

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-dixième session
Session virtuelle, 25 août 2020

Point 18.5 de l'ordre du jour

**RAPPORT DE SITUATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA
RÉSOLUTION AFR/RC62/R5 SUR
L'OBSERVATOIRE AFRICAIN DE LA SANTÉ**

Document d'information

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE	1-4
PROGRÈS RÉALISÉS	5-11
MESURES PROPOSÉES	12-14

CONTEXTE

1. Les observatoires de la santé sont des plateformes en ligne qui permettent de consolider et de diffuser des données et autres informations sanitaires. Ces plateformes en libre accès offrent aux acteurs du secteur de la santé un moyen d’agir en s’appuyant sur des bases factuelles, par l’intermédiaire des réseaux sociaux et des activités de dialogue stratégique.

2. C’est en 2010 que l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) a commencé à travailler sur les observatoires de la santé dans la Région africaine, avec la création de l’Observatoire africain de la santé (AHO).¹ Cette mesure faisait suite à une recommandation formulée en ce sens par le Comité régional, en 2009 (dans le document AFR/RC59/5).² En 2012, la soixante-deuxième session du Comité régional (par sa résolution AFR/RC62/R5)³ a prié l’OMS de fournir un appui aux États Membres pour qu’ils puissent mettre en place des observatoires nationaux de la santé.⁴

3. Le premier rapport de situation (AFR/RC68/17) sur les observatoires de la santé dans la Région africaine a été présenté au Comité régional en 2018. Le Comité régional a pris note de l’existence de l’Observatoire africain de la santé et du rôle que cet observatoire joue dans le suivi des progrès réalisés dans la Région en vue d’instaurer la couverture sanitaire universelle et d’atteindre les objectifs de développement durable. Le Comité régional a également pris note de l’appui technique et de la formation que l’OMS a fournis à huit États Membres⁵ qui ont rejoint le programme à titre expérimental afin qu’ils se dotent d’observatoires nationaux de la santé. En outre, le Comité régional a pris acte du fait que, faute de fonds, certains États Membres n’avaient pas pleinement adopté cette idée. Par ailleurs, le Comité régional a pris note de la technologie obsolète utilisée par les observatoires et de la nécessité de les réaménager.

4. Le présent rapport fait le point sur les progrès accomplis en vue de la création d’observatoires de la santé dans la Région africaine depuis le dernier rapport adressé à ce sujet au Comité régional.

PROGRÈS RÉALISÉS

5. Les observatoires nationaux de la santé ont été pleinement mis en place⁶ dans tous les États Membres qui ont rejoint le programme à titre expérimental, sauf en République démocratique du Congo où d’autres priorités concurrentes liées à l’épidémie de maladie à virus Ebola ont freiné cette activité. Cependant, l’OMS a formé une équipe d’experts de la santé à l’analyse des données et les

¹ OMS 2018. Observatoire africain de la Santé. Disponible en ligne à l’adresse <https://aho.afro.who.int/>. Consulté le 1^{er} novembre 2019.

² OMS 2009. Comité régional de l’Afrique (AFR/RC59/5). Cadre de mise en œuvre de la Déclaration d’Alger sur la recherche pour la santé dans la Région africaine (document AFR/RC59/5). Rapport établi par le Secrétariat, disponible à l’adresse http://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/working_documents/AFR-RC59-5fin.pdf (consulté le 1^{er} novembre 2019).

³ OMS 2012. Comité régional de l’Afrique (AFR/RC62/R5). Disponible en ligne à l’adresse <https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/resolutions/afr-rc62-r5-re%cc%81solution---aho-une-opportunit%C3%A9-de-renforcer-les-syst%C3%A8mes-d%27information-sanitaire-a%cc%80-travers-les-observatoires-nationaux-de-la-sant%C3%A9.pdf>. Consulté le 1^{er} novembre 2019.

⁴ Les observatoires nationaux de la santé sont des observatoires de la santé établis au niveau des pays. Ces instituts publics sont administrés par le gouvernement du pays, avec l’appui de l’OMS.

⁵ Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Kenya, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Rwanda.

⁶ Pour être considérée « complète », la mise en place d’un observatoire national de la santé doit répondre aux critères suivants : le prototype d’observatoire national de la santé conçu par l’OMS est adapté et mis en ligne ; une équipe de pays est formée à l’analyse des données et à la consolidation de l’observatoire national de la santé ; et les parties prenantes clés sont sensibilisées aux avantages de l’observatoire national de la santé et à la nécessité d’allouer des ressources à cette plateforme.

parties prenantes ont été associées à l'élaboration du programme relatif à l'observatoire national de la santé en République démocratique du Congo. Deux autres observatoires nationaux de la santé ont été créés au Burundi et en Érythrée.

6. L'OMS a continué à s'appuyer sur l'Observatoire africain de la santé pour surveiller les progrès accomplis par la Région vers la couverture sanitaire universelle. Par exemple, les données de l'Observatoire africain de la santé ont été utilisées pour établir les éditions 2018 et 2019 de l'Atlas des statistiques sanitaires de la Région africaine, le but étant de suivre les progrès réalisés par la Région en direction de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable.

7. Dans le cadre des activités menées par son observatoire, l'OMS a continué à fournir un appui technique et proposer une formation aux États Membres dans le domaine de la production et de l'analyse des données. Dans cette logique, l'OMS a formé 190 professionnels de la santé de 15 pays⁷ à l'analyse des données des établissements de santé ; et 15 participants de 11 pays⁸ à l'évaluation harmonisée des établissements de santé.⁹ L'OMS a aussi fourni un appui technique et une formation à plusieurs pays, notamment en ce qui concerne l'évaluation harmonisée des établissements de santé (Comores et Kenya), l'examen de la qualité des données (Érythrée), l'examen du plan stratégique du secteur de la santé (Zimbabwe) et la déclaration des naissances et des décès (Libéria, Namibie et Ouganda).

8. L'OMS a conclu un autre partenariat avec la Fondation Bill & Melinda Gates pour une durée de cinq ans.¹⁰ Ce partenariat permettra de produire des données probantes pour améliorer les systèmes de santé et de mettre à disposition ces données par l'intermédiaire de l'Observatoire africain de la santé et d'autres mécanismes tels que les activités de dialogue stratégique, le but étant d'éclairer l'action stratégique.

9. Pour parer à la technologie dépassée utilisée par l'Observatoire africain de la santé et adapter la plateforme aux besoins d'information sanitaire de la Région, l'observatoire a été réaménagé pour devenir une plateforme intégrée dénommée « l'Observatoire africain de la santé intégré » (iAHO). L'iAHO encadre l'Observatoire africain de la santé et les observatoires nationaux de la santé de tous les États Membres. Cette plateforme est hébergée et coordonnée de manière centralisée par l'OMS, mais les observatoires nationaux de la santé présents sur cette plateforme appartiennent à leurs États Membres respectifs et sont administrés par ceux-ci. Étant donné que tous les observatoires sont hébergés sur la même plateforme, l'iAHO élargira considérablement l'accès aux données et aux informations sanitaires et facilitera l'apprentissage interpays. Contrairement à ce qui se passait jusque-là, la technologie actuelle offre la possibilité d'accéder à l'iAHO depuis un téléphone portable.

⁷ Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Guinée, Guinée-Bissau, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda et République démocratique du Congo.

⁸ Angola, Burkina Faso, Cabo Verde, Comores, Congo, Érythrée, Ghana, Ouganda, République démocratique du Congo, Seychelles et Zimbabwe.

⁹ L'évaluation harmonisée des établissements de santé repose sur un outil modulaire qui harmonise plusieurs outils connexes, notamment l'outil OMS/USAID d'évaluation de la disponibilité et de la préparation des services (SARA), l'outil OMS/Banque africaine de développement d'évaluation de la disponibilité et de la préparation des services dans les hôpitaux (SARA-Hospital), l'outil USAID d'évaluation de la prestation de services (SPA) et l'outil des indicateurs de la prestation de services (SDI) établi par la Banque mondiale.

¹⁰ Le partenariat incluait aussi la London School of Economics and Political Science, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et cinq institutions en Afrique : le College of Health Sciences de l'Université d'Addis Abeba (Éthiopie), KEMRI Wellcome Trust au Kenya, le Health Policy Research Group de l'Université du Nigéria, l'École de Santé publique de l'Université du Rwanda et l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal).

10. La mise en service de l'iAHO par les États Membres sera bien moins onéreuse que l'opérationnalisation du modèle précédent, car l'OMS héberge et entretient la nouvelle plateforme. Dans cet ordre d'idée, les États Membres devront déboursier entre US \$30 000 et US \$50 000 par an pour mettre à jour leurs observatoires nationaux de la santé au sein de l'iAHO. Avec le modèle précédent, les États Membres devaient prévoir environ US \$500 000 pour la création d'un observatoire national de la santé et US \$100 000 supplémentaires par an pour le fonctionnement dudit observatoire.

11. L'iAHO a été déployé dans l'ensemble des États Membres et l'OMS dispense des formations en ligne sur l'utilisation de cet observatoire, au bénéfice de ses États Membres. Cela dit, compte tenu des différents niveaux d'appréciation de ses avantages, l'iAHO reste peu usité. À ce jour, seuls huit États Membres¹¹ ont mis en ligne des données dans leurs observatoires nationaux de la santé.

MESURES PROPOSÉES

12. Les États Membres devraient :

- a) inclure l'iAHO dans leurs plans du secteur de la santé ;
- b) affecter des fonds et du personnel à l'iAHO ;
- c) suivre, documenter et partager les meilleures pratiques sur l'iAHO ;
- d) mettre leurs observatoires nationaux de la santé en corrélation avec l'iAHO, ou faire migrer leurs observatoires nationaux vers l'iAHO ; et
- e) promouvoir l'iAHO au niveau des pays auprès des parties prenantes clés au niveau national.

13. L'OMS et les partenaires devraient :

- a) sensibiliser les États Membres aux avantages de l'iAHO et plaider en faveur de l'allocation de ressources pour la mise en œuvre et le déploiement de cet observatoire intégré ;
- b) fournir un appui aux États Membres pour qu'ils puissent trouver un consensus sur la nécessité d'aligner et d'harmoniser l'interface utilisateurs entre les observatoires de la santé nationaux, régionaux et mondiaux, et sur l'importance d'en assurer la cohérence ; et
- c) continuer à assurer la supervision de la mise en œuvre et du déploiement de l'iAHO et fournir un appui technique à cette fin.

14. Le Comité régional a pris note du présent rapport et approuvé les mesures proposées.

¹¹ Burundi, Eswatini, Kenya, Malawi, Ouganda, Rwanda, Seychelles et Zimbabwe.