. Au total, 1086 notes de service et rapports d'adjudication ont été approuvés via ce système entre juin et décembre 2018. Cela s'est traduit par une réduction de 12,8 % des coûts d'impression, passés de US \$192 201 en 2017 à US \$170 388 en 2018.

Intégration, accompagnement et perfectionnement du personnel

Des initiatives ont été lancées et des mesures concrètes prises pour que le personnel soit bien reçu, informé et orienté dans ses fonctions, rôles et responsabilités.

Des séances de formation à l'entrée en service sont programmées trois fois par an à l'intention de tous les membres du personnel nouvellement recrutés dans la Région. L'unité Gestion des ressources humaines (HRM) travaille en étroite collaboration avec tous les groupes organiques et unités pour coordonner le contenu de chaque séance de formation à l'entrée en service en veillant singulièrement à ce que les informations fournies soient complètes et pertinentes pour le nouveau personnel.

L'OMS dans la Région africaine a lancé le Comité du bien-être du personnel et le Comité de la nutrition en 2018. Le Comité du bien-être du personnel a pour mandat de promouvoir, de

121 Bénin, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Mali, Mauritanie, Ouganda, République démocratique du Congo, Sierra Leone et Tchad.

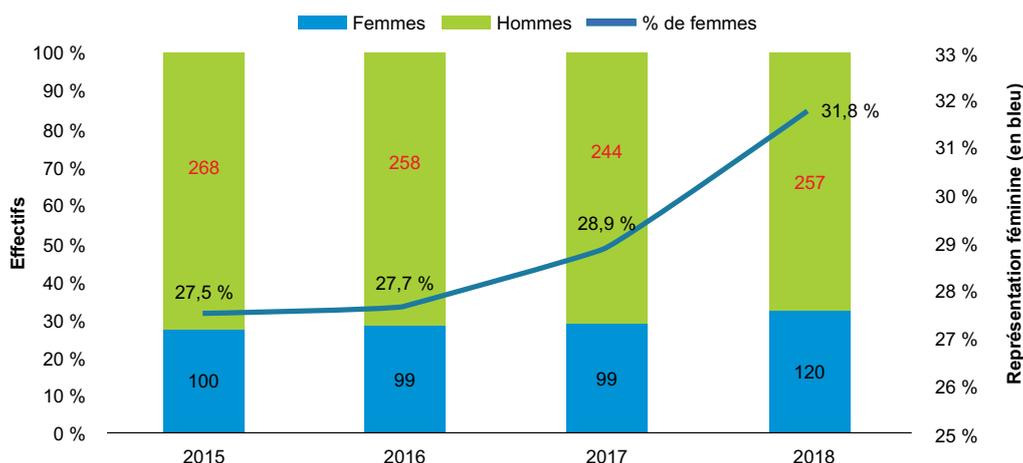
conseiller et d'encourager les activités visant à assurer le bien-être physique, mental et social du personnel afin que le travail demeure un moyen d'épanouissement et de réalisation personnelle pour tous. Le mandat du Comité de la nutrition est de favoriser la nutrition et de veiller à ce que les services d'alimentation proposés au personnel du Bureau régional soient sans risque sanitaire. Le Comité de la nutrition a formulé plusieurs recommandations susceptibles d'améliorer la qualité et la diversité des aliments et boissons proposés au personnel en service au Bureau régional.

Des séances d'information et des formations ont été offertes au personnel sur divers sujets, notamment dans le domaine des évaluations fondées sur les compétences et en ce qui concerne les relations avec le personnel. Une journée portes ouvertes a été instituée pour permettre à chaque membre du personnel d'évoquer ses besoins et préoccupations individuels tout en visitant les

divers services relatifs à la gestion des ressources humaines. Des séances d'information sont aussi organisées tous les jeudis sur divers sujets liés aux technologies de l'information, et un atelier de soutien informatique se tient une fois par mois. En réponse à la restructuration en cours dans les bureaux de pays, l'équipe chargée des examens fonctionnels propose des services d'orientation professionnelle aux membres du personnel concernés afin de les accompagner tout au long de l'exercice d'examen fonctionnel.

Un nouveau système régional de récompenses visant à primer les membres du personnel qui se sont distingués par des prestations exceptionnelles a été mis en place pour accroître la motivation du personnel et sa satisfaction au travail, et pour garantir la fidélisation du personnel. Le nombre de femmes appartenant à la catégorie professionnelle ou à des catégories supérieures est passé de 28,9 % en 2017 à 31,8 % en 2018 (figure 7).

Figure 7. Progression de la représentation féminine entre 2015 et 2018



Gestion des actifs et amélioration de l'infrastructure

L'infrastructure informatique continue d'être entretenue et améliorée partout dans la Région, comme en témoigne l'examen du matériel et des installations dans 30 bureaux de pays afin de s'assurer que des plateformes informatiques appropriées sont en place pour soutenir les activités de préparation et de riposte. Une feuille de route informatique est en cours de finalisation. Lorsqu'elle sera appliquée, cette feuille de route permettra de rendre l'infrastructure des bureaux de pays conforme aux normes institutionnelles pertinentes. L'accès à Internet a été considérablement amélioré au Bureau régional, suite à l'adoption d'une liaison en fibre optique Congo Telecom (dernier kilomètre) de 100 MB.

Les bureaux de pays ont bénéficié d'une formation et d'un appui technique accru en vue de renforcer leurs capacités pour une gestion efficace des actifs. Tous les bureaux de pays enregistrent et contrôlent désormais systématiquement tous les biens matériels de l'OMS conformément aux prescriptions du Conseil des Normes comptables internationales du secteur public (IPSASB). La cession des biens obsolètes du Bureau régional a généré un montant total de US \$100 000, qui a été utilisé pour acheter du matériel neuf et plus performant. Tous les bureaux de pays de l'OMS dans la Région ont également bénéficié d'un appui dans la conduite de cet exercice de cession de biens obsolètes. En 2018, les bureaux de pays de l'OMS au Burkina Faso, aux Comores, au Niger et au Soudan du Sud ont exécuté des projets d'évaluation et de réhabilitation des infrastructures. La rénovation de la salle de conférence principale du Bureau régional a été achevée en 2018. Cette salle de conférence d'une capacité de 400 places a



été mise aux normes internationales et dotée d'un équipement de conférence moderne. En outre, 10 bureaux accueillant 25 membres du personnel ont été créés dans des conteneurs préfabriqués nouvellement installés.

Partenariats stratégiques et organes directeurs

Conformément à l'engagement pris par la Directrice régionale de forger des partenariats stratégiques, 142 accords de coopération ont été conclus au cours de la période sous revue. Le deuxième Forum de l'OMS sur la santé en Afrique s'est tenu en mars 2019 à Praia (Cabo Verde). Organisé sur le thème « Assurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire – L'Afrique que nous voulons voir », ce deuxième Forum de l'OMS sur la santé en Afrique a été l'occasion de discuter des stratégies innovantes pour faire face aux problèmes persistants de santé publique dans la Région africaine. Le Forum était également axé sur le renforcement de l'appropriation par les pays et sur la gouvernance de la santé, et il a permis d'étudier des voies et moyens concrets par lesquels les partenaires peuvent contribuer aux activités de l'OMS et atteindre les objectifs énoncés dans le *Programme de transformation de la santé en Afrique 2015-2020*.

Le Forum a offert aux participants une occasion unique d'explorer les moyens de parvenir à la couverture sanitaire universelle et d'assurer la sécurité sanitaire en Afrique, notamment en débattant des moyens d'améliorer la sécurité sanitaire, d'accélérer les progrès vers l'équité, la couverture sanitaire universelle et la poursuite du programme inachevé des maladies transmissibles, et d'agir sur les déterminants sociaux et économiques de la santé sur le continent africain. Parmi les participants au Forum, on peut citer des dirigeants et des décideurs, des militants, des praticiens et des partenaires de divers pays et affiliations – ministres, partenaires donateurs, institutions du système des Nations Unies, organisations non gouvernementales, secteur privé, milieux universitaires, jeunes militants et médias.

Des partenaires et des ressources ont été mobilisés en faveur des priorités de santé publique au cours de la période 2018-2019. Des discussions ont eu lieu avec la Fondation Bill & Melinda Gates, la Banque africaine de développement, le Fonds saoudien pour le développement, le Programme du Golfe arabe pour le développement, le Fonds du Qatar pour le développement, le Fonds mondial, le Parlement panafricain, la France, l'Arabie saoudite, le Royaume-Uni et les États-

Unis. Ces discussions ont débouché d'une part sur un partenariat avec le Parlement panafricain pour faire avancer le programme d'action sanitaire sur le continent et d'autre part sur un cadre de collaboration régionale avec le Fonds mondial.

Afin d'améliorer les relations avec les donateurs et de maintenir la confiance, le système de suivi des rapports aux donateurs mis en place en mars 2016 pour renforcer l'établissement des rapports et les contrôles internes a permis de relever la qualité et l'établissement en temps voulu des rapports. La proportion des rapports aux donateurs non établis n'a cessé de diminuer, passant de 39 % en juillet 2017 pour s'établir à 3 % en juin 2019.

L'engagement de l'OMS a été renforcé en faveur du mécanisme de partenariat dénommé Harmonisation pour la Santé en Afrique. Ce partenariat a été revitalisé en mars 2017 et les partenaires – l'OMS, d'autres institutions du système des Nations Unies et les partenaires bilatéraux et multilatéraux du développement sanitaire – ont réaffirmé leur détermination à œuvrer de concert pour obtenir un impact accru dans des axes thématiques clés tels que les partenariats public-privé pour la santé, la gestion des finances publiques dans le secteur de la santé, et le champ plus vaste de l'optimisation des ressources, le but étant d'atteindre des résultats concrets au bénéfice des femmes, des adolescents et des enfants en Afrique. En 2018, les directeurs régionaux des agences membres de HHA ont lancé un appel à l'action conjoint invitant les représentants nationaux des agences de ce mécanisme à promouvoir collectivement la couverture sanitaire universelle et à améliorer la collaboration en vue de renforcer les systèmes de santé en privilégiant les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle.

En octobre 2018, les directeurs régionaux des agences membres de HHA ont estimé que la mise en œuvre du plan d'action avait bien progressé. Parmi les progrès réalisés, on peut citer les synergies développées par les partenaires pour renforcer le dialogue de politique générale entre les Ministères de la santé et ceux des finances, particulièrement en ce qui concerne la gestion des finances publiques et l'élaboration de politiques et de stratégies nationales de santé, y compris en matière de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Les partenaires ont diffusé conjointement plusieurs nouvelles directives touchant à la santé reproductive et à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, tandis que l'harmonisation des approches de gestion des finances publiques des différentes organisations est en cours dans 44 États Membres. Les directeurs régionaux des

agences membres de HHA ont convenu d'un plan d'action conjoint pour la période 2019-2021, qui comprend le renforcement de la collaboration entre le secteur public et le secteur privé pour favoriser la progression vers la sécurité sanitaire et la couverture sanitaire universelle.

Organes directeurs

Le Secrétariat continue d'améliorer les travaux préparatoires relatifs aux organes directeurs de l'OMS. Ces améliorations comprennent l'enregistrement en ligne pour le Comité régional et l'utilisation de l'application du Comité régional pour accéder aux documents en ligne. Afin d'assurer le bon déroulement des réunions du Comité régional et d'aider les délégués à se préparer à ces réunions, un guide du participant à une session du Comité régional est en cours d'élaboration à l'intention des États Membres et des autres participants.

La manifestation inaugurale « Walk the Talk » (une marche sportive pour passer de la parole à l'action concernant l'activité physique) a été organisée au Sénégal lors de la soixante-huitième session du Comité régional afin de promouvoir l'activité physique et de célébrer le 70^e anniversaire de l'OMS. Cette manifestation restera un élément clé des sessions futures du Comité régional. La soixante-huitième session du Comité régional a également adopté le tout premier Code de conduite concernant le processus de nomination pour le poste de Directeur régional afin de promouvoir un processus de nomination transparent, ouvert et équitable.

La participation d'acteurs non étatiques au Comité régional est en hausse – notamment au travers des événements parallèles et de leurs déclarations –, et l'on est d'ailleurs passé de 21 observateurs en 2015 à 70 observateurs en 2018. Le Secrétariat de l'OMS ne cesse d'encourager la participation des États Membres de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé, ainsi qu'aux sessions du Conseil exécutif et du Comité du programme, du budget et de l'administration. Le Secrétariat organise à cet effet des séances d'information, des ateliers préparatoires, des réunions de coordination quotidiennes, et facilite la formulation de positions africaines communes sur des questions essentielles.

En novembre 2018 puis en mars 2019, dix Ministres de la santé¹²² nouvellement nommés ont participé à des ateliers dont le but était de mieux leur faire comprendre le contexte sanitaire mondial et régional, les activités des organes directeurs de l'OMS dans la Région africaine, et les procédures de gestion de l'Organisation. Ces ateliers ont été une occasion de renforcer l'engagement des

dirigeants nationaux à traiter les problèmes de santé prioritaires dans la Région, y compris la nécessité d'accroître les ressources nationales allouées à la santé. Les ateliers permettent au demeurant à l'équipe de direction de l'OMS dans la Région africaine d'organiser des tables rondes, de promouvoir une prise en main et une mise en œuvre accrues des stratégies et cadres régionaux et mondiaux de santé, et de plaider pour le renforcement de la capacité des pays à faire face aux événements de santé publique, notamment au moyen de la mobilisation de ressources nationales additionnelles.

Une ampleur, une qualité et une portée accrues de la communication à l'OMS

Pour favoriser l'efficacité des communications au niveau des pays, le Bureau régional a mené une enquête sur les besoins de communication auprès des bureaux de pays de l'OMS et, sur la base des conclusions et des tendances en matière de communication observées par un groupe de travail sur la communication à trois niveaux, une stratégie régionale de communication a été finalisée et approuvée par la direction régionale. L'engagement proactif avec les médias stratégiques a donné lieu à une centaine d'échanges avec les médias, notamment avec des organes de presse internationaux tels que le New York Times, la British Broadcasting Corporation (BBC), Radio France Internationale (RFI), Cable News Network (CNN), Le Monde, Associated Press et The Economist, sans oublier de nombreux groupes de médias régionaux et nationaux d'envergure. La couverture médiatique portait principalement sur le vif intérêt suscité par la riposte à la maladie à virus à Ebola, mais des experts de l'OMS ont aussi été interrogés sur d'autres sujets d'importance tels que l'impact du changement climatique sur la santé, la pollution atmosphérique et les maladies non transmissibles.

Compte tenu de l'importance croissante des produits multimédias, l'unité régionale en charge de la communication lors des situations d'urgence sanitaire a fait l'acquisition d'une caméra vidéo et a réalisé plus de 20 productions vidéo qui ont été reprises par les radiodiffuseurs de la Région et d'ailleurs ou utilisées sur les réseaux sociaux. Afin de faciliter la communication lors des situations d'urgence sanitaire, près de 300 journalistes de plus de 10 pays ont suivi une formation sur la façon de faire des reportages lors d'une situation d'urgence sanitaire. À la suite de ces formations, les participants ont élaboré une première série de 20 produits des médias, en l'occurrence des

¹²² Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée, Libéria, Lesotho et Sierra Leone.





reportages sur les épidémies de fièvre jaune et de choléra. Des modes opératoires normalisés applicables à la communication lors des situations d'urgence sanitaire ont été élaborés à l'usage des centres nationaux d'opérations d'urgence mis en place dans la Région.

La collaboration avec les parties prenantes a été renforcée grâce à l'utilisation active des réseaux sociaux et des plateformes novatrices, ce qui a permis d'accroître considérablement la capacité du Secrétariat à fournir des informations essentielles sur la santé publique. Le nombre d'utilisateurs du site Web du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (www.afro.who.int) s'est accru, avec plus de 988 731 nouveaux utilisateurs depuis le début de l'année 2018. Au cours de la même période, le nombre d'abonnés au compte Twitter @WHOAFRO a doublé, passant à 39 000, avec plus de 16 millions d'impressions sur Twitter. Le compte Facebook est passé quant à lui de 4500 « J'aime » en début 2018 à plus de 14 840 « J'aime » en juin 2019. Plus de 12 000 parties prenantes ont été mobilisées à l'aide du bulletin d'information électronique Popullo, qui facilite la création d'un label commun dans toute la Région.

Des rapports ont été établis régulièrement sur le Programme de transformation et une formation continue sur les médias a été organisée à l'intention des membres du personnel de niveau supérieur au Bureau régional. Une série de publications retraçant les progrès réalisés dans le cadre du Programme de transformation a été produite en trois langues et diffusée aux principales parties prenantes dans la Région. La communication interne s'est aussi améliorée, grâce à des séances d'information régulières organisées à l'intention du personnel par la Directrice régionale, à des plateformes en ligne et au renforcement de la communication entre les bureaux de pays, le Bureau régional et le Siège de l'OMS.



Exécution du budget

PROGRAMME 2018-2019

L'unité Planification, budgétisation, suivi et évaluation (PBM) veille à ce que le programme général de travail, le budget programme et les plans opérationnels de l'OMS dans la Région soient élaborés, exécutés, suivis et évalués conformément aux orientations et aux normes institutionnelles, ceci dans le but d'obtenir des résultats et de répondre efficacement aux besoins sanitaires prioritaires des pays. Au cours de l'exercice 2018-2019, PBM a soutenu le renforcement de l'accent stratégique mis sur les résultats et la réorientation des efforts institutionnels vers l'atteinte de l'objectif du triple milliard énoncé dans le treizième programme général de travail.

Amélioration de la planification axée sur les résultats

Au cours de l'exercice 2018-2019, l'OMS a mis en œuvre une approche fondée sur la théorie du changement dans tous les centres budgétaires en vue de préparer le processus de planification stratégique du treizième programme général de travail et d'intégrer davantage la gestion axée sur les résultats. En tant que partie intégrante du processus de transformation mondiale en cours, la mise en œuvre des principes et outils de la théorie du changement fournit la base pour une analyse et une articulation efficace des priorités sanitaires nationales dans les Notes relatives aux résultats stratégiques. Il convient de relever que ce sont ces notes qui définissent l'orientation stratégique des bureaux de pays et leur contribution aux résultats du treizième programme général de travail pour les cinq prochaines années. Les Notes relatives aux résultats stratégiques ont permis d'élaborer des plans d'appui aux pays, grâce auxquels on peut déterminer non seulement la contribution de chaque pays au treizième programme général de travail, mais encore la façon dont le bureau de pays, le Bureau régional et le Siège de l'OMS pourront œuvrer plus efficacement afin de générer un impact au niveau des pays.

La mise en œuvre du nouveau processus de planification stratégique dans le cadre du treizième programme général de travail a permis de déterminer clairement les résultats que le Bureau régional de l'Afrique devra obtenir (autrement dit, les produits) et ceux auxquels le Bureau régional devra contribuer (appelés les résultats), en opérant sur la base des priorités et stratégies sanitaires nationales. En alignant le processus de planification stratégique sur le treizième programme général de travail, l'OMS dans la Région africaine a la possibilité de contribuer de façon concomitante à l'atteinte de l'objectif 3 de développement durable dans la Région.

Optimisation des ressources

Le budget programme approuvé pour la Région africaine pour la période biennale 2018-2019 s'élève à US \$1 161 600 000, soit 26 % du budget programme global de l'OMS, qui se chiffre à US \$4 421 500 000. Au 30 juin 2019, le budget total alloué à la Région était de US \$1 717 435 890, soit US \$555 835 890 de plus que le budget approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé. Sur ce montant supplémentaire, 85 % (US \$471 429 356) sont alloués aux plans d'intervention humanitaire et autres appels. Compte tenu du fait que cette proportion du budget est liée aux événements de santé survenus dans la Région, les plans d'intervention humanitaire et autres appels, qui sont essentiellement déterminés par les besoins en situation d'urgence, ne sont pas inclus dans le budget programme approuvé.

Au 30 juin 2019, quatre-vingt-dix pour cent du budget alloué au segment de base (US \$745 839 176) avaient été financés (tableau). Les segments « poliomyélite » et « appels humanitaires » bénéficient d'un financement total se chiffrant à US \$723 966 832, soit 42 % du budget programme alloué. Le taux moyen d'utilisation des fonds disponibles est de 73 %, le segment du programme relatif à la poliomyélite représentant le taux le plus élevé (80 %) et celui des maladies transmissibles le plus faible (60 %).



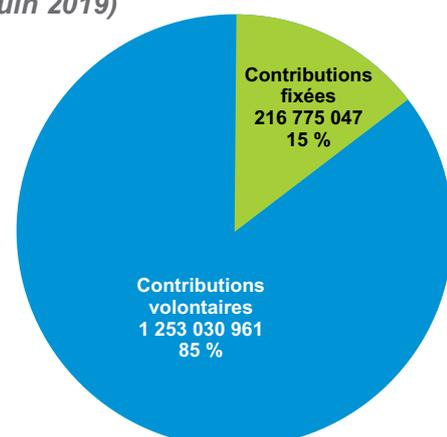
Tableau. Utilisation financière du budget programme approuvé pour l'exercice 2018-2019 (au 30 juin 2019)

Catégorie d'activité		Budget programme approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé	Budget programme alloué	Total des fonds disponibles	Pourcentage du financement par rapport au budget approuvé	Utilisation du budget	Pourcentage d'utilisation par rapport au budget approuvé	Pourcentage d'utilisation par rapport au financement
01	Maladies transmissibles	291 100 000	290 545 090	283 135 663	97 %	170 173 478	58 %	60 %
02	Maladies non transmissibles	61 000 000	55 043 000	32 724 109	54 %	20 488 718	34 %	63 %
03	Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie	105 300 000	103 190 000	66 770 499	63 %	45 591 547	43 %	68 %
04	Systèmes de santé	88 500 000	92 925 000	90 740 117	103 %	64 908 481	73 %	72 %
06	Services institutionnels et fonctions d'appui	147 000 000	151 001 300	144 359 786	98 %	105 037 935	71 %	73 %
12	Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire	141 200 000	133 625 000	128 109 002	91 %	95 025 282	67 %	74 %
Total, programmes de base		834 100 000	826 329 390	745 839 176	89 %	501 225 441	60 %	67 %
10	Poliomyélite	327 500 000	419 677 144	397 336 903	121 %	316 911 324	97 %	80 %
13	Plans d'action humanitaire et autres appels	0	471 429 356	326 629 929		259 589 915		79 %
Total général		1 161 600 000	1 717 435 890	1 469 806 008		1 077 726 680		73 %

L'affectation des contributions volontaires concourt à la répartition inégale du financement et limite la flexibilité dans l'exécution du budget programme. Même si les contributions fixées des États Membres ont augmenté de 3 % durant l'exercice biennal en cours, les contributions volontaires continuent de représenter l'essentiel des autres segments du budget (poliomyélite, programmes spéciaux, et plans et appels humanitaires). Même si le processus de reprogrammation peut aider à corriger certaines distorsions dans le financement des programmes, la part des fonds flexibles dans le schéma de financement doit augmenter (figure 8).

Le Bureau régional et les bureaux de pays ont été proactifs dans le plaidoyer en faveur d'un financement souple et prévisible, dans le renforcement des partenariats avec les donateurs traditionnels, et dans la promotion de relations avec les partenaires potentiels afin de soutenir davantage les pays dans le domaine du développement sanitaire. Le Bureau régional a continué de renforcer ses capacités de mobilisation des ressources et d'accroître sa responsabilisation vis-à-vis des donateurs. Le Bureau régional encourage l'exploitation des technologies et des

processus d'informatique décisionnelle et a mis à l'essai le mécanisme des chargés de la gestion des programmes dans six pays afin de renforcer la planification, le suivi et l'utilisation des ressources et leur redistribution, ainsi que le respect de l'obligation de rendre compte de l'exécution des plans de travail. L'OMS continue de mettre l'accent sur une responsabilisation nationale accrue, une forte prise en main par les pays, et des investissements nationaux dans la santé.

Figure 8. Proportion des contributions fixées et des contributions volontaires (au 30 juin 2019)


Amélioration du suivi et de l'évaluation en vue d'obtenir un impact

Le cadre de résultats de la Région africaine a été établi en 2017 avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates pour atteindre les résultats énoncés dans le Programme de transformation. Dans le cadre de ce processus, des KPI programmatiques ont été définis pour accroître la responsabilisation, la transparence et l'accent mis sur les résultats. Ces principaux indicateurs de résultats mesurent la contribution de l'OMS – au niveau des produits – à la réalisation des objectifs nationaux et des objectifs du développement durable dans la Région africaine. À l'heure actuelle, 43 KPI programmatiques prioritaires couvrant les groupes organiques et les fonctions d'appui sont en cours d'évaluation et font l'objet d'un rapport dans chacun des 47 bureaux de pays de la Région.

La disponibilité en temps voulu de données sur la performance des KPI et la capacité analytique nécessaire pour évaluer les liens dans le domaine du développement sanitaire sont essentielles pour assurer une prise de décision efficace reposant sur des bases factuelles dans les programmes de santé supervisés par l'OMS dans la Région africaine. À cette fin, l'Organisation a mis à profit les technologies de l'information et de la communication pour concevoir et mettre en œuvre un outil en ligne pour les résultats de la Région africaine. L'outil a été conçu pour accroître l'efficacité, automatiser le processus de création de rapports sur les KPI, assurer la précision des données, normaliser le processus de validation

des données et créer un référentiel central pour la diffusion des données relatives aux KPI. En améliorant les capacités des bureaux de pays de l'OMS en matière de collecte de données sur les KPI et de communication des résultats, le Bureau régional de l'Afrique a été en mesure de produire des informations pragmatiques pour la planification des programmes de santé et de se positionner comme un partenaire visible et actif du développement sanitaire dans la Région.

Faire émerger une culture de l'évaluation à l'OMS

En vue de réaffirmer le rôle essentiel joué que le suivi et l'évaluation jouent dans les activités de l'OMS dans la Région africaine, le Comité de suivi et d'évaluation continue de se réunir chaque année pour évaluer et améliorer continuellement la mise en œuvre des programmes de santé que l'OMS met en œuvre dans la Région africaine.

En 2018, l'OMS dans la Région africaine a publié le projet de lignes directrices pour l'évaluation dans la Région africaine afin de favoriser l'apprentissage, de promouvoir une culture de l'évaluation, puis de recenser, d'exploiter et de diffuser les pratiques optimales, ainsi que pour faciliter l'évaluation de ce qui a fonctionné ou pas dans le secteur de la santé dans la Région. En lien avec la nouvelle politique d'évaluation de l'OMS (2018) et le Programme de transformation, les lignes directrices fournissent des conseils pratiques sur la manière de préparer et de mener des évaluations dans la Région et sur la meilleure utilisation des données probantes pour améliorer la conception et la mise en œuvre des programmes en vue d'obtenir des résultats.

Ces lignes directrices ont été appliquées dans deux évaluations régionales : le projet Noma Control, financé par Hilfsaktion Noma e.V. Regensburg et mis en œuvre dans 10 pays,¹²³ et l'évaluation du mécanisme des chargés de la gestion des programmes¹²⁴ qui a bénéficié d'un appui de la Fondation Bill & Melinda Gates. Les résultats de ces deux évaluations sont diffusés

aux parties prenantes pour validation et pour mise en œuvre des mesures recommandées. L'OMS continuera d'encourager l'apprentissage et l'élaboration de programmes reposant sur des bases factuelles, et de procéder à des évaluations de qualité pour éclairer les mesures prises par la direction.

*« Pendant longtemps, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a eu du mal à mesurer les produits et les résultats de l'appui qu'elle apporte aux États Membres. Les KPI nous permettent non seulement de mesurer les résultats, mais aussi de concentrer notre travail sur des aspects qui feront changer les choses dans notre Région. » -
D^{re} Matshidiso Moeti,
Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique*

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

124 Afrique du Sud, Eswatini, Éthiopie, Lesotho et République démocratique du Congo.

Perspectives : un accent accru sur la gestion des résultats du treizième programme général de travail

Les activités de l'OMS visant à promouvoir la santé dans la Région africaine ont gagné en efficacité et en efficience à la faveur du renforcement des capacités de planification, de budgétisation, de suivi et d'évaluation. L'OMS veille à ce que

l'utilisation rationnelle des ressources, l'obtention rapide de résultats et l'alignement des ressources sur les priorités nationales génèrent un impact au niveau des pays. Des efforts seront aussi déployés pour accroître l'engagement de l'OMS à être plus comptable de ses actes, plus transparente et mieux outillée pour répondre aux besoins, et pour que les activités que le Secrétariat mène aux niveaux national, sous-régional et régional soient planifiées selon les priorités des pays.



Conclusion

ET PERSPECTIVES

Grâce aux efforts collectifs des États Membres et des partenaires, des progrès tangibles ont été accomplis au cours de l'année écoulée. Conformément aux orientations données dans le douzième programme général de travail 2014-2019, des progrès ont été réalisés dans des axes prioritaires tels que la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie, le renforcement des systèmes de santé en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle, la protection des populations contre les situations d'urgence sanitaire, et l'éradication de la poliomyélite.

En janvier 2019, des travaux au titre du treizième programme général de travail 2019-2023 ont été lancés, avec comme fil conducteur l'atteinte des cibles du triple milliard, à savoir : un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'une couverture sanitaire universelle ; un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire ; et un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être. Pour faire progresser la couverture sanitaire universelle, l'OMS dans la Région africaine poursuivra la mise en œuvre du programme phare relatif à la couverture sanitaire universelle, notamment en soutenant l'élaboration de feuilles de route nationales en faveur de la couverture sanitaire universelle. Les soins de santé primaires restent essentiels pour parvenir à la couverture sanitaire universelle, et des initiatives telles que l'ensemble de services de santé essentiels et le soutien aux systèmes de santé des districts resteront des domaines d'activité prioritaires. L'accent sera mis d'une part sur le financement de la santé, l'équité, la santé numérique et l'élargissement de l'accès aux médicaments et aux vaccins, d'autre part sur l'utilisation rationnelle de ces médicaments et vaccins, la finalité étant de combattre la résistance aux antimicrobiens.

La Région continuera de faire face à des flambées épidémiques de maladies infectieuses et à d'autres situations d'urgence sanitaire dans les 12 prochains mois, d'où l'importance de la sécurité sanitaire. Pour être jugulée, la flambée de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo nécessite des investissements sur le plan régional comme à l'échelle mondiale. Des investissements sont tout autant nécessaires pour prévenir les épidémies de choléra, de rougeole, de méningite et d'autres maladies à prévention vaccinale, et pour y faire face. L'OMS continuera de collaborer avec les pays pour renforcer la préparation aux situations d'urgence grâce aux approches « englobant l'ensemble des risques » et « Une seule

santé », en mettant l'accent sur le renforcement de la surveillance et sur l'organisation d'une riposte diligente. Le Secrétariat continuera également de soutenir les efforts de pays afin de parvenir à l'éradication mondiale de la poliomyélite.

Pour qu'un nombre accru de personnes dans la Région bénéficient d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être, l'OMS continuera d'assister les pays dans la prévention, le contrôle et le traitement des maladies transmissibles telles que l'infection à VIH, la tuberculose, le paludisme, les hépatites virales, les infections sexuellement transmissibles et les maladies tropicales négligées. Parmi les principales interventions, on peut citer l'accès à la thérapie antirétrovirale pour les personnes vivant avec le VIH, la mise à l'essai du premier vaccin antipaludique au monde (RTS,S/AS01), et le Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées. En vue de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, l'OMS continuera de prêter son assistance aux pays pour qu'ils puissent atteindre les neuf cibles mondiales volontaires fixées en matière de lutte contre les maladies non transmissibles et pour qu'ils intègrent les services de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires. Les priorités seront d'élargir l'accès aux accoucheuses qualifiées et de relever la qualité de la santé reproductive et de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. La priorité sera également d'assurer l'intégration des programmes axés sur la nutrition. Les activités principales consisteront notamment à faire progresser le Réseau pour l'amélioration de la qualité des soins en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, tout comme le programme phare régional relatif à la santé de l'adolescent. Le vieillissement en bonne santé constituera une autre priorité.

Au cours de l'année à venir, le Secrétariat poursuivra la mise en œuvre du Programme de transformation en faisant porter les efforts sur le renforcement des

capacités de gestion et d'encadrement de tous les membres du personnel de niveau supérieur, sur l'achèvement des examens fonctionnels, et sur l'élaboration d'un nouveau cadre de performance régional pour assurer le monitoring du Programme de transformation à l'aune des cibles du « triple milliard » énoncées dans le treizième programme général de travail. Le Secrétariat continuera d'encourager l'efficacité, la responsabilisation, la qualité et l'optimisation des ressources, ainsi qu'une communication plus efficace sur les activités que l'OMS mène dans la Région, sans oublier la généralisation de la couverture sanitaire universelle dans les pays, dans le contexte des

soins de santé primaires, en adéquation avec les cibles du treizième programme général de travail. Dans le cadre de la transition vers le treizième programme général de travail, l'OMS dans la Région africaine redoublera d'efforts pour améliorer et intégrer la gestion axée sur les résultats et l'optimisation des ressources. Une OMS plus efficiente et plus efficace dans la Région africaine est non seulement en mesure de mieux promouvoir la santé, de sauver des vies et de servir les plus vulnérables, mais aussi de jouer un rôle essentiel dans la stimulation de la croissance économique et du développement national dans la Région.



Annexe I.

PUBLICATIONS SÉLECTIONNÉES DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE, 2018-2019

Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire

Yahaya A.A., Talisuna A.O., Conteh I., Oke A., *et al.* (2019). Operational readiness and preparedness for Ebola virus disease outbreak in countries neighbouring the Democratic Republic of the Congo: progress, challenges and the way forward. *Weekly epidemiological record*, 94, 39-43.

Kalenga O. I., Salama P, *et al.* (2018). Outbreak of Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo, April-May, 2018: an epidemiological study. *The Lancet*, 392, 213–221.

Heitzinger K., Impouma B., Farham B. L., Hamblion E. L., *et al.* (2019). Using evidence to inform response to the 2017 plague outbreak in Madagascar: a view from the WHO African Regional Office. *Epidemiology and Infection*, 147, e3.

Polonsky J., Mboussou F., Haskew C., Waroux O. L. P. D., *et al.* (2019). Lessons learnt from Ebola virus disease surveillance in Équateur Province, May–July 2018. *Weekly Epidemiological Record*, 94 23 –27.

Cooper S., Okeibunor J.C., Wiyeh A., Wiysonge C. (2019). Knowledge advances and gaps on the demand side of vaccination (Comment). *The Lancet*, 19:1, pp 13–15.

Chukwu N. E., Okoye U. O., Onyeneho N. G. and Okeibunor J. C. (2019). Coping strategies of families of persons with learning disability in Imo state of Nigeria. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 38:9.

Ogbuanu IU, Li AJ, Anya B-pM, Tamadji M, Chirwa G, *et al.* Can vaccination coverage be improved by reducing missed opportunities for vaccination? Findings from assessments in Chad and Malawi using the new WHO methodology. *PLoS ONE* 14(1): e0210648.

Mihigo R., Okeibunor J., Cernuschi T. *et al.* (2019). Improving access to affordable vaccines for middle-income countries in the African Region, *Vaccine*. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.03.077>

Maladies non transmissibles

Loua A., Nikiema J.B., Kasilo O.M.J., Tayou T.C. (2018). Blood safety and availability in the WHO African region. *Glob Surg* 4: DOI: 10.15761/GOS.1000189. Available at: <https://www.oatext.com/blood-safety-and-availability-in-the-who-african-region.php>

Tran Ngoc C., Bigirimana N., Muneene D., Bataringaya J., *et al.* (2018) Conclusions of the digital health hub of the Transform Africa Summit: strong government leadership and public-private-partnerships are key prerequisites for sustainable scale up of digital health in Africa, *Proceedings of the Digital Health Hub of the Transform Africa Summit (TAS)*. Available at: <https://bmcpoc.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-12-supplement-11>

WHO (2018). The Costs of Inaction Report: A White Paper on the economic case for investment in health and environment joint interventions in Africa. WHO: Regional Office for Africa.

“Cleaning up Africa’s air would pay for itself in economic gains”: Op-ed by WHO in the African Region Regional Director, published in October 2018 in the *Financial Times*.

WHO (2019). Climate change and health in small island developing States — Regional Plan of Action for SIDS in the African and South-East Asian Regions. WHO: Regional Office for Africa. <http://www.who.int/iris/handle/10665/311185>

WHO (2018). Primary Eye Care Training Manual - A course to strengthen the capacity of health personnel to manage eye patients at primary-level health facilities in the African Region. Available at:

<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-06/WEB-2835-OMS-Afro-PrimaryEyeCaretrainingmanual-20180406.pdf>

WHO (2018). Core competencies for eye health workforce in the African Region. Available at: <http://www.afro.who.int/sites/default/files/publications/7681/Core%20Competencies%20for%20Eye%20HWF%20in%20WHO%20in%20the%20African%20Region.pdf>

WHO (2018). Advocacy for cervical cancer prevention and control in Africa: Facilitator Manual. Available at: <http://www.afro.who.int/publications/advocacy-cervical-cancer-prevention-and-control-africa>

WHO (2018). Strategic Planning for Cervical Cancer Prevention and Control in Africa Training Manual: Facilitator Manual. Available at: <http://www.afro.who.int/publications/strategic-planning-cervical-cancer-prevention-and-control-africa-facilitator-manual>

WHO (2018). Cervical cancer Information, Education and Communication toolkit Available at: <http://www.afro.who.int/publications/information-education-and-communication-cervical-cancer-prevention-and-control-african>

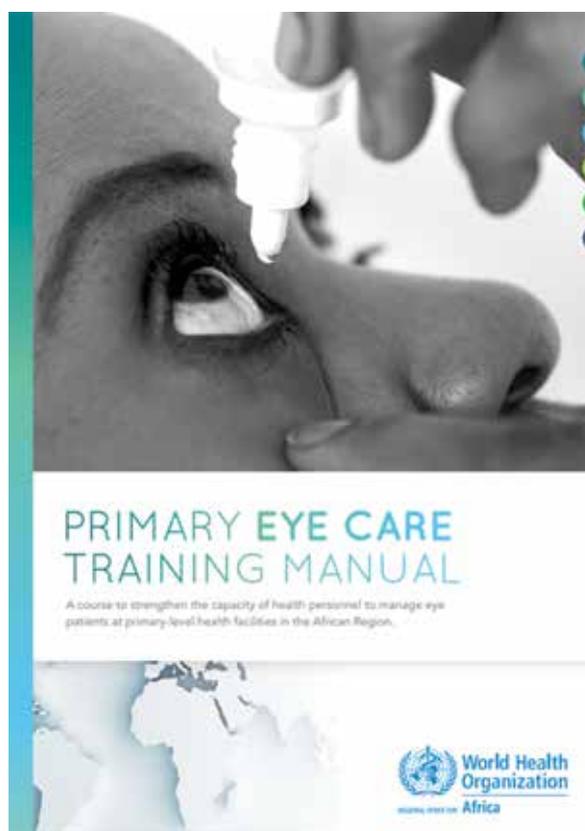
WHO (2018). Assessing Country Capacity and Preparedness for Introducing or Scaling up a Comprehensive Cervical Cancer Prevention and Control Programme. Baseline Report, December 2014. Available at:

<http://www.afro.who.int/publications/assessing-country-capacity-and-preparedness-introducing-or-scaling-comprehensive>

WHO (2019). A heavy burden: the productivity cost of illness in Africa. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.

WHO (2019). Domestic resource mobilization and spending for health in Africa: Status and options for improvement. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.

WHO (2019). Core competencies for the eye health workforce in the WHO African Region. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.



Notes



**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 0202 – **Fax :** + 47 241 39503

Courriel : afrorgocommunications@who.int –

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

Facebook : <http://www.facebook.com/WHOAFRO/>