



Organisation  
mondiale de la Santé

Région africaine

# Activités de l'OMS dans la Région africaine : rapport annuel de la Directrice régionale



2021-2022

© Organisation mondiale de la Santé 2022

## Activités de l'OMS dans la Région africaine : rapport annuel de la Directrice régionale

AFR/RC72/3

© Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2022

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

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

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

Citation suggérée Activités de l'OMS dans la Région africaine : rapport annuel de la Directrice régionale. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2022. 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.

Conception et impression : Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, République du Congo

## THÈME

Sauver des vies grâce à une riposte soutenue à la COVID-19 et à d'autres situations d'urgence, à la prestation de services de santé essentiels, à l'action sur les déterminants de la santé, à l'intégration de la recherche et de l'innovation et à la mise en œuvre continue du Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine.

# SOMMAIRE ANNOTÉ

AVANT-PROPOS.....	v
RÉSUMÉ D'ORIENTATION.....	vi

## 1 CONSOLIDER LA TRANSFORMATION DU SECRÉTARIAT EN VUE D'UN APPUI EFFICACE AUX ÉTATS MEMBRES 01

1.1 Axer les efforts sur le renforcement des bureaux de pays pour de meilleurs résultats .....	02
1.2 Renforcer les processus de gestion du changement et le leadership .....	05
1.3 Émancipation de la femme et prévention de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel.....	06
1.4 Améliorer le bien-être du personnel en favorisant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, et fournir un appui au personnel pour relever le défi posé par la COVID-19 .....	07
1.5 Tendre vers plus d'efficacité .....	08
1.6 Dynamiser les partenariats et la communication pour une mise en œuvre efficace.....	10

## 2 POURSUIVRE LA RIPOSTE À LA PANDÉMIE DE COVID-19 ; PRÉVENIR, DÉTECTER D'AUTRES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE ET Y RIPOSTER 12

2.1 Le point sur la situation de la pandémie de COVID-19 dans la Région africaine.....	14
2.2 Préparation aux urgences de santé publique, détection et riposte .....	20
2.3 Priorités stratégiques dans les années à venir .....	24
2.4 Poliomyélite dans la Région africaine de l'OMS : progrès et défis .....	24



## 3 SOUTENIR LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS 28

3.1 Impact de la pandémie de COVID-19 sur les services de santé essentiels.....	29
3.2 Mesures stratégiques visant à atténuer l'impact de la COVID-19 sur la prestation des services de santé essentiels .....	32

## 4 LUTTE CONTRE LA RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS, MISE AU POINT DE SYSTÈMES RÉGIONAUX DE DIAGNOSTIC ET DE LABORATOIRE, ET INNOVATION POUR AMÉLIORER L'IMPACT SANITAIRE 42

4.1	Lutte contre la résistance aux antimicrobiens .....	43
4.2	Renforcement des systèmes régionaux de diagnostic et de laboratoire .....	45
4.3	Innovation pour la transformation des systèmes de santé .....	47
4.4	Recherche axée sur l'impact .....	49

## 5 AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX, ÉCONOMIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTÉ 51

5.1	Faire face aux risques sanitaires d'origine environnementale et s'adapter au changement climatique de façon proactive .....	52
5.2	Promouvoir la santé et agir sur ses déterminants .....	53
5.3	En finir avec la malnutrition et assurer la sécurité sanitaire des aliments .....	55
5.4	Réduire le tabagisme et les autres facteurs de risque de maladies non transmissibles .....	56
5.5	Sensibilisation à la violence à l'égard des enfants, à la sécurité routière et à la réadaptation .....	58

## 6 ENJEUX, ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET MARCHE À SUIVRE 60

CONCLUSION.....	64
ÉTUDES DE CAS.....	65



# AVANT-PROPOS

Après une année au cours de laquelle la majorité des activités de l'OMS se sont déroulées pendant une phase intense et très difficile de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), une phase exacerbée par de graves pénuries et des problèmes de livraison de vaccins, l'Organisation mondiale de la Santé fournit un appui aux États Membres de la Région africaine pour qu'ils puissent traduire les riches enseignements tirés de la pandémie en des solutions qui permettent d'édifier des systèmes de santé résilients et à garantir la sécurité sanitaire à l'avenir.

Tout en faisant le travail primordial qui consiste à aider les pays à acquérir les capacités pour restaurer les services de santé, les moyens de subsistance et les économies, nous restons confrontés à la tâche très importante qui est d'amener la vaccination contre la COVID-19 à des niveaux suffisants, surtout chez les groupes vulnérables, afin de rattraper le retard pris sur le reste du monde.

Au moment où nous publions ce rapport qui porte sur les activités que nous avons menées au cours de la période allant du 1er juillet 2021 au 30 juin 2022, je tiens à insister sur le fait que le leadership inspiré, couplé aux mesures, aux innovations et à la créativité suscitées par notre riposte collective à la pandémie sont ce que nous allons désormais perpétuer, dans le cadre des efforts visant à mieux reconstruire pour l'avenir.

Plus que jamais, la pandémie de COVID-19 a mis en exergue les liens étroits qui existent entre les situations d'urgence sanitaire, les maladies transmissibles et non transmissibles, la paix et la résilience des systèmes de santé. En outre, la pandémie a exposé au grand jour l'ampleur des inégalités à l'échelle mondiale qui ont entravé l'accès de l'Afrique aux outils essentiels nécessaires pour organiser une riposte à la pandémie.

Tout au long de la période couverte par le présent rapport, le Secrétariat a œuvré sans relâche avec les partenaires de la riposte à la pandémie, les gouvernements et les communautés.

Nous avons soutenu avec fierté le leadership exemplaire et solide manifesté par les chefs d'État africains, par des Ministres de la santé dévoués à la tâche et par d'autres parties prenantes nationales. Leur leadership porteur de transformation s'est traduit par des actions visant à garantir que la prochaine menace sanitaire trouve le continent mieux préparé et plus autonome, doté d'institutions continentales fortes.

Beaucoup reste à faire pour se relever des perturbations liées à la pandémie qui ont affecté la prestation des services de santé et l'accès à ces services. L'occasion est donc propice d'intégrer certaines des innovations adoptées afin de soutenir les services au plus fort de la pandémie pour élargir la portée des services à l'avenir.

Pour aller de l'avant, la priorité donnée au renforcement des soins de santé primaires pour faire converger les pays vers la couverture sanitaire universelle nécessitera une détermination à la dimension de celle que les dirigeants africains ont affichée pendant la riposte à la pandémie. Une attention délibérée et intentionnelle est également nécessaire dans les pays et les communautés en proie à des conflits prolongés qui alimentent les crises humanitaires. C'est là que l'on enregistre les effets négatifs les plus graves pour la santé.

Le nouveau rapport 2022 de l'OMS qui révèle que l'espérance de vie en bonne santé a augmenté de 10 ans en moyenne par personne depuis 2019 dans la Région africaine, passant de 46 ans à 56 ans, illustre les améliorations apportées dans de nombreux secteurs essentiels des soins de santé. Cela dit, de nombreux progrès doivent encore être faits pour atteindre les objectifs de développement durable d'ici à 2030. Dans cette logique, il faudra consentir des investissements accrus et plus viables dans le renforcement des systèmes de santé, aider les communautés à mener une vie saine et agir sur les déterminants sociaux et économiques de la santé.

Je remercie nos États Membres et nos partenaires pour le soutien qu'ils ne cessent d'apporter aux stratégies mondiales du secteur de la santé à l'horizon 2030, qui, de mon point de vue, constituent une fondation solide qui nous permet de nous relever des revers subis et qui nous aide parallèlement à être mieux préparés pour le prochain choc sanitaire.

**D<sup>re</sup> Matshidiso Moeti**

Directrice régionale de l'Organisation mondiale  
de la Santé pour l'Afrique



# RÉSUMÉ D'ORIENTATION

La pandémie de COVID-19 est le principal facteur qui a conditionné les activités menées par le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine entre le 1<sup>er</sup> juillet 2021 et le 30 juin 2022. Malgré les problèmes rencontrés, nous avons mis à profit les enseignements tirés au cours de cette période non seulement pour soutenir la riposte, mais aussi pour répondre à d'autres priorités sanitaires et définir les stratégies à venir.

Si les prévisions selon lesquelles la Région serait durement touchée par une morbidité et une mortalité élevées ne se sont pas confirmées, nous avons enregistré près de neuf millions de cas et 172 546 décès au cours de la période visée. Malgré des pénuries de fournitures, et de façon notoire des pénuries de vaccins, surtout au cours de la troisième vague qui a frappé le monde entier, nous avons été en première ligne avec d'autres partenaires tels que le Centre africain de lutte contre les maladies (CDC-Afrique) pour accompagner les États Membres dans la consolidation de la riposte et, partant, pour sauver des vies.

Dans le même temps, le Secrétariat a continué à apporter son appui aux États Membres pour qu'ils puissent faire face aux urgences de santé publique en cours et se préparer aux prochaines situations d'urgence ; à assurer durablement la prestation des services de santé essentiels ; à agir sur les déterminants de la santé en s'appuyant sur les données et la recherche ; et à intégrer l'innovation. Les travaux engagés sur la réforme du Secrétariat pour pouvoir mieux répondre aux besoins des États Membres restent importants.

Les activités de transformation du Secrétariat sont axées sur un certain nombre de principes, notamment : le renforcement des bureaux de pays de l'OMS pour qu'ils répondent mieux aux priorités des pays ; la consolidation et l'élargissement du programme de leadership ; l'évolution vers la parité hommes-

femmes, tout en créant un environnement de travail inclusif et respectueux ; la consolidation des partenariats et une communication efficace ; et l'application effective de la responsabilisation, de l'efficacité et de la transparence.

La mise en œuvre réussie des recommandations issues des examens fonctionnels a accru la capacité des bureaux de pays à créer des partenariats et à mobiliser des ressources au niveau national. La création d'équipes d'affectation multipays (MCAT) rapproche dorénavant les pays de l'expertise technique de haut niveau afin de faciliter la collaboration avec les organismes nationaux et les partenaires techniques sur des bases plus durables.

Le programme mixte intitulé « Les voies du leadership pour la transformation de la santé en Afrique » a été renforcé, en ciblant particulièrement les femmes qui représentent en ce moment 48 % des anciens auditeurs. Ce programme est désormais élargi aux États Membres, comme ceux-ci en ont fait la demande en 2020, à l'occasion de la soixante-dixième session du Comité régional. Le même programme a été adopté par d'autres Régions de l'OMS. La capacité à prévenir l'exploitation sexuelle, les abus sexuels et le harcèlement sexuel et à créer un environnement de travail respectueux a été renforcée à tous les niveaux. Un ombudsman à plein temps et une coordonnatrice régionale de la prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels et des mesures destinées à y remédier (PRSEAH) ont été nommés et travaillent avec des experts de la PRSEAH et des points focaux dans les pays.

Les indicateurs de performance clés relatifs à l'administration ont été progressivement améliorés pour évaluer avec précision les résultats obtenus par le Secrétariat et l'impact des décisions prises par la direction, dans le but d'en accroître l'efficacité et dans un souci de redevabilité et de transparence.



Les mécanismes de décaissement dont les bureaux de pays se servent pour désintéresser les bénéficiaires finals, et dont les paiements étaient auparavant effectués en espèces, ont aussi été numérisés. Les efforts faits pour renforcer la chaîne logistique au sens large ont permis de réaliser des économies d'environ 1,6 million de dollars des États-Unis (dollars É.-U.).

Au cours de l'année écoulée, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (ci-après désigné le « Bureau régional de l'Afrique » ou le « Bureau régional ») a renforcé ses capacités de communication et œuvré sans relâche pour transformer ses plateformes de communication numérique. Résultat des courses, le nombre de ses abonnés sur les réseaux sociaux a augmenté de 140 000 au cours des quatre premiers mois de 2022, et les pages Facebook, Twitter et Instagram du Bureau régional comptent désormais en tout 3,83 millions d'abonnés.<sup>1</sup>

Le Secrétariat a apporté un appui aux États Membres pour améliorer la détection précoce des cas de COVID-19 grâce à l'utilisation de tests antigéniques de diagnostic rapide (TDR-Ag) du coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2), associée à l'accroissement du testing et de la recherche des cas et au renforcement des capacités de dépistage du SARS-CoV-2 à l'aide de tests d'amplification en chaîne par polymérase (PCR). Le réseau de laboratoires de séquençage du virus responsable de la COVID-19 a contribué à l'amélioration de la surveillance génomique dans la Région africaine de l'OMS. Preuve en est que le nombre de séquences réalisées a été multiplié par six par rapport à l'année précédente. En vue de faciliter le diagnostic et le traitement, des millions d'articles d'équipement de protection individuelle et de kits de dépistage en laboratoire ont été achetés et expédiés, tout comme des milliers de concentrateurs d'oxygène. En outre, un soutien a été apporté pour renforcer d'une part la capacité des pays en ce qui concerne les mécanismes de la chaîne d'approvisionnement, et d'autre part les capacités à évaluer les fournitures médicales fabriquées localement et les entreprises de fabrication locales. Plus de 60 000 agents de santé ont été formés à la prise en charge des cas critiques et des cas graves.

La vaccination contre la COVID-19 est un élément important de la stratégie de lutte contre la pandémie. Malgré les inégalités dans l'approvisionnement en vaccins, l'OMS a adopté, en octobre 2021, une stratégie mondiale consistant à vacciner 40 % de la population totale avant la fin de 2021 et 70 % de la population avant la mi-2022. Des donations de vaccins ont été faites par le Gouvernement des États-Unis et Team Europe, entre autres, par le canal du Mécanisme pour un accès mondial aux vaccins contre la COVID-19 (Mécanisme COVAX). Au 30 juin 2022, en tout 623 millions de doses de vaccin avaient été administrées dans la Région africaine et 16 % de la population régionale était entièrement vaccinée.

Le Bureau régional a continué à suivre de près d'autres menaces émanant de maladies à potentiel épidémique et pandémique, ce qui a permis de détecter précocement des épidémies et d'organiser des ripostes efficaces aux flambées survenues dans la Région. L'OMS a soutenu la riposte à 45 situations d'urgence aiguës entre juillet 2021 et juin 2022. Celles-ci allaient de flambées de rougeole, de choléra, de maladie à virus Ebola et de maladie à virus Marburg et de fièvre jaune à des inondations, sécheresses et incendies. Dans tous ces cas aigus, le système de gestion des incidents de l'OMS a été activé en 48 heures, servant de catalyseur aux procédures et activités d'urgence de l'OMS pour soutenir la gestion de la riposte. Le statut de Région exempte de poliomyélite a été menacé par la détection, au Malawi et au Mozambique, de cas de poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) liés à une souche provenant du Pakistan qui a circulé en 2019. Le Secrétariat collabore avec des partenaires pour endiguer l'importation du poliovirus sauvage de type 1 et pour empêcher toute propagation locale de ce poliovirus, tout en ripostant simultanément aux flambées en cours de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale.

En vue d'orienter les efforts futurs, une nouvelle stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030 a été élaborée et devrait être adoptée en août 2022 par la soixante-douzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.



<sup>1</sup> À la fin de 2021, au total 3,69 millions de personnes suivaient le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique sur les médias sociaux.

Un des principaux effets négatifs de la pandémie est que les ressources des systèmes de santé ont été détournées vers la riposte à la COVID-19, ce qui a perturbé la prestation des services de santé essentiels. La pandémie a aussi mis à nu les faiblesses et la vulnérabilité des systèmes de santé nationaux. Le Secrétariat a collaboré avec les partenaires pour prêter une assistance aux États Membres afin de relever ces défis.

Les mesures stratégiques visant à atténuer les perturbations et à relancer la prestation des services de santé essentiels, à servir de boussole au relèvement des systèmes de santé et à renforcer la résilience ont été fondées sur des données issues d'évaluations, y compris d'enquêtes rapides. Lors de la première enquête rapide, qui a porté sur 30 pays de la Région africaine, des perturbations partielles ou complètes ont été signalées sur 54 % des 25 indicateurs de référence des services évalués. Les mesures de riposte ciblaient les causes des perturbations répertoriées dans les enquêtes et comprenaient le renforcement des activités de communication communautaire, l'investissement dans des produits de renfort, une formation rapide et des outils ou guides pratiques pour de nouveaux rôles, ainsi que la fourniture de soins à domicile, le cas échéant.

L'OMS a élaboré et diffusé des lignes directrices sur le maintien de la prestation de services de santé sexuelle et reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et sur la prestation de services de lutte contre les maladies non transmissibles, sans oublier la santé mentale, le paludisme ou encore la lutte contre les maladies tropicales négligées et le VIH. Le Secrétariat a facilité l'adoption de modèles de prestation de services adaptés au contexte de la COVID-19 et soutenu le renforcement des capacités des agents de santé afin d'améliorer la qualité et la couverture des services de santé essentiels.

Le Secrétariat a intensifié ses efforts visant à renforcer les systèmes de laboratoire et de diagnostic, non seulement pour la surveillance pendant les épidémies et les pandémies, mais aussi pour faire en sorte que les systèmes de santé nationaux puissent assurer la prestation de services de soins courants. En mars 2022, en tout 1000 laboratoires répartis dans l'ensemble des États Membres avaient renforcé leur capacité à effectuer des tests PCR pour mieux détecter les maladies à potentiel épidémique et pandémique. Plus de 225 laboratoires avaient participé aux exercices d'évaluation

externe de la qualité dans le cadre de la riposte à la COVID-19. Des réseaux de séquençage ont été créés dans la Région. On peut notamment citer deux laboratoires spécialisés en Afrique du Sud et un au Nigéria, de même que sept laboratoires de référence régionaux en Afrique du Sud, au Gabon, au Ghana, au Kenya, au Maroc, en Ouganda, en République démocratique du Congo et au Sénégal.

La pandémie a mis en évidence le besoin urgent d'accélérer les innovations en matière de prestation de services dans la Région afin d'accroître l'efficacité et d'amener la Région à devenir autosuffisante en matière de technologies et de produits médicaux. Le Secrétariat a intensifié ses interventions destinées à promouvoir l'innovation dans la Région. Parmi les activités entreprises figuraient le recensement et la diffusion de plus de 1000 technologies nouvelles ou modifications de technologies existantes dans le contexte de la COVID-19, dont plus de 120 ont été expérimentées ou adoptées par les États Membres.

Le Secrétariat de l'OMS a lancé un projet novateur qui vise à informatiser les campagnes de santé au Bénin, en République démocratique du Congo, au Kenya et au Nigéria, et grâce auquel



18 innovateurs ont pu améliorer leurs innovations. Le Bureau régional a accompagné les États Membres dans le renforcement de leurs capacités de transfert de technologie et de fabrication, y compris dans le lancement d'un pôle de production de vaccins à ARN messenger en Afrique du Sud. Le Forum africain pour la réglementation des vaccins (AVAREF), qui était déjà opérationnel avant la pandémie, a été réorienté dans le sens de renforcer la capacité institutionnelle des autorités de réglementation et des comités d'éthique à soutenir la riposte à la pandémie.

En synergie avec ses centres collaborateurs et ses partenaires stratégiques, dont le Partenariat Europe-pays en développement sur les essais cliniques (EDCTP), Tackling Infections to Benefit Africa (TIBA), l'Académie africaine des sciences (AAS) et le CDC-Afrique, l'OMS a apporté un appui aux pays pour qu'ils puissent réaliser des essais cliniques, séquencer le virus et prendre des mesures de lutte contre la COVID-19.

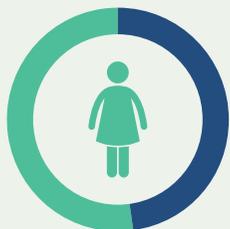
Afin de juguler la menace croissante que représente la résistance aux antimicrobiens, le Bureau régional a fourni un concours à 38 pays pour qu'ils puissent élaborer des plans d'action nationaux et mettre en œuvre des mesures de lutte contre la résistance aux antimicrobiens dans le cadre de l'approche « Une seule santé ». Au total 33 pays de la Région africaine effectuent une surveillance de la résistance aux antimicrobiens en utilisant le Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS).

La pandémie de COVID-19 est venue exacerber les injustices et réaffirmer l'importance d'une action sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Le Secrétariat a continué d'œuvrer avec les États Membres et les partenaires pour agir sur ces déterminants, notamment en collaborant avec le Programme des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), WaterAid et Oxfam, afin de faire la promotion de l'initiative mondiale sur l'hygiène des mains pour tous (HH4A) dans la Région. L'OMS et d'autres institutions du système des Nations Unies ont collaboré avec 11 pays de la Région à l'élaboration de feuilles de route intersectorielles et dans le cadre du plaidoyer en faveur d'engagements de haut niveau pour la prévention et le traitement de l'émaciation chez l'enfant. En outre, l'OMS accompagne les États Membres pour accélérer l'application de sa Convention-cadre pour la lutte antitabac.

L'enseignement majeur que l'on peut tirer de cette période est que la pandémie a mis à nu les vulnérabilités des systèmes de santé nationaux. La lutte contre ces vulnérabilités passe notamment par une action sans relâche pour mobiliser d'autres secteurs au-delà de celui de la santé.

À l'avenir, le Secrétariat entend collaborer avec les partenaires pour soutenir les États Membres dans les efforts que ceux-ci font pour accroître la résilience des systèmes de santé en faisant usage à des approches novatrices. Ces efforts nécessiteront une mobilisation de ressources conjointe avec les États Membres.

**La lutte contre ces vulnérabilités passe notamment par une action sans relâche pour mobiliser d'autres secteurs au-delà de celui de la santé.**



**48 %**

**des anciens auditeurs du programme**  
« Les voies du leadership pour la  
transformation de la santé en Afrique »  
sont des femmes



**3,83 MILLIONS**

d'abonnés sur Facebook,  
Twitter et Instagram



**60 000**

**AGENTS DE SANTÉ**

formés à la prise  
en charge des cas  
critiques et graves



**45**

**SITUATIONS  
D'URGENCE**

classées entre juillet  
2021 et juin 2022

**POPULATION VACCINÉE**

**Octobre 2021**



**Mi-2022**



**33**

**PAYS DE LA RÉGION  
AFRICAINES**

effectuent une surveillance  
de la résistance aux  
antimicrobiens en  
utilisant le Système  
mondial de surveillance  
de la résistance aux  
antimicrobiens (GLASS)



**623 MILLIONS**

de doses de vaccin  
administrées



**1000**

**LABORATOIRES**

ont renforcé leur  
capacité à effectuer  
des tests PCR



**18**

innovateurs  
soutenus

**1000**



**TECHNOLOGIES NOUVELLES  
OU MODIFICATIONS**

de technologies existantes dans  
le contexte de la COVID-19



**11**

**PAYS**

élaborent des feuilles de route  
intersectorielles et plaident pour  
la prévention et le traitement de  
l'émaciation chez l'enfant



**38**

**PAYS**

soutenus pour développer des  
plans d'action nationaux pour  
lutter contre la résistance aux  
antimicrobiens

# 2021

Chronologie des principaux événements survenus dans la Région africaine de l'OMS – du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 30 juin 2022

## 1<sup>ER</sup> JUILLET

En tout 5,7 millions de cas de COVID-19 et 146 298 décès ont été notifiés sur le continent africain depuis le début de la pandémie, y compris les 4,17 millions de contaminations et les 98 300 décès recensés dans la Région africaine de l'OMS.

## 7 JUILLET

Le Zimbabwe lance la première campagne de vaccination conjuguée contre la typhoïde dans la Région africaine et cible environ six millions d'enfants âgés de neuf mois à 15 ans.

## 29 JUILLET

Après des mois de quasi-interruption, les expéditions de vaccins contre la COVID-19 vers l'Afrique commencent à s'intensifier rapidement, en provenance de multiples sources.

## 9 AOÛT

Le premier cas d'infection par la fièvre de Marburg, une maladie virale de la même famille que la maladie à virus Ebola, est détecté en Guinée.

## 1<sup>ER</sup> OCTOBRE

L'OMS et les organisations partenaires intensifient le séquençage génomique en Afrique, en renforçant un centre régional en Afrique du Sud et un réseau de 12 laboratoires pour stimuler la riposte à la COVID-19 sur le continent.

## 30 SEPTEMBRE

Seulement un tiers des 54 pays du continent africain ont entièrement vacciné 10 % de leurs populations contre la COVID-19.

## 7 SEPTEMBRE

La République démocratique du Congo déclare une flambée de méningite dans la province de Tshopo, au nord-est du pays.

## 6 OCTOBRE

L'OMS recommande un usage à plus large échelle du vaccin RTS,S – le premier vaccin antipaludique au monde. Le Ghana, le Kenya et le Malawi auront joué un rôle central dans cet effort en fournissant les données factuelles recueillies après la vaccination de plus de 800 000 enfants dans le cadre d'un programme pilote.

## 8 OCTOBRE

La flambée de maladie à virus Ebola est déclarée dans le Nord-Kivu (République démocratique du Congo) ; la fin de cette flambée a été déclarée seulement un peu plus de deux mois plus tard.

## 14 OCTOBRE

L'OMS en Afrique lance une initiative visant à améliorer le dépistage communautaire de la COVID-19 dans huit pays, l'ambition étant de fournir des tests de diagnostic rapide à plus de sept millions de personnes.

## 2 DÉCEMBRE

Le Botswana est devenu le premier pays à forte charge de morbidité à décrocher une certification de l'OMS après avoir franchi une étape importante sur la voie qui mène à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH en obtenant le statut de niveau « argent ». Le Botswana se rapproche ainsi de l'élimination de la transmission mère-enfant (ETME) du VIH, car ce pays a su ramener le taux d'élimination de cette forme de transmission du VIH à moins de 5 %.

## 28 NOVEMBRE

Le variant Omicron est répertorié au Botswana et en Afrique du Sud. L'OMS appelle à des mesures de lutte reposant sur des éléments scientifiques, car les pays imposent des interdictions sur les voyages qui se justifient par leurs préoccupations au sujet du variant Omicron.

## 6 DÉCEMBRE

L'OMS lance une campagne en ligne de trois semaines à l'intention de 30 millions de femmes africaines âgées de 16 à 35 ans. L'objectif de cette campagne est d'offrir à ces femmes des informations et une éducation en matière de santé sexuelle.

## 7 DÉCEMBRE

L'Afrique réduit le nombre de nouvelles infections et près de la moitié des décès liés au sida, mais il reste fort peu probable qu'elle mette fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030.

## 16 DÉCEMBRE

Les autorités sanitaires déclarent terminée la flambée épidémique de maladie à virus Ebola qui touchait la province du Nord-Kivu. Il s'agissait de la deuxième flambée épidémique dans le pays en 2021 et de la treizième enregistrée jusqu'à présent.

## DÉCEMBRE

Les Seychelles et Maurice deviennent les premiers pays du continent africain à atteindre la cible de 70 % de vaccination contre la COVID-19.

# 2022

## JANVIER

L'Afrique enregistre 10 millions de cas de COVID-19, dont 7,6 millions dans la Région africaine de l'OMS.

## 17 FÉVRIER

Le poliovirus sauvage de type 1 est détecté au Malawi.

## 18 MAI

Une flambée épidémique de poliovirus sauvage de type 1 est déclarée au Mozambique.

## 23 AVRIL

Une flambée épidémique de maladie à virus Ebola est déclarée à Mbandaka (République démocratique du Congo).

## AVRIL

Le Rwanda et l'Ouganda éliminent la trypanosomiase humaine africaine en tant que problème de santé publique, après la Côte d'Ivoire et le Togo en 2020.

## 28 MAI

Le Togo élimine le trachome en tant que problème de santé publique, devenant le quatrième pays du continent à être validé par l'OMS.

## 30 JUIN

Près de 194 millions de personnes ont été entièrement vaccinées contre la COVID-19 (ce qui équivaut à 17 % de la population de la Région), en hausse par rapport aux 135 millions de personnes (10 % du total régional) qui étaient entièrement vaccinées en janvier 2022. Plus de 12,5 millions de cas et 256 041 décès ont été notifiés jusqu'à présent sur le continent, y compris 9,1 millions de cas et 173 589 décès dans la Région.

# INTRODUCTION

Le présent rapport porte sur les activités menées par le Secrétariat au cours de la période visée et met en lumière les réalisations majeures, ainsi que les principaux défis à relever et les axes stratégiques pour l'année à venir.

Le rapport s'articule autour de six chapitres. Le premier d'entre eux présente les grandes lignes de la consolidation du Programme de transformation dont la vocation est de faire en sorte que le Secrétariat puisse mieux répondre aux besoins et soit plus comptable de ses actes. **Le chapitre 1 fait le point sur l'application d'une approche axée sur les pays afin de renforcer la capacité des bureaux de pays à obtenir en définitive un impact plus important.**

Ce chapitre met en lumière les progrès accomplis dans la transformation de l'encadrement. L'approche adoptée dans la Région africaine fait école dans d'autres Régions de l'OMS, est en train d'être étendue aux États Membres et couvre notre action continue qui vise à renforcer la gestion et la responsabilisation en ce qui concerne les ressources humaines et matérielles, y compris les achats.

Enfin, le chapitre 1 relate les progrès réalisés sur le double plan des partenariats et de la communication, surtout relativement à la COVID-19.

**Le chapitre 2 est consacré aux activités du Secrétariat en matière de prévention, de détection et de riposte aux situations d'urgence, en commençant par les faits marquants des progrès réalisés dans la lutte contre la COVID-19. Y sont notamment évoqués la lutte contre la pandémie et l'état des lieux de la vaccination contre la COVID-19 dans la Région.**

Le chapitre aborde ensuite d'autres secteurs d'activité concernant les situations d'urgence, couvrant la riposte aux situations d'urgence aiguës et prolongées et l'appui fourni aux États Membres pour renforcer leurs capacités de préparation et de riposte aux situations d'urgence à venir.

Le chapitre 2 se termine par un gros plan sur l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite dans la Région, en particulier les efforts visant à contenir l'importation de poliovirus sauvages de type 1 et la riposte aux flambées épidémiques dues à des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale.

**Le chapitre 3 traite de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les systèmes de santé nationaux, avec un accent particulier sur les perturbations qui en résultent pour l'accès aux services de santé essentiels et leur utilisation, sans oublier la réponse du Secrétariat qui a prêté son assistance aux États Membres pour rétablir ces services.**

Ce chapitre met en exergue la contribution que le Secrétariat a apportée pour renforcer le leadership et la coordination au niveau national afin de relever les défis, en faisant porter les efforts sur une meilleure utilisation des technologies émergentes et sur la fabrication locale de médicaments et de vaccins.

Le chapitre traite également des mesures stratégiques appliquées dans le contexte de la COVID-19 afin d'améliorer la couverture et la qualité de la prestation de services pour les groupes de population prioritaires qui comprennent les femmes enceintes, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents, tout comme les personnes âgées.

Il se termine par une vue d'ensemble des interventions sanitaires susceptibles de faire progresser la couverture des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles prioritaires, en mettant en exergue l'utilisation des données pour mieux cibler les interventions sur les maladies transmissibles afin d'en accroître l'efficacité et l'impact.

**Le chapitre 4 porte sur la réponse à apporter à la préoccupation croissante que représente la propagation de la résistance aux antimicrobiens, et souligne la participation de l'OMS à de multiples interventions stratégiques, techniques et financières, y compris la distribution de matériels de sensibilisation numérique ayant atteint plus d'un million de personnes.**



Cette section du rapport témoigne aussi de l'importance que les capacités de laboratoire et de diagnostic revêtent pour les pays en ce qui concerne la surveillance de la gestion des soins de santé et la gestion des épidémies et des pandémies. Le chapitre décrit de façon détaillée l'appui et l'investissement que le Bureau régional a mobilisés pour renforcer ces capacités, y compris la formation spécialisée dans les pays.

En outre, le chapitre 4 met l'accent sur les innovations généralisées qui ont vu le jour dans le cadre des efforts de lutte contre la pandémie et évoque le soutien que le Bureau régional apporte aux créateurs pour améliorer leurs inventions, en présentant notamment des exemples de résultats positifs.

Il se termine par une vue d'ensemble des progrès remarquables réalisés vers la fabrication locale et l'évolution du paysage réglementaire sur le continent. Le chapitre décrit enfin de façon détaillée le soutien que l'OMS fournit à chaque pays et la mise en place de l'Agence africaine des médicaments (AMA), dont l'importance n'est plus à démontrer.

**Le chapitre 5 porte essentiellement sur la contribution de l'OMS à l'action sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé et à la réduction du fossé en matière d'équité en santé, lequel fossé a été considérablement creusé par la pandémie de COVID-19.**

Le chapitre fait ressortir les contributions et le soutien de l'OMS relativement à la gestion des risques pour la santé environnementale dans le contexte du changement climatique, de même que l'action multisectorielle engagée pour promouvoir des modes de vie sains, surmonter la malnutrition et garantir la sécurité alimentaire, tout en réduisant les facteurs de risque de maladies non transmissibles.

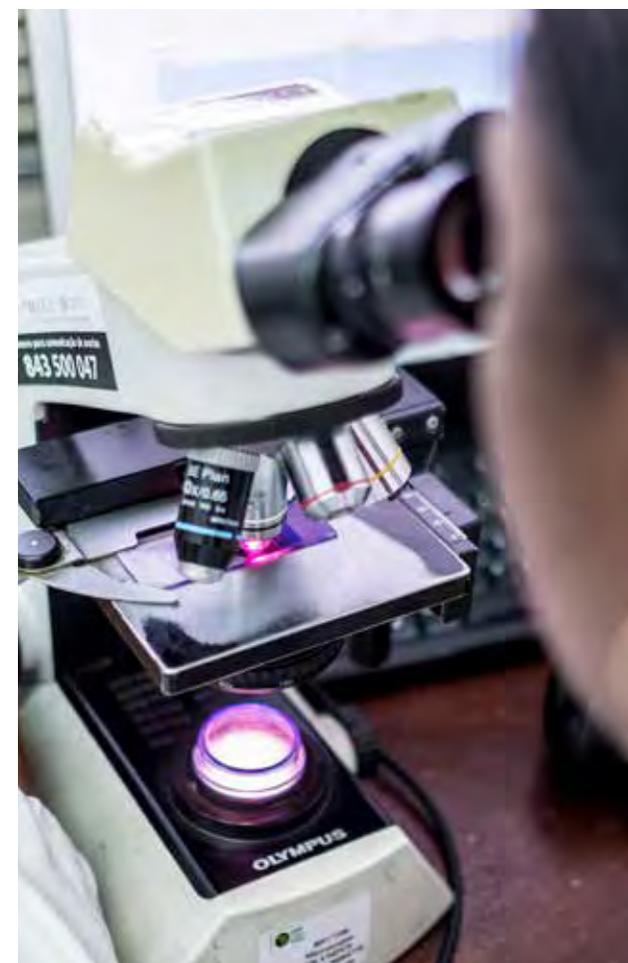
À ce titre, une attention particulière est accordée à la lutte antitabac, et particulièrement aux exemples d'interventions de l'OMS dont la vocation est de permettre aux agriculteurs de passer de la culture du tabac à la production alimentaire, de réduire l'usage nocif de l'alcool et de réglementer l'environnement alimentaire afin de favoriser une alimentation saine et de faire baisser l'incidence de l'obésité.

**Le chapitre 6 fait l'économie des nombreux défis que la Région africaine doit encore relever dans sa lutte contre la COVID-19 et d'autres épidémies, en veillant parallèlement à une prestation ininterrompue des services de santé essentiels et en faisant le nécessaire pour se préparer aux chocs à venir.**

Ce chapitre reprend certains enseignements tirés de la pandémie, en insistant sur le pouvoir d'un leadership et de partenariats engagés, de même que sur la technologie et l'analyse, et sur l'importance de donner aux communautés les moyens de jouer un rôle clé dans la lutte contre les maladies et les situations d'urgence sanitaire.

Le présent rapport s'achève par une conclusion, qui revient en quelques mots sur les principaux points à retenir, à savoir mais pas uniquement la nécessité d'accélérer les efforts visant à édifier des systèmes de santé résilients dans les États Membres en utilisant à cet effet une approche de soins de santé primaires en tant que fondement pour garantir une santé équitable à tous les Africains.

**La conclusion est suivie par une chronologie des événements et des incidents prioritaires qui ont servi de fil conducteur à l'action menée par l'OMS dans la Région africaine au cours de la période couverte par le présent rapport.**





# CHAPITRE 1. CONSOLIDER LA TRANSFORMATION DU SECRÉTARIAT EN VUE D'UN APPUI EFFICACE AUX ÉTATS MEMBRES

La pandémie de COVID-19 a renforcé la pertinence du Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine et l'alignement de ce programme sur les efforts que l'OMS fait pour assurer sa transformation à l'échelle mondiale et notamment pour s'acquitter avec efficacité de son mandat et s'attaquer aux priorités convenues avec les États Membres, ceci dans un environnement sanitaire mondial dynamique.

L'expérience vécue de la pandémie au cours des deux dernières années a montré qu'une mutation rapide est à la fois nécessaire et possible pour l'OMS dans la Région africaine qui, malgré les perturbations causées par cette pandémie, a réalisé des progrès concrets dans la mise en application des recommandations issues des examens fonctionnels des bureaux de pays, dans la promotion de la parité hommes-femmes et dans la lutte contre l'exploitation sexuelle, les abus sexuels et le harcèlement sexuel, tout en favorisant un environnement de travail inclusif et respectueux.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Le nombre de femmes cheffes d'équipe, cheffes de bureau de pays et directrices au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a augmenté de 6,6 %, passant de 24,2 % en 2020 à 30,8 % au début de l'année 2022.

## 1.1 AXER LES EFFORTS SUR LE RENFORCEMENT DES BUREAUX DE PAYS POUR DE MEILLEURS RÉSULTATS

Dans ses activités, le Secrétariat a continué de faire porter ses efforts en priorité sur : la mise en œuvre de l'approche axée sur les pays en vue d'obtenir un impact plus important et durable ; l'obtention de résultats de qualité couplée à l'optimisation des ressources ; une collaboration plus étroite avec les États Membres et les partenaires ; une communication plus efficace sur ses activités ; et la responsabilisation en matière de ressources et de conformité. L'approche axée sur les pays vise à renforcer l'efficacité individuelle et institutionnelle, la responsabilisation à l'égard des résultats et la capacité de répondre aux besoins, tout en apportant un appui technique de qualité en temps voulu aux pays.

Les mesures prises pour donner suite aux résultats des examens fonctionnels sont essentielles pour concrétiser la vision du treizième programme général de travail, qui est de produire un impact mesurable au niveau des pays. Dans cette logique, l'accent placé sur les ressources humaines au cours de la période visée par le présent rapport avait pour finalité d'aider les centres budgétaires à recenser et à hiérarchiser les besoins en personnel dans les bureaux de pays et dans les groupes organiques du Bureau régional. Les examens fonctionnels de l'ensemble des bureaux de pays de la Région sont désormais achevés, et l'application de leurs résultats est bien avancée, comme on peut le voir dans la Figure 1 ci-dessous.

### 1.1.1 AMÉLIORATION DES CAPACITÉS DE PARTENARIAT, DE MOBILISATION DES RESSOURCES ET D'APPUI TECHNIQUE

Les capacités ont été consolidées en ce qui concerne le renforcement des partenariats, la mobilisation des ressources et la gestion des programmes. De nouvelles compétences fonctionnelles

ont été créées pour renforcer les fonctions d'encadrement de l'OMS dans les bureaux de pays. On peut citer à titre d'illustration la nomination de représentants de l'OMS adjoints dans deux bureaux de pays,<sup>3</sup> ainsi que la désignation de 35 experts en politiques, planification et coordination, de 40 gestionnaires de programme et de 33 chargés des relations extérieures et de la communication. Ces nouvelles fonctions permettent déjà d'obtenir un retour sur investissement, et sont exercées en coordination avec le Bureau régional et le Siège pour retenir le financement provenant de partenariats matures et pour capter des flux de financement provenant de nouvelles sources et de nouveaux dispositifs par l'intermédiaire de banques internationales de développement, du secteur privé, de donateurs à vocation philanthropique et de partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Le pourcentage de rapports aux partenaires en souffrance a été réduit à 4 %, contre 13,5 % précédemment. L'OMS renforce donc la confiance des partenaires en affichant un niveau élevé de responsabilisation grâce à des rapports réguliers, de qualité, établis et soumis en temps voulu aux partenaires, un aspect qui constituait auparavant une source majeure de préoccupation pour les partenaires. En outre, les ressources disponibles pour la Région africaine au titre de l'exercice 2020-2021 (plus de 1,78 milliard de dollars É.-U.) ont augmenté de plus de 8 % par rapport à l'exercice précédent (2018-2019, avec des ressources supérieures à 1,64 milliard de dollars É.-U.). Plus de 580 millions de dollars É.-U. ont été mobilisés au titre de la riposte à la COVID-19 au cours de l'exercice 2020-2021, dont plus de 40 % (246 millions de dollars É.-U.) au niveau des pays. Les bureaux de pays renforcés font également preuve d'une collaboration et d'une interaction accrues avec les partenaires.

La collaboration accrue avec les acteurs non étatiques a élargi la base de partenaires, notamment par la conclusion de nouveaux partenariats avec le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les associations professionnelles, conformément au Cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques. Cette collaboration accrue augmente

l'impact des interventions au niveau des pays et améliore la synchronisation des partenaires afin de donner suite aux priorités des gouvernements. La vérification diligente et l'évaluation des risques, régulièrement effectuées pour préserver l'intégrité de l'Organisation, représentent le cœur de cible du processus de collaboration avec ces acteurs non étatiques.

Le taux d'exécution du Cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques a considérablement augmenté dans la Région au cours de l'exercice 2020-2021, passant à 171 acteurs non étatiques en collaboration avec l'OMS, contre 62 acteurs non étatiques au cours de l'exercice précédent, ce qui signifie que le volume des partenariats avec ces acteurs non étatiques a été multiplié par trois. Ce progrès est le résultat de la désignation de points focaux pour le Cadre dans les bureaux de pays, et le fruit de la formation des bureaux de pays à la procédure de collaboration avec les acteurs non étatiques.

En vue de consolider ces acquis, l'OMS continue de rechercher un financement souple et prévisible auprès des États Membres et des acteurs non étatiques qui partagent ses buts et ses valeurs consistant à favoriser l'équité en santé par un financement durable. En ce qui concerne les discussions des organes directeurs sur le financement durable, le Bureau régional a fourni un appui efficace aux États Membres, dont la participation était essentielle pour parvenir à un accord visant à augmenter les contributions fixées pour atteindre un niveau ambitieux de 50 % du budget de base d'ici à 2028-2029.

Afin de faire en sorte qu'un appui technique de qualité fourni en temps voulu soit le plus près possible des États Membres, les trois équipes d'appui interpayés<sup>4</sup> ont été redéployées dans le cadre de 11 équipes d'affectation multipays. Celles-ci sont constituées d'experts chargés de renforcer l'appui technique dans les trois domaines transversaux et les huit domaines de santé prioritaires qui expliquent les taux disproportionnés de morbidité et de mortalité<sup>5</sup> dans la Région. Les équipes d'affectation multipays, une initiative conjointe impliquant

3 Éthiopie et Nigéria ; la nomination pour la République démocratique du Congo est en cours.

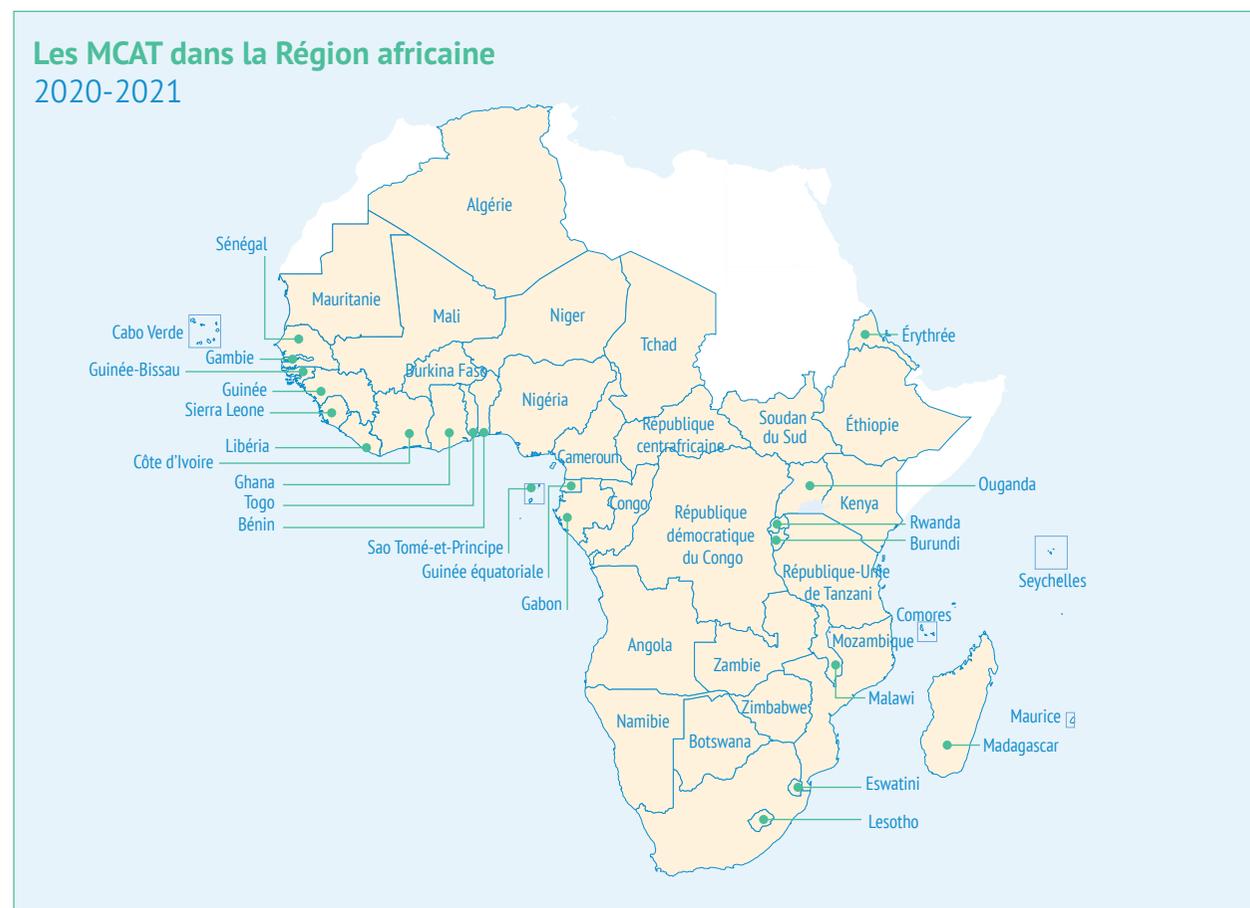
4 Afin de décentraliser efficacement les fonctions techniques du Bureau régional, des équipes d'appui interpayés ont été créées dans trois villes – Harare, Libreville et Ouagadougou – afin de travailler avec les bureaux de pays en Afrique de l'Est et australe, en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest, respectivement.

5 Infection à VIH, tuberculose et hépatite, maladies tropicales et maladies à transmission vectorielle, prévention et maîtrise des maladies non transmissibles, financement de la santé, nutrition, santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, services de diagnostic et de laboratoire et systèmes de prestation de services.

les groupes organiques dans les bureaux de pays de l'OMS et pilotée au niveau régional par une équipe de coordination, sont désormais opérationnelles. Les experts techniques de haut niveau supplémentaires déployés dans ces équipes couvriront un plus petit nombre de pays par rapport aux anciennes équipes d'appui inter pays, fournissant ainsi un appui spécialisé plus approfondi. Le fait de prêter assistance à un nombre réduit de pays favorisera une collaboration plus suivie avec les équipes nationales et

les organismes techniques dans la concrétisation des priorités programmatiques. Les équipes d'affectation multipays peuvent générer une optimisation des ressources dans la Région africaine en faisant plus, et mieux, avec moins de ressources. Le savoir-faire technique étant partagé entre des pays ayant des profils similaires, le mécanisme des équipes d'affectation multipays favorise le partage d'expérience, l'intégration du travail et la mise en œuvre d'approches intégrées.

**FIGURE 1. RÉPARTITION DES ÉQUIPES D'AFFECTATION MULTIPAYS (MCAT) DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE**



Emplacement des MCAT	Portefeuille	Langue
Mozambique	Angola, Mozambique, Cabo Verde, Sao Tomé-et-Principe, Guinée-Bissau	portugais
Burkina Faso	Burkina Faso, Niger, Togo, Bénin	français
Ghana	Ghana, Sierra Leone, Libéria, Gambie	anglais
Côte d'Ivoire	Côte d'Ivoire, Guinée, Mali	français
Sénégal	Sénégal, Mauritanie, Algérie	français
Gabon	Gabon, Tchad, Cameroun, Guinée équatoriale	français
Madagascar	Madagascar, Comores, Burundi	français
Ouganda	Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Érythrée	anglais
Kenya	Kenya, Seychelles, Maurice, Rwanda	anglais
Zimbabwe	Zimbabwe, Zambie, Malawi, Namibie	anglais
Afrique du Sud	Afrique du Sud, Eswatini, Botswana, Lesotho	anglais

## AMÉLIORATION DES CAPACITÉS DE PARTENARIAT, DE MOBILISATION DES RESSOURCES ET D'APPUI TECHNIQUE

### + COMPÉTENCES FONCTIONNELLES



**2**  
des quatre grands  
bureaux de pays  
sont dotés de  
représentants  
adjoints de l'OMS



**40**  
gestionnaires  
de programme



**35**  
experts en  
politiques,  
planification et  
coordination



**33**  
chargés des  
relations  
extérieures et de  
la communication

### + FONCTIONS D'ENCADREMENT DE L'OMS



**171** ACTEURS NON  
ÉTATIQUES

en collaboration avec  
l'OMS au cours de  
l'exercice 2020-2021

**3** ÉQUIPES D'APPUI  
INTERPAYS



**11** ÉQUIPES  
D'AFFECTION  
MULTIPAYS

**580 MILLIONS**

de dollars mobilisés au titre  
de la riposte à la COVID-19

**246  
MILLIONS**

de dollars É.-U. au  
niveau des pays

## 1.2 RENFORCER LES PROCESSUS DE GESTION DU CHANGEMENT ET LE LEADERSHIP

La demande croissante faite par les États Membres de renforcer les compétences en matière de leadership et de gestion du changement a amené l'OMS à élargir le programme mixte intitulé « Les voies du leadership pour la transformation de la santé en Afrique », qui a été expérimenté en République du Congo et chez plus d'une centaine de hauts responsables du Ministère de la santé au Ghana,<sup>6</sup> au Lesotho et au Niger. Les personnes formées mettent déjà en application leurs nouvelles compétences en matière de leadership fondé sur les forces et le mode de pensée systémique qui leur a été inculqué pour diriger les efforts de relèvement post-COVID-19 et traiter les principaux problèmes de santé dans leurs pays respectifs.

Le Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine reste largement reconnu pour avoir influencé la transformation de l'OMS à l'échelle mondiale, ses initiatives étant adaptées à d'autres Régions et au Siège de l'OMS. Il s'agit notamment du processus des examens fonctionnels dans les bureaux de pays, du cadre des indicateurs de performance clés liés aux programmes adoptés par le Bureau régional de la Méditerranée orientale et le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, ainsi que de la participation, en novembre 2021, de 23 fonctionnaires de rang supérieur du Bureau régional de l'Europe au programme du Bureau régional de l'Afrique intitulé « Les voies du leadership ». Une deuxième cohorte du Bureau régional de l'Europe est prévue pour octobre 2022, et le programme constitue désormais une composante de l'organisation des carrières du programme pour la transformation au niveau mondial.

Deux réunions régionales du programme se sont également tenues virtuellement en 2021 et en 2022 et regroupaient tous les Représentants de l'OMS dans la Région africaine. Ces réunions ont permis de procéder à des évaluations de haut niveau des progrès accomplis dans les pays au titre du treizième programme général de travail, tout en dotant les Représentants

6 Deux cohortes ont été formées au Ghana.

# Le Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine reste largement reconnu pour avoir influencé la transformation de l'OMS à l'échelle mondiale, ses initiatives étant adaptées à d'autres Régions et au Siège de l'OMS.

## RENFORCER LES PROCESSUS DE GESTION DU CHANGEMENT ET LE LEADERSHIP



**LE PROGRAMME** « LES VOIES DU LEADERSHIP POUR LA TRANSFORMATION DE LA SANTÉ EN AFRIQUE »

**A ÉTÉ EXPÉRIMENTÉ AUPRÈS DE PLUS DE 100**  
de hauts responsables du Ministère de la santé.

### ADAPTATION



Processus des examens fonctionnels dans les bureaux de pays



Indicateurs de performance clés liés aux programmes adoptés par le Bureau régional de la Méditerranée orientale et le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est



23 fonctionnaires de rang supérieur du Bureau régional de l'Europe au programme du Bureau régional de l'Afrique intitulé « Les voies du leadership »

de l'OMS des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour soutenir l'action et la collaboration stratégique de l'OMS avec les États Membres dans le cadre de la réforme des Nations Unies et des programmes des Nations Unies dans les pays, dans le droit fil du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

### 1.3 ÉMANCIPATION DE LA FEMME ET PRÉVENTION DE L'EXPLOITATION SEXUELLE, DES ABUS SEXUELS ET DU HARCÈLEMENT SEXUEL

Dans le cadre d'efforts délibérés visant à atteindre la parité hommes-femmes aux postes de rang supérieur, un deuxième programme portant sur « Les voies du leadership » a été lancé au dernier trimestre 2021 à l'intention exclusivement des membres du personnel de sexe féminin. Le pourcentage de femmes parmi les 200 bénéficiaires du programme est ainsi passé de 38 % à 48 % (96). Ces femmes sont désormais dotées des compétences dans les fonctions d'encadrement et de direction nécessaires pour exercer des fonctions de haut rang à l'OMS.

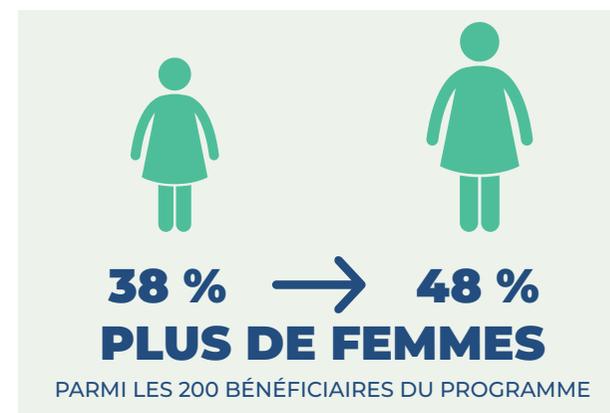
Le lancement ultérieur de l'initiative du Bureau régional dénommée *Women in Leadership Speaker Series* (la série de conférences axées sur les femmes qui occupent des postes de direction) est venue amplifier ces efforts de formation dans le domaine de l'encadrement. Les retours d'information recueillis à l'issue des trois séances qui se sont déroulées entre novembre 2021 et avril 2022 ont révélé une augmentation du niveau de confiance des membres du personnel de sexe féminin et un sentiment croissant d'appropriation.

En mettant plus d'accent sur le fait que la personne doit être au cœur du Programme de transformation et en alignant ce programme sur la réforme mondiale de l'OMS en ce qui concerne l'appropriation par les équipes et le leadership responsable, le Secrétariat a poursuivi ses efforts concertés en faveur de la diversité, de l'équité et de l'inclusion et continué d'améliorer ses résultats en matière de parité hommes-femmes, ainsi que sur le plan du respect et de l'équité sur le lieu de travail. Une réalisation notable a été l'atteinte de la cible de recrutement de 100 volontaires des Nations Unies dans la Région africaine,

fixée par l'initiative des Championnes de la santé en Afrique. Cette initiative a été lancée en 2020, en partenariat avec le programme des volontaires des Nations unies, afin d'attirer de jeunes professionnels talentueux, en particulier des femmes.

L'engagement du Secrétariat à respecter les valeurs de l'OMS et à faire respecter les normes éthiques les plus élevées a été institutionnalisé par des mesures systémiques concrètes comprenant le recrutement d'un ombudsman à plein temps et celui d'une coordonnatrice régionale chargée de diriger les efforts que la Région fait en matière de prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels et de lutte contre de tels actes. L'augmentation du nombre de femmes dans les équipes d'intervention d'urgence constitue une première étape essentielle vers la prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels et la prise de mesures destinées à y remédier. C'est pourquoi les femmes représentent désormais 40 % de l'équipe de direction du groupe organique Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (EPR), et c'est une dame qui gère désormais la riposte régionale en cas d'urgence et qui supervise la gestion de toutes les situations d'urgence classées. L'équipe était entièrement masculine il y a à peine un an.

**Ces actions ont permis de développer une culture de la parole au sein de l'OMS, avec un plus grand nombre de membres du personnel, de consultants et de partenaires conscients de leurs droits et habilités à signaler et à prévenir toutes les formes de SEAH.**



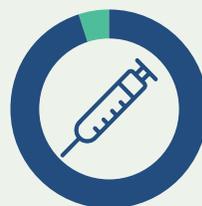
Les capacités en matière de prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels et de lutte contre de tels actes ont été renforcées au niveau des pays, chaque bureau de pays étant doté d'un point focal pour la PRSEAH, flanqué d'un suppléant, afin de fournir un appui de premier ordre en cas d'exploitation sexuelle, d'abus sexuels et de harcèlement sexuel. Tous les membres du personnel ont eu la possibilité de suivre une formation sur la prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels et les mesures destinées à y remédier, et chaque équipe de l'OMS est désormais tenue de fixer un objectif de performance lié à la PRSEAH qui est évalué dans le cadre du processus d'examen annuel de la qualité des services du personnel.

Chaque équipe d'intervention d'urgence de l'OMS comprend désormais un expert technique de la prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels et des mesures destinées à y remédier, et tout le personnel de renfort de l'OMS, ainsi que les homologues du Ministère de la santé sont tenus de signer un code de conduite reconnaissant l'interdiction des comportements sexuels répréhensibles et leur obligation de notifier tout cas suspect.

Ces mesures ont créé une culture de la « prise de parole » à l'OMS. Dans cette logique, un nombre accru de membres du personnel, de consultants et de partenaires sont désormais au fait de leurs droits et outillés pour signaler et prévenir toutes les formes d'exploitation sexuelle, d'abus sexuels et de harcèlement sexuel.

## 1.4 AMÉLIORER LE BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL EN FAVORISANT L'ÉQUILIBRE ENTRE VIE PROFESSIONNELLE ET VIE PRIVÉE, ET FOURNIR UN APPUI AU PERSONNEL POUR RELEVER LE DÉFI POSÉ PAR LA COVID-19

La souplesse et la résilience du personnel de l'OMS face à la pandémie de COVID-19 ont mis en exergue l'importance de promouvoir la santé mentale sur le lieu de travail et de créer un environnement de travail sain, afin de trouver le juste milieu entre vie professionnelle et vie privée. À cette fin, des services de conseil en gestion du stress et de soutien psychologique ont été et continuent d'être mis à la disposition des membres du personnel et de leurs personnes à charge dans toute la Région. Le Secrétariat a aussi contribué à la mise en place de services de dépistage de la COVID-19, ce qui englobe l'achat de matériel et de kits de dépistage antigénique, sérologique et de tests PCR et l'administration de soins médicaux de suivi pour les cas positifs et leurs contacts. Des postes de vaccination ont été créés, principalement au Bureau régional et dans certains bureaux de pays, ce qui fait que le taux de couverture vaccinale du personnel a dépassé la barre de 95 %. Des dispositions pour la mise en place de conditions de travail souples ont par ailleurs été prises pour aider le personnel à travailler à distance, au moment où l'Organisation adopte de nouvelles méthodes de travail.



**95 %**  
de taux de  
couverture vaccinale  
du personnel



## 1.5 TENDRE VERS PLUS D'EFFICACITÉ

### 1.5.1 AMÉLIORATION DE LA GESTION FINANCIÈRE

La mise en place d'un système efficace de reconstitution des comptes d'avance permet de transférer les fonds liés au programme sur les comptes des bureaux de pays en moins de 24 heures. Les mécanismes de décaissement que les bureaux de pays utilisent pour les paiements aux bénéficiaires finaux, jadis effectués en espèces, sont désormais numérisés. La Région a maintenu la « note A » à 95 % pour l'ensemble des 215 comptes d'avance, ce qui témoigne d'une amélioration sensible de la gestion financière au niveau des bureaux de pays.

Pour contrer l'interruption par la pandémie des inspections des activités financées par la coopération financière directe, la mise en œuvre directe et les lettres d'accord revêtant la forme de don, les vérifications préalables des demandes ont été intensifiées, faisant office de première ligne d'assurance de la qualité. Le nombre de bons de commande dont les rapports en souffrance dépassent 180 jours a été réduit à un niveau minimum compris entre cinq et 14 jours.

En 2021, cinq vérifications internes des comptes<sup>7</sup> ont été conduites dans la Région africaine. La vérification des comptes du groupe organique Administration au Bureau régional s'est achevée en novembre 2021, et des mesures concrètes ont été prises pour accélérer la mise en œuvre des recommandations issues de cette vérification. Dans le même ordre d'idée, l'unité Conformité a repris ses examens administratifs et de la conformité dans les bureaux de pays<sup>8</sup> afin d'améliorer la gouvernance, la supervision et le contrôle interne. En outre, un guide a été mis au point pour examiner et renforcer l'architecture des politiques de lutte contre la fraude et la corruption, tout comme les outils et les évaluations des risques du Secrétariat. Un groupe de travail interfonctionnel a été créé à l'échelle de l'Organisation afin d'établir un manuel et une politique actualisés de lutte contre la fraude et la corruption à l'usage de l'ensemble du personnel et des partenaires d'exécution. De façon plus précise, le manuel fera la promotion d'une culture de l'intégrité et de la responsabilisation, en fournissant des orientations sur les moyens de prévenir, de détecter et de notifier la fraude et la corruption à l'OMS.

**Un groupe de travail interfonctionnel a été créé à l'échelle de l'Organisation afin d'établir un manuel et une politique actualisés de lutte contre la fraude et la corruption à l'usage de l'ensemble du personnel et des partenaires d'exécution.**

## TENDRE VERS PLUS D'EFFICACITÉ



LA RÉGION A MAINTENU LA  
**« NOTE A » À 95 %**  
pour l'ensemble des 215  
comptes d'avance

Le nombre de jours des  
rapports en souffrance  
A ÉTÉ RÉDUIT À UN NIVEAU  
MINIMUM COMPRIS ENTRE  
**5 ET 14 JOURS**

<sup>7</sup> Angola, Gabon, groupe organique Administration générale et coordination, Nigéria et Zimbabwe.

<sup>8</sup> Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Ouganda et République démocratique du Congo.

### 1.5.2 AMÉLIORATION DES PRATIQUES D'ACHAT

Les efforts faits pour renforcer la chaîne d'approvisionnement, en garantissant de façon proactive la tarification à long terme des biens et services et en renouvelant les contrats des fournisseurs ou en concluant de nouveaux contrats moyennant des processus de concurrence ouverts et larges, ont permis d'économiser environ 1,6 million de dollars É.-U. Si la plupart des transactions ont été traitées d'urgence du fait de la pandémie qui sévissait au cours de la période visée, un total cumulé de 3,7 millions de dollars É.-U. a été économisé au cours des trois dernières années (de 2019 à 2021).

Le renouvellement régulier des accords à long terme, au moyen d'appels à la concurrence après quatre années consécutives d'affectation, s'est traduit par une réduction de 50 % (de 1,4 million de dollars É.-U. à 0,7 million de dollars É.-U.) des dépenses en services et consommables opérationnels récurrents par rapport à l'exercice précédent. La recherche d'options plus compétitives par le recours à des sociétés nouvellement créées a entraîné une baisse de 70 % des coûts sur deux exercices (de 0,6 million de dollars É.-U. à 0,2 million de dollars É.-U.) – des contrats traditionnels utilisés en 2020-2021 aux contrats améliorés dont il est fait usage en 2022-2023.

Les efforts déployés par les bureaux de pays de l'OMS pour promouvoir l'exemption ou le recouvrement du coût de leurs locaux auprès des États Membres contribuent à l'accroissement des économies de coûts et peuvent permettre de réaliser d'autres économies dans la Région. En Côte d'Ivoire par exemple, le coût annuel recouvré s'élevait à 103 000 dollars É.-U., somme qui est réorientée vers les priorités sanitaires du pays.

## AMÉLIORATION DES PRATIQUES D'ACHAT



**3,7 MILLIONS**  
de dollars ont été  
économisés de 2019 à 2021



**UNE BAISSSE  
DE 70 %**  
des coûts sur  
deux exercices





### 1.5.3 RESPONSABILISATION ET TRANSPARENCE AU MOYEN D'INDICATEURS DE PERFORMANCE CLÉS (KPI) ET DE TABLEAUX DE BORD

Dans le cadre des réformes gestionnaires du Programme de transformation, le Secrétariat a commencé à utiliser des indicateurs de performance clés relatifs à l'administration en 2015 afin de suivre les progrès, de mettre en évidence les résultats et d'éclairer les mesures correctives nécessaires à une meilleure prestation des services. Les indicateurs de performance clés relatifs à l'administration ont été depuis lors progressivement améliorés afin de renforcer la responsabilisation et la transparence internes et de mesurer les résultats obtenus par le Bureau régional et les bureaux de pays dans des domaines précis. On peut notamment citer les voyages, les ressources humaines, la gestion financière, les achats, la gestion des actifs, la santé, la sûreté et la sécurité. Le suivi et l'établissement de rapports réguliers sur les indicateurs de performance clés relatifs à la gestion par tous les centres budgétaires ont contribué à la livraison en temps voulu des biens et services, aux pratiques éthiques et à une culture de la responsabilisation en ce qui concerne l'investissement que les États Membres ont consenti à l'OMS dans la Région africaine. Des tableaux de bord de suivi de l'exécution correspondants ont été créés pour faciliter l'accès en temps réel aux rapports sur les indicateurs de performance clés relatifs à l'administration, l'ambition étant de réorienter éventuellement les activités et de continuer à améliorer les résultats.

### 1.6 DYNAMISER LES PARTENARIATS ET LA COMMUNICATION POUR UNE MISE EN ŒUVRE EFFICACE

Le Secrétariat doit collaborer avec d'autres acteurs en vue d'apporter un soutien efficace aux États Membres. L'établissement de partenariats est facilitée par une communication forte. Le Secrétariat a maintenu et consolidé les partenariats existants et en a forgé de nouveaux pendant la période visée, en plaçant un accent marqué sur la communication institutionnelle.

Le Secrétariat a renforcé sa collaboration avec les partenaires traditionnels, ainsi qu'avec des gouvernements. Parmi ces partenaires traditionnels, on peut citer les gouvernements de l'Allemagne, du Canada, de la Chine, des États-Unis, de la Norvège

et du Royaume-Uni, tout comme la Fondation Bill et Melinda Gates, la Commission européenne, le Rotary International, la Banque africaine de développement et la Banque mondiale. Cette collaboration s'est avérée primordiale pour renforcer le rôle de coordination de l'Organisation dans la riposte à la COVID-19 et dans d'autres interventions majeures, relever efficacement les défis et obtenir des résultats qui ont pu sauver des vies.

Les dialogues stratégiques et les réunions de la direction avec les principaux partenaires ont permis d'établir avec succès plusieurs axes de collaboration, au nombre desquels la riposte à la COVID-19. Le Bureau régional a également organisé 16 séances d'information des partenaires afin de présenter et de coordonner ses efforts visant à atténuer les répercussions sur la santé publique et socioéconomiques de la COVID-19 aux niveaux national et infranational. L'ordre du jour de ces séances d'information comprenait des comptes rendus réguliers sur le déploiement des vaccins dans la Région africaine, tout comme de nouveaux projets axés sur la surveillance génomique, la participation communautaire et la coordination des partenaires. Il en résulte que des réflexions techniques stratégiques plus approfondies ont été engagées avec les partenaires, ce qui a abouti à la signature de protocoles d'accord et à l'élaboration de plans de travail conjoints durables.

Le partenariat a été renforcé entre les bureaux régionaux de partenaires du mécanisme Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA) grâce au nouveau cadre qui vise à renforcer la collaboration et à accroître l'impact au niveau des pays au cours de la période 2022-2023. Un dialogue fructueux a eu lieu entre les Directeurs régionaux de HHA en avril 2022, lors de leur 12<sup>e</sup> réunion annuelle, sur les moyens de tirer parti des enseignements de la pandémie de COVID-19 dans la Région africaine pour édifier des systèmes de santé plus résilients.

En vue de renforcer la coordination et la collaboration des partenaires au niveau des pays, les problèmes de coordination et d'harmonisation ont été analysés dans 39 pays et des solutions ont été trouvées grâce à une cartographie réalisée en novembre 2021. En outre, l'OMS a collaboré étroitement avec le CDC-Afrique, par l'intermédiaire du Groupe de travail africain sur le coronavirus (AFTCOR), de l'Alliance pour la fourniture de vaccins en Afrique (AVDA) et du Groupe spécial sur l'état de préparation et le déploiement des vaccins contre la COVID-19 (ACREDIT), pour soutenir la coordination de la riposte à la pandémie.

Un principe central de la riposte à la COVID-19 dans la Région a été de garantir l'accès à des informations de santé publique crédibles, fiables et disponibles au moment où l'on en a le plus besoin. Lancée par le Bureau régional de l'Afrique en 2020 afin de coordonner les actions et de mettre en commun les ressources pour lutter contre la désinformation dans le domaine de la santé, l'Alliance pour la riposte à l'infodémie en Afrique est passée de 13 à 15 membres.<sup>9</sup> L'Alliance a œuvré avec ses membres, au fil de l'année écoulée, pour fournir un appui à la gestion de l'infodémie, en formant 650 personnes à l'écoute des réseaux sociaux et à la gestion de l'infodémie dans 21 pays de la Région africaine.

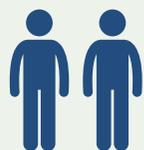
Le Bureau régional a renforcé ses capacités de communication et travaillé sans relâche pour transformer ses plateformes de communication numérique. En conséquence, le nombre de ses abonnés sur les réseaux sociaux a augmenté de 140 000 au cours des quatre premiers mois de 2022,<sup>10</sup> soit un total de 3,83 millions sur les pages Facebook, Twitter et Instagram du Bureau régional.

Viral Facts Africa, la plateforme de contenu social de la Région sur la COVID-19, a produit et diffusé plus de 100 éléments multilingues de contenu numérique lié à la COVID-19, recueillant plus de 95 millions de vues. Pour promouvoir des questions essentielles telles que l'équité en matière de vaccins, 44 conférences de presse virtuelles et 572 entretiens avec les médias ont été organisés, et 73 communiqués de presse ont été diffusés au cours de l'année écoulée. Grâce à ces efforts, les porte-parole de la Région ont été cités 15 109 fois dans les médias, soit en moyenne 1200 fois par mois. C'est le double du chiffre de référence qui est de 600 fois par mois.

9 UNICEF, UNESCO, UNGlobalPulse, Verified, Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, CDC-Afrique, Gavi, l'Alliance du vaccin, AfricaCheck, Pesacheck, GhanaFact, Agence France Presse FactCheck, Dubawa, Meedan.

10 À la fin de 2021, l'audience totale du Bureau régional de l'Afrique sur les réseaux sociaux s'établissait à 3,69 millions d'abonnés.

## GALVANISER LES PARTENARIATS ET LES COMMUNICATIONS POUR UNE MISE EN ŒUVRE EFFICACE



**15 MEMBRES**

dans l'Alliance pour la riposte à l'infodémie en Afrique



**650 PERSONNES FORMÉES**

à l'écoute des réseaux sociaux et à la gestion de l'infodémie



**44**

conférences de presse virtuelles



**572**

entretiens avec les médias



**72**

communiqués de presse



**16 SÉANCES D'INFORMATION**  
des partenaires visant à atténuer les répercussions sur la santé publique et socioéconomiques de la COVID-19



**15 109**

le nombre de fois que les porte-parole de la Région ont été cités dans les médias, soit en moyenne 1200 fois par mois.



## CHAPITRE 2

# POURSUIVRE LA RIPOSTE À LA PANDÉMIE DE COVID-19 ; PRÉVENIR, DÉTECTER D'AUTRES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE ET Y RIPOSTER

Dans le contexte de la pandémie actuelle de COVID-19, la Région africaine a riposté à plusieurs urgences de santé publique. Le Secrétariat a fourni un appui aux États Membres pour prévenir les situations d'urgence de santé publique, y compris la COVID-19, s'y préparer, les détecter et y riposter. L'augmentation des variants de la COVID-19 a entraîné les troisième et quatrième vagues de la pandémie, marquées par une recrudescence de cas légers à modérés. En revanche, on a observé une diminution des cas graves grâce à l'immunité accrue de la population, malgré la faible couverture vaccinale due à une répartition inéquitable et à une faible utilisation du vaccin par les populations.

Outre la pandémie de COVID-19, la Région est souvent confrontée à des situations d'urgence sanitaire et humanitaire qui trouvent leur origine d'une part dans l'interface être humain-animal-environnement, et d'autre part dans des phénomènes climatiques (tels que les sécheresses prolongées, l'insécurité alimentaire, les inondations dévastatrices, les éruptions volcaniques et les cyclones). En tout 130 nouveaux événements de santé publique ont été recensés entre le 1<sup>er</sup> juillet 2021 et le 30 juin 2022, dont 86,2 % étaient des flambées épidémiques de maladies infectieuses, et particulièrement des flambées dues à des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 (PVDV2c) et des flambées dues au poliovirus sauvage. La Région a aussi connu plusieurs crises humanitaires prolongées qui ont entraîné des migrations massives de réfugiés, des déplacements internes de population et des mouvements transfrontaliers et favorisé la propagation accrue de maladies infectieuses.

La présente section du rapport fait le point sur l'évolution de la riposte à la pandémie de COVID-19 dans la Région, et notamment sur la vaccination contre cette maladie. Le rapport dresse également un état des lieux de la riposte à d'autres urgences de santé publique, notamment l'importation du poliovirus sauvage de type 1 et les flambées de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2.

## OMS : RIPOSTE DE L'OMS À LA COVID-19



### 130 NOUVEAUX

événements de santé publique  
ont été recensés entre le 1<sup>er</sup> juillet 2021  
et le 30 juin 2022



### 86,2 % D'ENTRE ELLES

étaient des flambées épidémiques  
de maladies infectieuses,  
et particulièrement des flambées dues  
à des poliovirus circulants dérivés d'une  
souche vaccinale de type 2 (PVDV2c)  
et des flambées dues au poliovirus  
sauvage

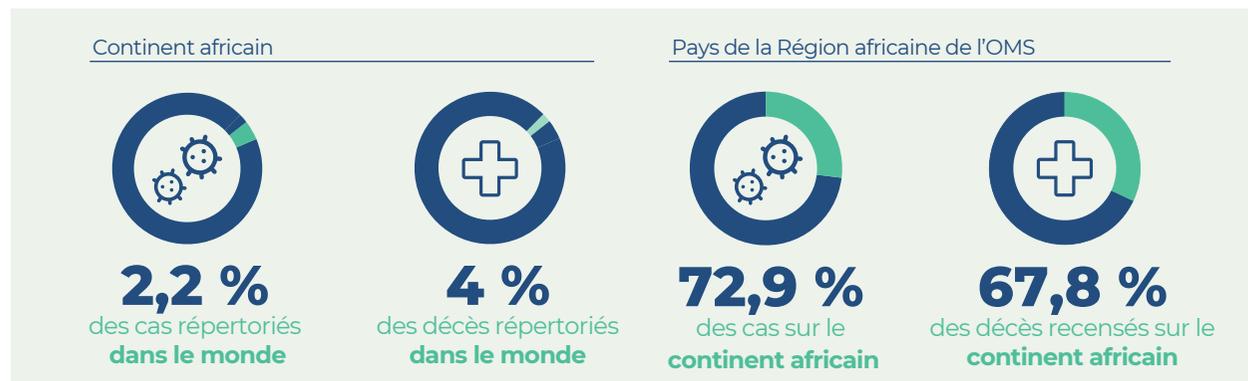


## 2.1 LE POINT SUR LA SITUATION DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 DANS LA RÉGION AFRICAINE

Cela fait près de 30 mois que la pandémie de COVID-19 sévit dans la Région africaine de l'OMS, les premiers cas de la Région ayant été notifiés en Algérie le 25 février 2020. Au cours de l'année écoulée, nous avons constaté une très nette amélioration de l'évolution épidémiologique de la COVID-19 dans la Région africaine. Le nombre de cas et de décès a notablement augmenté au cours de la période visée par le présent rapport, car on est passé de 4 046 782 cas au 30 juin 2021 à 9 128 292 cas en fin juin 2022 (soit une hausse de 126 %). Le nombre de décès a quant à lui bondi de 95 698 décès au 30 juin 2021 pour s'établir à 173 589 décès en fin juin 2022 (soit une progression de 81 %), tandis que les taux de guérison sont passés de 87,5 % des cas au 30 juin 2021 à 92,1 % des cas au 30 juin 2022.

À la fin de la période visée par le présent rapport, le continent africain avait enregistré un total cumulé de 12 514 721 cas d'infection par la COVID-19 pour 256 041 décès (soit un taux de létalité de 2,1 %) et 11 680 406 rémissions. L'Afrique concentrait 2,2 % des (544,5 millions) et 4 % des décès (6,3 millions) cas répertoriés dans le monde. Les pays de la Région africaine de l'OMS représentaient 72,9 % des cas (9,1 millions) et 67,8 % des décès (173 589) recensés sur le continent africain.

## LE POINT SUR LES CAS DE COVID-19





La réduction du nombre de cas et de décès observée au cours des deux derniers mois de la période visée par le présent rapport est le résultat des efforts importants déployés par les États Membres (avec le soutien de l'OMS et des partenaires) pour continuer à mettre en œuvre des mesures de riposte, conformément au Plan stratégique de préparation et de riposte de l'OMS et à leurs plans nationaux respectifs de préparation et de riposte à la COVID-19.

La détection précoce des résurgences des cas a été renforcée par l'utilisation généralisée de tests antigéniques de diagnostic rapide dans tous les pays, associée à l'accroissement du testing et de la recherche des cas et au renforcement des capacités de dépistage du SARS-CoV-2 grâce aux tests PCR. Le renforcement de l'initiative de surveillance communautaire au moyen des tests antigéniques de diagnostic rapide, qui sont un outil de diagnostic à la fois économique et efficace en plus d'être facile à utiliser, a contribué à une détection accrue des cas de COVID-19. Cette initiative a permis d'augmenter de 40 % les capacités de dépistage dans les pays participants et vise à fournir des tests de diagnostic rapide (TDR) à plus de sept millions de personnes d'ici l'an prochain.

Le réseau de laboratoires de séquençage du virus responsable de la COVID-19 lancé en septembre 2020 a également contribué à l'amélioration de la surveillance génomique dans la Région africaine de l'OMS, en aidant à multiplier par six le nombre de séquences réalisées par rapport à la cible de référence. Par exemple, l'Afrique du Sud a mis en place un système de suivi et un ensemble d'indicateurs de résurgence qui ont très nettement amélioré la détection précoce. Cette démarche a été possible grâce à un réseau fonctionnel et bien connecté de laboratoires publics et privés, dotés d'une capacité de séquençage éprouvée qui a aidé à détecter les « anomalies » dans certains échantillons prélevés, avec pour résultat l'identification du variant Omicron.

L'investissement dans le renforcement des capacités et des ressources des laboratoires (publics et privés), soutenu par un environnement favorable et propice, s'est avéré essentiel pour les pays dans le suivi et la détection des menaces pour la santé publique. En outre, la surveillance génomique bien établie en

Afrique du Sud, qui utilise à la fois des échantillons humains et des échantillons d'eaux usées, a créé un système d'alerte précoce efficace.

Pour renforcer les capacités dans les fonctions essentielles, l'OMS, avec le concours de partenaires, a formé plus de 200 000 experts dans diverses spécialités (telles que la prise en charge des cas, la lutte anti-infectieuse, les sciences de laboratoire ou encore la communication sur les risques) en utilisant des plateformes virtuelles et des plateformes d'apprentissage pratique basées à profit pour soutenir la riposte dans les pays. Il convient de noter la collaboration avec le groupe ECHO, grâce à laquelle des formations virtuelles et des webinaires ont été organisées à l'intention de plus de 150 000 experts en première ligne dans les 47 États Membres, à l'échelle nationale comme à l'échelon infranational. Les capacités de prise en charge des cas, qui étaient inexistantes au début d'une pandémie alors sans précédent, sont désormais considérablement renforcées grâce à un vivier de plus de 1000 experts de la prise en charge des cas de COVID-19 dans les pays de la Région.

En outre, pour soutenir la riposte, l'OMS a facilité l'achat et l'expédition de 144 millions d'articles d'équipements de protection individuelle (EPI), de 95 millions de kits de tests de laboratoire, de 1760 moniteurs, de 6921 concentrateurs d'oxygène et de 429 ventilateurs. Un stock régional de 700 concentrateurs d'oxygène, de 3100 bouteilles d'oxygène et de 595 oxymètres de pouls a été constitué et peut être expédié aux pays, à leur demande. De plus, compte tenu de la demande accrue d'oxygène (environ 1,3 million de patients COVID-19 ayant eu besoin d'oxygène) depuis le début de la pandémie, le nombre d'usines de production d'oxygène sur le continent est passé de 68 à 115, et le nombre de concentrateurs d'oxygène de 2600 à 6671. Cette amélioration a été rendue possible par les efforts des partenaires et de l'OMS, par l'intermédiaire de la plateforme des Nations Unies (1517 concentrateurs ont été expédiés à partir du stock de la Région africaine de l'OMS). L'OMS a fourni et distribué 1517 concentrateurs d'oxygène et 10 874 bouteilles d'oxygène thérapeutique aux États Membres au cours des deux derniers mois de la période visée par le présent rapport.



Dans l'ensemble, 15 pays ont encore bénéficié d'un appui pour la fabrication, la livraison et l'entretien d'usines de production d'oxygène. Force est de constater au demeurant que les coûts de l'oxygène ont été réduits de 40 % partout où ces usines ont été créées. Une série d'activités de renforcement des capacités a été lancée pour rationaliser la gestion des systèmes de production et distribution d'oxygène.

Dans le cadre des stratégies d'appui opérationnel et logistique (OSL) et d'amélioration de la riposte, le Secrétariat a prêté son assistance pour réorganiser les capacités des mécanismes de chaîne logistique dans les pays, moyennant une évaluation de l'approvisionnement en fournitures médicales fabriquées localement et de leur emploi. L'OMS collabore avec les États Membres et les partenaires pour évaluer les entreprises de fabrication locales.

Dans tous les pays de la Région, plus de 60 000 agents de santé ont été formés à la prise en charge des patients se trouvant dans un état critique ou grave, à l'application des indications concernant l'utilisation rationnelle de l'oxygène et d'autres produits thérapeutiques, et au suivi des soins à domicile et en isolement. L'OMS a fourni un appui aux pays de la Région africaine pour

qu'ils puissent accéder à la plateforme de produits thérapeutiques et se procurer les produits recommandés pour le traitement de la COVID-19. En mai 2022, en tout 34 % des pays de la Région utilisaient ces traitements recommandés pour soigner les patients.

La composante « lutte anti-infectieuse » de la riposte s'est considérablement améliorée, grâce au renforcement des capacités et à la fourniture de lignes directrices sur les interventions de lutte anti-infectieuse dans tous les 47 pays, dans le contexte de la recrudescence de la COVID-19. Des activités de communication sur les risques et de participation communautaire remarquables ont été renforcées par la mobilisation sociale et la sensibilisation qui visaient à favoriser le respect des mesures de santé publique et des mesures sociales, de même que l'adoption des vaccins. Cet objectif a été atteint par la mise en place des capacités grâce à des partenariats avec au moins 13 organisations de la société civile. En outre, des partenariats stratégiques ont été forgés avec des sociétés de médias sociaux et des fournisseurs de réseaux mobiles pour diffuser des messages importants sur la santé. Par exemple, un partenariat avec Facebook et l'opérateur de téléphonie mobile MTN a permis d'atteindre au moins 15 millions d'utilisateurs de Facebook et 10 millions d'abonnés au réseau mobile au premier semestre 2022. Ces partenaires ont collaboré avec la

société civile, le secteur privé et les structures communautaires locales telles que les groupes de femmes et de jeunes, les chefs traditionnels, politiques et autres dignitaires religieux, tout comme les influenceurs et d'autres personnes de confiance au niveau communautaire. Au demeurant, la capacité de plus de 6000 agents de santé a été renforcée dans la Région africaine de l'OMS.

De même, l'OMS et les États Membres intensifient leurs activités de recherche, notamment dans le cadre de la surveillance sérologique et de la recherche opérationnelle. L'objectif est de mieux appréhender la dynamique de la pandémie de COVID-19 et du syndrome post-COVID-19 dans la Région africaine, de produire des données factuelles pour éclairer la planification opérationnelle, et de comprendre l'efficacité des vaccins. Une initiative en faveur de la riposte communautaire dans les districts sensibles a amélioré la recherche active de cas grâce au dépistage, au séquençage génomique, à l'isolement et aux soins à domicile, à la fourniture de kits de lutte anti-infectieuse communautaires, à l'évaluation des communautés prioritaires pour leur permettre de se conformer aux mesures de santé publique et de sécurité, à la vaccination, ainsi qu'à la communication sur les risques et à la participation communautaire.

Au début de la pandémie, la plupart des prévisions de modélisation donnaient à penser que la Région africaine serait rudement touchée sur le double plan de la morbidité et de la mortalité, mais ces prévisions ne se sont pas confirmées. Plusieurs facteurs peuvent avoir contribué à la faible charge épidémiologique de la pandémie sur le continent, en particulier : les caractéristiques démographiques (une population jeune dans la majorité des pays) ; des disparités dans les capacités de recensement des cas et de dénombrement des décès ; et une immunité préexistante éventuellement acquise après avoir été confrontée à d'autres infections par un coronavirus.<sup>11</sup> D'autres études ont indiqué que les chiffres observés sont dus à des sous-estimations de l'ampleur réelle de la pandémie, qui peut s'expliquer par la faiblesse des systèmes de surveillance. Au nombre des paramètres non négligeables à prendre en compte figurent l'imposition de restrictions sur la circulation des personnes dès les tout premiers jours de la pandémie, un meilleur respect des mesures de confinement aux premiers stades de la pandémie, la réorientation rapide des systèmes de riposte aux flambées pour gérer la pandémie et une résistance moindre à la vaccination. En outre, l'expérience accumulée par les États Membres et les partenaires, et singulièrement l'expérience de l'OMS dans la Région africaine, en matière de gestion des flambées épidémiques et d'autres urgences de santé publique a été mise à profit pour relever le niveau de préparation et de riposte à la pandémie.

Les estimations du nombre de cas et de décès variaient à travers le continent. Une étude menée par l'OMS<sup>12</sup> a révélé qu'en décembre 2021, en tout 54 % de la population était vaccinée contre la COVID-19, et 439 000 décès (contre 155 248 signalés) avaient été enregistrés sur la période 2020-2021. Au total, 55 % des cas sont survenus en 2020 et 45 % en 2021, tandis que 81 % de tous les décès sont survenus en 2021. Cela est probablement dû à la sévérité du variant Delta et d'autres variants. Si la Région a enregistré un

nombre d'infections similaire à celui du reste du monde, les décès y ont été nettement moindres. Une évaluation de l'OMS a montré que seulement 14,2 % des infections par la COVID-19 – soit un cas sur sept – étaient détectées en Afrique,<sup>13</sup> ce qui est tout à fait plausible compte tenu : de l'utilisation de définitions de cas et de stratégies de testage différentes, ou de différentes méthodes de recensement des cas (par exemple, les cas bénins n'étaient ni testés ni comptabilisés) ; de différentes façons de gérer les délais ; de la qualité différente des soins ou des interventions introduites à divers stades de la maladie ; et de la variation des profils des patients (par exemple, l'âge, le sexe, l'origine ethnique et les comorbidités sous-jacentes) entre les pays de la Région.

Néanmoins, quatre vagues distinctes ont connu successivement des pics plus élevés, principalement dus à des variants hautement transmissibles du SARS-CoV-2. Le variant Delta en particulier a été à l'origine d'une vague très distincte entre mai et septembre 2021, qui a rapidement mis à rude épreuve les capacités des systèmes de santé publique de nombreux pays africains. À l'époque, de nombreux pays, dont l'Algérie, le Malawi, la Namibie et l'Ouganda, ont fait état de pénuries de lits dans les unités de soins intensifs et d'approvisionnement en oxygène. La plupart des pays ont commencé à signaler que les capacités existantes étaient dépassées lorsque le taux de létalité tournait autour de 2 %.

De même, le variant Omicron, signalé pour la première fois en novembre 2021 et à l'origine de la quatrième vague, a provoqué une forte augmentation du nombre de cas. Bien que ce variant soit plus virulent et ait causé beaucoup plus d'infections que les autres variants préoccupants, la vague correspondante a cependant moins ébranlé les systèmes de santé publique que les précédentes. Pour la première fois depuis le début de la pandémie, la quatrième vague s'est caractérisée par un profil épidémiologique où la recrudescence des cas ne

s'est pas traduite par une augmentation proportionnelle des hospitalisations et des décès. Le taux de létalité moyen au cours de la quatrième vague était faible (0,7 %), par rapport à la troisième vague induite par le variant Delta (2,4 %), à la deuxième vague induite par le variant Bêta (2,7 %) et à la première vague attribuée à la propagation de la forme sauvage du SARS-CoV-2, lorsque les capacités faisaient défaut dans plusieurs pays (2,5 %). De plus amples informations sur les progrès réalisés pour accroître la capacité des laboratoires à détecter de nouveaux variants du SARS-CoV-2 sont résumées dans la section 4.2 sur le renforcement des systèmes régionaux de diagnostic et de laboratoire.

Malgré l'amélioration observée de l'évolution épidémiologique de la COVID-19, certaines préoccupations perdurent. Par exemple, l'OMS a exprimé son inquiétude lorsque près de la moitié des pays africains ont interrompu la recherche des contacts au début de 2022, soulignant que cette intervention, associée à un testing solide, constitue l'épine dorsale de toute riposte à une pandémie. Sans ces informations essentielles, il est difficile de suivre la propagation du virus et de répertorier de nouveaux variants. En mai 2022, près de la moitié des pays africains ne procédaient plus à la recherche des contacts, même si l'OMS recommande la recherche prioritaire des contacts pour les contacts à haut risque dans les établissements de santé et les maisons de retraite, ainsi que pour les patients présentant des comorbidités.

En outre, l'évolution de la pandémie en vagues distinctes a rendu difficile le maintien par les pays du respect des mesures de prévention, entraînant l'apparition de groupes de cas dans des familles, des écoles, sur les lieux de travail et dans des milieux fermés, couplée à la circulation de nouveaux variants préoccupants, surtout les variants Delta et Omicron.

11 Ngoy N, Oyugi B, Ouma PO, et al. Coordination mechanisms for COVID-19 in the WHO Regional office for Africa. BMC Health Services Research. 2022;22(1):1-17.

12 Cabore JW, Karamagi HC, Kipruto HK, et al. COVID-19 in the 47 countries of the WHO African region: a modelling analysis of past trends and future patterns. The Lancet Global Health. 2022. The Lancet Global Health. 2022.

13 <https://www.afro.who.int/news/six-seven-covid-19-infections-go-undetected-africa>

## RIPOSTE DE L'OMS À LA COVID-19



**144 MILLIONS**

d'équipements de protection individuelle (EPI)

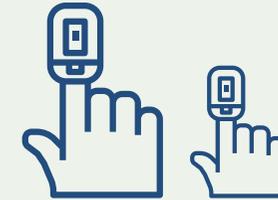


**95 MILLIONS**

de kits de tests de laboratoire



**1760 moniteurs**



**STOCK RÉGIONAL**

de concentrateurs d'oxygène, de bouteilles d'oxygène et d'oxymètres de pouls



**429 ventilateurs**



**6921**  
concentrateurs d'oxygène



**14 474**  
bouteilles d'oxygène thérapeutique



**15 PAYS**

ont encore bénéficié d'un appui pour la fabrication, la livraison et l'entretien d'usines de production d'oxygène



**60 000 agents de santé**

ont été formés à la prise en charge des patients se trouvant dans un état critique ou grave



**47 PAYS**

ont suivi une formation portant sur la lutte anti-infectieuse



**6000 agents de santé**

ont renforcé leurs capacités en matière de « lutte anti-infectieuse » dans la Région africaine de l'OMS



**40 % DES COÛTS DE**

l'oxygène ont été réduits partout où ces usines ont été créées



**150 000** EXPERTS EN PREMIÈRE LIGNE

ont bénéficié des formations virtuelles et des webinaires, grâce à la collaboration

GRÂCE À LA COLLABORATION DE L'OMS AVEC LE GROUPE ECHO

### 2.1.1 VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Au cours du premier semestre de la période visée par le présent rapport, l'accès inégal aux vaccins à l'échelle mondiale a considérablement entravé la riposte de l'OMS à la pandémie en Afrique, une situation amplifiée par la sévérité croissante de la troisième et de la quatrième vagues. En octobre 2021, l'OMS a adopté une stratégie visant à vacciner 40 % de la population totale dans les pays avant la fin de 2021 et 70 % de la population avant la mi-2022.

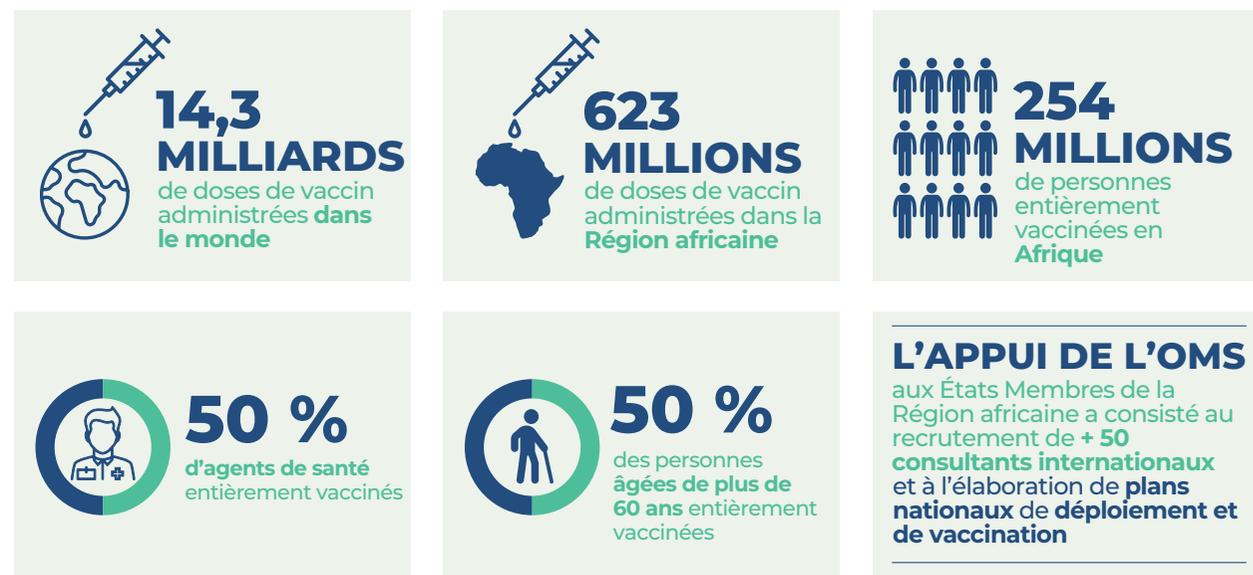
L'appui de l'OMS aux États Membres de la Région africaine a consisté, entre autres, au recrutement de plus de 50 consultants internationaux qui ont été déployés dans les pays, au soutien à l'élaboration de plans nationaux de déploiement et de vaccination, à la microplanification, à la logistique, ainsi qu'à la planification et à la mise en œuvre de la vaccination. Un appui a été fourni aux pays pour leur permettre d'accéder aux vaccins, notamment au moyen de donations du Gouvernement des États-Unis et de Team Europe, entre autres, par le canal du Mécanisme COVAX.

En janvier 2022, au total 60 experts supplémentaires ont été déployés dans 20 pays prioritaires,<sup>14</sup> dans le but de renforcer la coordination des partenariats nationaux de vaccination contre la COVID-19, afin d'améliorer l'appropriation et la surveillance par les gouvernements.

Au 30 juin 2022, en tout 5 % (623 millions) des 14,3 milliards de doses de vaccin administrées dans le monde l'avaient été dans la Région africaine. En y ajoutant les 15,6 millions de doses de rappel, on obtient 254 millions de personnes entièrement vaccinées en Afrique (19 % de la population) et 181 millions de personnes entièrement vaccinées dans la Région africaine de l'OMS (16 % de la population). Si les cibles n'ont toujours pas été atteintes pour les groupes hautement prioritaires tels que les agents de santé, les personnes présentant des comorbidités et les personnes âgées, une étude menée par l'OMS en juin 2022 dans 31 pays africains a révélé que le nombre d'agents de santé entièrement vaccinés est passé de 33 % à 50 % entre janvier et juin 2022. La proportion des personnes âgées de plus de 60 ans entièrement vaccinées est passée de 10 % à 50 % sur la même période. À la fin du mois de juin 2022, deux pays<sup>15</sup> de la Région africaine de l'OMS avaient atteint l'objectif de vacciner entièrement 70 % de leurs populations.

Ce résultat est le fruit des efforts considérables déployés par les équipes multipartenaires d'appui aux pays (constituées de l'OMS, de Gavi, l'Alliance du vaccin, de l'UNICEF, du CDC-Afrique, des *Centers for Disease Control* des États-Unis d'Amérique et de la Banque mondiale, entre autres) pour encourager l'adoption des vaccins anti-COVID-19 en Afrique et, partant, amener les 20 pays prioritaires à accroître d'urgence l'utilisation des vaccins. Les premiers enseignements tirés de ces activités indiquent que les campagnes de vaccination de masse, associées à un leadership national fort et à une participation communautaire, sont essentielles pour permettre aux pays d'atteindre rapidement un grand nombre de personnes. Une coordination solide des partenaires et un financement suffisant des coûts opérationnels ont été les facteurs clés de succès. En outre, la mise à la disposition des pays de financements souples importants par les donateurs a fortement influé sur l'augmentation de la couverture dans la Région.

## VACCINATION CONTRE LA COVID-19 AU 30 JUIN 2022



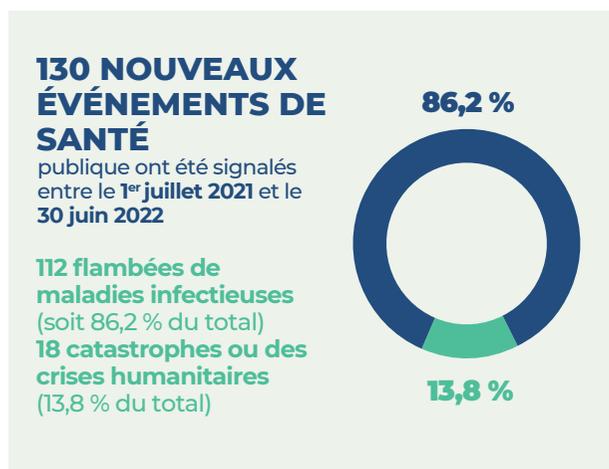
14 Angola, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Madagascar, Mali, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Soudan du Sud, Tchad et Zambie.

15 Maurice et Seychelles.

## 2.2 PRÉPARATION AUX URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE, DÉTECTION ET RIPOSTE

En plus de fournir un appui aux États Membres pour qu'ils puissent riposter à la pandémie de COVID-19, le Secrétariat a continué à suivre de près les menaces liées aux maladies à potentiel épidémique et pandémique et à renforcer la mise en œuvre de la stratégie de surveillance intégrée des maladies et la riposte, qui a permis la détection précoce des flambées épidémiques et l'organisation d'une riposte efficace dans la Région.

Grâce à sa présence sur le terrain dans chacun des 47 États Membres et au déploiement de la plateforme de veille épidémiologique à sources ouvertes (EIOS) dans le cadre de la mise en œuvre efficace de la surveillance intégrée des maladies et la riposte, en tout 130 nouveaux événements de santé publique ont été signalés entre le 1<sup>er</sup> juillet 2021 et le 30 juin 2022, dont 86,2 % (soit 112) étaient des flambées de maladies infectieuses et 13,8 % (soit 18) étaient des catastrophes ou des crises humanitaires. De plus, 12 crises humanitaires, toutes des événements classés, ont été notifiées et ont fait l'objet d'une riposte.

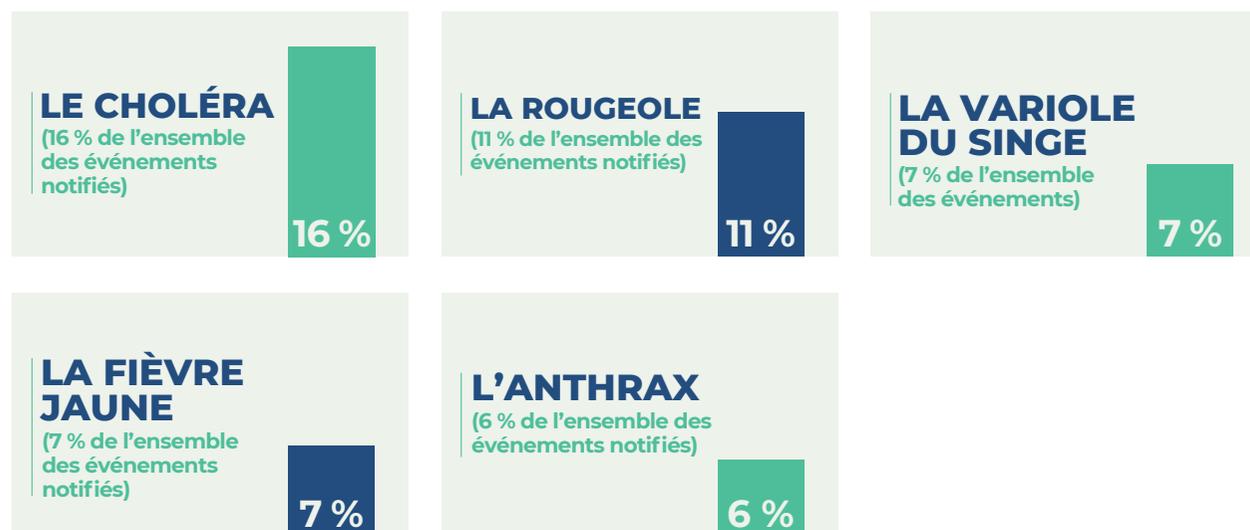


Les cinq principaux événements aigus de santé publique notifiés ont été le choléra (16 % de l'ensemble des événements notifiés) dans 21 pays ; la rougeole (11 % de l'ensemble des événements notifiés) ; l'orthopoxvirose simienne aussi appelée la variole du singe (7 % de l'ensemble des événements) ; la fièvre jaune (7 % de l'ensemble des événements notifiés) ; et l'anthrax (6 % de l'ensemble des événements notifiés). Des flambées de choléra ont été signalées dans 21 États Membres.<sup>16</sup> Au cours de la période couverte par le présent rapport, 151 607 cas et 4291 décès ont été notifiés (soit un taux de létalité de 2,8 %), dont 73 % de cas et 84 % de décès au Nigéria seulement. Trente-sept décès (soit un taux de létalité de 10 %) ont été recensés parmi les 200 cas confirmés et 200 cas probables de fièvre jaune, et la riposte qui a suivi a permis de vacciner 2,5 millions de personnes dans trois pays.<sup>17</sup>

Au total 16 experts internationaux et nationaux ont été déployés dans les États Membres, dont 128 formés à l'investigation et à la riposte aux flambées de fièvre jaune, à l'algorithme de classification finale et à la préparation des demandes de fourniture de vaccins par le Groupe international de coordination (GIC).

Sur un total de 701 événements notifiés dans le monde au cours de la période couverte par le présent rapport, seuls 88 de ces événements ont été classés. La Région africaine a représenté 67 % de toutes les situations d'urgence classées dans le monde (soit 58 en tout). L'OMS a soutenu la riposte à 45 situations d'urgence aiguë entre juillet 2021 et juin 2022. Ces situations d'urgence allaient de flambées épidémiques de maladie à virus Ebola, de maladie à virus Marburg, de choléra

## LES CINQ PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS AIGUS DE SANTÉ PUBLIQUE NOTIFIÉS, JUIN 2021 - JUIN 2022



16 Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Soudan du Sud, Togo, Zambie et Zimbabwe.

17 Cameroun, Ghana et Tchad.

et de fièvre jaune jusqu'à des inondations, à des sécheresses et à des incendies. Dans tous ces événements aigus, le système de gestion des incidents de l'OMS, qui se trouve être un mécanisme de coordination, a été activé en l'espace de 48 heures, servant de catalyseur aux procédures et autres activités d'urgence menées par l'OMS pour soutenir la gestion de la riposte. Près de 1000 experts, au nombre desquels des membres du personnel et des consultants, ont été déployés avec célérité, réaffectés ou recrutés pour remplir des fonctions essentielles du système de gestion des incidents au niveau des pays.

Pour faire face aux urgences de santé publique dans plusieurs pays (choléra, fièvre jaune et crise du Sahel), l'OMS a créé des centres de commandement pour la riposte au choléra à Lomé (Togo), pour la riposte à la fièvre jaune à Ouagadougou (Burkina Faso) et pour la crise du Sahel à Dakar (Sénégal). Ces centres de commandement ont renforcé la coordination par les États Membres et les partenaires de la riposte.

L'OMS a aussi : déployé plus de 100 experts dans 11 États Membres<sup>18</sup> afin de renforcer la préparation et la riposte aux flambées de choléra ; effectué des analyses des points chauds de choléra dans 10 États Membres<sup>19</sup> pour éclairer les stratégies de prévention et de riposte ; et apporté son concours à l'élaboration de plans d'élimination du choléra dans cinq États Membres<sup>20</sup> pour porter à 11 le nombre total d'États Membres<sup>21</sup> dotés de plans nationaux d'élimination du choléra, conformément aux orientations du Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra. Conjointement avec l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) et l'UNICEF,

l'OMS a : servi de facilitateur pour l'organisation de quatre réunions de collaboration transfrontalière destinées aux pays d'Afrique de l'Ouest ; mobilisé 13 millions de dollars É.-U. ; et formé 120 experts nationaux et partenaires de 13 États Membres<sup>22</sup> à la préparation aux épidémies de choléra. Parallèlement, les campagnes préventives et réactives menées dans huit États Membres<sup>23</sup> ont permis de vacciner 13 millions de personnes sur les 31,9 millions de doses de vaccin expédiées dans 10 États Membres.<sup>24</sup> À la fin du mois de juin 2022, quatorze États Membres<sup>25</sup> avaient maîtrisé des flambées épidémiques.

S'adossant sur une appropriation et une expertise nationale accrues, l'OMS a soutenu la riposte à deux flambées de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo (dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Équateur), une action qui englobait la livraison en temps voulu de produits de diagnostic, de vaccins et de traitements pour faciliter la vaccination de plus de 3600 contacts à haut risque. Si la riposte aux flambées a été rapide, le respect par les communautés des mesures de prévention et la recherche précoce du traitement continuent de poser problème. En effet, les cas qui se présentent tardivement dans les établissements de santé contribuent à un taux de létalité élevé.

Afin d'assurer une riposte coordonnée aux situations d'urgence humanitaire, des groupes de responsabilité sectorielle Santé nationaux ont été activés dans 12 pays<sup>26</sup> pour regrouper les partenaires opérationnels. Dans le cadre de ses actions de riposte aux crises humanitaires, le Secrétariat a organisé une réponse régionale à la crise dans le Sahel et à la sécheresse dans la Corne

de l'Afrique. Dans le Sahel, on estime qu'au premier semestre 2022, en tout 33,2 millions de personnes dans six États Membres avaient besoin d'une aide humanitaire,<sup>27</sup> et que plus de 14 millions de personnes sont confrontées à l'insécurité alimentaire lors des crises et des situations d'urgence. L'OMS a classé la situation dans le Sahel comme une urgence de santé publique de niveau 2 en mars 2022. Un financement décaissé par le Fonds de réserve pour les situations d'urgence à hauteur de 8,3 millions de dollars É.-U. a été mis à disposition pour soutenir la riposte de l'OMS, et une équipe dédiée de coordination de la riposte composée d'au moins 11 experts (membres du personnel et consultants confondus) a été constituée à Dakar (Sénégal). Grâce au déploiement de kits sanitaires d'urgence et à la prestation de services de santé essentiels, plus de 3,6 millions de personnes ont bénéficié d'une assistance au 30 juin 2022.

**L'OMS a organisé une réponse régionale à la crise dans le Sahel et à la sécheresse dans la Corne de l'Afrique. Dans le Sahel, on estime qu'au premier semestre 2022, en tout 33,2 millions de personnes dans six États Membres avaient besoin d'une aide humanitaire, et que plus de 14 millions de personnes sont confrontées à l'insécurité alimentaire lors des crises et des situations d'urgence.**

18 Bénin, Burundi, Éthiopie, Kenya, Nigéria, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie (et précisément à Zanzibar), Sierra Leone, Soudan du Sud, Zambie et Zimbabwe.

19 Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Soudan du Sud et Tchad.

20 Bénin, Burundi, Nigéria, Sierra Leone et Soudan du Sud.

21 Bénin, Burundi, Éthiopie, Kenya, Nigéria, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie (et précisément à Zanzibar), Sierra Leone, Soudan du Sud, Zambie et Zimbabwe.

22 Bénin, Burundi, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, République démocratique du Congo, République centrafricaine, Sénégal, Tchad et Togo.

23 Cameroun, Éthiopie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Soudan du Sud.

24 Cameroun, Éthiopie, Malawi, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Soudan du Sud et Zambie.

25 Bénin, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Togo, Zambie et Zimbabwe.

26 Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Mali, Madagascar, Mozambique, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Soudan du Sud, Niger et Tchad.

27 Burkina Faso, Cameroun, Mali, Niger, Nigéria, Tchad.

Dans la Corne de l'Afrique, sept pays – dont l'Éthiopie, le Kenya, l'Ouganda et le Soudan du Sud – ont été touchés par la sécheresse et plus de 80 millions de personnes sont sous la menace d'une grave insécurité alimentaire. Ces pays étaient confrontés à un défaut de pluviosité pour la quatrième saison consécutive, ce qui en fait l'une des pires sécheresses de l'histoire moderne. En mai 2022, l'OMS a classé cette sécheresse comme une urgence de santé publique de niveau 3 et institué un système commun de gestion des incidents pour la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale, au bénéfice de tous les pays touchés. Un montant de 16,5 millions de dollars É.-U. au titre du fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence a été approuvé pour financer la riposte de l'OMS.

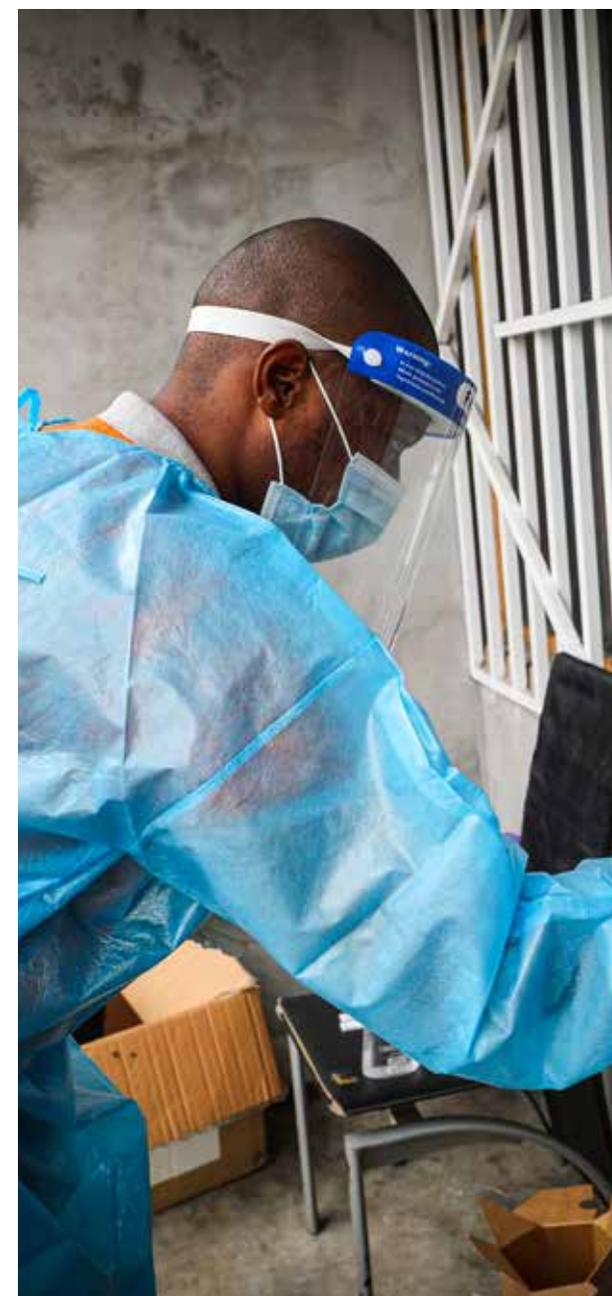
Des kits sanitaires d'urgence d'une valeur supérieure à 500 000 dollars É.-U. ont ensuite été distribués aux États Membres pour renforcer la riposte. Ces mesures ont permis de garantir que deux millions de personnes bénéficient de services de santé essentiels, y compris d'interventions en rapport avec les soins de traumatologie, l'aide d'urgence en matière de santé reproductive, le VIH/sida, la vaccination systématique et les campagnes de vaccination de masse, le dépistage nutritionnel et l'orientation-recours ou le traitement, et le soutien aux survivants de violence sexuelle.

La livraison de 104 tonnes de fournitures médicales, de médicaments et d'équipements d'une valeur de près d'un million de dollars É.-U. à 18 pays<sup>28</sup> pour qu'ils puissent se préparer et riposter aux urgences sanitaires aiguës a permis de renforcer les interventions des équipes d'intervention rapide, d'améliorer la prise en charge des cas au niveau des établissements et de créer des centres de traitement des infections respiratoires aiguës sévères (IRAS), des points de dépistage et des installations communautaires.

Ces centres de traitement ont amélioré les soins aux patients COVID-19 et les conditions de travail des agents de santé. La mise à disposition de 3219 lits pour soutenir les soins aux patients dans les centres de traitement de la COVID-19, de la maladie à virus Ebola et de maladies multiples de 15 États Membres<sup>29</sup> a contribué à la réduction des souffrances et sauvé des vies.

Des évaluations complètes de 23 crises humanitaires complexes nouvelles et en cours ont été menées, et les résultats ont été documentés dans 16 éditions de l'analyse de la situation de la santé publique. Des évaluations du système de surveillance de la disponibilité des ressources sanitaires (HERAMS) ont été effectuées dans sept États Membres<sup>30</sup> en proie à des crises humanitaires, afin de fournir des informations essentielles sur les ressources et les services de santé essentiels, le but étant d'améliorer la planification et la fourniture de l'aide humanitaire.

Pour recenser et combler les lacunes dans les plans nationaux, le Secrétariat a aidé les pays à mener des exercices de simulation fondés sur la cartographie des risques de situations d'urgence sanitaire. Au cours de la période visée par le présent rapport, six exercices de simulation ont été menés dans cinq États Membres<sup>31</sup> ; neuf États Membres<sup>32</sup> ont réalisé des examens complets de l'action en cours contre la COVID-19 ; tandis que 28 États Membres<sup>33</sup> ont réalisé des examens complets de l'action en cours contre la COVID-19. Deux examens de l'action en cours du portail d'approvisionnement des Nations Unies ont mis à nu des lacunes dans la coordination au niveau des pays, autant qu'un manque de visibilité et de prévisibilité de l'état des commandes comme des délais. Des recommandations visant à combler ces lacunes ont été formulées, notamment le renforcement de la coordination au niveau des pays grâce à la fourniture de conseils et d'outils destinés à soutenir les hauts responsables au niveau des pays. Des



28 Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Comores, Éthiopie, Ghana, Guinée équatoriale, Madagascar, Malawi, Mozambique, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sierra Leone, Togo, Zambie et Zimbabwe.

29 Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée équatoriale, Malawi, Maurice, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Seychelles et Tchad.

30 Burkina Faso, Éthiopie, Mali, Mozambique, Nigéria, République centrafricaine et Zimbabwe.

31 Cameroun, Guinée-Bissau, Mali, République centrafricaine et République-Unie de Tanzanie.

32 Bénin, Cameroun, Madagascar, Mali, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles et Tchad.

33 Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tanzanie, Togo, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.

évaluations de l'état de préparation à la maladie à virus Ebola ont été entreprises en 2021 dans les États Membres à haut risque en Afrique de l'Ouest, ce qui a permis d'améliorer l'état de préparation en Guinée et d'y détecter à temps la maladie à virus Ebola, la fièvre de Lassa et la maladie à virus Marburg (la première en Afrique de l'Ouest).

Plusieurs produits d'information sur les situations d'urgence sanitaire ont été produits et diffusés à grande échelle pour améliorer le suivi en temps voulu des situations d'urgence sanitaire dans la Région et éclairer les décisions et les actions de santé publique. Trente-six éditions du bulletin hebdomadaire sur les flambées et les autres situations d'urgence ont été élaborées et diffusées à l'intention de plus de 7000 abonnés, puis retransmises sur le site Web de l'OMS et sur d'autres plateformes médiatiques. Le bulletin hebdomadaire est un répertoire unique qui fournit des informations actualisées et complètes sur tous les événements de santé publique dans la Région. Il est devenu une ressource essentielle pour les partenaires et les parties prenantes et sert de contribution de la Région à la surveillance mondiale de la santé publique.

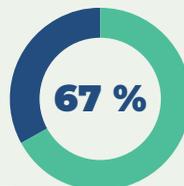
Les statistiques disponibles ont montré que la publication a atteint en moyenne 5000 personnes par semaine et que la page Web de cette publication enregistre en moyenne près de 1300 vues par semaine. Le nombre de citations faisant référence à des manuscrits de l'OMS publiés sur la COVID-19 et d'autres événements dans la Région ne cesse d'augmenter.

Dix articles scientifiques ayant fait l'objet d'un examen collégial ont été publiés, dont sept portaient sur la caractérisation de la pandémie de COVID-19 dans la Région, tandis que trois décrivaient les processus opérationnels de surveillance. En outre, 18 éditions du site d'information sur les événements ont été élaborées et diffusées par l'intermédiaire d'un site sécurisé pour les points focaux nationaux pour le Règlement sanitaire international (RSI), tandis que 15 éditions du bulletin d'information sur les flambées épidémiques ont été produites à l'intention du grand public. Ces publications contenaient des mises à jour et des orientations essentielles pour renforcer les capacités de détection et de riposte. Les statistiques disponibles montrent que ces publications touchent en moyenne 500 personnes chaque semaine, et que la page est visitée en moyenne 1300 fois par semaine.

## SITUATIONS D'URGENCE NOTIFIÉES DE JUIN 2021 À JUIN 2022

Entre juin 2021  
et juin 2022

**701  
ÉVÉNEMENTS  
ONT ÉTÉ  
NOTIFIÉS  
DANS LE MONDE**



dans la  
Région  
africaine

**+100 EXPERTS**

dans 11 États Membres pour  
renforcer la préparation et la  
riposte aux  
**FLAMBÉES DE CHOLÉRA**



**104 TONNES**

de fournitures médicales  
livrées à 18 pays pour se  
préparer et riposter aux  
**URGENCES SANITAIRES  
AIGUËS**



## 2.3 PRIORITÉS STRATÉGIQUES DANS LES ANNÉES À VENIR

À la suite des rapports des Comités d'examen du Règlement sanitaire international (RSI) sur la pandémie de grippe H1N1-2009,<sup>34</sup> sur l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest et la riposte,<sup>35</sup> et sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international pendant la pandémie de COVID-19, qui ont mis en évidence les insuffisances dans les pays en ce qui concerne les capacités essentielles requises en vertu du RSI – autant de facteurs critiques qui exacerbent les situations d'urgence sanitaire –, un certain nombre d'engagements ont été pris sur le plan mondial afin de pallier ces insuffisances. On peut notamment citer l'inclusion de l'OMS et de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) dans le Programme pour la sécurité sanitaire mondiale (GHSa)<sup>36,37</sup> lancé en 2014 ; le Conseil mondial de suivi de la préparation (GPMB) créé en 2018 et composé d'experts indépendants de haut niveau soutenus par l'OMS en tant que Secrétariat, pour un plaidoyer de haut niveau en faveur du renforcement de la préparation ; la création d'un organe intergouvernemental de négociation<sup>38</sup> chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies, en vue de son adoption en vertu de l'article 19 ou d'autres dispositions de la Constitution de l'OMS, selon qu'il conviendra ; et le Pacte du Groupe des sept pays les plus industrialisés du monde (G7) pour la préparation en cas de pandémie,<sup>39</sup> dont la vocation est de renforcer la préparation mondiale aux pandémies. Ces engagements requièrent que les États Membres renforcent les capacités essentielles requises en vertu du RSI.

Pour orienter les efforts à venir, une nouvelle stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2022-2030 a été élaborée dans la perspective de son adoption par la soixante-douzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique en août 2022. La stratégie s'appuie sur les trois initiatives phares suivantes : « Promouvoir la résilience des systèmes face aux situations d'urgence (PROSE) » ; « Transformer les systèmes de surveillance en Afrique (TASS) » ; et « Renforcer et utiliser les groupes d'intervention en cas d'urgence (SURGE) ».

**La stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2022-2030 s'appuie sur les trois initiatives phares suivantes : Promouvoir la résilience des systèmes face aux situations d'urgence (PROSE) ; Transformer les systèmes de surveillance en Afrique (TASS) ; et Renforcer et utiliser les groupes d'intervention en cas d'urgence (SURGE).**

## 2.4 POLIOMYÉLITE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : PROGRÈS ET DÉFIS

Le statut de Région exempte de poliomyélite, dont la certification a été obtenue en 2021, a été menacé par la détection du poliovirus sauvage de type 1 au Malawi en février 2022 et au Mozambique en mai 2022. Le séquençage génétique indique que les cas du Malawi et du Mozambique étaient liés à une souche provenant du Pakistan qui a circulé en 2019.

De manière éloquent, aucune campagne de vaccination supplémentaire n'avait été menée depuis au moins dix ans au Malawi et dans les pays voisins en utilisant le vaccin antipoliomyélique oral bivalent, qui prévient la propagation du poliovirus sauvage de type 1. Si un cas importé n'a pas d'incidence sur la certification de la Région en tant que Région exempte de poliovirus sauvage autochtone, les cas ainsi notifiés démontrent clairement que la poliomyélite est une menace partout et qu'un soutien continu s'avère nécessaire pour parvenir à l'éradication. Il est donc important que les États Membres atteignent et maintiennent une couverture vaccinale optimale et une surveillance sensible pour protéger les enfants contre cette maladie évitable.

Le Secrétariat collabore avec des partenaires pour endiguer l'importation du poliovirus sauvage de type 1 et l'empêcher de se propager localement. Ces ripostes coordonnées interviennent dans le contexte de flambées en cours de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc, également connu sous le nom de poliovirus variant) et de la pandémie de COVID-19. Tout en s'efforçant d'interrompre la transmission de la poliomyélite et d'atteindre l'objectif de l'éradication, l'OMS s'appuie sur la

34 OMS. Application du Règlement sanitaire international (2005) : Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A1N1) 2009, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (A64/10).

35 OMS, Application du Règlement sanitaire international (2005) : Rapport du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (A69/21).

36 Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire : renforcement de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence sanitaire – Application du Règlement sanitaire international (2005), Organisation mondiale de la Santé, 2021 (A74/9)

37 The Global Health Security Agenda (GHSa). (<https://ghsagenda.org/about-the-ghsa/>, consulté le 10 juin 2022).

38 Décision WHASS2.5, Rassembler la communauté internationale : création d'un organe intergouvernemental de négociation à l'appui du renforcement de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies. Publié dans : Deuxième session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé, Genève, du 29 novembre au 1<sup>er</sup> décembre 2021. Première partie : Décisions. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (WHASS2/2021/REC/1).

39 Pacte du G7 pour la préparation aux pandémies : Note de synthèse et communiqué du Ministre de la santé. (<https://reliefweb.int/report/world/g7-pact-pandemic-readiness-concept-note-20-may-2022> et <https://www.g7germany.de/resource/blob/974430/2042058/5651daa321517b089cdccfffd1e37a1/2022-05-20-g7-health-ministers-communique-data.pdf?download=1>, consulté le 10 juin 2022).

transmission des acquis de la lutte contre la poliomyélite en transférant de façon intégrée les structures et les actifs de lutte contre cette maladie vers d'autres priorités de santé publique telles que la vaccination systématique, la surveillance et la riposte aux flambées épidémiques.

## RIPOSTE DE L'OMS À L'IMPORTATION DE POLIOVIRUS SAUVAGE DE TYPE 1 (PVS1)

En collaboration avec les États Membres et les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), le Programme OMS d'éradication de la poliomyélite a réagi rapidement en déployant une équipe dans les 48 heures qui ont suivi la flambée de poliovirus sauvage de type 1 au Malawi et dans les pays voisins jugés à haut risque, afin de prévenir toute nouvelle propagation de la maladie. Deux séries de campagnes de vaccination ont été menées à l'échelle nationale au Malawi entre mars et avril 2022, atteignant près de trois millions d'enfants de moins de cinq ans (102 % de couverture administrative). Le Mozambique a également participé à des campagnes coordonnées et multipays, vaccinant environ 5,3 millions d'enfants (ce qui équivaut à une couverture administrative de 111 %). Dans tous les pays où le poliovirus sauvage de type 1 a été détecté, les populations ciblées à l'origine étaient plus nombreuses que les enfants, ce qui a conduit à un taux de couverture administrative supérieur à 100 %.<sup>40</sup> Malgré une couverture administrative élevée pour les deux cycles de campagne et sur les quatre pays ayant organisé une riposte au poliovirus sauvage de type 1, seul le premier cycle effectué en République-Unie de Tanzanie a atteint la cible de 80 % des districts qui ont réussi l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité lors des campagnes d'évaluation indépendante de la qualité. Cet indicateur met en lumière les efforts supplémentaires qui s'avèrent nécessaires pour garantir les campagnes de qualité dont on a grand besoin pour interrompre la transmission du poliovirus en application des lignes directrices sur la poliomyélite.

L'IMEP aide activement les pays voisins<sup>41</sup> à renforcer la surveillance des maladies, notamment en élargissant la surveillance environnementale et la surveillance de la paralysie flasque aiguë, et à préparer deux autres cycles de campagnes de vaccination contre la poliomyélite, en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité. Des efforts coordonnés au Malawi, au Mozambique, en République-Unie de Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe visent à atteindre 23 millions d'enfants de moins de cinq ans en juillet 2022.



Deux séries de campagnes de vaccination ont été menées à l'échelle nationale au Malawi

ENVIRON  
**3 MILLIONS**

d'enfants de moins de cinq ans ont été vaccinés



ENVIRON  
**5,3 MILLIONS**  
d'enfants ont été vaccinés au Mozambique



<sup>40</sup> Au Malawi, 2 975 652 enfants ont été atteints et la cible basée sur les estimations de la population était fixée à 2 922 175 enfants. Au Mozambique, la population ciblée a été révisée entre les tournées de 4,2 millions à 4,8 millions et plus de 5,3 millions d'enfants ont encore été atteints. Les populations cibles sont basées sur des données de recensement qui sont souvent extrapolées, ce qui conduit à une sous-estimation du dénominateur.

<sup>41</sup> Malawi, Mozambique, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

## RIPOSTE AUX FLAMBÉES DE POLIOVIRUS CIRCULANTS DÉRIVÉS D'UNE SOUCHE VACCINALE (PVDVC)

Entre juillet 2021 et juin 2022, plus de 400 cas de PVDVc2 ont été notifiés dans neuf États Membres.<sup>42</sup> Les activités de riposte soutenues par l'OMS et les partenaires ont permis de vacciner plus de 142 millions d'enfants de moins de cinq ans au cours de la même période. La Région africaine a aussi joué un rôle de chef de file mondial dans la préparation, l'introduction et le déploiement du nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 (VPO2n), qui a été utilisé avec succès dans 18 États Membres africains,<sup>43</sup> sans aucune preuve que cela ait pu entraîner l'apparition de nouvelles flambées. Dans ce contexte difficile, l'OMS a récemment annoncé la fin de 32 flambées épidémiques à la fin du premier trimestre 2022. Cela dit, des flambées sont en cours, suspectées et confirmées, touchant 18 États Membres, et il importe de mobiliser le plus haut niveau d'engagement politique possible pour mener à bien ces activités.<sup>44</sup>

Plusieurs facteurs ont contribué à la recrudescence des flambées de poliomyélite. Il s'agissait notamment de la baisse de l'immunité au virus de type 2 chez les jeunes enfants, d'une couverture insuffisante de la vaccination systématique, des tendances régionales en matière de migration et de la mauvaise qualité des campagnes de vaccination. La pandémie de COVID-19 a entraîné la suspension, pendant quatre mois en 2020, des campagnes de lutte contre la poliomyélite dans la majorité des États Membres. Couplée aux perturbations de la vaccination systématique, cette interruption des activités de vaccination a empêché des dizaines de millions d'enfants de recevoir le vaccin antipoliomyélique. En outre, la réduction du financement du programme de lutte contre la poliomyélite a exacerbé la charge déjà considérable qui pèse sur les États Membres débordés, ce qui a eu un impact notable sur les activités de surveillance.

## TRANSITION POUR LA POLIOMYÉLITE

Le programme de lutte contre la poliomyélite a pu rapidement évoluer pour répondre aux besoins émergents de la riposte à la pandémie de COVID-19 et du déploiement des vaccins en Afrique. En 2021, en tout 61 % des agents de lutte contre la poliomyélite ont consacré plus de 50 % de leur temps à la riposte à la COVID-19 et au déploiement des vaccins. En outre, le réseau de lutte contre la poliomyélite continue d'apporter un appui au renforcement de la vaccination systématique et à la riposte à d'autres flambées et situations d'urgence sanitaire. En droite ligne de cette capacité transversale établie au titre de la lutte contre la poliomyélite, l'OMS continue de soutenir la transition des fonctions essentielles soutenues par la poliomyélite vers les systèmes de santé publique au sens large. Il s'agit notamment d'intégrer le personnel en transition et de tirer parti de son expertise pour renforcer les capacités de surveillance et d'action d'urgence concernant plusieurs maladies (ce que l'on appelle la surveillance intégrée des maladies et la riposte), en mettant l'accent sur la surveillance des maladies à prévention vaccinale.

Le Secrétariat a plaidé avec succès pour des ressources additionnelles, par l'intermédiaire de l'IMEP, au profit de 10 pays à haut risque de poliomyélite,<sup>45</sup> ainsi que pour une approche progressive de la transition pour la poliomyélite vers des fonctions intégrées, qui a été amorcée en 2022. Le Secrétariat prévoit de collaborer avec divers organismes donateurs, moyennant des tables rondes de donateurs, afin de sensibiliser le public et de mobiliser des ressources pour combler les lacunes propres à chaque pays identifiées dans les plans de transition pour la poliomyélite. Les missions dans les pays se poursuivront, et des rapports de situation sur la mise en œuvre des initiatives de transition seront établis sur la base desquels il faudra continuer à plaider en faveur des ressources importantes dont nous avons tant besoin.

En 2022, les priorités du programme de lutte contre la poliomyélite sont la réduction des flambées épidémiques de poliovirus sauvage et de poliovirus variant ; le renforcement de la paralysie flasque aiguë et de la surveillance environnementale ; le renforcement des capacités de séquençage des laboratoires pour la confirmation rapide des cas ; le maintien des capacités en ressources humaines pour les « efforts de la dernière ligne droite » ; et l'application de technologies et d'innovations pour améliorer la performance du programme. Avec l'accélération des activités consécutive à l'assouplissement des restrictions liées à la COVID-19, l'OMS et ses partenaires sont prêts à intensifier les campagnes de vaccination, en mettant à profit la technologie et les solutions innovantes pour accroître l'impact des campagnes et la sensibilité de la surveillance. L'OMS, nos partenaires et les États Membres sont tous résolus à mettre un terme à toutes les formes de poliomyélite dans le monde.

**En 2021, en tout 61 % des agents de lutte contre la poliomyélite ont consacré plus de 50 % de leur temps à la riposte à la COVID-19 et au déploiement des vaccins. En outre, le réseau de lutte contre la poliomyélite continue d'apporter un appui au renforcement de la vaccination systématique et à la riposte à d'autres flambées et situations d'urgence sanitaire.**

42 Cameroun, Congo, Éthiopie, Guinée-Bissau, Mozambique, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo et Sénégal.

43 Bénin, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Guinée-Bissau, Libéria, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone et Tchad.

44 Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Ghana, Guinée, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

45 Angola, Cameroun, Éthiopie, Guinée, Kenya, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Soudan du Sud et Tchad.

## GROS PLAN. RENFORCEMENT DE LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19 DANS LES COMMUNAUTÉS DIFFICILES À ATTEINDRE DU KENYA

« Il faut beaucoup d'engagement et de ressources pour vacciner les personnes vivant dans des régions peu peuplées », déclare le Dr Adam Haji, médecin à l'OMS au Kenya. Avant d'ajouter : « Il ne suffit pas de leur envoyer des messages. Il faut encore accompagner ces messages de beaucoup de travail, comme parcourir de nombreux kilomètres sur une mauvaise route pour vacciner des gens. »

Lilian Anyango, qui vit dans la pauvreté dans le comté de Kisumu, à l'ouest du Kenya, a été l'une des bénéficiaires qui ont exprimé leur reconnaissance, après avoir tordu le cou aux mythes qui circulent sur les méfaits que pourrait causer le nouveau vaccin anti-COVID-19. Lilian craignait plutôt de manquer le vaccin.

En février 2022, l'OMS a apporté un appui technique et financier au Ministère de la santé du Kenya pour intensifier la vaccination contre la COVID-19 dans 11 des 47 comtés du pays où la couverture vaccinale est parmi les plus faibles.

Des campagnes de sensibilisation ont été lancées à maints endroits où les bénéficiaires pouvaient être atteints, notamment dans les marchés, dans les parcs de bus et sur d'autres lieux sociaux. Des groupes de femmes et de jeunes, des chauffeurs de moto-taxi et des dignitaires religieux ont aussi été mobilisés pour aider, tout comme une association de personnes handicapées et une organisation de familles vivant dans la rue.

Dans le comté de Wajir, au nord du Kenya, la campagne a diffusé des messages relayés par la radio communautaire pour atteindre les communautés d'éleveurs nomades, et les équipes de vaccination ont installé des postes de vaccination aux points d'abreuvement. Au cours d'une campagne menée en décembre 2021, toutes les églises et tous les lieux de culte ont été utilisés comme postes de vaccination.

Le Kenya a été en mesure de dépasser sa cible de vacciner 10 millions de personnes d'ici la fin décembre 2021, avec pas moins de trois millions de Kényans inoculés au cours des seuls derniers mois de l'année.



46 <https://www.afro.who.int/fr/countries/kenya/news/renforcement-de-la-vaccination-contre-la-covid-19-dans-les-communaut-es-difficiles-atteindre-du-kenya>



## CHAPITRE 3

# SOUTENIR LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS

La pandémie a non seulement directement causé des invalidités et des décès, mais elle a aussi entraîné la réorientation des ressources humaines, infrastructurelles et financières du secteur de la santé vers la riposte à la COVID-19, ce qui a eu pour effet de perturber la prestation des services de santé essentiels. En mettant en évidence les vulnérabilités des systèmes de santé nationaux, la pandémie nous a fait prendre conscience de l'importance de disposer de systèmes de santé fonctionnant de façon optimale pour garantir la sécurité sanitaire, couplée à l'impératif d'investir simultanément dans ces deux aspects.

L'enquête rapide mondiale de l'OMS a permis d'évaluer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les systèmes de santé en mesurant l'ampleur des perturbations de services. L'enquête a été menée sur les trois cycles suivants : troisième trimestre 2020, premier trimestre 2021 et quatrième trimestre 2021. D'autres enquêtes menées au niveau des programmes pendant la pandémie sur le statut et le degré de perturbation des services ont confirmé, sur la base de certains services de référence et de seuils de perturbation, les résultats de l'enquête rapide mondiale qui a recueilli les réponses d'informateurs clés à différents niveaux des systèmes de santé nationaux dans les pays participants au cours des différents cycles.

Un rapport sur l'utilisation des services de santé de la mère et de l'enfant dans huit pays<sup>47</sup> a indiqué des perturbations dans l'emploi des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Les autres études qui ont montré des perturbations dans l'utilisation des services à la suite de la pandémie de COVID-19 étaient des études menées au niveau des établissements de santé dans 12 pays. Les informations provenant de ces évaluations de première ligne<sup>48</sup> ont aussi montré de très fortes perturbations dans les services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant comme dans les services de lutte contre les maladies transmissibles.

47 Shapira G, Ahmed T, Drouard SHP, et al. Disruptions in maternal and child health service utilization during COVID-19: analysis from eight sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*. 2021 Aug;36(7):1140-1151. DOI: 10.1093/heapol/czab064. PMID: 34146394; PMCID: PMC8344431.

48 Suivi de la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine de l'OMS, 2022. OMS | Bureau régional de l'Afrique. Disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/publications/tracking-universal-health-coverage-who-african-region-2022>. Publié en 2022. Consulté le 13 août 2022.

Les enquêtes rapides et d'autres évaluations ont permis de recueillir des informations précieuses sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les services de santé essentiels, les difficultés rencontrées par les systèmes de santé nationaux et les mesures stratégiques prises par les pays pour atténuer les perturbations, relancer la prestation des services de santé essentiels et reconstruire en mieux. Les résultats des enquêtes rapides ont permis à l'OMS et aux partenaires régionaux et mondiaux d'apporter aux États Membres un soutien coordonné reposant sur des bases factuelles.

**En moyenne, les perturbations concernaient 47 % des services dans la Région.**

### 3.1 IMPACT DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 SUR LES SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS

Les États Membres de la Région africaine de l'OMS ont indiqué que la pandémie de COVID-19 a eu de lourdes conséquences sur leurs systèmes de santé nationaux, notamment sous la forme d'une perturbation de l'accès aux services de santé essentiels et de l'utilisation de ces services au cours des 28 derniers mois

de la pandémie dans la Région. Le troisième trimestre 2020, six mois après l'apparition de la pandémie dans la Région, est celui au cours duquel on a enregistré le plus haut degré de perturbation de services. Ce schéma correspond à ce qui s'est produit dans les autres Régions de l'OMS.

Selon l'enquête rapide, dans plus de deux tiers des pays, des perturbations partielles ou totales ont été signalées pour 54 % des 25 indicateurs de suivi de la couverture des services évalués lors du premier cycle. Au deuxième cycle, 95 % des 40 pays ayant

répondu à l'enquête ont continué de signaler des degrés divers de perturbations pour 63 indicateurs de services. Cela étant, 38 % seulement des pays ont signalé une perturbation grave ou totale pour au moins la moitié des services évalués. Au troisième cycle, 91 % (39 sur 43) des pays ont signalé un certain degré de perturbation pour au moins un service de santé essentiel sur les 66 indicateurs de suivi des services évalués. En moyenne, les perturbations concernaient 47 % des services dans la Région.

Parmi les catégories de services où une perturbation a été signalée, on peut citer les services de soins primaires programmés et non programmés, tels que les consultations externes, les services de soins secondaires, notamment les opérations chirurgicales non urgentes, ainsi que les soins de réadaptation et les soins palliatifs. Au cours des trois cycles de l'enquête rapide, on a assisté à une diminution du pourcentage de pays signalant différents degrés de perturbation des services et à une baisse de l'ampleur des perturbations et du nombre de services où une perturbation a été signalée. Le tableau ci-dessous présente une analyse comparative du nombre et de l'ampleur des perturbations de services entre les différents cycles de l'enquête.

	Troisième trimestre 2020 (1 <sup>er</sup> cycle) 30 pays, 25 services	Premier trimestre 2021 (2 <sup>e</sup> cycle) 40 pays, 63 services	Quatrième trimestre 2021 (3 <sup>e</sup> cycle) 43 pays, 66 services
Perturbation moyenne	62 %	44 %	47 %
Perturbation de 75 % à 100 %	49 %	6 %	17 %
Perturbation de 50 % à 74 %	17 %	51 %	34 %
Perturbation de 25 % à 49 %	17 %	17 %	17 %
Perturbation de moins de 25 %	9 %	20 %	26 %
Aucune perturbation	9 %	6 %	6 %

La perturbation des services s'expliquait par l'association de différents facteurs liés à l'offre et à la demande. Parmi les principales raisons citées, on peut mentionner, entre autres, la crainte de la population de contracter la COVID-19 dans les établissements de santé ; les mesures de restriction des déplacements mises en place par les pouvoirs publics pour contenir la transmission pendant les premières phases de la pandémie ; et la pénurie de personnel de santé dans les établissements de santé. Parmi ces raisons, seules les difficultés liées au personnel de santé continuaient d'être signalées lors du dernier cycle de l'enquête, au quatrième trimestre 2021.

## LA PERTURBATION DES SERVICES S'EXPLIQUAIT PAR L'ASSOCIATION DE DIFFÉRENTS FACTEURS LIÉS À L'OFFRE ET À LA DEMANDE

LA CRAINTE DE LA  
POPULATION DE  
**CONTRACTER**  
**LA COVID-19**

dans les établissements  
de santé



**DES MESURES DE  
RESTRICTION**

DES DÉPLACEMENTS ONT ÉTÉ MISES  
EN PLACE PAR LES POUVOIRS PUBLICS  
pour **contenir la transmission**  
pendant les premières phases de la  
pandémie



LA PÉNURIE DE  
**PERSONNEL**  
**DE SANTÉ**

dans les  
établissements  
de santé



Les pays de la Région africaine ont enregistré des progrès remarquables vers la réduction des perturbations induites par la COVID-19 au niveau de la prestation des services de santé essentiels. S'agissant des services de planification familiale, il convient de relever que les perturbations signalées ont baissé de 39 points de pourcentage (80 %), passant de 71 % au troisième trimestre 2020 pour s'établir à 32 % au quatrième trimestre 2021.

La proportion des pays qui signalent des perturbations causées à la COVID-19 au niveau de la prestation des soins prénatals a également très fortement diminué (de 34 points de pourcentage), au même titre que la proportion des pays qui signalent des perturbations liées à la COVID-19 au niveau des services de santé sexuelle, reproductive, et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (en recul de 30 points de pourcentage) et au niveau des services destinés aux enfants malades (soit une baisse de 28 points de pourcentage). Ces résultats montrent que les perturbations induites par la pandémie ont été beaucoup moins nombreuses au quatrième trimestre 2021 par rapport au troisième trimestre 2020, mais il faudra bien conserver ce rythme pour rétablir complètement les niveaux de service et faire converger les pays vers la couverture sanitaire universelle.

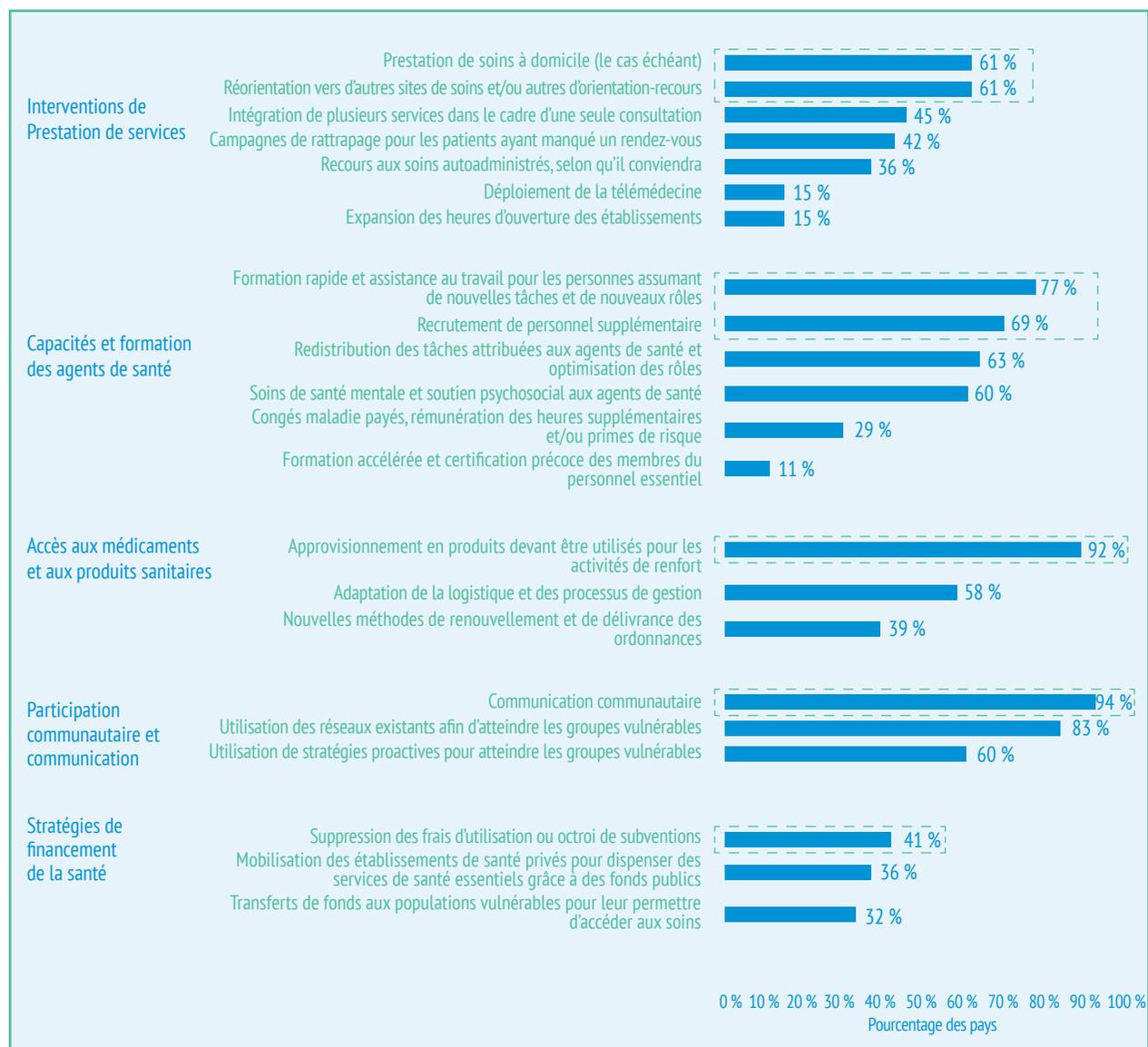
## PROPORTION DES PAYS SIGNALANT DES PERTURBATIONS DANS LA PRESTATION DES SERVICES ESSENTIELS ENTRE LE TROISIÈME TRIMESTRE 2020 ET LE QUATRIÈME TRIMESTRE 2021

	Troisième trimestre 2020		Quatrième trimestre 2021		Différence absolue (A-B) (points de pourcentage)	Taux de réduction - % ( $\text{Log}_n(B/A) \times 100$ )
	Pourcentage (A)	Nombre de pays étudiés	Pourcentage (B)	Nombre de pays étudiés		
Planification familiale	71	21	32	28	39	-80
Soins prénatals	71	21	37	27	34	-65
Soins de santé sexuelle et reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	64	22	34	27	30	-63
Services destinés à l'enfant malade	64	22	36	25	28	-58
Maladies transmissibles	63	17	38	26	25	-51
Naissances dans un établissement de soins	50	22	32	28	18	-45
Réadaptation et soins palliatifs	67	18	46	26	21	-38
Soins du cancer	55	31	38	28	17	-37
Troubles mentaux, neurologiques et liés à l'abus de substances psychoactives	67	17	50	19	17	-29
Vaccination	68	22	59	32	9	-14
Services de nutrition	64	22	52	27	12	-21

### 3.2 MESURES STRATÉGIQUES VISANT À ATTÉNUER L'IMPACT DE LA COVID-19 SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS

Les résultats des enquêtes rapides ont orienté la réflexion menée au sein de l'équipe spéciale de lutte contre la COVID-19 et les réunions d'information des partenaires dans les différents pays, tout comme la conception ultérieure de mesures d'atténuation. Parmi les mesures d'atténuation prises par les pays, on peut citer l'amélioration de la communication avec les communautés (dans 94 % des pays) ; l'investissement dans les produits de première nécessité (dans 92 % des pays) ; la fourniture d'une formation rapide et d'une assistance au travail pour les personnes qui assument de nouveaux rôles (dans 77 % des pays) ; et la prestation de soins à domicile, le cas échéant (dans 61 % des pays). Toutes ces mesures sont présentées dans le graphique ci-contre.

FIGURE 2 POURCENTAGE DE PAYS METTANT EN OEUVRE DES MESURES D'ATTÉNUATION ET DE RELÈVEMENT (N=38), AU 30 JUIN 2022



### 3.2.1 ADAPTATION CENTRÉE SUR LA PERSONNE DES PLATEFORMES ET STRATÉGIES DE GOUVERNANCE ET DE PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ

Les efforts faits au début de la pandémie pour atténuer l'impact de la COVID-19 sur la prestation de services ont été maintenus pendant la période couverte par le présent rapport. Parmi ces mesures figuraient l'offre de conseils et d'un soutien adaptés, la mise en place de modèles de prestation de services de santé et le renforcement des capacités des agents de santé. Ces mesures ont pu compter sur un meilleur encadrement et sur l'utilisation de données permettant d'éclairer l'action.

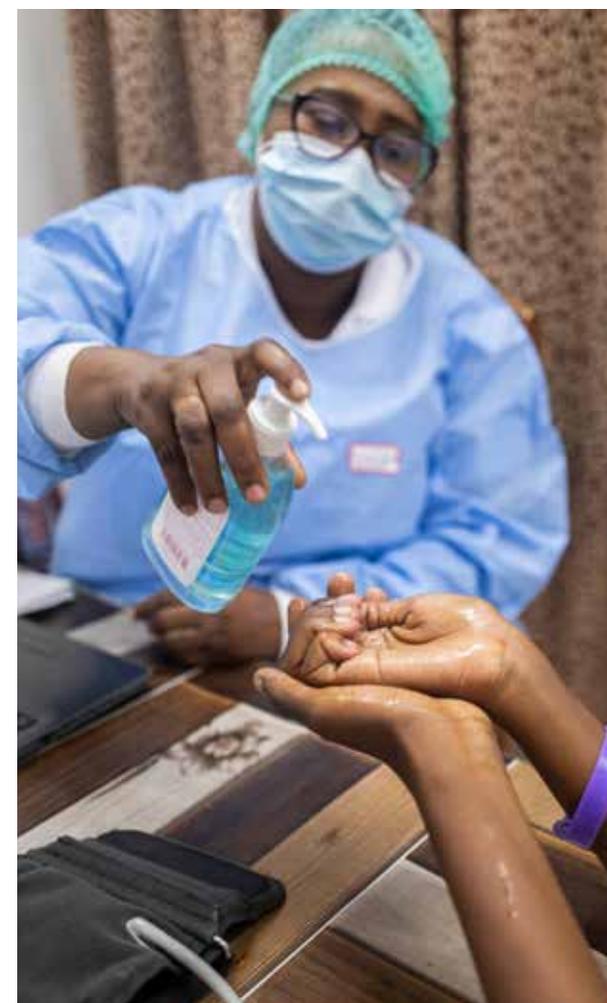
**Pendant la pandémie de COVID-19, l'OMS a donné aux pays des orientations pour maintenir leurs services de santé essentiels et leur a prêté son assistance.** Les lignes directrices de l'OMS sur le maintien de la prestation de services de santé sexuelle et reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent pendant la pandémie de COVID-19 ont été diffusées et 21 pays<sup>49</sup> ont bénéficié d'un appui en vue de l'adaptation de ces orientations. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et l'UNICEF ont collaboré avec la World Continuing Education Alliance<sup>50</sup> pour renforcer les capacités des sages-femmes et du personnel infirmier. Ce renforcement des capacités s'est fait grâce à une plateforme d'apprentissage numérique.

En outre, l'OMS a élaboré et diffusé des guides à l'intention de la population générale et des agents de santé en réponse aux perturbations importantes liées à la pandémie, lesquelles perturbations ont compromis la prestation des services de santé mentale et de lutte contre les maladies non transmissibles.<sup>51</sup> Il s'agit notamment de stratégies et d'approches visant à assurer la continuité, à prévenir les infections nosocomiales et les

infections des agents de santé dans les établissements de santé et à fournir un appui essentiel en matière de santé mentale et de soutien psychosocial. Parmi les autres exemples figurent : la mise en œuvre d'orientations sur la lutte contre le paludisme ;<sup>52</sup> la distribution de trois documents d'orientation sur la lutte contre les maladies tropicales négligées, axés essentiellement sur les voies et moyens susceptibles de maintenir en toute sécurité les interventions de lutte contre les maladies tropicales négligées dans le contexte de la pandémie ; et l'utilisation d'une plateforme de soutien virtuel permettant d'interagir avec des responsables dans les pays et des parties prenantes.

Cette orientation stratégique a permis de maintenir les services et les interventions prévus par les programmes et les stratégies de lutte contre la maladie. Ainsi, les acquis obtenus dans la lutte contre le paludisme n'ont pas reculé dans la mesure attendue. Par exemple, alors que l'OMS et ses partenaires avaient prévu dans le pire des cas que la mortalité liée au paludisme en Afrique subsaharienne serait multipliée par deux pendant la pandémie, le rapport sur le paludisme dans le monde 2021 a estimé que la mortalité due au paludisme dans la Région n'a augmenté que de 12 % entre 2019 et 2020. Grâce à des conseils appropriés et à la riposte déployée en urgence et de façon soutenue par les pays, le scénario du pire envisagé par l'OMS pour la mortalité due au paludisme a pu être évité.

**Les modèles de prestation de services de santé ont été adaptés afin d'assurer la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie.** Par exemple, la prestation de services de santé dans les établissements de santé a été adaptée pour garantir le strict respect des mesures de santé publique adoptées dans le cadre de la lutte contre la COVID-19, tant par les agents de santé que par leurs patients. De nombreux États Membres ont eu recours à la prestation de services de santé essentiels à domicile.



49 Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

50 Entreprise technologique.

51 COVID-19 – FOIRE AUX QUESTIONS SUR LA COVID-19 – Tous les documents (sharepoint.com)

52 Adapter les interventions de lutte contre le paludisme dans le contexte de la COVID-19. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/publications/m/item/tailoring-malaria-interventions-in-the-covid-19-response>

Des stratégies spéciales ont été mises en œuvre dans le domaine de la vaccination systématique. L'OMS a accompagné sept autres pays<sup>53</sup> dans la mise en œuvre du cadre « Identifier, atteindre, surveiller, mesurer et promouvoir » afin de réduire le nombre d'enfants et de communautés dits « zéro dose », c'est-à-dire n'ayant reçu aucune dose de vaccin. Dans le même esprit, neuf pays<sup>54</sup> ont bénéficié d'un appui pour la mise en œuvre de stratégies visant à réduire le nombre d'enfants sous-vaccinés.

**Les capacités du personnel de santé ont aussi été renforcées pour améliorer la qualité et la couverture des services de santé essentiels.** En vue de renforcer le personnel de santé, l'OMS a publié un guide régional intitulé « The State of the Health Workforce in the African Region 2021 » (que l'on pourrait traduire par « La situation du personnel de santé dans la Région africaine 2021 »).<sup>55</sup> Ce guide définit les normes de dotation en personnel qui doivent s'appliquer aux établissements de santé et les seuils de densité régionaux qui s'avèrent nécessaires pour instaurer la couverture sanitaire universelle. En vue de favoriser la prestation de services de santé à domicile, la formation, la vaccination et la fourniture d'équipements de protection individuelle et d'autres produits de première nécessité ont été accordées en priorité aux agents de santé en première ligne. Des systèmes ont été institués pour rendre les produits de première nécessité disponibles, ce qui a permis d'éviter des perturbations massives de la chaîne d'approvisionnement dans les États Membres. Entre février 2021 et mars 2022, en tout 56 900 personnels infirmiers et sages-femmes ont bénéficié d'une formation portant sur la surveillance de la mortalité maternelle et périnatale et sur la riposte en la matière, sur la certification médicale des causes de décès et sur les orientations relatives aux soins pendant le travail. Cette formation a jeté les bases grâce auxquelles on pourra améliorer la qualité de l'information et des soins dispensés aux mères et à leurs enfants. Les causes de décès de mères et de nourrissons devraient désormais être attribuées dans le respect des normes, ce qui servira à mieux orienter l'adoption de mesures de riposte appropriées. Par ailleurs, grâce aux technologies et aux plateformes numériques, plus de 3150 agents de santé ont suivi une formation sur le noma et sur la continuité des services essentiels de santé bucco-dentaire.

**L'OMS a publié un guide régional intitulé « The State of the Health Workforce in the African Region 2021 » (que l'on pourrait traduire par « La situation du personnel de santé dans la Région africaine 2021 »), définit les normes de dotation en personnel qui doivent s'appliquer aux établissements de santé et les seuils de densité régionaux qui s'avèrent nécessaires pour instaurer la couverture sanitaire universelle.**

**56 900 PERSONNELS INFIRMIERS ET SAGES-FEMMES**

ont bénéficié d'une formation portant sur la surveillance de la **mortalité maternelle et périnatale** et sur la riposte en la matière, sur la **certification médicale des causes de décès** et sur les **orientations relatives aux soins pendant le travail**.



53 Burundi, Cameroun, Congo, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe et Tchad.

54 Burundi, Cameroun, Gabon, Guinée équatoriale, Kenya, Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, Tchad et Zimbabwe.

55 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/348855/9789290234555-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



**L'investissement dans l'amélioration du leadership et de la coordination.** L'OMS a soutenu les processus de révision des politiques de santé nationales et des cadres juridiques dans neuf pays<sup>56</sup> pour qu'ils puissent s'engager plus fermement en faveur des nouvelles technologies et de la fabrication locale de médicaments et de vaccins. Vingt et un pays<sup>57</sup> ont bénéficié d'un concours pour réviser leurs plans stratégiques nationaux de santé afin de pouvoir donner la priorité à la riposte à la COVID-19 tout en poursuivant la prestation ininterrompue des services de santé essentiels. Il s'agissait notamment d'adopter des stratégies visant à améliorer la coordination sectorielle pour que les pays réalisent des progrès en matière de prestation intégrée des services de santé, élargissent la participation communautaire et définissent des besoins afin de mobiliser les ressources avec plus d'efficacité.

**Il est fondamental d'améliorer l'utilisation des données qui éclairent l'action.** Le Bureau régional a accordé plus d'attention à l'intelligence sanitaire afin de mettre à disposition des informations susceptibles d'éclairer la prise de décision. En novembre 2021, les données et statistiques disponibles ont fait l'objet d'un processus de vérification auquel ont participé les ministères de la santé et les bureaux nationaux des statistiques de tous les pays de la Région africaine. Des analyses ont été faites afin de produire des informations sur chaque État Membre.

En vue d'accroître l'efficacité et la précision des systèmes de collecte et de communication des données sur la mortalité, cinq pays<sup>58</sup> ont bénéficié d'un appui pour déployer l'outil électronique de certification médicale des causes de décès. Quatre autres pays<sup>59</sup> ont reçu une formation pour qu'ils puissent certifier

les causes médicales de décès d'une façon qui soit conforme à la Classification internationale des maladies (CIM). L'OMS a prêté son assistance à Eswatini dans l'élaboration d'un plan stratégique pour l'enregistrement des actes et des statistiques d'état civil, et à six autres pays<sup>60</sup> dans la mise à jour de leurs pratiques suite à la transition de la Dixième Classification internationale des maladies (CIM-10) vers la Onzième Classification internationale des maladies (CIM-11). Ces mesures devraient permettre aux pays de mettre en place des systèmes de collecte, de transmission et d'analyse des données sur la mortalité grâce auxquels les pays pourront mettre à jour les schémas de mortalité pour éclairer les interventions et les mesures de riposte à adopter.

56 Afrique du Sud, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Ghana, Kenya, Ouganda et Sénégal.

57 Bénin (examen à mi-parcours), Botswana (examen à mi-parcours), Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini (examen à mi-parcours), Éthiopie, Ghana, Mauritanie, Niger, Nigéria (ressources humaines pour la santé), Sénégal (plan pour la santé de l'enfant), Togo (personnel de santé) et Zimbabwe. En cours en Algérie, au Cameroun, en Gambie, au Malawi, en République-Unie de Tanzanie et au Rwanda (examen à mi-parcours).

58 Botswana, Kenya, Mauritanie, Namibie et Ouganda.

59 Burundi, Gabon, Mauritanie et République démocratique du Congo.

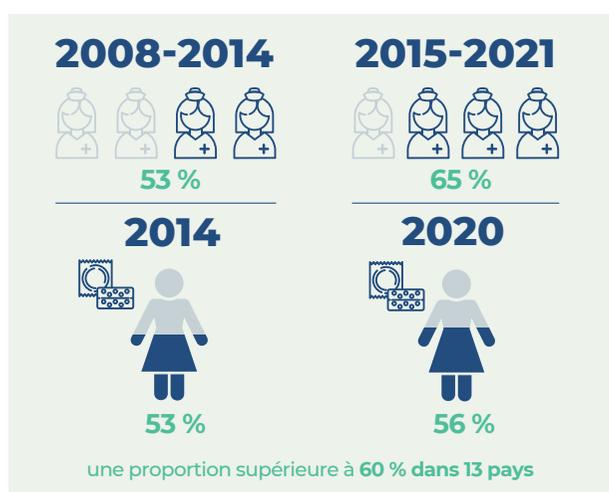
60 Eswatini, Ghana, Kenya, Namibie, Ouganda et République-Unie de Tanzanie.

### 3.2.2 FAIRE PROGRESSER LA PRESTATION DE SERVICES ESSENTIELS DESTINÉS À DES POPULATIONS CIBLÉES

Pendant la période couverte par le présent rapport, les investissements se sont centrés sur l'amélioration de la couverture et de la qualité de la prestation de services destinés à des populations prioritaires.

**Prestation de services destinés aux femmes.** Des mesures stratégiques ont été adoptées pour améliorer l'accès à des services de santé essentiels de qualité. Cela permettra aux populations de jouir d'un meilleur état de santé à toutes les étapes de la vie, dans le cadre des efforts visant à instaurer la couverture sanitaire universelle. Dans la Région africaine, les accouchements en présence de personnel qualifié sont passés de 53 % en 2008-2014 à 65 % en 2015-2021.<sup>61</sup> La part des femmes

## AMÉLIORATION DE LA PRESTATION DE SERVICES POUR LES FEMMES



en âge de procréer (les femmes âgées de 15 à 49 ans) dont le besoin de planification familiale est satisfait par des méthodes modernes dans la Région est passée de 52 % en 2014 à 56 % en 2020,<sup>62</sup> avec une proportion supérieure à 60 % dans 13 pays.<sup>63</sup>

**Prestation de services destinés aux enfants.** Afin de renforcer la coordination multisectorielle et les partenariats pour la santé de l'enfant, l'OMS s'est associée à l'Union africaine pour intégrer le développement du jeune enfant dans sa Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA-plus). En s'appuyant sur les directives relatives aux normes pour l'amélioration de la qualité des soins aux enfants, aux jeunes adolescents et aux nouveau-nés petits et malades, 17 pays<sup>64</sup> ont procédé, avec une assistance, à des évaluations des décès pédiatriques et à des examens du taux de mortalité dans les établissements. Par la suite, neuf pays<sup>65</sup> ont adapté et intégré les normes et les directives relatives à l'identification des causes de décès pédiatrique dans leurs structures et processus existants.

**Prestation de services destinés aux adolescents.** Conformément au programme phare de l'OMS sur la santé de l'adolescent en Afrique, une évaluation de l'engagement de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe en faveur de l'éducation, de la santé et du bien-être des adolescents et des jeunes a été menée. L'évaluation a abouti à l'adoption en décembre 2021 d'un nouvel engagement approuvé par les ministres de l'éducation, de la santé, des problématiques hommes-femmes et de la jeunesse des pays de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe. L'OMS a en outre soutenu la mise en place d'un système d'accréditation des services adaptés aux adolescents et aux jeunes dans 10 pays<sup>66</sup> en donnant aux autorités nationales les moyens d'évaluer 7910 établissements de santé. Dans ce cadre, 5532 de ces établissements de santé ont été certifiés comme étant adaptés aux adolescents et aux jeunes.

**Prestation de services destinés aux personnes âgées.** Pour faire face aux conséquences sanitaires et sociales qu'entraîne la croissance rapide de la population âgée dans la Région africaine, les ministres africains de la santé ont approuvé un cadre régional de mise en œuvre des mesures prioritaires définies dans le Plan d'action mondial pour la Décennie du vieillissement en bonne santé 2021-2030. En 2021, le Secrétariat a évalué les progrès accomplis dans la mise en œuvre des interventions prioritaires visant à favoriser un vieillissement en bonne santé. En moyenne, 85 % des pays ont reçu des orientations sur les soins intégrés aux personnes âgées ; 57 % ont mis en place un mécanisme ou élaboré une stratégie nationale en lien avec le vieillissement en bonne santé ; 40 % des pays disposent de points focaux nationaux chargés des questions du vieillissement en bonne santé ; 40 % ont institué ou désigné des comités de coordination pluridisciplinaires ; 23 % des pays ont élaboré ou sont en train d'élaborer des politiques de soins de longue durée ; tandis que 11 % des pays ont entamé un processus de création d'environnements favorables aux personnes âgées.

Certaines mesures et pratiques qui ont été adoptées par les pays ont amélioré la qualité de vie des personnes âgées pendant la pandémie de COVID-19. Dans les pays où les ministères ont collaboré avec les parties prenantes concernées pour répondre aux besoins particuliers des personnes âgées, des subventions ont continué d'être versées aux personnes âgées pendant la pandémie afin d'atténuer l'impact économique de la COVID-19. De même, les pays qui disposaient déjà d'une protection sociale pour les personnes âgées étaient mieux outillés dans leur riposte.

61 Ensemble de données mondiales conjointes de l'UNICEF et de l'OMS sur les accouchements en présence de personnel qualifié (données compilées par l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS).

62 Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (UN-DESA), Division de la population. Estimations des indicateurs de planification familiale pour 2021 (données compilées par l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS).

63 Afrique du Sud, Algérie, Cabo Verde, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Namibie, Rwanda, Zambie et Zimbabwe.

64 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

65 Éthiopie, Ghana, Kenya, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sierra Leone et Zambie.

66 Afrique du Sud, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Malawi, Mozambique, Nigéria, République démocratique du Congo, Sierra Leone et Zimbabwe.

### 3.2.3 INTERVENTIONS SANITAIRES POUR ÉLARGIR PLUS AVANT LA COUVERTURE DES SERVICES DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES PRIORITAIRES

Au cours de l'année considérée, les investissements dans la lutte contre les maladies ont porté sur la pérennisation des acquis des vingt dernières années. À cette fin, les données ont été exploitées pour orienter le ciblage des interventions de lutte contre les maladies transmissibles, de sorte à améliorer leur efficacité et leur impact.

Par exemple, à l'occasion de la mise en œuvre du Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN), les données ont permis de définir les communautés prioritaires pour l'administration massive de médicaments. La définition de cibles de certaines maladies tropicales négligées a contribué à l'accomplissement de progrès remarquables : c'est ainsi que l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine a été validée dans quatre pays.<sup>67</sup> La lèpre a été éradiquée en tant que problème de santé publique dans tous les pays, exception faite des Comores. L'élimination du trachome a été validée en Gambie et au Ghana, tandis que l'élimination de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique a été validée au Malawi et au Togo. Le Togo a déposé son dossier de demande de validation de l'élimination du trachome.

L'utilisation des données est également devenue la norme dans les efforts déployés en vue de l'élimination du paludisme. La stratification de la charge du paludisme et l'adaptation des interventions ont été intégrées dans les 10 pays à forte charge de la Région où il convient de mener une action hautement efficace.<sup>68</sup> L'OMS a prêté son appui aux pays pour qu'ils classent les districts par ordre de priorité, adoptent des approches de résolution des problèmes afin de définir un ensemble d'interventions pour chaque strate de districts, et les ciblent de façon appropriée. Cela a permis d'éviter que les acquis de la décennie 2005-2015 en matière de lutte contre le paludisme ne soient pas perdus comme certaines prévisions s'y attendaient.

Les perturbations qui ont eu lieu pendant la pandémie de COVID-19, notamment celles liées à d'autres problèmes contextuels tels que les inondations et les conflits, ont causé, selon les estimations, 47 000 décès supplémentaires dus au paludisme dans le monde en 2020 par rapport à 2019. Ce chiffre est bien inférieur au scénario le plus pessimiste, qui prévoyait un doublement de la mortalité due au paludisme en cas de perturbation des services associée à la COVID-19. La plupart des États Membres ont maintenu la majorité des services de lutte contre le paludisme. Parallèlement, l'Initiative *Malaria Elimination 8* (Communauté de développement de l'Afrique australe), l'Initiative pour la lutte contre le paludisme dans les Grands lacs (Communauté de l'Afrique de l'Est) et l'Initiative pour la lutte contre le paludisme dans le Sahel (Organisation Ouest Africaine de la Santé) ont continué de mener des activités de coordination transfrontalière.

En réponse à la stabilisation de l'incidence du paludisme et à la réduction de la mortalité (en cours depuis 2015), le processus « Rethinking Malaria » (Repenser le paludisme) a été lancé en collaboration avec des partenaires. Cette initiative a été l'occasion de convoquer certaines personnalités africaines influentes dans la société et dans le domaine de la santé publique afin d'évaluer la situation et de formuler des recommandations sur la voie à suivre.

Dans le même esprit, l'accès aux interventions de lutte contre le VIH a été relativement soutenu, la couverture du dépistage et du traitement du VIH s'étant améliorée. La proportion de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut s'est améliorée, passant de 87 % en 2019 à 89 % en 2020 en Afrique de l'Est et en Afrique australe, où la prévalence du VIH est la plus élevée de la Région. En Afrique de l'Ouest, cette part est passée de 69 % en 2019 à 77 % en 2020. De même, la proportion de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral s'est améliorée, passant de 73 % en 2019 à 77 % en 2020 en Afrique de l'Est et en Afrique australe, et de 61 % en 2019 à 73 % en 2020 en Afrique de l'Ouest. Cette embellie est le fruit de l'initiative de rattrapage menée en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale sous l'égide de l'OMS.

Si ce niveau de couverture par le dépistage et le traitement n'a pas atteint la cible fixée à 90 % pour 2020, il est néanmoins encourageant. D'autres améliorations sont attendues dans les prochaines années, car on assiste désormais à l'utilisation universelle de modèles de service différenciés. Qui plus est, il existe désormais un traitement optimisé utilisant des schémas plus efficaces et mieux tolérés. Des interventions de prévention combinées sont déployées, telles que l'utilisation de médicaments antirétroviraux en prophylaxie préexposition, la circoncision médicale masculine volontaire, des mesures visant à faire évoluer les comportements pour réduire le nombre de partenaires sexuels, et l'extension de la couverture du traitement des personnes vivant avec le VIH afin de réduire la charge virale et de prévenir la transmission.

Parmi les progrès accomplis sur la voie de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, on peut citer l'augmentation de la couverture des services de prévention de la transmission mère-enfant, qui ont bénéficié à jusqu'à 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH dans de nombreux pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe. Le Botswana est devenu le premier pays à forte charge de morbidité à obtenir une certification de l'OMS après avoir franchi une étape importante sur la voie de l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant, le niveau « argent », qui rapproche le pays de l'élimination. Neuf autres pays<sup>69</sup> sont en passe de franchir les étapes intermédiaires qui consistent à atteindre un taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant inférieur à 5 % et un taux de nouvelles infections pédiatriques par le VIH dues à une transmission mère-enfant inférieur à 50 cas pour 100 000 naissances vivantes.

67 Bénin, Guinée équatoriale, Ouganda et Rwanda.

68 Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo et République-Unie de Tanzanie.

69 Botswana, Cabo Verde, Eswatini, Malawi, Namibie, Ouganda, Rwanda, Seychelles et Zimbabwe.

**Le Botswana est devenu le premier pays à forte charge de morbidité à obtenir une certification de l'OMS après avoir franchi une étape importante sur la voie de l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant, le niveau « argent », qui rapproche le pays de l'élimination.**



La charge des infections sexuellement transmissibles reste élevée : quelque 374 millions d'infections sexuellement transmissibles curables sont contractées chaque année dans le monde, dont 91 millions en Afrique. La résistance aux antimicrobiens utilisés pour le traitement de dernière intention de *Neisseria gonorrhoeae* a été attestée dans quelques pays africains. Le Programme élargi de surveillance de la résistance des gonocoques aux antimicrobiens est en cours de mise en œuvre dans cinq pays.<sup>70</sup> L'Afrique du Sud dispose d'un système fonctionnel pour surveiller la résistance aux antimicrobiens de la gonorrhée. Huit pays<sup>71</sup> ont actualisé leurs directives nationales sur la prise en charge des cas d'infections sexuellement transmissibles en vue de l'élimination de la transmission mère-enfant de la syphilis. Le Soudan du Sud modélise l'intégration des services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles dans les soins de santé primaires.

Afin de remédier aux inégalités en matière d'accès aux services de lutte contre le cancer, l'OMS a lancé trois grandes initiatives mondiales de lutte contre le cancer<sup>72</sup> afin de pérenniser et d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique dans la Région et d'améliorer les taux de survie au cancer de l'enfant grâce à la mise en œuvre de l'Initiative mondiale de lutte contre le cancer de l'enfant. À la fin de la période couverte par le présent rapport, 10 pays<sup>73</sup> avaient bénéficié d'un appui pour adopter le test de dépistage de haute performance recommandé pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Le Kenya était en train de déployer un test de dépistage du papillomavirus humain à l'aide d'agents de santé communautaires, tandis que le Libéria avait créé ses premiers centres publics de dépistage du cancer du col de l'utérus et de détection précoce du cancer du sein, avec le soutien de l'OMS. Avec le concours de l'Initiative mondiale

de lutte contre le cancer de l'enfant, la Zambie et le Ghana ont élaboré des directives thérapeutiques propres à chacun de ces pays et établi des registres pédiatriques en milieu hospitalier. L'Initiative spéciale du Directeur général pour la santé mentale a été mise en œuvre dans deux États Membres.<sup>74</sup> Le Kenya, l'Ouganda et le Zimbabwe ont élaboré des argumentaires d'investissement en faveur de la santé mentale en partenariat avec l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Qui plus est, trois pays<sup>75</sup> ont mis en œuvre l'initiative *Quality Rights*, dont la vocation est de faire en sorte que les soins de santé mentale soient fondés sur les droits humains et axés sur la récupération. L'Ouganda est devenu le premier pays au monde à mettre en œuvre l'initiative SAFER<sup>76</sup> en s'appuyant sur la feuille de route élaborée en 2021. Un accompagnement en matière de santé mentale et un soutien psychosocial ont

70 Afrique du Sud, Côte d'Ivoire, Malawi, Ouganda et Zimbabwe.

71 Botswana, Cameroun, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Kenya, Rwanda et Sierra Leone.

72 Initiative mondiale OMS de lutte contre le cancer de l'enfant (<https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/cancer/who-childhood-cancer-overview-booklet.pdf>), Initiative pour l'élimination du cancer du col de l'utérus (<https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>) et Initiative mondiale de lutte contre le cancer du sein ([https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/cancer/the-global-breast-cancer-initiative.pdf?sfvrsn=b1192ada\\_18&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/cancer/the-global-breast-cancer-initiative.pdf?sfvrsn=b1192ada_18&download=true))

73 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Ouganda, Rwanda, Sénégal et Zambie.

74 Ghana et Zimbabwe.

75 Ghana, Kenya et Zimbabwe.

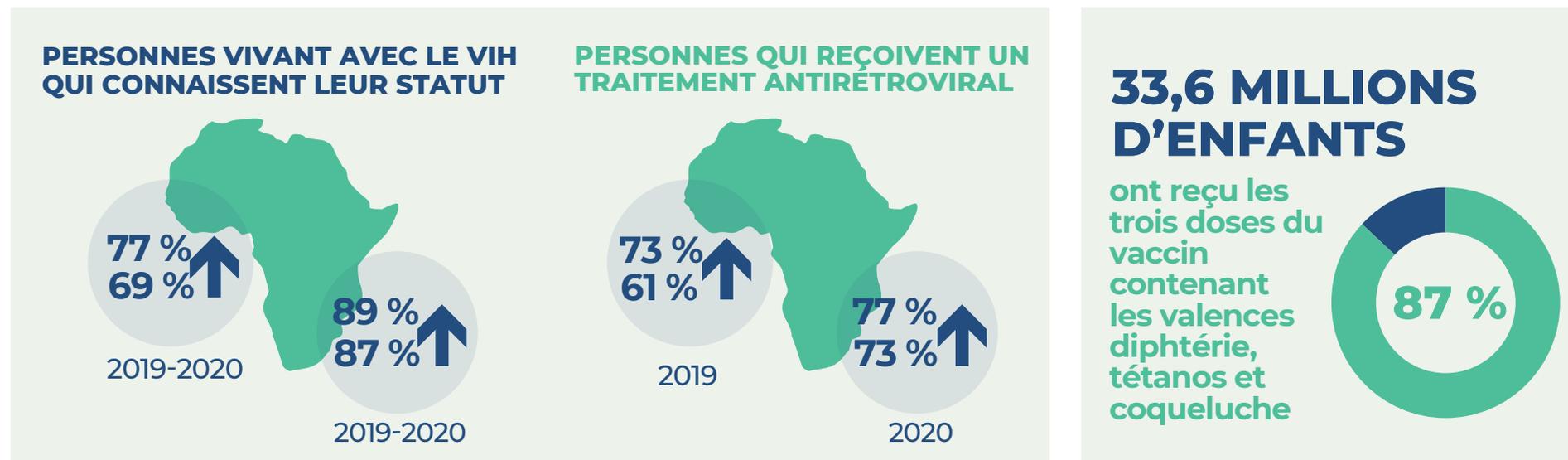
76 <https://www.who.int/initiatives/SAFER>

été fournis à trois pays<sup>77</sup> à la suite de crises humanitaires de niveau 3, et dans tous les pays dans le cadre de la riposte à la COVID-19. Trois pays<sup>78</sup> ont intégré la santé mentale dans leurs plans multisectoriels de lutte contre les maladies non transmissibles afin d'accroître la couverture des services au niveau des soins de santé primaires.

Pendant la période couverte par le présent rapport, la vaccination systématique a essentiellement cherché à pérenniser les acquis, mais les cibles n'ont pas été complètement atteintes. En 2021, sur une population cible de 38,4 millions d'enfants dans la

Région, en tout 33,6 millions d'enfants ont reçu les trois doses du vaccin contenant les valences diphtérie, tétanos et coqueluche, soit une couverture de 87 %. Par ailleurs, au total 32,1 millions d'enfants ont reçu la première dose du vaccin antirougeoleux, ce qui représente une couverture de 84 %, soit un niveau inférieur à la cible de 90 % fixée pour tous les antigènes. De ce fait, il y a eu une augmentation de 2,5 % du nombre d'enfants sous-vaccinés dans la Région, qui est passé de 2 137 810 en 2020 à 2 192 274 en 2021. Cela dit, 18 pays<sup>79</sup> ont signalé une réduction du nombre d'enfants sous-vaccinés (voir la Figure ci-dessous).

## INTERVENTIONS SANITAIRES VISANT À FAIRE PROGRESSER LA COUVERTURE ÉLARGIE DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES PRIORITAIRES



77 Éthiopie, nord-est du Nigéria et Soudan du Sud.

78 Éthiopie, Ghana et Nigéria.

79 Botswana, Burundi, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée équatoriale, Libéria, Maurice, Mauritanie, Namibie, Nigéria, République centrafricaine, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Soudan du Sud, Tchad et Togo.

FIGURE 3. ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ENFANTS SOUS-VACCINÉS DANS LES PAYS DE LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS EN 2021



Les performances insuffisantes des systèmes nationaux de vaccination dans la Région au cours de la période couverte par le présent rapport est généralement attribuée aux perturbations de la prestation de services associées à la pandémie de COVID-19, en particulier au changement d'orientation et au détournement des ressources au profit du déploiement de la vaccination contre la COVID-19. En plus de soutenir la vaccination systématique dans la Région en définissant des orientations normatives et en fournissant des matériels de formation adaptés pour garantir le respect des protocoles de lutte contre la COVID-19, l'OMS a également offert un soutien similaire à 11 pays<sup>80</sup> dans le cadre de leurs campagnes de vaccination de masse contre la rougeole. Ainsi, plus de 100 % des 14 210 898 enfants ciblés ont reçu des vaccins d'importance vitale.

**Les campagnes de vaccination de masse contre la rougeole dans 11 pays ont permis à 14 210 898 enfants ciblés qui de recevoir des vaccins d'importance vitale.**

Le projet pilote de mise en œuvre de la vaccination antipaludique par le RTS,S a été lancé au Ghana, au Kenya et au Malawi. En octobre 2021, l'OMS a recommandé une utilisation plus large du vaccin chez les enfants à partir de l'âge de cinq mois, dans les contextes de transmission modérée à forte. Cette recommandation a été officialisée par la note de synthèse de l'OMS publiée le 4 mars 2022. D'après les explications de la note de synthèse, le vaccin devrait être utilisé pour prévenir le paludisme à *Plasmodium falciparum* chez les enfants vivant dans des régions où la transmission du paludisme est modérée ou forte, selon la définition de l'OMS, et devrait être administré selon un schéma à quatre doses chez les enfants à partir de l'âge de cinq mois. Par la suite, les lignes directrices de l'OMS relatives au paludisme ont été mises à jour pour faire figurer le vaccin parmi les outils de lutte contre la maladie, et l'OMS a reçu le dossier de préqualification établi par le fabricant du vaccin.

80 Botswana, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Eswatini, Kenya, Niger, Nigéria, Sénégal, Soudan du Sud et Tchad.

À la suite de la recommandation de l'OMS en faveur d'une utilisation plus large de ce vaccin, le Conseil d'administration de Gavi, l'Alliance du vaccin s'est réuni en décembre 2021 et a approuvé la création d'un programme de vaccination antipaludique sous l'égide de Gavi. Le Conseil a approuvé un investissement initial de 155,7 millions de dollars É.-U. pour le programme au titre de l'exercice 2022-2025. En outre, le financement de l'extension de la campagne de vaccination aux zones de comparaison du programme pilote a été assuré par les fondations GiveWell et Open Philanthropy (à hauteur de cinq millions de dollars É.-U. environ). Les trois pays pilotes<sup>81</sup> qui ont débuté l'administration en 2019 ont commencé à élaborer des plans pour cette expansion.

Des plans visant à introduire le RTS,S à plus grande échelle sont en cours d'exécution, 23 pays<sup>82</sup> non participants au programme pilote ayant manifesté leur souhait d'introduire ce vaccin. Or, force est de reconnaître que l'approvisionnement limité continue de poser problème : en effet, selon des estimations, le nombre de doses disponibles se chiffre à 15 millions par an à court et moyen termes (sur quatre à six ans), alors que les besoins devraient quant à eux osciller entre 80 et 100 millions de doses par an à un rythme régulier.

Un cadre a donc été élaboré pour orienter l'allocation des stocks limités de vaccins aux pays. Ce cadre permettra de faire en sorte que les stocks limités de vaccins soient alloués aux pays concernés de façon équitable et juste. Des lignes directrices ont en outre été élaborées pour permettre aux pays de solliciter l'appui du programme de vaccination antipaludique de Gavi. Une série d'ateliers épaula actuellement les pays dans la préparation de leurs candidatures pour examen par Gavi.

### GROS PLAN. EN GUINÉE, AGIR POUR LA FIN DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH<sup>83</sup>

Grâce aux modèles différenciés de distribution des antirétroviraux que recommande l'OMS pour les patients séropositifs pour le VIH dont la situation est stable et dont la charge virale est supprimée, Rama, une mère guinéenne, a pu voir son deuxième enfant, aujourd'hui âgé de 13 ans, grandir en excellente santé et sans VIH.

Rama ne connaissait pas son statut lorsqu'elle a donné naissance à son premier enfant. Mais « pour [mon deuxième enfant], le médecin m'a informée qu'il était tout à fait possible d'avoir un enfant sain et indemne de VIH, en prenant correctement mes médicaments », a-t-elle indiqué.

Les femmes comme Rama sont le visage de la lutte menée par la Guinée pour mettre fin à la transmission du VIH de la mère à l'enfant. À cet égard, l'OMS soutient le gouvernement guinéen dans ses efforts visant à accélérer l'élimination du VIH et à améliorer le traitement pédiatrique du virus.

Conformément aux orientations de l'OMS, la Guinée s'est dotée de modèles différenciés de distribution des antirétroviraux : les modèles « R3M » (rendez-vous au troisième mois) et « R6M » (rendez-vous au sixième mois). Conçues de sorte à ce que les patientes poursuivent le traitement jusqu'au bout, les stratégies permettent de réduire les coûts tout en allégeant la charge de travail des prestataires et en améliorant la qualité du service.

En Guinée, le nombre de centres de prévention de la transmission mère-enfant dans lesquels les femmes enceintes et leurs enfants ont accès gratuitement à un traitement antirétroviral est passé à 487 en 2021, contre 357 trois ans plus tôt.

Selon le rapport 2021 du Programme national de lutte contre le sida et les hépatites, sur les 2252 enfants qui ont subi un test de dépistage du VIH sur la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2021, en tout 93 % ont été testés négatifs – contre 91 % en 2020.

« Dans les centres, les personnes vivant avec le VIH sont prises en charge selon les recommandations de l'OMS visant à garantir des aspects essentiels tels que la qualité des tests de dépistage, la charge virale et la surveillance », a relevé le D<sup>r</sup> Casimir Manengu, Représentant par intérim de l'OMS en Guinée.

« Chaque fois que mon regard se pose sur lui, je suis émerveillée ! », confie Rama.

81 Ghana, Kenya et Malawi.

82 Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Madagascar, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo, Zambie et Zimbabwe.

83 <https://www.afro.who.int/fr/countries/guinea/news/en-guinee-agir-pour-la-fin-de-la-transmission-du-vih-de-la-mere-lenfant>



CHAPITRE 4  
**LUTTE CONTRE LA  
RÉSISTANCE AUX  
ANTIMICROBIENS, MISE  
AU POINT DE SYSTÈMES  
RÉGIONAUX DE DIAGNOSTIC  
ET DE LABORATOIRE,  
ET INNOVATION POUR  
AMÉLIORER L'IMPACT  
SANITAIRE**



## 4.1 LUTTE CONTRE LA RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS

La résistance aux antimicrobiens, qui cause plus de 700 000 décès par an, constitue une menace mondiale qui risque de compromettre le développement général de nos États Membres si aucune mesure n'est prise. La résistance aux antimicrobiens menace la chaîne d'approvisionnement en médicaments existante, qui est essentielle pour traiter les maladies à forte charge de morbidité, et est susceptible d'accroître la mortalité et le coût de la prise en charge en Afrique.

Le programme de lutte contre la résistance aux antimicrobiens du Bureau régional s'articule autour de six principaux domaines stratégiques : les systèmes de surveillance, notamment des capacités des laboratoires ; la lutte anti-infectieuse ; l'optimisation de l'usage des médicaments antimicrobiens ; la sensibilisation et l'éducation concernant la résistance aux antimicrobiens ; les capacités de recherche pour l'élaboration de politiques et de pratiques reposant sur des bases factuelles ; et la coordination multisectorielle et le partenariat. Selon un argumentaire d'investissement en faveur de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, les investissements dans ce domaine pourraient produire quelques-uns des avantages les plus importants en ce qui concerne les objectifs de développement durable. De plus, des plans nationaux de lutte contre la résistance aux antimicrobiens chiffrés et budgétisés multiplient les possibilités de mobiliser efficacement des ressources et de mener des interventions durables pour un impact à long terme.

Au cours des cinq dernières années, le nombre de pays ayant élaboré des plans d'action nationaux et engagé des actions de lutte contre la résistance aux antimicrobiens a considérablement augmenté. En juin 2022, au total 81 % des pays de la Région africaine avaient préparé des plans d'action nationaux dans

le droit fil de l'approche « Une seule santé ». Sept pays<sup>84</sup> ont élaboré et approuvé leurs plans nationaux multisectoriels de lutte contre la résistance aux antimicrobiens, ce qui porte à 29 le nombre total de pays de la Région dotés de plans approuvés. Cinq pays<sup>85</sup> ont été encouragés à soumettre des propositions au fonds d'affectation spéciale pluripartenaire et ont reçu jusqu'à un million de dollars É.-U. chacun pour faciliter la réalisation des activités liées au plan d'action national dans les secteurs de la santé humaine, animale et environnementale. Un outil de calcul des coûts et de budgétisation des plans d'action nationaux de lutte contre la résistance aux antimicrobiens, qui a été testé avec succès en Sierra Leone, a été officiellement lancé et sera utilisé partout dans la Région africaine.<sup>86</sup>

En collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), l'OMS a prêté son concours à 41 pays pour qu'ils puissent mener des enquêtes tripartites d'autoévaluation nationale sur la résistance aux antibactériens (TrACSS) afin de suivre l'état d'avancement de la mise en œuvre des plans d'action nationaux. Ces enquêtes ont servi de base à l'établissement d'un rapport régional et de profils de pays actualisés sur la situation des plans de lutte contre la résistance aux antimicrobiens dans le secteur de la santé dans la Région. La surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de l'utilisation des antimicrobiens s'est très nettement intensifiée. Jusqu'à présent, 33 pays de la Région africaine<sup>87</sup> sont inscrits au Système mondial de la surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de l'utilisation des antimicrobiens.

La sensibilisation, l'éducation et la compréhension de la résistance aux antimicrobiens sont essentielles pour un changement de comportements et pour notre approche de la manipulation des antimicrobiens dans nos communautés. En vue d'accroître la sensibilisation à la résistance aux antimicrobiens et la

84 Érythrée, Eswatini, Namibie, Ouganda, Rwanda, Sénégal et Togo.

85 Éthiopie, Ghana, Kenya, Sénégal et Zimbabwe.

86 [Webinaire sur le lancement de l'outil de calcul des coûts et de budgétisation des plans d'action nationaux de lutte contre la résistance aux antimicrobiens et sur les enseignements tirés du continent africain](#)

87 Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

compréhension de ce phénomène, une manifestation de haut niveau a été organisée pour lancer la troisième Semaine mondiale pour un bon usage des antimicrobiens,<sup>88</sup> sur le thème « Gouvernance de la résistance aux antimicrobiens : la prévention de la résistance aux antimicrobiens est notre responsabilité partagée ». Les manifestations marquant la troisième Semaine mondiale pour un bon usage des antimicrobiens ont eu lieu à l'échelle continentale, avec pour chefs de file les membres de l'alliance quadripartite (FAO, OIE, OMS et Programme des Nations Unies pour l'environnement) et le CDC-Afrique/l'Union africaine. Pendant la Semaine mondiale pour un bon usage des antimicrobiens 2021, cinq pays<sup>89</sup> ont bénéficié d'un appui pour produire des documents et organiser des campagnes de sensibilisation à la résistance aux antimicrobiens adaptées au contexte. Au cours de la même période, l'OMS a finalisé le déploiement de sa campagne en ligne sur la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, qui a été vue plus de 129 millions de fois et a reçu plus de 46,1 millions de vues individuelles. Dans le même ordre d'idée, le site Web de la campagne<sup>90</sup> a été visité plus de 35 000 fois.

Les activités de renforcement des capacités ont notamment consisté à fournir un appui stratégique, technique et financier à quatre pays.<sup>91</sup> L'OMS a par exemple achevé l'examen du plan de surveillance de la résistance aux antimicrobiens au Bénin, fourni un appui technique et financier au Nigéria pour la mise en œuvre des activités de gestion des antimicrobiens, et accompagné les Comores, la République démocratique du Congo et le Togo par des formations. Les actions visant à optimiser l'usage des antimicrobiens sont essentielles pour préserver leur efficacité à long terme. À cette fin, un document d'orientation et un aide-mémoire sur la résistance aux antimicrobiens ont été mis à l'essai en Zambie et en Ouganda dans le but d'intégrer la gestion de la résistance aux antimicrobiens dans les inspections réglementaires de la fabrication et des produits médicaux.

88 [Communiqué des directeurs des institutions régionales africaines pour la Semaine mondiale continentale pour un bon usage des antimicrobiens 2021 – La prévention de la résistance aux antimicrobiens est notre responsabilité partagée](#)

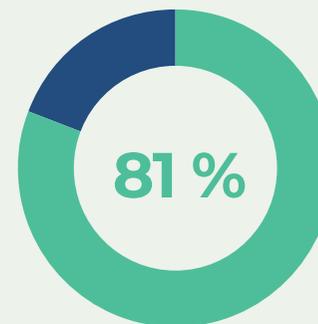
89 Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Zambie et Zimbabwe.

90 [Site Web de la campagne de lutte contre la résistance aux antimicrobiens](#)

91 Bénin, Burundi, Mali et République démocratique du Congo.

## LUTTE CONTRE LA RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS

**31 PAYS**  
DE LA RÉGION  
AFRICAINES DOTÉS DE  
**PLANS D'ACTION**  
**NATIONAUX POUR LA**  
**RÉSISTANCE AUX**  
**ANTIMICROBIENS,**  
EN JUIN 2022



**33 PAYS DE LA**  
**RÉGION AFRICAINE**

SONT INSCRITS AU SYSTÈME MONDIAL DE  
LA SURVEILLANCE DE LA RÉSISTANCE AUX  
ANTIMICROBIENS ET DE L'UTILISATION  
DES ANTIMICROBIENS.



LA CAMPAGNE EN LIGNE  
SUR LA LUTTE CONTRE  
LA RÉSISTANCE AUX  
ANTIMICROBIENS  
DE L'OMS



Campagne vue plus  
de **129 MILLIONS**  
de fois



**46,1 MILLIONS**  
de vues individuelles



**35 000 VISITEURS**





## 4.2 RENFORCEMENT DES SYSTÈMES RÉGIONAUX DE DIAGNOSTIC ET DE LABORATOIRE

Le Secrétariat a intensifié ses efforts visant à renforcer les systèmes de laboratoire et de diagnostic, non seulement pour la surveillance pendant les épidémies et les pandémies, mais aussi pour contribuer à la prestation de services de soins courants par les systèmes de santé nationaux.

La pandémie de COVID-19 a soumis les systèmes de santé à une pression sans précédent, ce qui souligne le rôle fondamental que jouent les laboratoires et les analyses en laboratoire. Afin de pallier les lacunes constatées en matière de capacités de laboratoire, des programmes ambitieux ont été créés pour investir dans le renforcement des services de diagnostic de laboratoire destinés aux soins cliniques, aux situations d'urgence et à la recherche. Les capacités des laboratoires à détecter et à prévenir les maladies à potentiel épidémique et pandémique et à y faire face ont été considérablement renforcées aux niveaux régional et national. En début 2020 par exemple, seuls deux

laboratoires étaient capables de diagnostiquer la COVID-19 dans la Région. En mars 2022, en tout 1000 laboratoires dans tous les États Membres étaient désormais en mesure de le faire, et pouvaient même réaliser des tests PCR pour une meilleure détection d'autres maladies à potentiel épidémique et pandémique.

En vue de maintenir la qualité du dépistage, plus de 225 laboratoires ont participé à des activités d'évaluation externe de l'assurance de la qualité réalisées au titre de la lutte contre la COVID-19. Des réseaux de séquençage ont aussi été créés dans la Région, et sont constitués de trois laboratoires spécialisés (deux en Afrique du Sud et un au Nigéria) et de laboratoires régionaux de référence en Afrique du Sud, en Ouganda, au Gabon, au Ghana, au Kenya, au Maroc, en République démocratique du Congo et au Sénégal. Ces établissements prêtent leur assistance aux laboratoires de leurs différentes sous-régions pour le séquençage génomique de la COVID-19 et pour établir le séquençage de l'ADN. Dans la même logique, le Secrétariat de l'OMS apporte son appui aux pays pour qu'ils puissent utiliser des systèmes de contrôle de la qualité en laboratoire et appliquer les mesures de sécurité et de sûreté biologiques, de façon à ce que ces systèmes soient

adaptés pour l'acheminement et le transport des échantillons infectieux vers les centres collaborateurs.

Les capacités des laboratoires ont encore été renforcées de manière à ce qu'ils puissent diagnostiquer d'autres pathologies comme le paludisme, la fièvre jaune et le choléra. De plus, le renforcement des capacités de séquençage en laboratoire pour la confirmation en temps voulu des cas a été retenu comme l'une des principales approches stratégiques pour la réduction graduelle des activités de lutte contre la poliomyélite. Il a par ailleurs contribué à la détection des flambées de choléra et de fièvre jaune signalées dans plusieurs pays de la Région et à la riposte au cours de la période couverte par le présent rapport.

La capacité à dépister de nouveaux variants du SARS-CoV-2 s'est améliorée depuis le début de la pandémie. À preuve, on est passé de seulement 12 pays disposant de laboratoires capables de séquencer les génomes viraux dans la Région au début de la pandémie de COVID-19 à 37 pays en mesure de le faire actuellement. L'objectif était de prêter assistance aux autres pays pour qu'ils développent des capacités nationales de séquençage génomique et optimisent les stratégies d'échantillonnage afin d'améliorer la détection et la surveillance des variants du SARS-CoV-2.

Le renforcement des services de diagnostic et de laboratoire a amélioré la capacité des États Membres à prévoir leurs besoins en médicaments, en réactifs de laboratoire et en matériel biomédical pour la riposte à la COVID-19, à maintenir la prestation de services de santé essentiels et à suivre l'offre et la demande.

Pour favoriser l'harmonisation de la gestion des dispositifs médicaux, 90 participants issus de la Région africaine ont reçu une formation fondée sur les lignes directrices du Forum africain des dispositifs médicaux relatives aux dispositifs à usage médical, y compris les diagnostics *in vitro*. À la suite de la publication de la troisième liste modèle OMS des dispositifs de diagnostic *in vitro* essentiels,<sup>92</sup> 60 participants provenant de divers États Membres ont été formés en octobre 2021 à la sélection fondée sur des données probantes des diagnostics *in vitro* essentiels, ainsi qu'à l'emploi des dispositifs médicaux prioritaires et des technologies d'assistance pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle.

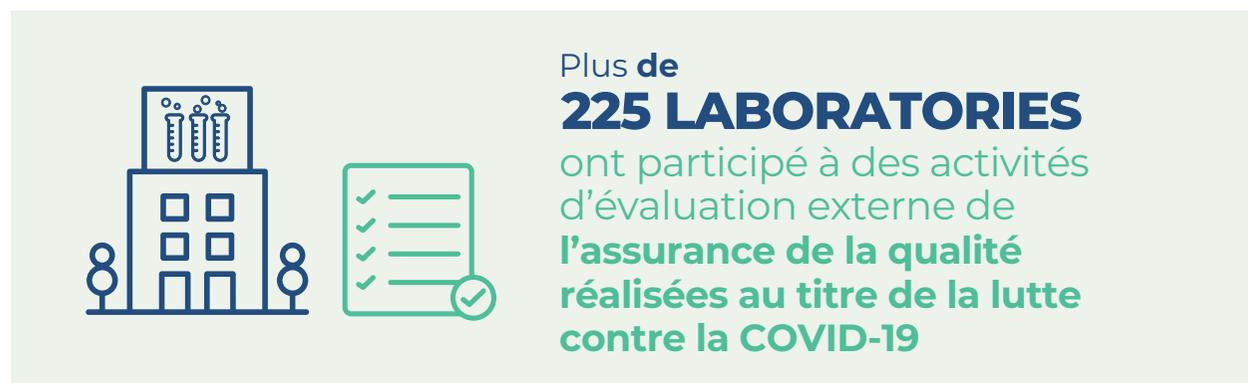
En collaboration avec l'OIE et la FAO, l'OMS a lancé le premier Programme mondial pour le leadership des laboratoires, qui a permis de former 25 responsables de laboratoires issus de cinq pays<sup>93</sup> d'Afrique centrale. L'objectif est de favoriser et d'encadrer les responsables de laboratoire actuels et émergents afin de mettre en place, de renforcer et de pérenniser les systèmes de laboratoire nationaux.

Les centres collaborateurs et les réseaux de laboratoires dans les États Membres ont joué un rôle crucial dans le renforcement de la santé publique. Au cours de la période couverte par le présent rapport, un centre collaborateur OMS de surveillance de la résistance aux antimicrobiens a été désigné à l'Université du Witwatersrand en Afrique du Sud, et une collaboration a été établie avec l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal). Des accords de collaboration ont par ailleurs été conclus avec des laboratoires de séquençage en Afrique de l'Est, en Afrique australe et en Afrique de l'Ouest.

92 [Troisième liste modèle OMS des dispositifs de diagnostic \*in vitro\* essentiels](#)

93 Congo, Gabon, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Tchad.

## RENFORCEMENT DES SYSTÈMES RÉGIONAUX DE DIAGNOSTIC ET DE LABORATOIRE



## 4.3 INNOVATION POUR LA TRANSFORMATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ

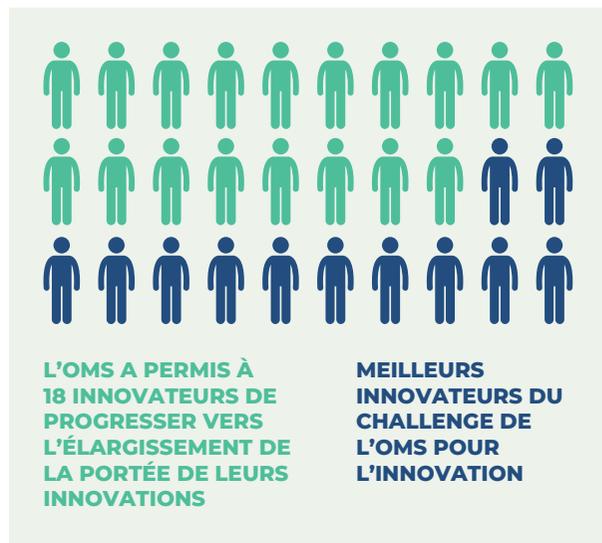
### 4.3.1 INNOVATION TECHNOLOGIQUE ET NUMÉRIQUE

La stratégie pour transposer à une plus grande échelle les innovations en santé dans la Région africaine de l'OMS et le Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé numérique dans la Région africaine de l'OMS, adoptés par les États Membres, servent de boussole aux activités que le Bureau régional mène dans ce domaine particulier. L'innovation dans le secteur de la santé est devenue un moteur essentiel de la transformation de la prestation des soins de santé pour s'adapter à l'évolution des besoins de santé publique, la pandémie de COVID-19 ayant stimulé la mise au point de solutions numériques innovantes pour éclairer la riposte.

Le Secrétariat de l'OMS a lancé plusieurs initiatives visant à donner aux pays les moyens de renforcer leurs écosystèmes d'innovation en santé, de manière à ce qu'ils répondent plus aux besoins en innovation de la Région africaine. Le Secrétariat a accompagné le Botswana dans la mise au point d'une plateforme intégrée et solide qui doit aider le pays à coordonner l'intensification, dans le cadre de partenariats, d'innovations sanitaires pertinentes au niveau local pour un impact durable. La plateforme sera reproduite dans d'autres pays en fonction de leurs besoins en matière de développement des innovations.

Le Secrétariat a également mené une étude portant sur plus d'un millier de technologies nouvelles ou de modifications des technologies existantes ciblant différents domaines de la riposte à la COVID-19, qui a été communiquée aux pays pour adoption ou adaptation à leurs contextes. Depuis lors, plus de 120 innovations technologiques en santé ont été testées ou adoptées par des pays de la Région. Il s'agissait d'outils destinés à la gestion des données et des informations, à la recherche des contacts, à l'autodépistage, aux chatbots, aux services de télésanté, aux évaluations des risques et aux livraisons de produits, entre autres.

Il ressort d'une autre étude qui a dressé le profil des 30 meilleurs innovateurs du Challenge de l'OMS pour l'innovation en 2021 que l'appui apporté par l'OMS a permis à 18 innovateurs de progresser vers l'élargissement de la portée de leurs innovations, et que les effets de cet appui ont été probants. Vaxiglobal, une start-up basée au Zimbabwe, a par exemple mis au point un système de vérification des tests de dépistage de la COVID-19 que l'on utilise actuellement à tous les points d'entrée du pays. Grâce à ce système, on a pu limiter le nombre de faux certificats de test COVID-19.



ERQ MA'ED Media and Mental Health, une société éthiopienne à vocation sociale, a développé une innovation sociale intégrée dans le domaine du bien-être mental pour résoudre les problèmes de conflits familiaux, de violence et d'abus. La visibilité offerte par l'OMS a permis de booster la demande des services proposés par ERQ MA'ED, et plus de 20 000 appels ont été enregistrés par an dans tout le pays. L'innovation a depuis reçu une reconnaissance mondiale et bénéficie en ce moment de l'appui financier de divers partenaires, dont l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et Care International.

TrueSpec Africa, une société fondée par un jeune innovateur camerounais, a mis au point une technologie grâce à laquelle les hôpitaux, les pharmacies, les laboratoires pharmaceutiques et les centres de contrôle de la qualité peuvent détecter les médicaments contrefaits grâce à l'intelligence artificielle. Le système conçu par cet innovateur est désormais utilisé au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en République démocratique du Congo et au Nigéria, ce qui lui a permis d'être reconnu et de rejoindre la liste des 30 Africains de moins de 30 ans les plus talentueux dressée par Forbes en 2022.

La mise à profit de l'innovation a contribué à une amélioration notable de l'exécution des programmes au niveau des pays. Par exemple, la technologie du système d'information géographique (SIG) a été au cœur de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine. Le système numérique de suivi et de traçabilité a aussi été mis au point pour suivre les produits du tabac conformément aux dispositions de l'article 8 du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. L'utilisation d'appareils électroniques portatifs pour la collecte de données d'enquête par étapes en rapport avec la plateforme électronique de gestion des données de l'approche par étapes a également été utilisée pour améliorer la surveillance des maladies non transmissibles, avec des répercussions positives pour la prise de décisions en temps réel et des mesures correctives ciblant le travail qui se fait sur le terrain. L'OMS a apporté son appui à quatre pays<sup>94</sup> pour qu'ils puissent adopter l'approche par étapes de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles sur le terrain. Les résultats escomptés devraient contribuer à une meilleure planification des programmes de lutte contre ces maladies à l'avenir. Une note d'orientation sur la santé bucco-dentaire relative à la continuité des services essentiels de santé bucco-dentaire pendant la pandémie de COVID-19 dans la Région africaine de l'OMS a par ailleurs été élaborée et diffusée.<sup>95</sup>

Il reste donc important pour les pays de créer un environnement propice pour encourager la mise au point et l'adoption d'innovations locales de façon durable. Cela passe par des politiques créatives et favorables et par des mécanismes d'incitation qui attireront des investissements supplémentaires dans le domaine de l'innovation.

94 Burkina Faso, Cabo Verde, Niger et Sao Tomé-et-Principe.

95 <https://www.afro.who.int/fr/publications/continuite-des-services-essentiels-de-sante-bucco-dentaire-pendant-la-pandemie-covid>

### 4.3.2 INNOVATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DE PRODUITS

Au cours des deux dernières années, de nombreux gouvernements des États Membres de la Région africaine et l'Union africaine ont fait preuve d'un engagement politique fort et réalisé des investissements stratégiques visant à améliorer la capacité locale de fabrication de vaccins et de médicaments en Afrique. Les États Membres ont mis sur pied le Plan de fabrication de produits pharmaceutiques pour l'Afrique (PMPA), l'Agence africaine des médicaments (AMA) et le Partenariat pour la fabrication de vaccins en Afrique (PAVM). Ledit partenariat a été lancé en avril 2021 afin de garantir, d'ici à 2040, la fabrication locale de 60 % des vaccins dont l'Afrique a besoin.

En 2021, l'OMS a lancé le centre mondial de transfert de technologie pour les vaccins à ARN messenger dans la ville du Cap (Afrique du Sud), à la suite des achats de vaccins à grande échelle effectués par les pays riches, et compte tenu du fait que les entreprises privilégient les ventes aux gouvernements qui disposés à acheter au prix le plus élevé possible. Les pays à revenu faible ou intermédiaire se sont ainsi retrouvés en queue de peloton dans la ruée vers les vaccins anti-COVID-19. Le centre entend donner aux pays à revenu faible ou intermédiaire les moyens de fabriquer des vaccins à ARN messenger à grande échelle et dans le respect des normes internationales. Six pays africains<sup>96</sup> seront les premiers sur le continent à recevoir la technologie nécessaire pour produire des vaccins à ARN messenger.

Le Secrétariat a accompagné les efforts de fabrication de vaccins et de médicaments sur le continent, notamment par la création du Forum africain pour la réglementation des vaccins. Le but de l'AVAREF est de renforcer la capacité institutionnelle des autorités de réglementation et des comités d'éthique, par la collaboration et le partage des tâches, tout en tenant compte de la prise en main par les pays africains qui souhaitent renforcer leurs capacités et promouvoir l'harmonisation des pratiques à l'appui de la surveillance des essais cliniques. L'AVAREF a démontré son utilité dans le renforcement des examens réglementaires et

éthiques, la promotion de normes et d'approches harmonisées et l'accélération de l'examen des essais cliniques pour les vaccins hautement efficaces pour la santé publique et contre la méningite, la tuberculose, le paludisme, la maladie à virus Ebola et la COVID-19, entre autres. L'AVAREF a aussi mis en lumière la complexité croissante de la recherche biomédicale, qui requiert une coopération accrue entre les partenaires, notamment les donateurs, les chercheurs, les développeurs de produits, les organismes de réglementation et la communauté de l'éthique médicale.

Malgré les progrès réalisés ces deux dernières années, des défis majeurs subsistent. Dans de nombreux cas, les vaccins produits localement sont beaucoup plus chers que les produits importés et il faudra apporter un soutien financier et technique aux fabricants locaux pour remédier à cette situation. Le faible niveau de maturité des systèmes de réglementation africains pose un autre défi, car seuls les systèmes du Ghana, du Nigéria et de la République-Unie de Tanzanie ont atteint le niveau 3. En collaboration avec l'Agence africaine des médicaments, l'AVAREF devra encourager le renforcement de la réglementation dans les États Membres.

Parmi les autres défis à relever, on peut citer le faible niveau de développement des systèmes pharmaceutiques, la persistance de la vente illicite de produits pharmaceutiques dans certains pays, qui constitue une menace majeure pour le développement de l'industrie locale, tout comme la présence internationale et l'expansion de l'industrie mondiale. Il sera nécessaire d'organiser des consultations continentales sur les menaces posées par le commerce illicite de médicaments sur la viabilité de la fabrication locale de vaccins en Afrique.

Le fait que les priorités ne sont pas définies constitue une autre source de préoccupation, au même titre que les investissements limités dans la recherche-développement. Il convient donc de promouvoir la mise en place d'une plateforme africaine de coordination des produits sanitaires et des innovations pour parvenir à l'autosuffisance, notamment en garantissant un investissement approprié dans la recherche-développement en Afrique.

En encourageant la production locale sur le continent africain, l'objectif est de garantir la disponibilité et l'accès à des vaccins et à d'autres produits médicaux de qualité, sûrs et efficaces. À cette fin, le Secrétariat collaborera avec les États Membres et les partenaires pour mettre en œuvre des mesures stratégiques visant à améliorer la compétitivité en termes de coûts des vaccins produits localement, de même que le niveau de maturité des systèmes réglementaires. Les autres axes prioritaires comprendront des mesures stratégiques pour remédier au faible niveau de développement des systèmes pharmaceutiques, la faible priorité accordée à la recherche-développement et les investissements limités dans ce domaine.

**Le Secrétariat collaborera avec les États Membres et les partenaires pour mettre en œuvre des mesures stratégiques visant à améliorer la compétitivité en termes de coûts des vaccins produits localement, de même que le niveau de maturité des systèmes réglementaires.**

<sup>96</sup> Afrique du Sud, Égypte, Kenya, Nigéria, Sénégal et Tunisie.



## 4.4 RECHERCHE AXÉE SUR L'IMPACT

La recherche offre une plateforme d'échange de données factuelles et de meilleures pratiques pour orienter les programmes et les interventions. Le programme de recherche joue un rôle majeur en fournissant des orientations stratégiques et en soutenant la recherche pour éclairer le programme d'action sanitaire de l'OMS.

En synergie avec ses centres collaborateurs et ses partenaires stratégiques tels que le Partenariat Europe-pays en développement sur les essais cliniques, la plateforme Tackling Infections to Benefit Africa, l'Académie africaine des sciences et le CDC-Afrique, l'OMS a apporté un appui aux pays pour qu'ils puissent réaliser des essais cliniques, séquencer le virus et prendre des mesures de lutte contre la COVID-19. Des avancées notables ont été constatées dans le domaine de la lutte contre le paludisme et les maladies tropicales négligées. L'OMS a soutenu le développement des compétences de recherche des jeunes scientifiques africains grâce à un partenariat avec le Prix Hideyo Noguchi pour l'Afrique.

Pour mieux comprendre la pandémie de COVID-19, l'OMS a mis au point des protocoles de recherche génériques pour des domaines essentiels afin d'accélérer la recherche.<sup>97</sup> Ces domaines sont l'épidémiologie, la dynamique de la transmission, la caractérisation clinique des cas, les essais cliniques sur les médicaments et les vaccins,<sup>98</sup> les connaissances sociales et l'analyse comportementale. Il était prévu de mener 134 études séro-épidémiologiques alignées sur le protocole Unity dans 35 pays, et plus de 84 études ont depuis été réalisées dans 28 pays. Les données préliminaires ont montré une augmentation de 65 % à 77 % du nombre de personnes porteuses d'anticorps du SARS-CoV-2 entre le troisième et le quatrième trimestre 2021.

### ÉTUDES SÉROÉPIDÉMIOLOGIQUES



**OBJECTIF**  
134 ÉTUDES  
DANS 35 PAYS

**RÉALISÉES**  
84 ÉTUDES  
DANS 28 PAYS

**UNE AUGMENTATION DE  
65 % À 77 % DU NOMBRE DE  
PERSONNES PORTEUSES  
DU SARS-COV-2 ENTRE LE  
TROISIÈME ET LE QUATRIÈME  
TRIMESTRE 2021**



Plus de 20 autres pays<sup>99</sup> ont mis en œuvre au moins un protocole normalisé de l'OMS pour comprendre le mode de transmission de la COVID-19 et les comportements face à la pandémie. Une méta-analyse des enquêtes sur la séroprévalence réalisées dans la Région a quant à elle permis de recenser 54 études, dont 42 ont été publiées. Un certain nombre de ces études devraient d'ailleurs être publiées dans un numéro spécial de la Revue médicale panafricaine d'ici le troisième trimestre 2022. On s'attend aussi à la publication d'un document de la Commission Lancet sur l'exploitation des enseignements tirés à la fois de l'épidémie de maladie à virus Ebola qui a sévi en Afrique de l'Ouest de 2014 à 2016 et de la pandémie de COVID-19 dans la Région africaine de l'OMS, dans l'optique du renforcement de la sécurité sanitaire et de l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Ces documents pourraient être utilisés à l'avenir pour élaborer les politiques sanitaires, car ils recensent les enseignements tirés de la riposte aux flambées épidémiques précédentes et fournissent des orientations essentielles sur ce qui a fonctionné ou non dans divers contextes.

<sup>97</sup> <https://www.afro.who.int/fr/publications/outil-de-collecte-des-donnees-sociales-et-comportementales-sur-la-covid-19-en-afrique>

<sup>98</sup> <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/early-investigations>

<sup>99</sup> Afrique du Sud, Algérie, Angola, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo, Zambie et Zimbabwe.

La Région reste confrontée au problème d'une gestion peu rigoureuse de la recherche-développement et de l'innovation. La situation est exacerbée par le manque d'incitations, le défaut de prise en main et le faible financement local qui se justifie par le fait que la recherche et l'innovation ne sont pas érigées au rang de priorités. La situation qui prévaut offre l'occasion de mettre en place des initiatives solides de renforcement des capacités de recherche qui répondent aux besoins sanitaires de la Région.

Le Secrétariat redoublera d'efforts pour promouvoir une culture de la recherche et de l'innovation dans la Région, en organisant chaque année une table ronde sur la recherche en Afrique qui rassemblera tous les acteurs de la recherche sur le continent, et en élaborant un cadre de collaboration pour orienter la collaboration avec les acteurs qui définira la feuille de route pour la recherche en Afrique.

Dans le but de promouvoir une recherche inclusive, l'OMS entend lancer un dialogue sur les femmes africaines dans le domaine de la science afin d'élaborer un programme pour les femmes scientifiques en Afrique et d'intensifier la coopération avec la diaspora africaine sur la collaboration potentielle en matière de recherche.

Le Secrétariat créera aussi un réseau de collaboration entre les scientifiques issus d'instituts de recherche, d'universités et de pôles d'innovation, y compris dans le cadre de partenariats mondiaux, pour combler les lacunes en matière de recherche-développement et de fabrication sur le continent. Le Secrétariat négociera par ailleurs des filières prometteuses de recherche-développement en santé pour la mise au point de produits sur le continent afin d'accélérer la fabrication locale, grâce à des partenariats avec des acteurs établis de la chaîne de valeur d'une part, et d'autre part afin de renforcer l'innovation locale et les écosystèmes de fabrication pour activer l'incidence sur la santé, et de promouvoir les sciences sociales, multisectorielles et transdisciplinaires, les systèmes de santé, la mise en œuvre et la recherche opérationnelle.

## GROS PLAN. LE CONGO APPLIQUE LES COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE SÉQUENÇAGE DU GÉNOME DE LA COVID-19 À D'AUTRES MALADIES<sup>100</sup>

Deux ans après le début de la pandémie, le Congo a commencé à mettre ses capacités de séquençage génomique acquises dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 au service de la surveillance d'autres agents pathogènes, comme les vecteurs du paludisme, de la tuberculose ou de maladies diarrhéiques chez les jeunes enfants.

« Le renforcement des capacités de séquençage génomique contribue à divers niveaux à l'autonomisation du pays sur les plans de la surveillance des maladies et de la prise en charge des patients, donc de la lutte contre les épidémies », fait observer le Dr Lucien Manga, Représentant de l'OMS au Congo, tout en ajoutant que l'OMS a soutenu le Laboratoire national de santé publique du Congo par la formation et la fourniture de matériel.

Non seulement le pays produit désormais ses propres séquences génomiques du virus responsable de la COVID-19, mais la Fondation congolaise pour la recherche médicale a aussi établi un protocole de séquençage pour décrire les gènes du staphylocoque responsables de la résistance de la bactérie aux antibiotiques. Cette avancée permettra d'adapter le traitement afin de pouvoir contourner cette résistance.

« Le développement du séquençage génomique au Congo a mis en lumière l'importance de la recherche, de même que la nécessité de disposer de laboratoires en biologie moléculaire et d'un personnel formé pour lutter efficacement contre les maladies », relève la Professeure Francine Ntoumi, Présidente de la Fondation.

Cette même approche sera ensuite également appliquée à une batterie de parasites responsables de maladies répandues au Congo.

L'OMS apporte en ce moment son appui à un projet de la Fondation dont l'objet est de renforcer les capacités nationales en matière d'essais cliniques, l'ambition étant de préparer le terrain à l'introduction de nouveaux traitements de la COVID-19.

« En permettant de connaître les variants qui circulent, le séquençage offre la possibilité d'une riposte précise et d'optimiser l'utilisation des ressources, ce qui est primordial pour des pays où les ressources sont limitées », confirme le Dr Gilbert Ndziessi, coordonnateur technique du Comité national de riposte à la COVID-19 mis en place par le Ministère de la santé.

100 <https://www.afro.who.int/fr/countries/congo/news/au-congo-le-sequencage-genomique-de-la-covid-19-au-service-de-la-lutte-contre-dautres-maladies>



## CHAPITRE 5

# AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX, ÉCONOMIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTÉ

Le Secrétariat a poursuivi sa collaboration avec les États Membres et les partenaires pour résoudre les problèmes de santé liés aux conditions sociales, économiques et environnementales. En effet, la pandémie de COVID-19 a creusé les inégalités et rappelé l'importance de l'action sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé afin de ne laisser personne de côté, au moment où les pays s'engagent à rebâtir les économies et à récupérer des moyens de subsistance.

Si l'on ne s'attaque pas aux causes profondes des maladies et des traumatismes au moyen d'interventions de prévention et de promotion de la santé, les ménages et les systèmes de soins de santé de la Région resteront confrontés à une charge onéreuse et en augmentation rapide due aux maladies non transmissibles et aux catastrophes environnementales.

Les axes de travail consacrés à l'amélioration de la santé des populations dans le cadre du treizième programme général de travail de l'OMS constituent des points de départ pour une collaboration intersectorielle qui permettra d'atteindre trois résultats, à savoir : édifier des sociétés sûres et équitables en agissant sur de multiples déterminants de la santé ; réduire les facteurs de risque par une action multisectorielle ; et créer des environnements sains en adoptant une approche qui consiste à intégrer la santé dans toutes les politiques. Malgré un manque de ressources, ce domaine d'activité de l'OMS est essentiel pour protéger la santé et le bien-être des populations.

## 5.1 FAIRE FACE AUX RISQUES SANITAIRES D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE ET S'ADAPTER AU CHANGEMENT CLIMATIQUE DE FAÇON PROACTIVE

Près d'un quart de tous les décès qui surviennent en Afrique sont dus à des facteurs environnementaux liés au changement climatique, à l'accès à l'eau potable, aux services d'assainissement et d'hygiène, à la pollution atmosphérique et des sols, à la lutte antivectorielle et à la gestion des produits chimiques et des déchets.<sup>101</sup>

L'année 2021 est à marquer d'une pierre blanche dans l'histoire parce que la santé a figuré pour la première fois à l'ordre du jour de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC). Sept pays africains<sup>102</sup> présents à la vingt-sixième Conférence des Parties (COP26) tenue en novembre 2021 et 12 autres pays africains<sup>103</sup> ont pris des engagements de haut niveau visant à mettre en place des systèmes de santé à faible émission de carbone, durables et résilients face au changement climatique. En vue de faciliter la traduction de ces engagements en actions, en juin 2022 et en partenariat avec le Réseau de développement Agha Khan, le Secrétariat a offert à des fonctionnaires du Ministère de la santé et à des membres du personnel de l'OMS, dans 24 pays,<sup>104</sup> une formation sur le calcul de l'empreinte carbone dans les établissements de santé.

Le lien important qui existe entre le changement climatique et la santé est également visible dans les nouvelles possibilités qui sont offertes au secteur de la santé d'accéder à des fonds destinés à la lutte contre le changement climatique. Avec l'appui du Secrétariat, l'Éthiopie, Maurice, la République-Unie de Tanzanie et la Sierra Leone ont présenté au programme de préparation du Fonds vert pour le climat des propositions relatives à la gestion du nexus changement climatique et santé. La proposition de Maurice a franchi avec succès les trois étapes du processus d'examen, et le pays s'appête à recevoir un appui financier se chiffrant autour de 430 000 dollars É.-U. La proposition de la Sierra Leone en est à la troisième série d'observations, et les propositions de l'Éthiopie et de la Tanzanie viennent juste d'être soumises au processus d'examen.

Le rapport mondial conjoint de l'OMS et de l'UNICEF sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH)<sup>105</sup> publié en mars 2022 a révélé qu'en 2020, la couverture de base en eau potable était de 69 % en Afrique subsaharienne, la couverture des services d'assainissement était de 42 % et celle des services d'hygiène était de 37 %. Pour soutenir l'accélération drastique requise pour que la Région atteigne les cibles des objectifs de développement durable relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, l'OMS collabore avec l'UNICEF, WaterAid et Oxfam afin de faire la promotion de l'initiative mondiale sur l'hygiène des mains pour tous dans la Région. Des profils individuels seront créés pour les pays<sup>106</sup> qui participent à l'initiative – dont la fin est prévue en septembre 2022 – afin d'éclairer la prise de décisions et les progrès futurs vers l'atteinte des cibles des objectifs de développement durable.

**Le lien important qui existe entre le changement climatique et la santé est également visible dans les nouvelles possibilités qui sont offertes au secteur de la santé d'accéder à des fonds destinés à la lutte contre le changement climatique.**

L'OMS mène par ailleurs des enquêtes sur l'analyse et l'évaluation mondiales sur l'assainissement et l'eau potable (GLAAS) auxquelles participent 43 pays<sup>107</sup> de la Région africaine. Le rapport y afférent sera publié en décembre 2022. Ces enquêtes pourraient permettre de déterminer si les interventions en matière d'hygiène des mains prévues dans le cadre de la riposte à la COVID-19 produisent des résultats durables.

101 WHO, Preventing disease through healthy environments: assessment of the burden of disease from environmental risks, Geneva, World Health Organization, 2018.

102 Cabo Verde, Kenya, Madagascar, Malawi, République centrafricaine, Sao Tomé-et-Principe et Togo.

103 Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Sierra Leone.

104 Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone et Togo.

105 <https://www.unicef.org/documents/progress-drinking-water-sanitation-and-hygiene-africa-2000-2020-5-years-sdgs>

106 Burkina Faso, Éthiopie, Kenya, Nigéria et Rwanda.

107 Les pays qui ne participent pas aux enquêtes sont l'Algérie, l'Angola, Eswatini et la Guinée équatoriale.

## 5.2 PROMOUVOIR LA SANTÉ ET AGIR SUR SES DÉTERMINANTS

Plusieurs États Membres prennent des mesures pour mettre en œuvre le cadre de « la santé dans toutes les politiques », en se servant des orientations mondiales relatives à cette démarche. À la suite d'un atelier d'orientation organisé à l'intention de 16 législateurs issus de gouvernements et de la société civile, la République-Unie de Tanzanie met en œuvre une approche sectorielle intégrée qui vise à agir sur les déterminants de la santé. Le Burundi et la République-Unie de Tanzanie ont tous les deux publié des rapports sur l'évaluation de l'action intersectorielle menée sur les déterminants sociaux de la santé pour atteindre les objectifs de développement durable. En outre, des actions multisectorielles destinées à favoriser l'adoption de modes de vie sains, le vieillissement en bonne santé et l'activité physique ont été mises en œuvre dans 20 pays.<sup>108</sup>

En synergie avec son centre collaborateur de l'Université de Pretoria (Afrique du Sud), l'OMS a mené des recherches sur la mise en œuvre afin de déterminer quel impact la pandémie de COVID-19 a eu sur les inégalités sanitaires et sociales au sein des populations vulnérables. Les résultats de ces recherches ont été publiés<sup>109</sup> et servent de boussole pour le lancement d'études similaires par d'autres organismes de la Région.<sup>110</sup> Les principales conclusions serviront de base aux efforts visant à renforcer les capacités en matière de recherche opérationnelle, en mettant à profit les enseignements tirés de la lutte contre les inégalités en santé dans des groupes marginalisés tels que les sans-abri, les migrants, les femmes, les enfants et les personnes âgées.

Grâce au soutien financier de la Direction suisse du développement et de la coopération, Douala (Cameroun) est l'une des cinq villes<sup>111</sup> qui participent au projet mondial *Urban Governance For Health and Wellbeing*. Dans le cadre de cette initiative, des responsables

et des personnes influentes de la ville ont reçu une formation sur le leadership en milieu urbain, à la suite de laquelle la ville de Douala a élaboré un projet de plan d'action de la ville impliquant plus de 300 partenaires et parties prenantes.

L'objectif principal du projet est d'accroître l'engagement des dirigeants et des autorités des villes et de renforcer la mobilisation citoyenne en faveur d'une meilleure santé et d'un meilleur bien-être en milieu urbain. Afin d'agrandir le réseau des villes participantes, les domaines d'activité prioritaires et les indicateurs du projet ont été élargis et diffusés, et les villes de la Région ont été invitées à rejoindre le mouvement des « villes-santé ». En réponse à cette invitation, les maires de quatre villes africaines<sup>112</sup> ont participé à la dixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé et à Expo Dubaï en avril 2022, qui ont débouché sur le lancement de la Charte de Genève pour le bien-être.



Dans le cadre de l'initiative  
**Urban Governance For Health  
and Wellbeing,**

des responsables et des  
personnes influentes de la ville  
**ont reçu une formation sur le  
leadership en milieu urbain,**

à la suite de laquelle la ville de Douala a élaboré un  
projet de plan d'action de la ville impliquant

**PLUS DE 300**  
partenaires et parties prenantes



108 Afrique du Sud, Angola, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Comores, Gabon, Ghana, Guinée, Kenya, Maurice, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal et Togo.

109 <https://www.up.ac.za/who-cc>

110 Bénin, Namibie, Sénégal, Soudan et Zambie.

111 Bogota, Douala, Khulna (Bangladesh), Mexico, Tunis.

112 Douala, Freetown, Kampala, Tunis.

Les maires de Brazzaville (Congo), de Douala (Cameroun), de Freetown (Sierra Leone), de Gaborone (Botswana) et de Lusaka (Zambie) ont participé au premier dialogue des maires africains sur la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être après la COVID-19, organisé conjointement par l'OMS dans la Région africaine et par ONU-Habitat. Ce dialogue a été suivi en mai 2022 par une session conjointe sur le thème Urbanisation de qualité et santé pour tous dans les villes intermédiaires d'Afrique, également organisée conjointement par l'OMS dans la Région africaine et ONU-Habitat, lors du neuvième Sommet Africités qui s'est tenu en 2022.

L'intérêt pour les villes est dû à l'urbanisation galopante et en grande partie non planifiée de l'Afrique. D'ici à 2050, plus de 60 % de la population du continent vivra dans des villes. Les écarts socioéconomiques existants et d'autres inégalités vont probablement se creuser et ne manqueront pas d'accentuer l'exclusion sociale, les comportements à risque, la précarité des moyens de subsistance et le manque d'infrastructures et de services de base. Collaborer avec des administrations municipales offre l'avantage que cela permet de réunir plusieurs secteurs et d'œuvrer avec des communautés vivant à proximité.

Pour faciliter la compréhension des facteurs qui influent sur le changement de comportement des communautés dans le contexte de la COVID-19, un outil de collecte de données sur les connaissances sociales et comportementales<sup>113</sup> a été mis au point et testé au Nigéria et en Zambie. Les études de cas qui en résulteront seront utilisées pour guider le renforcement des capacités et les interventions dans les 45 autres pays africains. En collaboration avec des organisations de la société civile, le Secrétariat a élaboré des approches qui facilitent une communication sur les risques liés à la COVID-19 adaptée au contexte et une participation durable des communautés dans les zones difficiles à atteindre.

**L'intérêt pour les villes est dû à l'urbanisation galopante et en grande partie non planifiée de l'Afrique. D'ici à 2050, plus de 60 % de la population du continent vivra dans des villes.**



113 <https://www.afro.who.int/publications/social-and-behavioural-insights-covid-19-data-collection-tool-africa> (disponible en anglais, en français et en portugais).

### 5.3 EN FINIR AVEC LA MALNUTRITION ET ASSURER LA SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS

Afin de relever le défi permanent que représente la collecte de données aux fins du suivi des progrès réalisés vers l'atteinte des cibles nationales et mondiales en matière de nutrition, l'OMS apporte son appui à quatre pays,<sup>114</sup> en collaboration avec l'UNICEF, pour qu'ils renforcent leurs systèmes d'information systématique sur la nutrition, ce qui permettra d'améliorer la qualité et l'utilisation des données sur la nutrition. Le Secrétariat est en train de constituer une bibliothèque de ressources destinées à promouvoir une alimentation saine, la dernière en date étant un document qui souligne les avantages nutritionnels des légumes-feuilles traditionnels africains.<sup>115</sup>

La capacité de répondre efficacement aux urgences concernant la sécurité sanitaire des aliments est assurée et maintenue par le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN). L'OMS, le secrétariat d'INFOSAN et la FAO ont organisé au Cameroun et au Sénégal des formations conjointes qui ont permis de renforcer les liens entre 50 autorités de réglementation. Des exercices de simulation de situations d'urgence effectués dans 14 pays ont aidé les participants à mieux appréhender les mécanismes de riposte aux urgences de sécurité sanitaire des aliments et d'améliorer la préparation.<sup>116</sup>

Au Burkina Faso, des campagnes sur la sécurité sanitaire des aliments ont permis d'inscrire 300 enfants d'âge scolaire et préparateurs de denrées alimentaires dans des « clubs de nutrition pour la promotion de la sécurité sanitaire des aliments et d'une alimentation saine ». Au Sénégal, l'initiative en faveur d'un marché de l'alimentation saine, qui a été testée en 2020 au Marché de Grand Dakar, a permis de construire 40 étals alimentaires modèles qui font la promotion de pratiques de manipulation des aliments sûres et conformes aux normes sanitaires et d'hygiène. Au total 1600 ménages ont été touchés par des campagnes sur la sécurité sanitaire des aliments. En outre, 180 acteurs ont été formés à l'aide du Code d'usage du Codex Alimentarius sur la façon de réduire au maximum l'utilisation d'aflatoxines lors de la transformation des arachides, des céréales, du poisson et des produits de la pêche et de la manipulation de la viande et des légumes.

En Guinée, 22 normes alimentaires nationales alignées sur le Codex ont été rédigées, alors que la Sierra Leone a élaboré des directives nationales sur la sécurité sanitaire des aliments. En Côte d'Ivoire, plus de 100 parties prenantes, dont des organismes de réglementation, des producteurs, des transformateurs et des membres de la société civile, ont été sensibilisées au Codex Alimentarius et des orientations leur ont été données concernant les normes en matière de fruits et de légumes, afin d'améliorer l'utilisation du Codex.

Des campagnes sur la  
sécurité sanitaire des  
aliments ont permis  
d'inscrire



**300**

enfants d'âge scolaire et  
préparateurs de  
denrées alimentaires  
dans des « clubs de  
nutrition pour la  
promotion de la  
sécurité sanitaire des  
aliments et d'une  
alimentation saine »



114 Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ouganda et Zambie.

115 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353365>

116 Algérie, Burundi, Cabo Verde, Eswatini, Éthiopie, Guinée, Libéria, Mauritanie, Mozambique, Niger, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Tchad et Togo.

## 5.4 RÉDUIRE LE TABAGISME ET LES AUTRES FACTEURS DE RISQUE DE MALADIES NON TRANSMISSIBLES

### 5.4.1 LUTTE ANTITABAC

Afin d'accélérer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, l'Organisation a fourni aux États Membres un appui à la suite duquel : le Botswana a promulgué une loi complète sur la lutte antitabac ; la Côte d'Ivoire a adopté des décrets imposant des mises en garde sanitaires illustrées de grande taille sur les paquets des produits du tabac ; la Mauritanie a imposé des mises en garde sanitaires illustrées couvrant 70 % des principaux espaces d'affichage ; le Togo a adopté un système numérique de suivi et de traçabilité pour les produits du tabac conformément aux dispositions de l'article 8 du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac ; et le Ghana a ratifié le protocole évoqué ci-dessus. Cela porte à 21 le nombre de pays africains parties<sup>117</sup> au Protocole.

L'OMS a également apporté un appui à Madagascar pour que ce pays tire parti des ressources provenant des recettes fiscales sur le tabac réservées pour construire un centre national de sevrage tabagique et de traitement de la dépendance à l'égard du tabac, tout en accompagnant d'autres initiatives axées sur l'instauration de la couverture sanitaire universelle. L'Éthiopie a bénéficié d'un appui pour l'adoption d'une directive en faveur de la mise en œuvre intégrale des principales mesures de lutte antitabac, notamment la protection contre l'ingérence de l'industrie.

### GROS PLAN. REMPLACER LA CULTURE DU TABAC PAR CELLE DES HARICOTS<sup>118</sup>

En partenariat avec la FAO et le Programme alimentaire mondial (PAM), l'OMS prête une assistance aux agriculteurs de Migori (Kenya) pour qu'ils abandonnent la tabaculture pour se lancer dans la production d'autres spéculations agricoles. Le comté de Migori a été choisi parce qu'il s'agit de l'une des sous-régions où l'on trouve le plus grand nombre de tabaculteurs. Le projet « Tobacco Free Farms » a été lancé en mars 2022 avec pour ambition de devenir un modèle pour la mise en œuvre des articles 17 et 18 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (autres moyens de subsistance et protection de l'environnement).

Les trois institutions du système des Nations Unies collaborent avec le Gouvernement du Kenya et les communautés paysannes, qui en sont les bénéficiaires directs. Ces communautés sont organisées en centres de services aux agriculteurs, des groupes organisés d'agriculteurs qui s'approvisionnent collectivement en services liés à la ferme et en d'autres services. Elles sont soutenues par la Farm to Market Alliance, qui réunit des groupes d'agriculteurs qui répertorient les marchés de produits de la ferme et négocient les prix pour différentes chaînes de valeur. La FAO et le Ministère de l'agriculture offrent une formation aux agriculteurs, tout comme des services de vulgarisation.

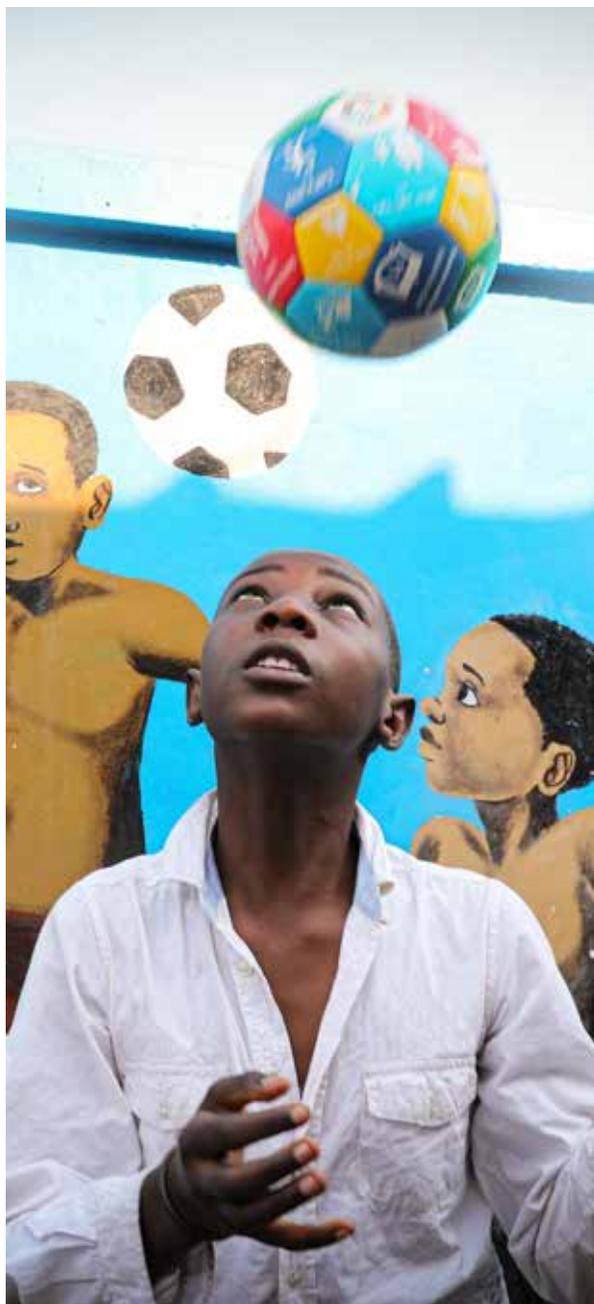
La formation porte entre autres sur les bonnes pratiques en agronomie et sur la sensibilisation aux effets de la tabaculture sur la santé. Les agriculteurs ont reçu près de quatre tonnes de semences et une aide relative à d'autres besoins. En conséquence, 150 hectares environ de terres agricoles autrefois consacrées à la tabaculture sont désormais utilisées pour cultiver des haricots rouges (Nyota). Leur teneur élevée en fer, et donc leur valeur nutritionnelle plus élevée, font de ces haricots un choix privilégié de produits à acheter par le PAM.

À ce jour, 330 agriculteurs se sont tournés vers la culture de haricots, et la première récolte a rapporté plus de 200 tonnes métriques. Une partie de cette récolte a été achetée par le PAM, et une autre partie a été consommée au niveau local, par les familles.

Le projet vise à atteindre plus de 1000 agriculteurs d'ici la fin de 2022.

117 Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Madagascar, Mali, Maurice, Niger, Nigéria, Sénégal, Seychelles, Tchad et Togo.

118 <https://www.afro.who.int/countries/kenya/news/launch-tobacco-free-farms-kenya>



#### 5.4.2 CONSOMMATION D'ALCOOL

Au plus fort de la pandémie de COVID-19, une diminution des accidents de la route liés à la conduite en état d'ivresse a été observée dans les pays<sup>119</sup> qui avaient adopté des politiques et des réglementations visant à restreindre la vente et la distribution d'alcool, conformément aux orientations techniques de l'OMS. À l'heure actuelle, le Libéria, le Rwanda et Sao Tomé-et-Principe élaborent des politiques visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et mettent en œuvre le module technique SAFER de l'OMS.<sup>120</sup> L'Ouganda a bénéficié d'un appui en vue de l'élaboration d'une feuille de route interinstitutions et multisectorielle pour la mise en œuvre des interventions prioritaires de l'initiative SAFER.

#### 5.4.3 PROMOUVOIR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET UNE ALIMENTATION SAINE

La réglementation de l'environnement alimentaire fait partie des efforts visant à promouvoir une alimentation saine et à réduire le risque d'obésité. Le Kenya, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie participent au Global Regulatory and Fiscal Capacity Building Programme (programme mondial de renforcement des capacités réglementaires et fiscales), qui est soutenu par plusieurs partenaires<sup>121</sup> et a pour but de renforcer les capacités nationales en matière d'élaboration et de mise en œuvre de mesures réglementaires et fiscales. En collaboration avec ses partenaires, l'OMS fournit une assistance technique en vue de l'atteinte des objectifs du projet.

Les trois pays ont progressé dans l'adoption de la modélisation des profils nutritionnels et de normes en matière d'étiquetage des denrées alimentaires, en préparation de la mise en place d'une réglementation sur la commercialisation des denrées alimentaires et des boissons non alcoolisées.

L'OMS a également prêté au Burkina Faso, au Mali et à la Sierra Leone une assistance technique pour qu'ils puissent aligner leurs politiques nationales en matière d'étiquetage nutritionnel sur la stratégie régionale et les normes du Codex Alimentarius, tout en renforçant leur réglementation en matière d'étiquetage nutritionnel pour réduire les facteurs de risque de maladies non transmissibles liées à l'alimentation. La Côte d'Ivoire et le Soudan du Sud ont bénéficié d'un appui pour mener auprès des jeunes des activités de sensibilisation aux comportements alimentaires sains.

Le Secrétariat a élaboré et diffusé une note de sensibilisation visant à promouvoir l'activité physique<sup>122</sup> auprès des décideurs et des organisations, en vue de favoriser l'adoption de modes de vie plus sains dans la Région. Cabo Verde a adopté les Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la lutte contre la sédentarité,<sup>123</sup> qui renforcent la sensibilisation des décideurs et des agents de santé aux bienfaits de l'activité physique. Le pays a également organisé une campagne multimédia dans le but de diffuser les lignes directrices et de promouvoir un mode de vie actif. Le Ghana entreprend une évaluation de la marche et du cyclisme à Accra, afin de recueillir des éléments factuels sur les avantages économiques d'un investissement dans la marche et le cyclisme, en vue d'atteindre des résultats bénéfiques pour la santé et l'environnement.

119 Afrique du Sud, Botswana, Eswatini, Kenya, Lesotho, Namibie et Zimbabwe.

120 <https://www.who.int/publications/item/the-safer-technical-package>

121 Organisation internationale de droit du développement, Centre de recherches pour le développement international, Direction suisse du développement et de la coopération et Fonds de l'OPEP pour le développement international.

122 <https://www.afro.who.int/publications/promotiong-physical-activity-african-region> (disponible en anglais, en français et en portugais).

123 <https://www.who.int/publications/item/9789240015128>



## 5.5 SENSIBILISATION À LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES ENFANTS, À LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE ET À LA RÉADAPTATION

La violence à l'égard des enfants et des adolescents, y compris la négligence et les mauvais traitements, a tout au long de la vie des conséquences émotionnelles, sociales et économiques coûteuses. La Région africaine affiche le deuxième taux d'homicides d'enfants le plus élevé, avec 27 % des homicides de jeunes de moins de 17 ans commis dans le monde. À la suite de l'adoption de la résolution de la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé sur l'élimination de la violence à l'égard des enfants grâce au renforcement des systèmes de santé et à l'adoption d'approches multisectorielles, 32 États Membres ont participé à une réunion visant à examiner le rapport régional 2020 sur la prévention de la violence à l'égard des enfants et à déterminer comment appliquer cette résolution.

**La Région africaine affiche le deuxième taux d'homicides d'enfants le plus élevé, avec 27 % des homicides de jeunes de moins de 17 ans commis dans le monde.**

En collaboration avec les ministères de la santé de Côte d'Ivoire et d'Ouganda, plus de 100 agents de santé ont suivi une formation sur les stratégies visant à en finir avec la violence à l'égard des enfants, ce qui a permis de mieux reconnaître la maltraitance des enfants et de mieux y faire face.

Madagascar a élaboré un nouveau plan stratégique national pour la sécurité routière 2020-2029 grâce auquel le pays pourra aligner l'action menée au niveau national sur la mise en œuvre du plan pour la Deuxième décennie 2021-2030 d'action pour la sécurité routière. L'OMS a collaboré avec la Croix-Rouge sénégalaise pour mener une campagne de sensibilisation et renforcer la capacité de plus de 3000 usagers de la route, dont des enfants d'âge scolaire, des automobilistes et des leaders d'opinion à apporter les premiers secours en cas d'accident.



L'OMS a également fourni au Sénégal une assistance financière et technique pour qu'il puisse améliorer la qualité des données relatives aux décès dus à des accidents de la route. Dans la même veine, le leadership de l'OMS et son assistance technique ont aidé le gouvernement sénégalais à instituer l'Agence nationale de sécurité routière (ANASER) en novembre 2021. L'engagement du Sénégal à appliquer le plan mondial de l'OMS pour la Décennie 2021-2030 d'action pour la sécurité routière s'en trouve ainsi renforcé.

Le Rwanda a élaboré un plan stratégique pour la réadaptation, tandis que cinq autres pays<sup>124</sup> ont achevé l'étape d'évaluation de la situation en vue de faire avancer leurs propres plans. Le Burkina Faso et l'Éthiopie sont en train d'intégrer les données sur la réadaptation dans le logiciel *District Health Information System* version 2. L'OMS a collaboré avec l'Accélérateur pour le renforcement des systèmes de santé<sup>125</sup> pour organiser, à l'intention des décideurs de 13 États Membres,<sup>126</sup> trois ateliers virtuels visant à accroître les capacités de financement de la réadaptation.

L'une des principales difficultés rencontrées pendant la période d'examen a été le ralentissement de la mise en œuvre des stratégies de prévention dans de nombreux pays, à cause de la pandémie de COVID-19. Parmi les autres difficultés rencontrées, on peut citer la faiblesse des cadres législatifs et de l'application des lois ; le manque de personnel dans la Région et au niveau des pays ; l'ingérence de l'industrie ; l'inefficacité de l'intégration intersectorielle ; le caractère limité et imprévisible des financements ; la rareté des données ; les lacunes en matière de gouvernance et de coordination intersectorielle ; tout comme l'instabilité politique et la réorientation des priorités nationales.

L'adage selon lequel *on n'apprécie la santé que lorsque l'on devient malade* peut expliquer pourquoi l'on investit plus de ressources dans le traitement des maladies que dans leur prévention.

Pourtant, si l'on veut réussir à améliorer la santé d'un milliard de personnes, il faut déjà commencer par préserver la santé d'un milliard de personnes.

Le Secrétariat continuera à collaborer avec les États Membres : pour définir et mettre en œuvre des interventions à bases factuelles afin d'agir sur les déterminants de la santé (économiques, environnementaux, sociaux et structurels) ; pour soutenir l'adaptation et l'application de mesures techniques visant à promouvoir la santé et à réduire le risque de maladies ; et pour créer avec les gouvernements et les partenaires des environnements durables et sains pour les populations africaines.

En vue de pallier le manque de ressources qui entrave la prestation de services de promotion de la santé et de prévention, le Secrétariat forgera des partenariats avec des organismes et des établissements alliés à d'autres secteurs et leur expliquera la nécessité d'inclure la santé dans les initiatives existantes, ce qui contribuera au développement de services de santé et de bien-être axés sur la personne. Ces efforts seront concentrés au niveau des pays.

Fort de son expérience en mobilisation de ressources auprès de secteurs non sanitaires (comme le Fonds fiduciaire du Codex pour la sécurité sanitaire des aliments et le Fonds vert pour le climat pour le changement climatique et la santé), le Secrétariat continuera à recenser les possibilités et à apporter son appui aux États Membres pour qu'ils puissent élaborer et soumettre des propositions de subventions. À cet égard, les ministères de la santé devront faciliter la collaboration intersectorielle au niveau des pays et faire preuve de leadership pour faire avancer le programme d'action sur « la santé dans toutes les politiques ».

124 Burkina Faso, Burundi, Guinée-Bissau, Seychelles et Zambie.

125 <https://www.acceleratehss.org/about>

126 Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Kenya, Mozambique, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Togo et Zambie.



## CHAPITRE 6

# ENJEUX, ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET MARCHÉ À SUIVRE

L'une des principales difficultés rencontrées au cours de la période d'évaluation est le ralentissement de la mise en œuvre des stratégies de promotion du bien-être et de prestation de soins de santé dans de nombreux pays à cause de la pandémie de COVID-19. La plupart des membres du personnel du Secrétariat et des fonctionnaires nationaux du secteur de la santé ont été réaffectés pour soutenir la riposte à la COVID-19, et les décisions de haut niveau ont aussi été retardées parce que les hauts responsables avaient réorienté leur action vers la riposte. Cette situation a réduit le temps consacré aux autres questions de santé.

Un autre enjeu considérable est la pénurie chronique de personnel au Bureau régional et dans les bureaux de pays, qui se greffe aux exigences accrues imposées par la riposte à la COVID-19, et les voies et moyens de pallier les insuffisances des systèmes de santé mises en exergue par la pandémie. Les efforts faits pour accroître la dotation en personnel dans les pays, en recourant par exemple aux équipes d'affectation multipays, sont rendus encore plus difficiles par la pénurie des ressources financières et les difficultés liées au fait que les ressources disponibles mobilisées auprès des donateurs sont essentiellement à objet désigné.



## L'une des principales difficultés rencontrées au cours de la période d'évaluation est le ralentissement de la mise en œuvre des stratégies de promotion du bien-être et de prestation de soins de santé dans de nombreux pays à cause de la pandémie de COVID-19.

Un autre écueil aura été le peu d'attention que les États Membres ont accordé à certains programmes, avec pour corollaire un financement insuffisant de ces programmes, y compris au sein du Secrétariat. On peut notamment citer des programmes transversaux tels que la recherche pour la santé, l'information sanitaire, les capacités de laboratoire, la résistance aux antimicrobiens, l'action sur les déterminants de la santé et la promotion de la santé. Or, ces domaines doivent impérativement être pris en compte pour que la Région puisse atteindre l'objectif de la santé pour tous.

Un défi particulier concernant la riposte à la pandémie est son évolution par vagues distinctes qui est à l'origine d'un certain relâchement dans la mise en œuvre des mesures de riposte. Conjugué à une faible couverture vaccinale, cet état de choses a facilité la circulation de nouveaux variants préoccupants, avec pour conséquence l'apparition de nouvelles vagues. L'arrêt ou l'assouplissement d'un testing efficace prive le Secrétariat et les États Membres des informations essentielles dont ils ont besoin pour le suivi de la propagation du virus et la détection de nouveaux variants.

Le principal enseignement tiré est qu'un leadership solide sur le plan national, ainsi que des partenariats élargis pour la santé aux niveaux national, régional et mondial, sont les principaux catalyseurs de l'accélération de la riposte. Cependant, ces efforts n'ont pas été suffisants parce que les communautés bénéficiaires n'étaient pas impliquées dans le processus et parce que des approches novatrices n'ont pas été adoptées pour faciliter la prestation et l'utilisation des services.

## Le principal enseignement tiré est qu'un leadership solide sur le plan national, ainsi que des partenariats élargis pour la santé aux niveaux national, régional et mondial, sont les principaux catalyseurs de l'accélération de la riposte.

L'une des principales leçons tirées de la pandémie, pour l'Afrique comme pour le reste du monde, est que les pays doivent investir de toute urgence pour combler les lacunes fondamentales des systèmes de santé et assurer la prestation des services essentiels de santé publique.

L'expérience acquise de la riposte à la COVID-19 a montré que tous les programmes sont liés au niveau du système de santé et que les progrès enregistrés dans un programme peuvent facilement être anéantis si le système est mis à rude épreuve, comme en atteste l'anéantissement des résultats obtenus dans le cadre des programmes de lutte contre les maladies.

La même expérience montre que le secteur de la santé a besoin de l'apport des autres secteurs pour réussir, mais force est de reconnaître que la Région africaine ne dispose pas de capacités suffisantes pour mettre efficacement à contribution ces autres secteurs, que ce soit au niveau des ministères de la santé que dans les bureaux de pays de l'OMS. Si les efforts faits ont fonctionné pour la COVID-19 au regard de la nature de la pandémie qui a nécessité un leadership aux plus hauts niveaux des gouvernements, une telle mobilisation pourrait s'avérer difficile à l'avenir.

Il faut de toute urgence mettre un terme à la pandémie de COVID-19 en augmentant les taux de vaccination le plus rapidement possible. Parallèlement, il faut regagner le terrain perdu dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle pour tous les Africains, où qu'ils vivent. En collaboration étroite avec un large éventail de partenaires, l'OMS s'efforcera de fournir un appui aux États Membres pour qu'ils puissent renforcer la résilience de leurs systèmes de santé, en ayant recours pour cela à l'innovation permanente afin de résister à toutes les formes de menaces pour la santé publique.

**En collaboration étroite avec un large éventail de partenaires, l'OMS s'efforcera de fournir un appui aux États Membres pour qu'ils puissent renforcer la résilience de leurs systèmes de santé, en ayant recours pour cela à l'innovation permanente afin de résister à toutes les formes de menaces pour la santé publique.**

**Il faut de toute urgence mettre un terme à la pandémie de COVID-19 en augmentant les taux de vaccination le plus rapidement possible et regagner le terrain perdu dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle pour tous les Africains, où qu'ils vivent.**

En vue de garantir la sécurité sanitaire, le Secrétariat apportera son soutien aux États Membres pour intensifier leurs efforts visant à mettre en place, à renforcer et à maintenir les capacités requises en vertu du RSI (2005), conformément aux recommandations du Groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires. Les États Membres et les partenaires bénéficieront d'un concours pour appliquer la nouvelle stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030, qui sera adoptée par la soixante-douzième session du Comité régional.

Tout en accompagnant les États Membres dans leur quête de moyens novateurs d'accroître les investissements intérieurs en faveur de la santé, le Secrétariat ciblera les stratégies qui prônent une utilisation plus rationnelle des ressources. L'exécution fragmentée des programmes se trouve être une cause majeure d'inefficacité dans les investissements, et l'intégration constitue l'une des approches stratégiques pour en faire plus avec les ressources disponibles, et donc pour optimiser les ressources.



**En 2022, les priorités du programme de lutte contre la poliomyélite s'articulent comme suit : endiguer les flambées épidémiques du poliovirus sauvage et de variants du poliovirus ; renforcer la surveillance de la paralysie flasque aiguë et la surveillance environnementale ; renforcer les capacités de séquençage des laboratoires pour la confirmation rapide des cas ; améliorer les capacités en ressources humaines en vue de déployer les « efforts de la dernière étape » ; et utiliser la technologie et des innovations pour accroître l'efficacité du programme.**

À l'avenir, le Secrétariat appuiera la prestation de services de santé intégrés centrés sur la personne et reposant sur des bases factuelles, en assurant des services complets à chaque personne entrant dans le système de santé par l'intermédiaire de différentes plateformes de prestation de services de santé et en plaçant un accent marqué sur les soins de santé primaires.

Les infrastructures et les réseaux de lutte contre la poliomyélite sont des ressources éprouvées pour une santé publique intégrée, comme on a pu le constater pendant la pandémie de COVID-19. En 2022, les priorités du programme de lutte contre la poliomyélite s'articulent comme suit : endiguer les flambées épidémiques du poliovirus sauvage et de variants du poliovirus ; renforcer la surveillance de la paralysie flasque aiguë et la surveillance environnementale ; renforcer les capacités de séquençage des laboratoires pour la confirmation rapide des cas ; améliorer les capacités en ressources humaines en vue de déployer les « efforts de la

dernière étape » ; et utiliser la technologie et des innovations pour accroître l'efficacité du programme. Le Secrétariat prévoit en outre de collaborer avec divers organismes donateurs, grâce à des tables rondes des donateurs, afin de sensibiliser le grand public, de mobiliser des ressources pour combler les lacunes répertoriées pour chaque pays dans les plans de transition pour la poliomyélite.

Le Secrétariat continuera de jouer un rôle de chef de file pour impulser une dynamique et apporter son soutien aux États Membres afin qu'ils adaptent et mettent en œuvre des modules techniques pour agir sur les déterminants de la santé.

Le Secrétariat va accélérer, consolider et institutionnaliser les aspects du Programme de transformation qui permettront à l'Organisation de mieux s'acquitter de ses missions, de répondre efficacement aux besoins en évolution rapide de ses États Membres, et de mieux aligner ses activités à ses trois niveaux.



# CONCLUSION

Dans un contexte marqué par le sous-effectif chronique du Bureau régional de l'Afrique et de ses bureaux de pays, auquel se greffent les exigences accrues imposées par la riposte à la pandémie de COVID-19 et les défis inhérents aux activités elles-mêmes, l'OMS dans la Région africaine est restée pleinement engagée auprès de ses États Membres et maintient le cap de la refonte de ses bureaux de pays et de ses équipes pour s'assurer qu'ils sont adaptés aux besoins. La question du financement durable de l'OMS continue néanmoins de poser un problème majeur. Les États Membres ont en effet reconnu que la viabilité du financement de l'Organisation n'est pas encore garantie, et la réflexion se poursuit d'ailleurs à ce sujet sur le plan mondial comme en témoigne la création, en juin 2020, du Groupe de travail sur le financement durable.

Dans l'accomplissement de son mandat qui est de donner la priorité à l'équité, à une gouvernance inclusive, à la science des données et d'en assurer la promotion, l'OMS a prouvé qu'elle est une voix puissante qui porte et défend des valeurs telles que l'accès équitable aux soins de santé en général et aux outils de lutte contre la COVID-19 en particulier. Le contexte de la pandémie a fait naître à l'échelle du continent un grand intérêt pour l'accélération de la production locale d'outils de santé publique essentiels et pour le transfert de technologies en vue de garantir l'autosuffisance en ces outils et technologies, et le Secrétariat apporte son appui aux niveaux régional et national pour que des progrès soient accomplis dans tous les domaines, et particulièrement sur le plan de la réglementation.

Plus tôt dans l'année, l'OMS a élaboré un plan qui s'articule autour de cinq priorités interconnectées, à savoir : la prévention des maladies non transmissibles ; l'accent sur les soins de santé primaires ; la préparation aux situations d'urgence sanitaire et d'aide humanitaire ; l'investissement

dans la recherche, l'innovation et la technologie ; et le renforcement de l'Organisation dans son ensemble.

Il s'agit là d'une feuille de route pour l'adoption d'une approche unifiée visant à favoriser le changement qui permettra d'atteindre les objectifs de développement durable liés à la santé et, en fin de compte, d'améliorer l'état de santé et le bien-être de toutes les populations, quel que soit leur lieu de résidence.

À l'avenir, l'action du Secrétariat sera fondée sur les cinq domaines prioritaires évoqués ci-dessus, qui ont été choisis avec soin, à mesure que le Secrétariat renforcera son appui aux États Membres en vue de garantir une préparation plus

efficace aux pandémies, en s'appuyant sur des interventions telles que les missions de renfort et la mise en place de pôles de spécialistes. Un accent renouvelé sera aussi placé sur l'édification de systèmes de santé plus résilients, sur le renforcement de la promotion de la santé et de la prévention, et sur l'amélioration de la prestation des soins de santé et de l'accès aux services, en accordant une attention particulière aux soins de santé primaires.



# ÉTUDES DE CAS

## RENFORCEMENT DES UNITÉS INFRANATIONALES EN METTANT L'ACCENT SUR LES ÉQUIPES DE SANTÉ DE DISTRICT

Plus de 20 ans après la création des districts en Côte d'Ivoire (en 1994), la prestation de services de santé de qualité relevait encore de la sinécure. Suite aux engagements pris lors de la réunion régionale de directeurs du secteur de la santé sur la planification et les politiques sectorielles, organisée par l'OMS en 2018, le Ministère de la santé et les partenaires ont convenu de la nécessité de réorganiser les districts en tant que stratégie centrale pour accélérer la progression vers la couverture sanitaire universelle dans le pays. L'OMS a été appelée à soutenir le processus.

Après un examen de l'opérationnalité des districts, il a été convenu que l'amélioration des compétences en matière de gestion constituait un point de départ essentiel. Un programme de formation basé sur des modules a été mis au point avec l'appui technique et financier de l'OMS. Ces modules ont été adaptés à partir de modules de formation utilisés au Burkina Faso. Treize modules ont été sélectionnés à l'issue d'un atelier tenu du 15 au 20 juin 2020 et regroupant 31 participants issus du Ministère de la santé (Direction générale de la santé, directions centrales, instituts de santé publique, directions régionales), de la Caisse nationale d'assurance maladie et de partenaires techniques et financiers (OMS, UNICEF, MSH, UCP-Banque mondiale, Banque mondiale).

Les premières sessions de formation sur la gestion des districts de santé ont été organisées du 9 au 14 août 2021

avec l'appui de l'OMS. Trente-deux médecins de district ont participé à cette formation qui a porté sur les 13 modules de formation adaptés. À ce jour, le processus de redynamisation des districts s'est traduit par l'élaboration de modules de formation en gestion et par la constitution d'un groupe de formateurs pour soutenir le déploiement. Des orientations ont été communiquées à 32 responsables de district, ce qui leur a permis de mieux cerner leurs rôles et les responsabilités en matière de gestion. Les districts sont ainsi mieux outillés pour définir leurs priorités et collaborer plus efficacement avec les partenaires et les communautés. Les districts de santé ayant bénéficié d'un concours sont désormais sur la bonne voie pour atteindre leurs cibles en matière de couverture sanitaire universelle. Le pays prévoit d'étendre ce programme aux 113 districts de santé au cours des deux prochaines années dans le cadre d'un plan d'action global qui s'étale sur cinq ans, avec le soutien financier de la Banque mondiale.

L'OMS a accompagné le processus de suivi aux niveaux régional et national. Une mission conjointe (Ministère de la santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et bureau de pays) composée de personnes dotées de diverses capacités techniques a été menée entre le 5 et le 12 juin 2022 pour évaluer l'alignement du bureau de pays sur les priorités du Ministère de la santé. De manière spécifique, le bureau de l'OMS en Côte d'Ivoire a saisi l'occasion qui lui était offerte pour accélérer la mise en œuvre d'interventions ciblées, innovantes et hautement efficaces dont le but est de renforcer les systèmes de santé infranationaux afin d'optimiser les résultats sanitaires.





## RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ DE DISTRICT AU CONGO

La République du Congo est confrontée à la stagnation de ses résultats sanitaires depuis plusieurs années. Cette situation s'explique entre autres par des investissements insuffisants dans les soins de santé primaires, qui ont pour corollaire une sous-utilisation des établissements de soins de santé primaires par la population. La Politique nationale de santé 2018 et le Plan national de développement 2018-2022 soulignent la nécessité de remédier à cette situation par une approche renforcée au niveau des districts de santé. Afin de faciliter le processus, l'OMS et le Ministère de la santé ont mis au point une stratégie opérationnelle conjointe pour revitaliser 12 des 52 districts de santé du pays lors de la première phase, l'objectif étant de couvrir progressivement les 40 districts restants. Au cours de la première phase, les travaux ont porté sur la mise en place de zones de santé opérationnelles (au niveau des sous-districts) – avec pour résultat escompté d'accroître l'offre et la demande de services essentiels grâce à une meilleure gouvernance locale.

Les efforts ont porté essentiellement sur l'amélioration de la fonctionnalité des comités de santé chargés de coordonner chacun des 12 districts de santé du pays. Des missions renforcées d'encadrement bienveillant ont été conduites dans chaque district de santé par des équipes mixtes OMS/Ministère de la santé. Au cours de ces missions, des outils complets ont été utilisés. Un appui a été fourni en vue d'un meilleur emploi des fonds mobilisés à l'échelle locale (provenant de la contribution au partage des coûts). Les économies réalisées ont permis de remédier à des carences opérationnelles telles que le paiement des agents de santé bénévoles, l'achat de carburant pour les activités de proximité ou de vaccination et l'achat de médicaments et d'équipements de base. L'OMS a également passé un marché avec trois organisations non gouvernementales, dont les activités étaient axées sur la sensibilisation de la population des 12 districts de santé à l'importance de pratiques de soins appropriées. Après deux années de mise en œuvre du programme, les progrès réalisés ont été plus qu'encourageants. Les établissements de soins de santé ont regagné la confiance de la communauté ; les taux d'utilisation des services ont augmenté, avec à la clé une amélioration des taux de soins prénatals et de couverture vaccinale, pour ne citer que cet

exemple. Ces améliorations dans le fonctionnement des districts ont été essentielles dans la riposte à la COVID-19, en particulier en mettant à la disposition des patients, femmes enceintes comprises, des infrastructures, du personnel et des médicaments.

Plusieurs enseignements ont été tirés de ce processus. Premièrement, la nécessité de décentraliser l'appui fourni par l'OMS directement vers les districts était impérieuse. Le renforcement des capacités en santé publique au niveau des districts permet d'accroître la responsabilisation et les résultats. Deuxièmement, un fonds commun a été utilisé pour le processus, en regroupant les ressources de plusieurs programmes pour mettre en œuvre l'initiative de renforcement des districts. Troisièmement, le soutien indéfectible apporté au niveau national (Ministère de la santé) à la décentralisation a été un levier important pour rendre possibles les prestations attendues. L'appui fourni au niveau national renforce et améliore la pérennité des résultats obtenus, en l'occurrence en veillant à ce que des actions soient mises en œuvre pour remédier aux goulots d'étranglement liés : i) au personnel de santé (redéploiement, motivation et fidélisation) ; ii) au financement de la santé ; et iii) à la responsabilisation.







**Activités de l’OMS dans la Région africaine :**  
rapport annuel de la Directrice régionale  
2021-2022