

ACTIVITÉS DE
l'OMS **DANS LA RÉGION AFRICAINE**
Rapport biennal de la Directrice régionale



2016-2017



BUREAU RÉGIONAL DE L'

Organisation
mondiale de la Santé

Afrique

ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2016-2017

RAPPORT BIENNAL DE LA DIRECTRICE RÉGIONALE

ISBN : 978-929031269-7

© Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2017

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 2016-2017 : rapport biennal de la Directrice régionale. Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

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

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/>

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

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

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

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

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

Imprimé en Afrique du Sud

Sommaire

Abréviations	iii
Message de la Directrice régionale	v
Résumé d'orientation	ix
Introduction	1
Exécution du budget programme 2016-2017	3
Réalisations notables, par catégorie d'activité	5
3.1 Catégorie 1. Maladies transmissibles	5
3.2 Catégorie 2. Maladies non transmissibles	13
3.3 Catégorie 3. Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie	19
3.4 Catégorie 4. Systèmes de santé	29
3.5 Catégorie 5. Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire	37
3.6 Catégorie 6. Services institutionnels et fonctions d'appui	45
Conclusion et perspectives	53
Annexe 1. Publications sélectionnées de l'OMS/AFRO, par groupe organique	57
Notes de fin de document	61

Sommaire

Liste des tableaux

Tableau 1. Exécution du budget programme 2016-2017 – situation au 30 juin 2017 (en milliers de US \$)	4
--	---

Liste des figures

Figure 3.1.1	Pays mettant en œuvre les recommandations de la stratégie « Traiter tout le monde » de l'OMS, au 30 juin 2017	5
Figure 3.1.2	Traitement et soins des patients co-infectés par la tuberculose et le VIH, au cours de la période 2002-2015	8
Figure 3.2.1	Situation des plans d'action détaillés et multisectoriels de lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région africaine	14
Figure 3.3.1	Couverture par le DTC3 dans la Région africaine, comparaison entre 2016 et 2015	25
Figure 3.3.2	Retards ayant contribué à la mortalité maternelle au Congo en 2016	27
Figure 3.5.1	Événements de santé publique enregistrés en 2016-2017	38

Abréviations

AICS	Renforcement de la responsabilisation et du contrôle interne	OIE	Organisation mondiale de la santé animale
AMR	Résistance aux antimicrobiens	OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
ART	Thérapie antirétrovirale	OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
CCLAT-OMS	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	OPDAS	Organisation des Premières Dames d'Afrique contre le VIH/sida
CEA	Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique	PCICC	Prise en charge intégrée des cas par les communautés
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest	PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
CSU	Couverture sanitaire universelle	PEV	Programme élargi de vaccination
DFC	Coopération financière directe	PEV/PCIME	Programme élargi de vaccination et de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
DTC	Vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux	PVH	Papillomavirus humain
ESPEN	Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées	RHS	Ressources humaines pour la santé
EVIPNet	Réseau de politiques reposant sur des bases factuelles	RSI	Règlement sanitaire international
FACE	Autorisation de financement et certification des dépenses	RSPI	Plan stratégique régional pour la vaccination
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture	SARA	Évaluations de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services
FIGO	Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique	SAV	Semaine africaine de la vaccination
GOARN	Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie	SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et riposte
GVAP	Plan d'action mondial pour les vaccins	SRMNEA	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
HHA	Harmonisation pour la Santé en Afrique	TB	Tuberculose
IAG	Groupe consultatif indépendant	TB-MR	Tuberculose multirésistante
IGAD	Autorité intergouvernementale pour le développement	UIT	Union internationale des télécommunications
IRIS	Dépôt institutionnel pour le partage de l'information de l'OMS	USAID	Agences des États-Unis pour le développement international
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide	WHE	Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire
MNT	Maladies non transmissibles	WHO-PEN	Ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires
MTN	Maladies tropicales négligées		
MTN-CP	Maladies tropicales négligées se prêtant à la chimioprévention		
MVE	Maladie à virus Ebola		
ODD	Objectifs de développement durable		

Le Dr Moeti s'entretenant avec le Représentant de l'OMS et d'autres experts dans la SHOC Room du bureau de l'OMS en République démocratique du Congo. Les discussions portent sur la mise en place d'une riposte rapide, efficace et cohérente afin d'enrayer la récente flambée de maladie à virus Ebola qui a touché la zone de santé de Likati, dans la province du Bas-Uélé.



Message de la Directrice régionale

Le présent rapport biennal fait le point sur les activités menées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans la Région africaine afin d'améliorer la santé dans les pays, en fournissant un appui aux États Membres avec le concours des partenaires au développement sanitaire. Ces activités ont été réalisées dans un contexte marqué par un regain d'optimisme. En effet, le bilan de la mise en œuvre du programme relatif aux objectifs du Millénaire pour le développement a montré que les pays africains ont enregistré des avancées notables, caractérisées notamment par la réduction du nombre de nouvelles infections par le VIH chez les jeunes, la baisse de la mortalité liée au VIH et la régression de la mortalité infantile. La santé occupe une place de plus en plus importante dans le programme mondial de développement. On en veut pour preuve le fait que les chefs d'État réunis en Allemagne dans le cadre du sommet du G20 se sont engagés à entreprendre des actions communes pour protéger les pays contre les crises sanitaires, renforcer les systèmes de santé et combattre la résistance aux antimicrobiens. Les chefs d'État de l'Union africaine quant à eux ont entériné des déclarations sur la vaccination et le Règlement sanitaire international (RSI), en janvier et juillet 2017, respectivement.

Les États Membres de la Région africaine ont saisi les occasions offertes par la reconnaissance mondiale de l'impérieuse nécessité de renforcer les capacités et la préparation des pays à faire face aux flambées de maladies et autres situations d'urgence de santé publique. Cette nécessité a été mise en évidence par la tragique flambée de maladie à virus Ebola qui a sévi en Afrique de l'Ouest. Nous avons réalisé des évaluations indépendantes des capacités nationales et soutenons l'élaboration de plans susceptibles de remédier aux lacunes constatées. Cette démarche permettra de mobiliser les ressources nécessaires, de rapprocher les pays de l'acquisition des capacités requises en vertu du RSI et de faire en sorte qu'une épidémie d'une telle ampleur ne survienne plus. La réforme du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire continue d'avancer à grands pas. Nous avons déjà pu constater que cette réforme a engendré une célérité et une efficacité accrues dans l'appui à la lutte contre les flambées de méningite, de fièvre de Lassa, de fièvre de la Vallée du Rift, de choléra et de fièvre jaune.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Moeti'.

Dr Matshidiso Moeti
Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

Message de la Directrice régionale



Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 a créé de nouvelles occasions. L'objectif de développement durable 3 – « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » – est au cœur de tous les autres objectifs de développement durable et garantit des synergies à la faveur d'une action multisectorielle. Les activités réalisées au cours de l'exercice biennal 2016-2017 afin de soutenir les pays dans la consolidation des blocs constitutifs d'un système de santé résilient – par exemple, en matière de financement, par l'intermédiaire des comptes nationaux de la santé et l'élaboration de stratégies nationales de financement de la santé ; ou concernant les observatoires et comptes nationaux des ressources humaines pour la santé, pour éclairer les politiques et les stratégies novatrices susceptibles de répartir, fidéliser et motiver comme il se doit les agents de santé dans les pays – ont jeté les bases d'un cadre pour la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable. Il convient de souligner que ce cadre a été convenu avec les États Membres, les partenaires et les experts pour converger vers la couverture sanitaire universelle. L'OMS a mis au point divers outils afin de promouvoir l'action dans tous les secteurs de développement et, partant, de parvenir à de meilleurs résultats sanitaires. Ces outils permettront aux pays d'agir sur les déterminants socioéconomiques de la santé et d'améliorer parallèlement la santé et le bien-être de leurs populations.

L'utilisation des technologies de l'information, qui s'accroît fortement dans différents domaines de développement dans la Région, offre des possibilités enthousiasmantes.

Message de la Directrice régionale

C'est dans cette perspective que nous avons fourni un appui aux pays pour qu'ils se dotent de stratégies nationales en matière de cybersanté, afin de tirer parti des technologies numériques et d'accélérer les progrès dans divers domaines tels que la surveillance des maladies, la formation et la supervision des agents de santé, la transmission des dossiers des patients à des spécialistes cliniques dans des hôpitaux urbains éloignés, et le soutien à l'observance des traitements par les patients. Le partenariat que nous venons d'établir avec l'Union internationale des télécommunications facilitera la mobilisation de ressources et le renforcement de capacités, et étendra ainsi la portée de notre soutien.

Malgré ces opportunités, l'OMS continue de mener ses activités dans la Région africaine dans un contexte complexe et multidimensionnel. En effet, la Région reste fortement exposée aux flambées de maladies, et subit plus de 100 événements de santé publique chaque année.

La charge des maladies transmissibles demeure élevée. L'évolution et la propagation rapides de la résistance aux antimicrobiens représentent une menace en évolution rapide pour la sécurité sanitaire. Les maladies non transmissibles (MNT) et les traumatismes sont en augmentation, alors que la mise en œuvre des mesures de politique sanitaire et fiscale destinées à prévenir ces maladies et traumatismes laisse à désirer et que les systèmes de santé ne sont pas adaptés pour dispenser des soins chroniques. De plus, le changement climatique influe fortement sur la santé dans la Région, en particulier sur la santé des groupes de population qui sont déjà vulnérables à cause de plusieurs facteurs sociaux et économiques.

Nous continuerons à proposer de conseils de politique sanitaire fondés sur les normes de l'OMS. Nos efforts porteront également sur le renforcement des capacités de prise en main, de gestion et de prestation de services dans les pays, la production de données susceptibles d'éclairer les interventions et la promotion de partenariats. Ces activités couvriront l'ensemble des secteurs programmatiques – le but étant de réduire la maladie et les décès évitables tout au long de la vie ; de lutter contre les maladies transmissibles, de les éliminer et de les éradiquer s'il y a lieu ; et de contribuer à la mise sur pied de systèmes de santé résilients dotés de solides fonctions de la santé publique.

Le Programme de transformation continuera de servir de boussole à notre action, et nous nous efforçons de tendre effectivement vers l'Organisation efficace, capable de répondre aux besoins et responsable que vous – les États Membres et les parties prenantes – appelez de vos vœux.

Enfin, en présentant ce rapport à la soixante-septième session du Comité régional, je tiens à exprimer ma sincère gratitude aux États Membres et aux partenaires pour l'inestimable soutien et les précieux encouragements qu'ils m'ont prodigués tout au long de la période considérée. Je tiens aussi à témoigner toute ma satisfaction aux membres de mon équipe pour leur dévouement, leur engagement et leur ardeur au travail. Je les exhorte à continuer sur leur lancée, car nous œuvrons pour améliorer la santé et le bien-être de toutes les populations de la Région africaine.





Résumé d'orientation

La Directrice régionale a l'honneur de présenter ce rapport, qui fait le point sur les activités menées par l'OMS dans la Région africaine au cours de la période allant du mois de janvier 2016 au mois de juin 2017. Le rapport résume les principales réalisations de la Région dans les six catégories d'activité définies dans le douzième programme général de travail, en appui au développement sanitaire des États Membres de la Région africaine. Le document reflète les contributions des bureaux de pays et du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, y compris celles des équipes d'appui interpays.

« Dans la Région africaine, l'OMS s'engage à œuvrer avec les États Membres et les partenaires pour parvenir à des résultats qui transforment la santé de tous les peuples d'Afrique grâce à la couverture sanitaire universelle, en vue d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD). »

Dr Matshidiso Moeti
Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique





executive summary

L'équipe d'action d'urgence de l'OMS chargeant des fournitures dans un avion des Services aériens d'aide humanitaire des Nations Unies en partance pour la zone de santé de Likati, dans la province du Bas-Uélé au nord de la République démocratique du Congo, afin de répondre à la récente flambée de maladie à virus Ebola qui a touché cette zone.

Résumé d'orientation

LE NOUVEAU PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE (WHE) APPORTERA DES AMÉLIORATIONS IMPORTANTES À LA SÉCURITÉ SANITAIRE

Avec plus de 150 événements de santé publique survenus en 2016-2017, parmi lesquels des flambées de méningite, de fièvre de Lassa et de choléra, conjuguées aux effets de la sécheresse, des inondations et de l'insécurité alimentaire sur la santé, la Région africaine reste la Région la plus touchée par des problèmes de santé.

Les réformes majeures que l'OMS a engagées dans le domaine de la sécurité sanitaire afin de pouvoir répondre aux menaces mondiales pour la santé lui ont permis d'apporter un appui plus efficace aux pays en proie à des flambées et autres situations d'urgence. En 2016, le Bureau régional a ainsi coordonné le déploiement de plus de 2500 experts lors d'événements majeurs de santé publique, notamment au cours de l'épidémie de maladie à virus Ebola et pendant les flambées de fièvre jaune, de choléra et de fièvre de la Vallée du Rift.

Lors de plusieurs crises humanitaires, l'OMS a soutenu l'action de santé publique qui a bénéficié à plus de six millions de réfugiés et de déplacés internes dans la Région. Toujours en 2016, avec le concours des ministères de la Santé et des partenaires, l'OMS a vacciné en quelque mois plus de 30 millions de

personnes en Angola et en République démocratique du Congo pour mettre fin à la plus grande flambée de fièvre jaune de l'histoire.

En outre, le recours exceptionnel à la stratégie des doses fractionnées – mû par l'urgence de la situation – a permis de contrôler la flambée à Kinshasa (République démocratique du Congo) en dépit de la pénurie de vaccins. Cette approche innovante pourrait sauver des vies lors de futures flambées. Des recherches sont en cours pour déterminer la durée de l'immunité conférée par les doses fractionnées.

Le système de gestion des incidents, utilisé pendant la riposte aux événements de santé publique, permet de mieux coordonner et de déployer des experts plus rapidement lors des flambées et autres situations d'urgence. En mai 2017, la République démocratique du Congo a confirmé une nouvelle flambée de maladie à virus Ebola. Dans les 48 heures qui ont suivi la notification de cette flambée, le bureau de pays de l'OMS et le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire ont œuvré en harmonie avec le gouvernement congolais et les partenaires pour mettre en place un système d'alerte et d'intervention sur le terrain, dans la zone sanitaire de Likati, près de la frontière avec la République centrafricaine. La flambée a été maîtrisée en deux mois.

À l'aide du nouvel outil d'évaluation externe conjointe, l'OMS et les partenaires ont évalué les capacités principales de 18 pays à détecter les menaces pour la santé publique et à mettre en place une riposte adéquate, conformément

aux prescriptions du Règlement sanitaire international (RSI, 2005). Ils ont ainsi cerné les lacunes existantes.

Les évaluations externes conjointes ont par la suite contribué à l'élaboration de plans nationaux multirisques complets pour remédier à ces lacunes. Les pays sont dorénavant prêts à mobiliser des ressources à cet effet.

L'Organisation est en train de lever des ressources afin de recruter le personnel requis pour le nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire, lequel personnel a été approuvé par les États Membres. L'OMS entend consolider ce départ positif.





Résumé d'orientation

RENFORCER LES SYSTÈMES DE SANTÉ POUR ASSURER LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Tout au long de l'exercice biennal 2016-2017, l'action engagée en matière de renforcement des systèmes de santé a porté essentiellement sur le soutien à la progression vers la couverture sanitaire universelle, en vue d'atteindre les objectifs de développement durable. Plusieurs processus ont permis d'élaborer un cadre pour guider les activités que les pays réalisent avec les partenaires afin d'édifier des systèmes de santé résilients bénéficiant d'un meilleur financement et garantissant un accès équitable aux services de santé de qualité assurée. Le cadre ainsi défini doit aussi préparer les pays à endiguer les flambées et à mettre en place une riposte appropriée aux situations d'urgence de santé publique.

Une étape importante a été la tenue du tout premier Forum régional sur le renforcement des systèmes de santé en vue d'atteindre les ODD et d'assurer la couverture sanitaire universelle. C'est au cours de ce forum organisé en décembre 2016 à Windhoek (Namibie) par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique que le cadre a été défini avec de hauts responsables des ministères de la Santé de tous les 47 États Membres de la Région africaine et des partenaires. Le cadre servira désormais de boussole aux actions menées par les pays pour atteindre les objectifs de développement durable. Sa formulation s'est appuyée sur les résultats d'une étude de référence sans précédent qui a collecté des données issues de chaque État Membre et qui sera utilisée pour élaborer un cadre de suivi des progrès accomplis vers la couverture sanitaire universelle et l'atteinte de l'ODD 3.

L'OMS a fourni un appui aux pays dans l'établissement des comptes nationaux de la santé, qui améliorent la disponibilité de données et facilitent la prise de décisions fondées sur des bases factuelles et concernant des stratégies de financement de la santé plus équitables, en mettant l'accent sur la hausse des ressources intérieures et la protection financière des populations. La Directrice régionale a organisé conjointement avec la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) un événement de plaidoyer de haut niveau sur le financement de la santé dans la Région. Le but était de comprendre les perspectives propres aux ministères des Finances et de parvenir à un consensus sur le financement durable de la santé. Les résultats préliminaires d'un rapport de l'OMS révèlent qu'en 2015, l'Afrique a perdu jusqu'à US \$3 billions à cause du mauvais état de santé de ses populations. L'atteinte des cibles des ODD devrait réduire la perte en produit intérieur brut d'au moins 47 %. Les participants à l'événement de plaidoyer ont identifié les axes d'action commune et souligné la nécessité d'une collaboration plus étroite entre les ministères de la Santé et les ministères des Finances.

Les autres axes prioritaires dans lesquels des activités ont été menées pendant la période couverte par le présent rapport comprennent : l'établissement d'une comptabilité nationale des personnels de santé, pour générer des données favorisant l'amélioration des politiques sur les ressources humaines pour la santé ; l'élargissement de l'accès aux médicaments essentiels ; le renforcement de la capacité de réglementation dans les pays ; et la consolidation des systèmes d'information sanitaire et de statistiques d'état civil.

La Directrice régionale a organisé conjointement avec la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique un événement de plaidoyer de haut niveau sur le financement de la santé dans la Région. Le but était de comprendre les perspectives propres aux ministères des Finances et de parvenir à un consensus sur le financement durable de la santé. Des éléments factuels révèlent qu'en 2015, l'Afrique a perdu jusqu'à US \$3 billions à cause du mauvais état de santé de ses populations. L'atteinte des cibles des ODD devrait réduire la perte en produit intérieur brut d'au moins 47 %.



Résumé d'orientation

LUTTER CONTRE LA RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS EN AFRIQUE

La résistance aux antimicrobiens est un problème imminent à l'échelle mondiale, qui a de graves conséquences en termes d'échec thérapeutique, de hausse des coûts et d'accroissement de la charge de morbidité et que l'on doit mieux combattre dans les pays. Dans la Région africaine, la résistance aux antimicrobiens est liée entre autres à l'usage peu rationnel des antimicrobiens, aux mauvaises pratiques de lutte anti-infectieuse dans les hôpitaux et les communautés et à la qualité peu satisfaisante des antimicrobiens. Consciente de cette situation, l'OMS soutient l'élaboration de plans d'action nationaux contre la résistance aux antimicrobiens dans 44 pays, conformément au Plan d'action mondial. L'Organisation a aussi mobilisé des fonds catalytiques pour permettre à 25 pays d'enclencher le processus d'élaboration de plans d'action nationaux. En conséquence, les autorités nationales pertinentes de dix pays ont approuvé un plan d'action national contre la résistance aux antimicrobiens ou sont en passe de le faire. L'OMS œuvre sans relâche pour que des plans de travail soient établis dans tous les 47 États Membres de la Région africaine d'ici à mai 2018.

La menace que représente la tuberculose multirésistante doit être prise très au sérieux, car elle ne manquera pas d'accroître l'incidence, la prévalence et la mortalité de la tuberculose qui est déjà élevée en Afrique. La tuberculose pharmacorésistante est un problème croissant, dont le traitement s'avère très onéreux. Au cours de la période couverte par le présent rapport, l'OMS a œuvré avec les pays pour renforcer leurs capacités à dépister la tuberculose multirésistante et la tuberculose ultrarésistante. En collaboration avec les partenaires

africains de l'Initiative mondiale pour les laboratoires, l'OMS a diffusé un cadre régional pour le renforcement des services de laboratoire de la tuberculose (2016-2020) afin d'accroître les capacités de diagnostic dans les pays. Des programmes de traitement de la tuberculose multirésistante ont été établis dans 40 des 44 pays ayant déjà rapporté au moins un cas de cette forme de tuberculose.

En vue d'améliorer le résultat des traitements, 11 pays de la Région ont collaboré avec l'OMS et d'autres partenaires pour réaliser des essais pilotes de schémas

thérapeutiques de brève durée pour la tuberculose multirésistante.

L'OMS s'est appuyée sur les bases factuelles obtenues pour recommander la réduction de la durée du traitement de la tuberculose multirésistante, qui doit passer de 24 mois à une période oscillant entre neuf et 12 mois. Le prix du traitement de brève durée étant au moins deux fois inférieur au schéma thérapeutique long, on s'attend donc à ce que le nouveau schéma proposé améliore les résultats sanitaires et réduise la mortalité à la faveur d'une meilleure observance du traitement et d'une diminution des lacunes dans le suivi.

La résistance aux antimicrobiens est un problème imminent à l'échelle mondiale qui a de graves conséquences en termes d'échec thérapeutique, de hausse des coûts et d'accroissement de la charge de morbidité et que l'on doit mieux combattre dans les pays.





Résumé d'orientation

PROTÉGER LES ENFANTS CONTRE LA MALADIE ET LA MORTALITÉ

La vaccination est une intervention essentielle de santé publique qui sauve des millions de vie chaque année dans la Région africaine. Sept pays ont réussi à faire régresser sensiblement l'incidence de certaines maladies, principalement la diarrhée liée à une infection par un rotavirus ou à une autre cause, en vaccinant les enfants contre le rotavirus et en améliorant la qualité de l'eau, l'assainissement et les pratiques d'hygiène. L'OMS et ses partenaires ont soutenu l'introduction systématique du vaccin antipneumococcique conjugué et du vaccin antirotavirus dans les programmes nationaux de vaccination de 38 et 31 pays, respectivement. Le RTS,S, un vaccin dont il a été démontré qu'il assure aux jeunes enfants une protection partielle contre le parasite du paludisme (*Plasmodium falciparum*), fera l'objet d'une expérimentation pilote au Ghana, au Kenya et au Malawi en 2018, et devrait contribuer à la baisse de la mortalité infantile.

Si les taux nationaux de couverture vaccinale sont élevés dans de nombreux pays, il n'en demeure pas moins qu'un enfant sur cinq n'a toujours pas accès à tous les vaccins dont il a besoin. Des inégalités perdurent. Les principaux écarts en matière de couverture vaccinale sont liés au revenu du ménage et au niveau d'instruction de la mère. Les chefs d'État africains ont affiché leur volonté politique d'améliorer la couverture vaccinale en adoptant la Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination (ADI), lors du Sommet de l'Union africaine qui s'est tenu en janvier 2017.

Cet engagement encourageant en faveur d'un investissement national accru pour assurer la couverture universelle par la vaccination en Afrique sera suivi, dans l'optique de sa traduction en actions concrètes dans les pays.

Le renforcement de la capacité à mener des interventions communautaires pour améliorer la santé de l'enfant, et particulièrement la prise en charge intégrée des cas par les communautés, s'est poursuivi, se traduisant par une identification accrue des enfants exposés à la tuberculose et au VIH dans les pays à forte charge. La prise en charge des enfants malades dans la communauté, lorsque l'orientation-recours n'est pas possible, s'est avéré un autre axe d'intérêt. Par exemple, la prise en charge communautaire accrue du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie chez les enfants a augmenté le nombre d'enfants traités à temps.

L'équité dans l'accès aux soins de qualité est essentielle pour assurer la couverture sanitaire universelle. En février 2017, l'OMS a lancé un réseau de la qualité des soins qui couvrait au départ neuf pays du monde – dont sept de la Région africaine – avec pour but d'améliorer les services proposés aux mères, aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents. Ce réseau ambitionne de réduire de moitié, en l'espace de cinq ans, le nombre de décès maternels et néonataux qui surviennent dans les établissements de soins.





Résumé d'orientation

S'EFFORCER DE PARVENIR À L'ÉLIMINATION ET À L'ÉRADICATION DES MALADIES

Tout en supportant la plus lourde charge de morbidité liée aux maladies transmissibles, les États Membres de la Région africaine se sont fixé l'ambitieux objectif d'éliminer et d'éradiquer les maladies prioritaires. Suite à la diffusion en 2016 des Lignes directrices consolidées de l'OMS sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH, les États Membres ont rapidement orienté leurs politiques de lutte contre le VIH vers l'adoption de recommandations préconisant de « traiter tout le monde » en faisant en sorte que les patients VIH-positifs soient placés sans tarder sous thérapie antirétrovirale (TARV). Cette mesure s'est traduite par l'accroissement du nombre de personnes ainsi traitées. À preuve, en tout 13,8 millions de personnes bénéficient actuellement de la thérapie antirétrovirale dans la Région africaine, ce qui a permis de réduire la mortalité liée au VIH, laquelle était estimée à 720 000 décès en 2016, contre 800 000 décès en 2015.

L'OMS a privilégié l'action contre les maladies tropicales négligées (MTN), qui touchent les groupes de population les plus démunis. Grâce à une dynamique sans précédent à l'échelle mondiale, certaines de ces maladies sont en passe d'être éradiquées. En juillet 2016, l'OMS a célébré le succès remporté dans la lutte contre la cécité des rivières, après plus de 40 années d'efforts soutenus. L'Organisation s'emploie désormais à atteindre l'objectif de l'élimination de cette maladie, en collaboration avec les pays et les partenaires. Le Togo est le premier pays

de la Région africaine à avoir obtenu la certification de l'OMS concernant l'élimination de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique. Pour la toute première fois de l'histoire, le Mali – l'un des quatre derniers pays d'endémie pour la maladie du ver de Guinée – vient de passer toute une année sans notifier le moindre cas d'infection par cette maladie.

Le Projet spécial élargi de lutte contre les maladies tropicales négligées (ESPEN) collabore avec les partenaires pour soutenir l'élimination des cinq maladies qui se prêtent à la chimioprévention, à savoir l'onchocercose, la filariose lymphatique, la schistosomiase, les géohelminthiases et le trachome. ESPEN a mobilisé des dons de médicaments en vue de l'administration massive de médicaments. En tout 8,5 millions de personnes ont été touchées dans 12 pays, grâce à un appui direct à l'administration massive de médicaments. L'usage rationnel des systèmes de gestion de stocks a permis à ESPEN de récupérer 132 millions de comprimés qui n'avaient pas été comptabilisés précédemment, et de réaliser ainsi des économies sur les coûts du programme. Le premier atlas de référence sur l'endémicité des cinq maladies tropicales négligées qui se prêtent à la chimioprévention dans la Région africaine a été établi, et un portail est désormais disponible et accessible à tous les partenaires qui œuvrent pour combattre ces MTN.

Grâce aux efforts du programme prioritaire établi au Bureau régional, l'OMS s'emploie à soutenir l'Afrique dans les efforts que ce continent fait pour être exempt de poliomyélite d'ici à 2019. Suite à la détection de quatre

cas d'infection par le poliovirus sauvage dans des zones en proie à l'insécurité au nord du Nigéria, des campagnes de vaccination synchronisées ont été organisées dans les pays du Bassin du lac Tchad. La riposte sous-régionale dans ce bassin est un exemple de pratique optimale, l'implication sans réserve des responsables politiques et communautaires ayant été déterminante pour le succès de ces campagnes. De plus, afin d'éviter la propagation de la maladie à d'autres pays, la plus importante campagne de lutte contre la poliomyélite jamais organisée en Afrique a été lancée, avec la participation de plus de 190 000 vaccinateurs qui ont immunisé plus de 116 millions d'enfants de moins de cinq ans dans 13 pays d'Afrique de l'Ouest et centrale. Grâce à cette opération, on n'a enregistré aucun nouveau cas d'infection par le poliovirus sauvage. Tous les pays renforcent les mesures de surveillance, dans un contexte marqué par le compte à rebours vers l'éradication de la poliomyélite dans le monde et la réaffectation au profit d'autres programmes de santé publique des ressources destinées à la lutte contre cette maladie.



Résumé d'orientation

AGIR SUR LES DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTÉ



L'Afrique est particulièrement vulnérable au changement climatique et confrontée aujourd'hui à des flambées de maladies, ainsi qu'à la malnutrition due à une insécurité alimentaire persistante consécutive à l'échec des cultures et conjuguée à la sécheresse et à de fortes inondations. Onze pays ont mis au point des profils sanitaires et climatiques nationaux qui permettent d'anticiper et d'atténuer les impacts sanitaires du dérèglement climatique. Le renforcement des capacités en ce qui concerne les impacts sanitaires des événements climatiques extrêmes résultant du phénomène El Niño a permis à onze pays touchés d'Afrique de l'Est et australe de faire des prévisions et de réagir comme il convient. Une nouvelle stratégie régionale d'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine et de préservation de l'intégrité des écosystèmes dans la Région africaine (2017-2021) sera présentée à la soixante-septième session du Comité régional.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique coordonne le réseau Clim-Health Africa, qui se trouve être une plateforme virtuelle d'échange d'expériences et d'informations entre les partenaires internationaux. Clim-Health Africa vise à renforcer la résilience des pays africains pour qu'ils puissent mieux gérer les effets du changement climatique sur la santé publique et planifier les ressources en vue de résultats sanitaires sensibles au changement climatique. S'appuyant sur l'élan suscité par la Conférence de Paris sur le climat tenue en 2016, l'OMS et le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) envisagent d'organiser une conférence interministérielle de haut niveau sur la santé et l'environnement, en octobre 2017.

Résumé d'orientation

FAIRE FACE À LA MENACE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT)

La menace des maladies non transmissibles plane sur la Région. Selon certaines prévisions, ces maladies seront responsables de millions de décès en Afrique d'ici à 2025. Ces prévisions n'étant pas suffisamment prises en compte par les pays lorsqu'ils allouent des ressources à la santé, l'OMS soutient les actions de plaidoyer qui visent à mettre en évidence la menace que les MNT font planer sur la Région. L'OMS a apporté un concours aux pays pour mener des enquêtes par étapes permettant de suivre les tendances des principaux facteurs de risque de MNT et de mieux orienter les actions à mener. Il ressort des résultats issus de 33 pays que pratiquement chaque adulte présente au moins un facteur de risque qui accroît sa probabilité de développer une MNT potentiellement mortelle. Il est possible de prévenir les maladies non transmissibles non seulement par des mesures de politique sanitaire, fiscale et réglementaire telles que l'augmentation des taxes d'accise et l'étiquetage des denrées alimentaires, mais aussi par des programmes pour un changement de comportements. Le nombre de pays dotés de plans d'action multisectoriels opérationnels sur les maladies non transmissibles est passé de 14 pays en 2013 à 22 pays en 2015, ce qui est symptomatique d'une action accrue contre les MNT.

La Région africaine est en tête du peloton pour l'adoption du Protocole sur l'élimination du commerce illicite des produits du tabac dans le monde, car cette Région compte 10 pays sur les 27 qui ont déjà ratifié le protocole à l'échelle mondiale. Au cours de la période couverte par le présent rapport, huit autres pays ont ratifié le protocole grâce à l'appui technique

soutenu et au renforcement des capacités assurés par le Bureau régional de l'Afrique. L'OMS a apporté son appui à l'administration gambienne en vue de l'adoption, en 2013-2015, d'une politique fiscale antitabac qui a permis de réduire les importations de tabac et d'accroître nettement les recettes publiques. La Gambie a reconduit cette politique pour trois autres années. En reconnaissance de ces efforts, le Directeur général de l'OMS a décerné deux prix au ministère des Finances et des Affaires économiques et à l'Assemblée nationale de la Gambie à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac, en mai 2017.

La Région africaine souffre d'une grave pénurie de spécialistes de la santé mentale, ce qui limite considérablement l'accès aux traitements et aux soins. Pour remédier à cette situation, l'OMS a œuvré pour que la santé mentale soit intégrée dans les soins de santé primaires dans plusieurs pays, conformément au Plan d'action mondial pour la santé mentale. Ces efforts permettront de combler d'importantes lacunes et de progresser vers un accès équitable aux services de santé mentale dans la Région.

S'agissant de la nutrition, le continent africain fait face à une double charge due au retard de croissance et à l'obésité. L'OMS a fourni un appui à 11 pays dans la mise en œuvre du projet « Accélération des améliorations à l'égard de la nutrition ». Ces pays disposent maintenant d'au moins deux indicateurs de la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, et six les font apparaître dans leurs rapports réguliers sur la santé. Plus de 2600 gestionnaires et agents de santé ont été formés à la collecte et à l'utilisation de manière pratique des données de la surveillance, ce qui permet de poser un fondement solide en appui à la surveillance nutritionnelle dans chaque pays.





Résumé d'orientation

FAVORISER L'ACTION DE L'OMS PAR LA TRANSFORMATION

L'OMS a engagé des réformes majeures afin de mieux répondre aux situations, d'être plus orientée vers les résultats et efficace pour mieux servir les États Membres. Une évaluation indépendante des deux premières années (2015-2016) du Programme de transformation a été faite en avril 2017. Cette évaluation a confirmé les progrès importants accomplis vers la mise en œuvre du programme dans les domaines tels que la responsabilisation, la conformité et la gestion des risques, les partenariats stratégiques et la gestion des subventions des donateurs. Un rapport sur l'état d'avancement du Programme de transformation sera présenté aux États Membres et aux partenaires à la soixante-septième session du Comité régional.

La restructuration du personnel du Bureau régional et des équipes interpays a été menée afin de s'assurer que les ressources humaines sont en adéquation avec les besoins prioritaires en matière de santé à l'échelle régionale. Cet exercice se poursuit dans les bureaux de pays par des examens fonctionnels qui évalueront objectivement les besoins en ressources humaines, en fonction des priorités de chaque pays. Une équipe spéciale conduira le processus d'examen fonctionnel, en commençant par quatre pays pilotes.

Un certain nombre de changements ont été introduits dans les opérations stratégiques du Bureau régional afin d'accroître l'efficacité, la diligence, l'efficacité et la

responsabilisation dans les actions menées en soutien aux États Membres. En vue d'améliorer la redevabilité en matière de résultats, des indicateurs de performance clés (KPI) ont été introduits pour mesurer les performances en contribuant de manière efficace au développement sanitaire dans la Région. Les performances de tous les bureaux de pays de l'OMS et des groupes organiques du Bureau régional (centres budgétaires) sont évaluées mensuellement. En outre, un bulletin trimestriel compare les tendances au fil du temps et les performances des divers centres budgétaires, permettant ainsi de prendre des mesures correctives, s'il y a lieu.

Un nouveau cadre de coopération financière directe (DFC), de responsabilisation et d'assurance a été établi pour garantir que les ressources financières de l'OMS mises à la disposition des chargés de la mise en œuvre, y compris les pouvoirs publics (ce que l'on appelle les « fonds de la coopération financière directe »), sont utilisées aux fins prévues et que les bénéficiaires sont en mesure d'exercer les fonctions de contrôle nécessaires pour respecter les conditions de surveillance et d'établissement de rapports. Le nombre de rapports de DFC en souffrance a diminué de 60 % entre avril 2016 et mai 2017. Les efforts visant à améliorer le respect des règles de fonctionnement commencent à porter leurs fruits – les rapports d'audit non satisfaisants ont été ramenés à 0 % en 2016, contre 50 %-80 % au cours des années précédentes. Tous les nouveaux audits conduits en 2016 étaient partiellement ou entièrement satisfaisants.

Résumé d'orientation

RENFORCER LES PARTENARIATS STRATÉGIQUES POUR LA SANTÉ

L'OMS reconnaît que la collaboration entre les différents acteurs et avec les autres secteurs de développement est essentielle pour atteindre les cibles de santé fixées dans les ODD et promouvoir le bien-être des populations. En juin 2017, l'OMS a organisé à Kigali (Rwanda) le tout premier Forum africain sur la santé, sur le thème *Les populations d'abord : la route vers la couverture sanitaire universelle en Afrique*. Ce forum a servi de plateforme pour un brassage unique de partenaires divers – ministres, organismes internationaux, jeunes et secteur privé – et de cadre pour discuter des défis et des opportunités en matière de santé publique dans la Région, dans la perspective de la couverture sanitaire universelle. Le forum a exploré des voies et moyens novateurs susceptibles de faire avancer le programme d'action sanitaire en Afrique, grâce notamment à un nouveau partenariat entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et l'Union internationale des télécommunications, afin d'accroître le nombre d'interventions en matière de cybersanté dans les prestations des systèmes de santé. Le forum a adopté *l'Appel à l'action de Kigali* qui vise à promouvoir des initiatives communes destinées à améliorer l'état de santé des populations dans la Région africaine.

Le Bureau régional poursuit une stratégie délibérée qui consiste à collaborer avec les partenaires pour améliorer les résultats sanitaires dans la Région. Le partenariat avec la Commission de l'Union africaine (CUA) a facilité l'adoption d'importantes décisions sur la santé par les chefs d'État, tout comme la signature d'un accord sur un cadre de collaboration avec le CDC africain.

La Directrice régionale s'est rendue chez plusieurs partenaires au développement et en a accueilli d'autres au siège du Bureau régional, à Brazzaville. Les partenaires visités ou reçus comprennent la Banque africaine de développement, la Fondation Bill & Melinda Gates, le Département britannique pour le développement international, le ministère britannique de la Santé et son département *Public Health England*, ainsi que l'USAID, sans oublier le Département américain de la Santé et de la Sécurité humaine. Les relations se renforcent aussi avec les gouvernements et des institutions de pays tels que l'Allemagne, la Chine et le Japon.

Le mécanisme régional de partenariat dénommé Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA), mis en place pour coordonner l'appui des partenaires aux pays et promouvoir les synergies dans le secteur de la santé, a été relancé après un audit indépendant de ses activités qui a été conduit en 2016. L'OMS et ses partenaires ont réaffirmé leur détermination à œuvrer ensemble dans les domaines prioritaires, en particulier le plaidoyer pour un financement national accru et durable de la santé, tout comme l'action en faveur de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable.

L'OMS dans la Région africaine se transforme progressivement en une Organisation axée sur la production de résultats et résolue à faire preuve de transparence, de responsabilisation et d'efficacité afin d'apporter le meilleur soutien possible aux pays, mue en cela par la volonté de faire de l'Afrique un continent en meilleure santé et plus prospère.





1. Introduction

Le présent rapport, intitulé *Activités de l'OMS dans la Région africaine 2016-2017 – rapport biennal de la Directrice régionale*, couvre la période allant du mois de janvier 2016 au mois de juin 2017, et rend compte des activités menées pendant les 18 premiers mois de la période biennale en cours. Le rapport met en évidence les résultats obtenus dans l'appui aux États Membres, ainsi que la collaboration avec les partenaires pour améliorer les résultats sanitaires dans la Région.

Le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine comprend 47 bureaux de pays et le Bureau régional (équipes d'appui interpayes comprises). Le Secrétariat prête son assistance aux pays par la diffusion de normes et standards ; la fourniture d'une assistance technique en vue de l'élaboration ou de l'actualisation des politiques, stratégies et plans nationaux de généralisation des interventions sanitaires offrant un bon rapport coût-efficacité ; le renforcement de la capacité nationale de mise en œuvre et de supervision des activités ; le plaidoyer pour l'investissement dans la santé ; le soutien à la mobilisation des ressources ; et la coordination des partenaires.

Les activités de l'OMS se déroulent suivant une programmation biennale. L'exercice actuel est le dernier exercice biennal du douzième programme général de travail 2014-2019. Le document est présenté dans les six catégories de travail définies dans le douzième programme général de travail, à savoir :

- i) Maladies transmissibles ;
- ii) Maladies non transmissibles ;
- iii) Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie ;
- iv) Systèmes de santé ;
- iv) Préparation, surveillance et intervention ;
- v) Services institutionnels et fonctions d'appui.





2. Exécution du budget programme 2016-2017 de l'OMS

Pour le compte de l'exercice 2016-2017, l'Assemblée mondiale de la Santé a alloué à la Région africaine une enveloppe budgétaire se chiffrant à US \$1 162 300 000, soit 27 % du budget programme total de l'OMS pour cet exercice biennal. Au 31 décembre 2016, à mi-parcours de l'exercice, les ressources disponibles représentaient environ 78 % du budget alloué.

Au 30 juin 2017, le budget total alloué à la Région a été porté à US \$1 679 356 000, soit une augmentation nette de US \$517 056 000 par rapport à l'enveloppe initiale approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé. Cette augmentation était essentiellement destinée à financer le relèvement et le renforcement des systèmes de santé dans les pays post-Ebola, de même que la mise en place du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire.

À ce jour, la Région a reçu 82 % de sa dotation budgétaire (tableau 1), ce qui équivaut à US \$1 376 975 000. Cinquante et un pour cent (51 %) de ce montant sont destinés au programme de gestion des situations d'urgence sanitaire, alors que le reste de l'enveloppe (moins de 50 %) est réparti entre tous les autres programmes. Le taux d'exécution moyen des ressources disponibles se situe à 76 % et varie de 69 % à 80 % dans toutes les catégories techniques. Par rapport aux autres Régions et au Siège, la Région africaine présente le nombre moyen de résultats le plus élevé par centre budgétaire, ce qui souligne la nécessité d'une meilleure définition des priorités et d'une sélectivité plus rigoureuse dans la planification.

Les enseignements tirés ont amené la Région à mettre en place un certain nombre de mécanismes pour améliorer l'établissement des rapports sur l'exécution du budget programme. On peut citer à titre d'exemple les tableaux de bord de l'informatique décisionnelle de l'OMS, l'outil d'établissement de rapports à mi-parcours, et la nomination de points focaux nationaux pour la production de rapports à mi-parcours. Une feuille de route pour améliorer l'exécution en temps voulu et efficace du budget programme 2016-2017 a aussi été élaborée afin d'aider les centres budgétaires à garder le cap.

S'agissant des sources de financement, le budget de la Région continue d'être financé par un mélange de fonds flexibles (18 %) et de contributions volontaires à objet désigné (82 %). Toutefois, plusieurs priorités sanitaires telles que les maladies non transmissibles et le renforcement des systèmes de santé restent insuffisamment financées.

Le Bureau régional continuera à s'engager dans le dialogue sur le financement et à plaider pour un financement plus flexible. Le Secrétariat s'est réjoui de l'adoption par les États Membres d'une augmentation de 3 % des contributions fixées lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017, ce qui prouve que les pays souhaiteraient que le financement de l'OMS soit plus flexible et prévisible.

Ayant reconnu la nécessité d'élargir l'assiette des ressources, le Bureau régional a élaboré une nouvelle stratégie qui cherche à intensifier les efforts de mobilisation des ressources en collaborant avec les partenaires traditionnels et les nouveaux partenaires, notamment le secteur privé et les fondations philanthropiques.



2. Exécution du budget programme 2016-2017 de l'OMS

Tableau 1. Exécution du budget programme 2016-2017 au 30 juin 2017 (en milliers de US \$)

Catégorie	BUDGET APPROUVÉ PAR L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ ('000)	BUDGET ALLOUÉ ('000)	TOTAL DES RESSOURCES DISPONIBLES ('000)	POURCENTAGE DU FINANCEMENT PAR RAPPORT AU BUDGET APPROUVÉ	EXÉCUTION DU BUDGET ('000)	TAUX D'EXÉCUTION DU BUDGET APPROUVÉ ('000)	TAUX D'EXÉCUTION DES RESSOURCES DISPONIBLES
	[A]	[B]	[C]	[D = C/A]	[E]	[F = E/A]	[G = E/C]
Catégorie 1 : Maladies transmissibles	284 000	245 610	222 400	78 %	149 340	53 %	
Catégorie 2 : Maladies non transmissibles	61 800	56 240	32 607	53 %	22 527	36 %	69 %
Catégorie 3 : Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie	105 200	107 314	84 776	81 %	67 995	65 %	80 %
Catégorie 4 : Systèmes de santé	89 000	106 890	92 572	104 %	62 853	71 %	68 %
Catégorie Category 5 : Préparation, surveillance et intervention	64 300	59 383	49 312	77 %	46 700	73 %	95 %
Catégorie 6 : Services institutionnels et fonctions d'appui	146 400	168 416	164 019	112 %	113 789	78 %	69 %
Catégorie 12 : Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire		77 545	34 323		12 371		36 %
Total - Programmes de base	750 700	821 397	680 008	91 %	475 575	63 %	70 %
Programmes d'urgence*							
05 - (Éradication de la poliomyélite et interventions en cas d'épidémies ou de crise)	411 600	857 958	696 967	169 %	573 204	139 %	82 %
Total général	1 162 300	1 679 356	1 376 975	118 %	1 048 779	90 %	76 %

*L'introduction du nouveau Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE) a donné naissance à la catégorie 12, qui a remplacé la catégorie 5 pour tous les programmes relevant de WHE.

3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.1 CATÉGORIE 1. MALADIES TRANSMISSIBLES

Les maladies transmissibles continuent de poser une grave menace pour la santé et contribuent à alourdir la charge de morbidité dans la Région. L'OMS joue un rôle de chef de file pour soutenir les pays non seulement dans la lutte contre les maladies telles que le VIH, la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales négligées, mais aussi dans la réduction de l'incidence des maladies à prévention vaccinale telles que l'hépatite. Le soutien de l'OMS porte essentiellement sur l'élargissement de la couverture des interventions efficaces pour prévenir et traiter les maladies, y compris par le recours aux nouvelles technologies en vue d'une efficacité accrue.

L'OMS a élaboré quatre cadres régionaux devant servir de boussole pour la mise en œuvre de stratégies mondiales. Ces cadres régionaux approuvés par la soixante-sixième session du Comité régional de l'Afrique concernent la mise en œuvre des stratégies mondiales de lutte contre le VIH¹, la tuberculose² et l'hépatite virale³, ainsi que la mise en œuvre de la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme⁴. L'application de ces stratégies contribuera à réduire le fardeau des maladies ciblées et à accélérer les progrès vers l'atteinte des cibles mondiales.

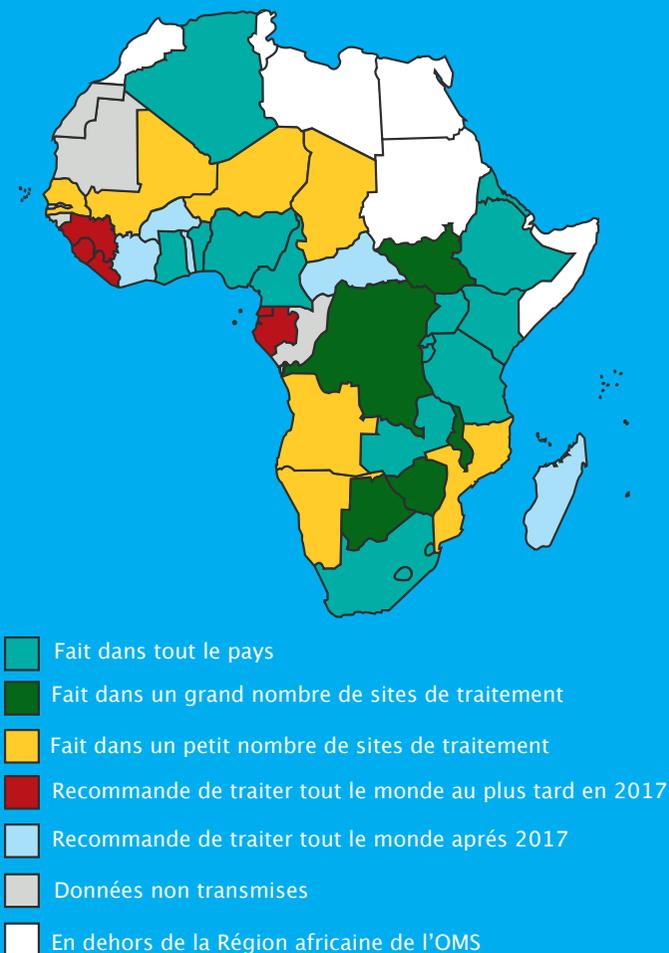
Suite à la diffusion des Lignes directrices consolidées de l'OMS sur la prévention et le traitement du VIH en 2016, les pays orientent rapidement leurs politiques de lutte contre le VIH vers l'adoption des recommandations de la stratégie « Traiter tout le monde »⁵ afin de permettre aux patients VIH-positifs de bénéficier rapidement d'un traitement antirétroviral, quelle que soit la numération de leurs CD4.

Trente États Membres⁶ (figure 3.1.1) ont adopté la politique et mettent en œuvre les recommandations de l'approche « Traiter tout le monde ». Jusqu'à la fin de l'année 2016, plus de 13,8 millions de personnes avaient ainsi pu recevoir un traitement antirétroviral dans la Région, soit un taux de couverture de 54 %.

La mortalité liée au VIH a régressé dans la Région africaine, près de 720 000 personnes ayant perdu la vie à cause de l'infection par ce virus en 2016, contre 800 000 décès en 2015 et plus de 1,2 million de décès en 2010. On note cependant des différences importantes dans la couverture du traitement antirétroviral, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale affichant des taux bien plus faibles. Les hommes et les groupes clés en particulier n'ont pas suffisamment accès aux services de dépistage et de traitement du VIH.

En 2016, l'OMS, l'ONUSIDA et d'autres partenaires de la Région ont élaboré un plan de rattrapage d'urgence afin d'accélérer l'action contre le VIH en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale de manière à tripler la couverture du traitement du VIH à l'horizon 2019. Lors d'un événement de haut niveau organisé conjointement par l'OMS et l'ONUSIDA en marge des travaux de la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, les ministres de la Santé de 11 pays d'Afrique de l'Ouest et centrale⁷ et leurs partenaires ont convenu d'ajuster les politiques et les stratégies et d'accélérer les actions pour généraliser le traitement du VIH dans la sous-région d'Afrique de l'Ouest et centrale.

Figure 3.1.1. Pays mettant en œuvre les recommandations de la stratégie « Traiter tout le monde », au 30 juin 2017





3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.1 CATÉGORIE 1. MALADIES TRANSMISSIBLES

Le plan de rattrapage a également été approuvé par les chefs d'État africains lors du 29^e Sommet de l'Union africaine tenu en juillet 2017. Au moins 10 États Membres⁸ ont déjà élaboré leurs plans nationaux d'accélération de l'action contre le VIH. L'OMS, en collaboration avec ses partenaires, s'engage à soutenir la mise en œuvre des plans nationaux de rattrapage.

L'hépatite virale est un problème grave mais sous-estimé dans la Région. Onze États Membres⁹ ont introduit la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B en fin 2016, et la couverture s'établit actuellement à 77 % dans la Région africaine. Onze pays¹⁰ ont élaboré des plans d'action nationaux, alors que cinq États Membres¹¹ ont mis en place des programmes nationaux de traitement de l'hépatite virale.

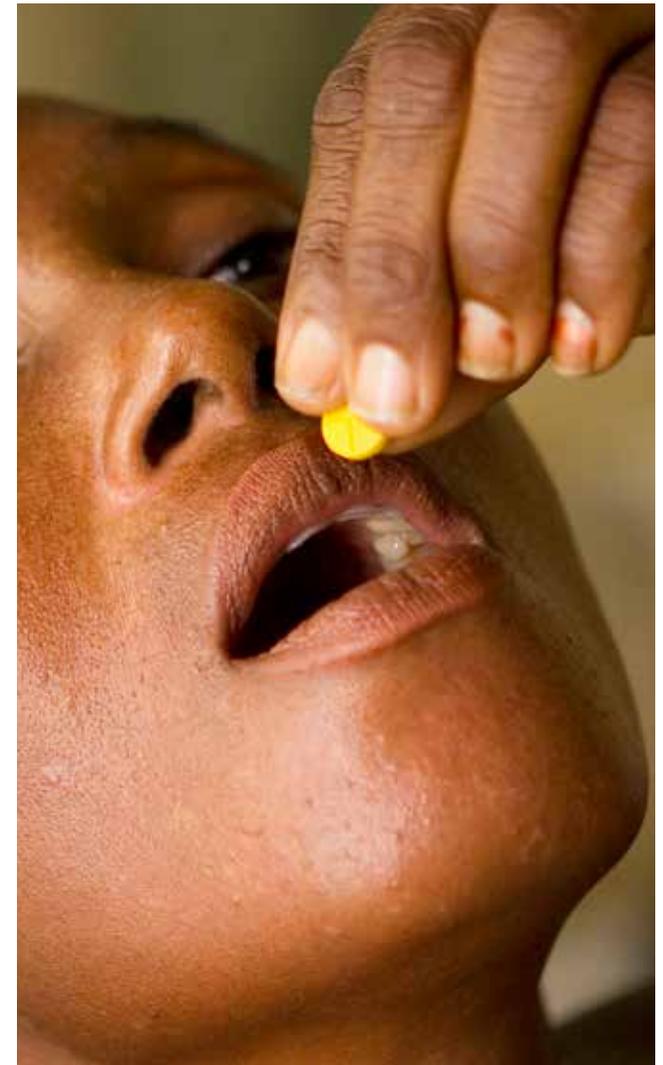
L'Afrique enregistre les plus forts taux d'incidence, de prévalence et de mortalité tuberculeuses par habitant et doit faire face au problème croissant posé par la tuberculose pharmacorésistante, dont le traitement s'avère extrêmement onéreux. Environ 27 000 cas de tuberculose pharmacorésistante ont été notifiés pour la seule année 2015, et uniquement 70 % d'entre eux ont été traités. La tuberculose pharmacorésistante représente un défi majeur, en partie à cause du manque de capacités de laboratoire nécessaires pour la diagnostiquer. En 2014, le Bureau régional et ses partenaires ont mis sur pied l'antenne africaine de l'Initiative mondiale pour les laboratoires (GLI-Africa), au titre de l'appui fourni aux pays pour qu'ils puissent proposer des services de qualité garantie, accessibles et durables de diagnostic de la tuberculose en laboratoire dans la Région.

En collaboration avec la Société africaine pour la médecine de laboratoire (ASLM) et GLI-Africa, l'OMS a établi un cadre régional pour renforcer les services de laboratoire et de diagnostic concernant la tuberculose, y compris par les tests de pharmacosensibilité et l'assurance de la qualité. Les pays bénéficient d'un appui pour adapter ce cadre régional à leurs contextes locaux.

Les capacités de diagnostic de la tuberculose multirésistante et de la tuberculose ultrarésistante ont été renforcées dans 32¹² et 22¹³ États Membres, respectivement. En outre, des programmes de traitement de la tuberculose multirésistante ont été créés dans 40 des 44 pays ayant déjà notifié au moins un cas de tuberculose multirésistante.

Entre 2014 et 2016, l'OMS a collaboré avec 11 pays de la Région africaine pour générer des éléments factuels sur l'efficacité d'un schéma thérapeutique de brève durée pour la tuberculose multirésistante. Sur la base des résultats des travaux pilotes réalisés, l'OMS a recommandé de réduire la durée du traitement de la tuberculose multirésistante simple, pour la faire passer de 24 mois à une période oscillant entre neuf et 12 mois. Le prix du traitement de brève durée étant au moins deux fois inférieur au schéma thérapeutique plus long, on s'attend donc à ce que le nouveau schéma proposé améliore les résultats sanitaires et réduise la mortalité à la faveur d'une meilleure observance du traitement et d'une diminution des lacunes dans le suivi.

La prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante a été évaluée dans 11 pays¹⁵, et les rapports permettent aux pays de demander un



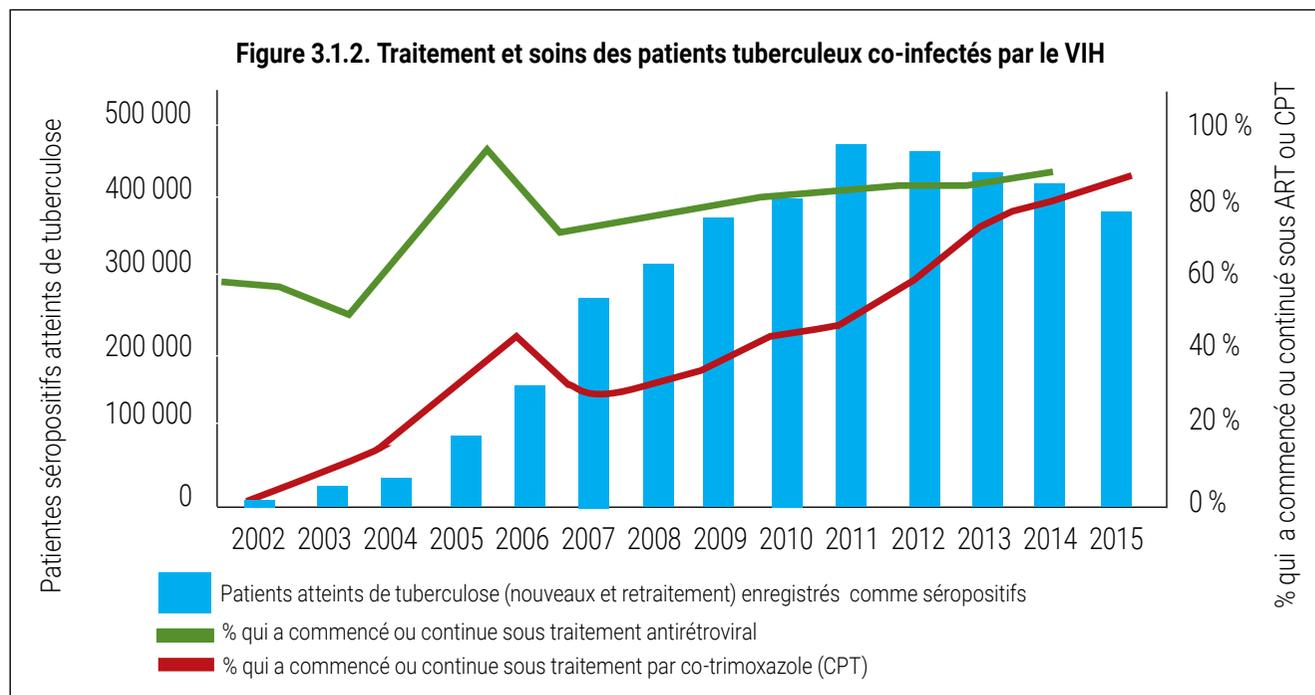
3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.1 CATÉGORIE 1. MALADIES TRANSMISSIBLES

financement continu pour la lutte contre la tuberculose pharmacorésistante auprès du Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (encore appelé ci-après le « Fonds mondial ») et d'autres donateurs. Le système de gestion décentralisée de la tuberculose pharmacorésistante mis en place en Afrique du Sud a été évalué, et le Bureau régional a prêté son assistance à ce pays pour qu'il puisse élaborer une feuille de route pour l'introduction de nouveaux médicaments antituberculeux. Ces efforts auront pour effet d'améliorer la détection et la prise en charge des cas, en veillant à éliminer plus efficacement la menace que représente la tuberculose multirésistante.

Le Programme de transformation met l'accent sur une orientation technique intelligente de l'action programmatique de l'OMS. À ce titre, les examens à mi-parcours et les évaluations finales servent de boussole à l'élaboration ou à l'ajustement des plans stratégiques nationaux. L'OMS a réalisé une évaluation finale des plans stratégiques de lutte contre la tuberculose et la lèpre en Namibie, en Zambie et au Zimbabwe. L'Organisation a également conduit l'examen à mi-parcours des plans stratégiques de lutte contre la tuberculose au Rwanda et au Mozambique. Les rapports de ces examens éclairent la formulation de nouveaux plans stratégiques alignés sur les objectifs de développement durable et la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose, ainsi que sur les demandes de financement adressées au Fonds mondial.

Des évaluations indépendantes de l'appui direct que l'OMS fournit aux pays dans la rédaction des notes conceptuelles de demande de financement au Fonds mondial en 2014-2016 ont mis en évidence la qualité de cet appui et la nécessité de poursuivre la collaboration.



Plus de US \$4 milliards de subventions ont été mobilisés au cours de la période couverte par le présent rapport, et l'OMS a fourni un appui à 40 pays pour leur permettre d'adresser plus de 180 demandes d'assistance technique au Fonds mondial. Par l'intermédiaire du projet *Implementation Through Partnership* (ITP), l'OMS a aussi prêté son concours à 18 pays prioritaires¹⁶ afin d'accélérer l'utilisation des subventions du Fonds mondial dans le cadre de la lutte contre la tuberculose et le VIH.

Le VIH contribue largement à la survenue de la tuberculose, et la mise en œuvre d'actions conjointes

contre la co-infection tuberculose/VIH reste une priorité dans les pays. Le dépistage du VIH et le recours au traitement antirétroviral sont en hausse. Cela s'est traduit récemment par la diminution du nombre de patients tuberculeux co-infectés par le VIH (figure 3.1.2).

En septembre 2016, les programmes OMS de lutte contre la tuberculose et le VIH ont organisé la première rencontre conjointe des administrateurs des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.1 CATÉGORIE 1. MALADIES TRANSMISSIBLES

Les participants à cette rencontre, qui a réuni 21 pays à Addis Abeba, ont convenu que la technologie GeneXpert offrait aux deux programmes l'opportunité de diagnostiquer la tuberculose, la tuberculose multirésistante, le VIH chez les nourrissons et l'hépatite, tout comme la possibilité d'évaluer la charge virale du VIH dans le même environnement. Tous les 21 pays s'emploient désormais à effectuer les tests en utilisant cette technologie. Les Représentants de l'OMS dans les pays facilitent et veillent à l'optimisation de cette approche.

Vingt-deux pays¹⁷ ont élaboré des plans de lutte contre la tuberculose chez l'enfant après une évaluation des besoins réalisée par l'OMS et le groupe de travail sur la tuberculose chez l'enfant.

Dans le domaine de la lutte contre le paludisme, l'une des activités majeures visant à renforcer la capacité des pays à mettre en œuvre la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 se trouve être la formation du personnel de laboratoire en microscopie du paludisme. En tout 104 microscopistes issus de 24 pays¹⁸ ont pu se perfectionner et finaliser les évaluations externes de leurs compétences grâce au concours de l'OMS.

Trente-cinq de ces 104 microscopistes peuvent désormais reconnaître et quantifier les espèces du parasite vecteur du paludisme. Les personnels ainsi formés formeront à leur tour d'autres agents de laboratoire en microscopie du paludisme.

L'une des principales réalisations en matière de lutte contre le paludisme a été l'annonce en novembre 2016 du premier projet pilote mondial de vaccination contre le paludisme en Afrique subsaharienne, financé par le Fonds mondial, UNITAID et Gavi, l'Alliance du vaccin. Le RTS,S – un vaccin qui fournit une protection partielle contre le *Plasmodium falciparum* chez les jeunes enfants – sera mis à l'essai au Kenya, au Malawi et au Ghana.

En vue de renforcer l'utilisation des données utiles à la prise de décision et aux activités du programme de lutte contre le paludisme dans la Région, l'OMS améliore la disponibilité des informations grâce à un projet financé par le Département britannique pour le développement international. De plus, un atlas régional de la résistance aux insecticides chez les vecteurs du paludisme a été établi pour orienter les interventions ciblées dans les États Membres, au titre de la lutte antivectorielle intégrée.

Quatre-vingts représentants gouvernementaux ont été formés à la gestion antivectorielle intégrée au Burkina Faso, au Kenya, en Ouganda et au Zimbabwe, afin de renforcer la capacité des ressources humaines dans les programmes de lutte contre le paludisme. Des enquêtes sur les vecteurs ont été réalisées après l'épidémie de fièvre jaune en Angola, et après les épidémies d'infection à virus Zika à Cabo Verde et en Guinée. Des informations importantes ont été recueillies sur la densité des vecteurs et la répartition des espèces en vue d'une meilleure préparation et d'une meilleure riposte aux futures épidémies.



En ce qui concerne les MTN, le projet de cartographie des maladies tropicales négligées à chimioprévention (MTN-CP) financé par la Fondation Bill & Melinda Gates s'est achevé avec succès en décembre 2016, et des enquêtes ont été menées dans 28 pays¹⁹.

3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.1 CATÉGORIE 1. MALADIES TRANSMISSIBLES

Ces enquêtes ont permis de combler les lacunes en matière de cartographie identifiées grâce aux données recueillies dans toutes les activités passées et récentes de cartographie des MTN-CP qui ont été effectuées dans les 47 États Membres de la Région. Cette action a permis d'établir le premier atlas de l'endémicité de base des cinq maladies tropicales négligées à chimioprévention dans la Région africaine. Les enquêtes menées ont aussi marqué l'achèvement de la cartographie de trois MTN-CP (filariose lymphatique, schistosomiase et géohelminthiases) dans tous les États Membres, à l'exception de la République centrafricaine et du Soudan du Sud, qui n'ont pas été cartographiés pour des raisons de sécurité. Les cartes et les données sont maintenant mises à la disposition des pays et des partenaires pour éclairer leur prise de décision et leurs actions, notamment en ce qui concerne l'arrêt de l'administration massive des médicaments.

Avant la fin d'année 2016, quarante et un des 44 États Membres²⁰ nécessitant une chimioprévention des MTN avaient organisé au moins une campagne d'administration massive des médicaments pour au moins une maladie. En juillet 2016, l'OMS a célébré le succès de la lutte contre l'onchocercose (cécité des rivières) dans la Région, qui a couronné plus de 40 années de travail abattu par le Programme de lutte contre l'onchocercose (OCP), puis par le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC). Le nouvel objectif étant l'élimination, la lutte contre l'onchocercose est désormais gérée par le Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN).

ESPEN a été créée en 2016 en tant que projet spécial entre les pays d'endémie de la Région africaine, les partenaires à la chimioprévention des MTN et l'OMS, afin de fournir l'orientation technique, la coordination et le soutien opérationnel nécessaires pour éliminer les MTN-CP.

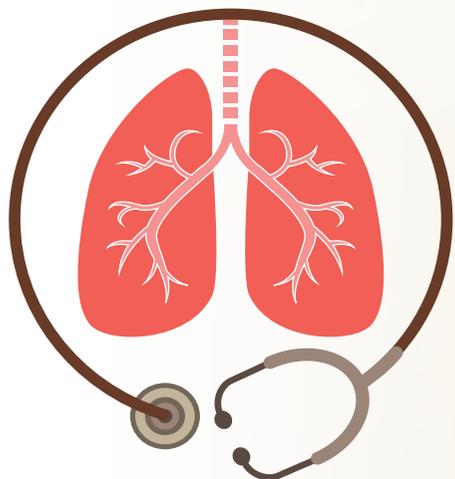
Avec une dotation initiale se chiffrant à US \$12 millions, le projet a déjà enregistré des résultats encourageants : 8,5 millions de personnes ont été touchées par les campagnes d'administration massive de médicaments menées dans 12 pays²¹ pour combler les lacunes dans les districts non couverts par d'autres partenaires ; 132 millions de comprimés précédemment non comptabilisés ont été récupérés grâce à l'analyse de la chaîne d'approvisionnement dans sept pays²² ; 14 pays²³ ont présenté leurs plans d'action annuels et des demandes à ESPEN ; et 40 pays partagent désormais leurs données et leurs cartes infranationales sur le portail réservé aux MTN.

Parlant de l'élimination et de l'éradication, le Togo est le premier pays de la Région à avoir atteint le stade de la validation par l'OMS de l'élimination de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique, une réalisation qui atteste de ce qui peut être accompli dans la Région en matière de lutte contre les maladies tropicales négligées qui se prêtent à la chimioprévention. La surveillance de la maladie du ver de Guinée s'est poursuivie. En 2016, pour la toute première fois de l'histoire, le Mali – l'un des quatre pays d'endémie – n'a notifié aucun cas de transmission de la maladie du ver de Guinée.

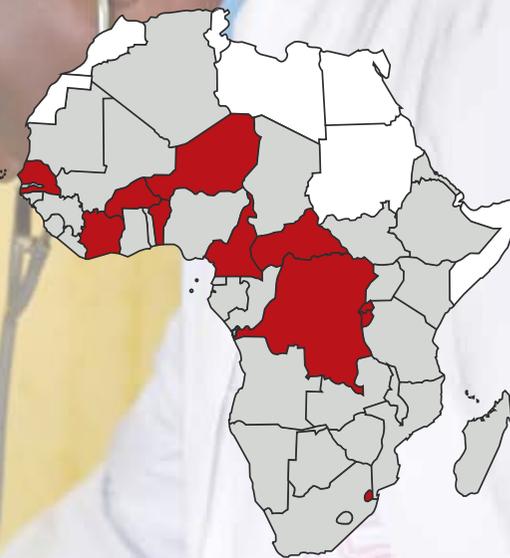
L'Afrique est particulièrement vulnérable au changement climatique, qui a des répercussions directes et indirectes sur la santé. En 2016, l'OMS a renforcé les capacités de 11 pays touchés²⁴ d'Afrique australe et de l'Est à planifier et à faire face aux effets des événements climatiques extrêmes induits par le phénomène El Niño (sécheresse, fortes pluies et inondations). En février 2017, dix États Membres²⁵ avaient effectué des évaluations complètes des risques afin d'identifier et de planifier les impacts du changement climatique sur la santé, alors que 11 États Membres²⁶ avaient développé leurs profils nationaux sur la santé et le changement climatique²⁷ en tant que mesure proactive pour atténuer ces impacts. Une nouvelle stratégie régionale d'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine et de protection de l'intégrité des écosystèmes dans la Région africaine (2017-2021) sera soumise pour adoption à la soixante-septième session du Comité régional.

Le Bureau régional coordonne le réseau Clim-Health Africa, un groupe d'institutions africaines et internationales qui collaborent dans le but de renforcer la résilience des pays africains à gérer les effets de la variabilité climatique sur la santé publique et à planifier les ressources pour des résultats sanitaires sensibles au climat. Le réseau sert de plateforme virtuelle pour le partage d'expertise et d'informations. S'appuyant sur l'élan suscité par la Conférence de Paris sur le climat tenue en 2016, l'OMS et le PNUE envisagent d'organiser une conférence interministérielle de haut niveau sur la santé et l'environnement en octobre 2017.

EXEMPLE DE RÉUSSITE DES DONNÉES PROBANTES ISSUES D'AFRIQUE PERMETTENT DE METTRE EN PLACE UN PROTOCOLE PLUS COURT ET MOINS COÛTEUX POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE



La bactérie à l'origine de la tuberculose peut développer une résistance aux antimicrobiens utilisés pour soigner la maladie. La tuberculose multirésistante est une forme de tuberculose qui ne répond pas à au moins deux médicaments antituberculeux parmi les plus efficaces (isoniazide et rifampicine), principalement à cause de l'utilisation inappropriée de ces antituberculeux ou à cause de l'interruption prématurée du traitement.



La Région africaine fait face à un problème croissant posé par la tuberculose pharmacorésistante, une forme de maladie dont le traitement s'avère extrêmement onéreux. Près de 27 000 cas de tuberculose pharmacorésistante ont été signalés rien qu'en 2015, et uniquement 70 % de ces cas ont été traités. Seulement près de la moitié des personnes atteintes de tuberculose pharmacorésistante mises sous traitement ont été soignées.

Entre 2014 et 2016, l'OMS a collaboré avec 11 pays de la Région africaine²⁸ pour générer des données factuelles sur l'efficacité d'un schéma thérapeutique rapide de la tuberculose multirésistante.

Sur la base des résultats de ces travaux pilotes, l'OMS a recommandé en mai 2016 de raccourcir la durée du traitement de la tuberculose multirésistante simple dans tous les pays, pour la faire passer de 24 mois à une période comprise entre neuf et 12 mois.

Le nouveau schéma thérapeutique, qui coûte moins de la moitié du prix du traitement de longue durée, devrait améliorer les résultats et réduire le nombre de décès, car il favorise une meilleure observance du traitement et permet de réduire les lacunes dans le suivi.

Les économies qui devraient découler de la mise en application de ce schéma thérapeutique pourraient être réinvesties dans les services de prise en charge de la tuberculose multirésistante pour que davantage de patients puissent être diagnostiqués et maintenus sous traitement.

Les nouvelles recommandations offrent de l'espoir à des milliers de patients atteints de tuberculose multirésistante, qui peuvent dorénavant suivre le traitement en deux fois moins de temps, en payant pratiquement moitié moins.



3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.2 CATÉGORIE 2. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

L'action de l'OMS dans cette catégorie vise à réduire la charge des maladies non transmissibles, telles que les cardiopathies, les cancers, les affections respiratoires chroniques, le diabète, les maladies oculaires et bucco-dentaires, ainsi que la violence, les traumatismes, les incapacités et les troubles mentaux. Les quatre principales maladies non transmissibles (cardiopathies, cancers, affections respiratoires et diabète) partagent quatre facteurs de risque, à savoir le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, la mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique. L'OMS met l'accent sur le plaidoyer, la promotion de la santé et la réduction des risques, ainsi que sur la prévention, le traitement et la surveillance de ces maladies et de leurs facteurs de risque. Les programmes nationaux d'action sanitaire n'érigent pas les maladies non transmissibles au rang de priorité et n'allouent pas de ressources suffisantes à la lutte contre ces affections. Aussi importe-t-il de promouvoir le plaidoyer et la prise en compte de l'investissement tout en poursuivant la prévention, le dépistage précoce et le traitement.

Des millions de personnes en Afrique mourront des suites d'une maladie non transmissible d'ici à 2025, selon certaines prévisions. Face à ce problème, l'OMS a apporté un appui aux pays dans la conduite d'enquêtes par étapes²⁹ afin d'évaluer la prévalence et les tendances des facteurs de risque connexes. Les résultats obtenus dans 33 pays montrent que la plupart des adultes présentent au moins un facteur de risque qui accroît leurs chances de développer une maladie non transmissible potentiellement mortelle.

La prévalence de l'hypertension dans la Région africaine est la plus élevée au monde, touchant environ 31 % des adultes, contre une moyenne mondiale de 22 %³⁰.

On peut éviter les maladies non transmissibles grâce à des mesures politiques et fiscales telles que l'augmentation des droits d'accise, la limitation des heures de vente et l'étiquetage des denrées alimentaires, et grâce à des modes de vie sains et à des changements de comportements.

L'OMS a entrepris un plaidoyer de haut niveau auprès des États Membres pour souligner l'importance de la prise en compte des maladies non transmissibles dans les plans de santé nationaux. À cet effet, en 2016, elle a organisé deux réunions à Maurice visant à renforcer le réseautage, le plaidoyer, le partenariat et l'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. La première, organisée en partenariat avec l'Alliance contre les maladies non transmissibles, a été une consultation régionale ciblant les organisations de la société civile impliquées dans la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans la Région africaine. Le résultat principal de la réunion a été la création d'un réseau d'organisations de la société civile contre les maladies non transmissibles dans la Région africaine, qui mettra l'accent non seulement sur le partage de l'information et le renforcement des capacités, mais aussi sur l'intensification du plaidoyer pour que la lutte contre les maladies non transmissibles soit érigée au rang de priorité dans les programmes nationaux de développement.

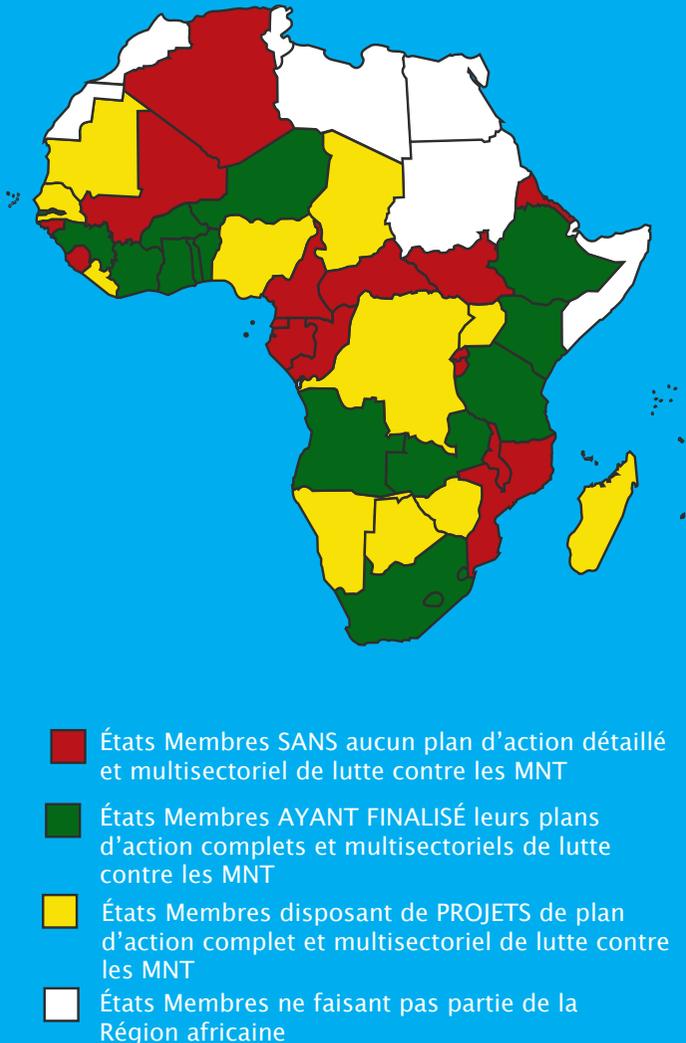
La deuxième réunion était une réunion du Dialogue mondial qui a rassemblé des représentants d'États Membres, d'institutions du système des Nations Unies, d'autres organisations intergouvernementales et d'acteurs non étatiques (organisations non gouvernementales, fondations philanthropiques, associations professionnelles et établissements universitaires).



3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.2 CATÉGORIE 2. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Figure 3.2.1. Situation des plans d'action détaillés et multisectoriels de lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région africaine



Les participants à cette réunion ont convenu de la manière dont les acteurs non étatiques peuvent aider les gouvernements à honorer leur engagement de mettre en œuvre le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles et de réaliser les cibles de lutte contre les MNT mentionnées dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. À l'issue du Dialogue, les gouvernements de la France et de Maurice ont publié une déclaration conjointe des coprésidents, comportant des recommandations spécifiques pour chaque groupe d'acteurs, en appui aux gouvernements.

Dans le cadre d'autres efforts de plaidoyer visant à assurer la sensibilisation au problème posé par les maladies non transmissibles, le Premier ministre de la République de Guinée a organisé une réunion de haut niveau au cours de laquelle les acteurs étatiques et non étatiques ont convenu des rôles et responsabilités en matière de prévention et contrôle des maladies non transmissibles. L'OMS a fourni un appui technique à la réunion qui a rassemblé des ministres de la Santé et leurs homologues de la Justice, de l'Environnement et de l'Enseignement supérieur, des institutions du système des Nations Unies, des représentants de la société civile et des ONG nationales comme internationales. Les participants à la réunion ont convenu d'une feuille de route pour élaborer et mettre en œuvre des plans d'action détaillés, intégrés et multisectoriels de lutte contre les maladies non transmissibles, adossés sur des mécanismes de coordination appropriés.

L'OMS a fourni un appui technique à huit États Membres³¹ pour qu'ils puissent élaborer des politiques, des stratégies ou des plans d'action nationaux intégrés et multisectoriels

de lutte contre les maladies non transmissibles, alignés sur le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030³². Au mois de mars 2017, en tout 28 États Membres³³ de la Région sur 47 avaient intégré la stratégie ou les plans d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles, qui se trouvaient à différents stades d'élaboration, et 14 États Membres³⁴ avaient finalisé leurs plans d'action intégrés pour la lutte contre les maladies non transmissibles couvrant les quatre principaux facteurs de risque et quatre affections principales (voir la figure 3.2.1). Ces plans permettront de mobiliser des ressources de suivre les progrès accomplis et les résultats obtenus à mesure que les pays s'attaqueront à ce problème croissant.

Des progrès importants ont été réalisés vers la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (encore désignée ci-après la « CCLAT-OMS ») dans la Région africaine. Pendant l'exercice biennal en cours, l'OMS a actualisé la base de données sur l'existence et la mise en œuvre de politiques nationales de lutte antitabac, et sur les dispositions juridiques et réglementaires prises à cet effet. Il ressort des éléments factuels disponibles que plus de pays ont adopté des lois et réglementations, établi des mécanismes de coordination multisectorielle et mis à jour les informations sur la prévalence et les tendances, ce qui ne manquera pas de renforcer la conformité à la CCLAT-OMS.

Le Bureau régional a élaboré cinq lignes directrices pratiques³⁵ sur les articles essentiels de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, que les pays utilisent pour soutenir la mise en œuvre des mesures édictées dans CCLAT-OMS.

3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.2 CATÉGORIE 2. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Des représentants d'États Membres se sont retrouvés à Alger en octobre 2016 dans le cadre de la deuxième réunion de haut niveau sur la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Dans la Déclaration d'Alger, les États Membres se sont engagés à accélérer l'action en matière de lutte antitabac, notamment par l'application de politiques de taxation et tarification du tabac, tout comme par l'adhésion au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac ou par sa ratification.

La Région africaine³⁶ est en tête du peloton en ce qui concerne l'adoption de ce Protocole. En effet, le Bureau régional a fourni un appui technique aux États Membres et organisé des ateliers nationaux et internationaux afin de renforcer les capacités des pays, en vue d'une ratification accélérée du Protocole et de la vulgarisation de cet instrument. Au cours de la période couverte par le présent rapport huit autres pays³⁷ ont ratifié le Protocole, ce qui porte le nombre de pays africains à 10 sur les 27 qui ont ratifié cet instrument à l'échelle mondiale.

Avec l'appui de l'OMS, la Gambie a introduit une politique de taxation du tabac sur la période allant de 2013 à 2015, ce qui a contribué à réduire l'importation de tabac et à augmenter considérablement les recettes pour l'État. Fort de ce succès, le ministère gambien des Finances et des Affaires économiques a adopté une nouvelle politique triennale de taxation du tabac, pour la période allant de 2017 à 2019. En reconnaissance de ces efforts, le Directeur général de l'OMS a décerné des prix

au ministère des Finances et des Affaires économiques et à l'Assemblée nationale de la Gambie à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac.

Onze pays³⁸ ont adopté une législation et des réglementations conformes à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Des mesures sont prises dans un nombre accru de pays pour interdire de fumer dans les lieux publics et la publicité sur le tabac, et faire inscrire des avertissements sanitaires sur les paquets de tabac.

Afin de soutenir la prise en charge des cas de maladies non transmissibles, l'OMS a élaboré un ensemble d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires.

Pour soutenir la mise en œuvre de l'ensemble OMS d'interventions essentielles, l'OMS a fourni du matériel et des produits médicaux à 13 États Membres³⁹ en vue d'améliorer le dépistage précoce, le diagnostic et le traitement des maladies non transmissibles au niveau des soins primaires.

Plus de 60 % des nouveaux cas de cancer dans le monde surviennent en Afrique, en Asie, en Amérique centrale et en Amérique latine, et ces régions enregistrent 70 % de la mortalité par cancer à l'échelle mondiale⁴⁰. Jusqu'à 30 % des décès sont imputables à des cancers induits par des infections virales telles que l'hépatite B et l'hépatite C (VHB/VHC) et le papillomavirus humain (PVH).



En Afrique subsaharienne, le cancer du col de l'utérus est la principale cause de mortalité par cancer chez les femmes âgées de 30 ans et plus, et l'un des cancers les plus fréquents chez toutes les femmes.

Le Bureau régional a organisé un certain nombre de réunions pour permettre aux pays d'assurer une planification et un plaidoyer holistiques, et pour renforcer la lutte anticancéreuse, notamment le dépistage précoce. Trente-et-un (31) experts de 10 États Membres⁴¹ ont été formés à l'approche de l'OMS en matière de lutte contre le cancer du col utérin, y compris à l'inspection visuelle à l'acide acétique et à la cryothérapie.

3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.2 CATÉGORIE 2. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Cette formation contribuera à généraliser les services de dépistage et de traitement par inspection visuelle à l'acide acétique dans les pays, à améliorer la couverture du dépistage et à intensifier les efforts visant à alléger la charge due au cancer du col de l'utérus dans la Région.

Malgré les efforts soutenus en matière de lutte anticancéreuse, la Région continue de manquer cruellement de données sur le cancer. Pour y remédier, l'OMS a organisé deux ateliers de formation sur l'enregistrement des cas de cancer et l'intégration des registres du cancer dans la surveillance des maladies non transmissibles et les systèmes nationaux d'information. Les participants issus de pays francophones⁴² et de pays anglophones⁴³ sont désormais capables de mettre en place et d'exploiter des registres du cancer en population afin de renforcer la surveillance de la maladie dans leurs pays respectifs.

Les troubles mentaux, qui comprennent les anomalies neurologiques et l'abus de substances, touchent tous les groupes sociaux et toutes les tranches d'âge et imposent un lourd fardeau aux patients, à leurs familles et aux communautés. Les personnes atteintes de maladie mentale se recensent parmi les groupes sociaux les plus vulnérables, les plus pauvres et les plus négligés. À titre d'illustration, neuf personnes sur dix souffrant d'épilepsie dans la Région africaine ne reçoivent aucun traitement médical.

Dans la Région africaine, le personnel chargé de dispenser des soins de santé mentale est malheureusement en nombre insuffisant, tout comme les établissements de santé appropriés, ce qui rend l'accès au traitement difficile. Plusieurs pays ont pris des mesures pour intégrer la santé

mentale dans les services de soins de santé primaires, conformément au Plan d'action mondial pour la santé mentale.

L'OMS a prêté son assistance au Ghana, au Mozambique et à l'Ouganda pour renforcer leurs services communautaires de santé mentale, en mettant l'accent sur le traitement, les attitudes et les connaissances de l'épilepsie. Dans le même ordre d'idées, plus de 150 prestataires de soins non spécialisés ont été formés en Guinée, au Libéria, en Sierra Leone et au Zimbabwe pour pouvoir identifier et traiter les problèmes courants de santé mentale dans les établissements de soins primaires. L'OMS a organisé des formations dans sept États Membres⁴⁴ sur l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de prévention du suicide, conformément à ses lignes directrices. Ces efforts aideront à combler les lacunes importantes et à progresser vers l'équité et l'accès aux services de santé mentale dans la Région.

En vue d'améliorer la surveillance de la santé oculaire, le Bureau régional a publié un *catalogue des principaux indicateurs de santé oculaire dans la Région africaine* en avril 2017⁴⁵. Ce catalogue sera utilisé non seulement pour surveiller les tendances de la prévalence et des causes des déficiences visuelles, dont la cécité, mais aussi pour faciliter la collecte annuelle de données et le suivi de la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles au cours de la période allant de 2014 à 2019.

En août 2016, le Comité régional a approuvé la *Stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire 2016-2025 : combattre les affections bucco-dentaires dans le cadre de la lutte*

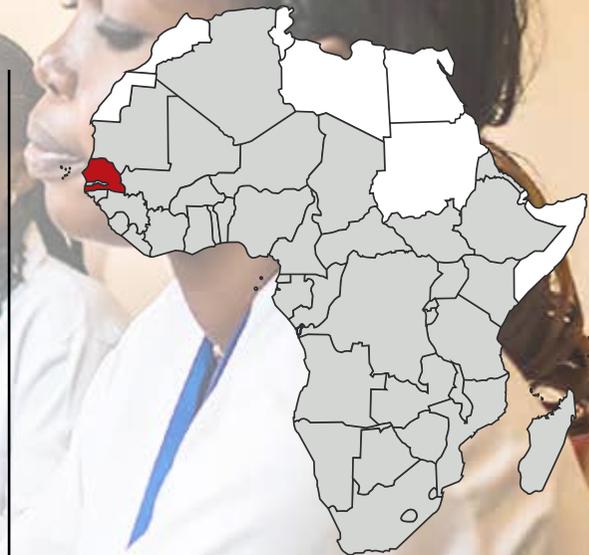
*contre les maladies non transmissibles*⁴⁶. Pour compléter cette étape stratégique clé, le Bureau régional a publié un manuel sur la prévention et la prise en charge des maladies bucco-dentaires et du noma⁴⁷, qui énumère des méthodes peu coûteuses et durables pour alléger la charge due aux maladies bucco-dentaires et aux autres maladies non transmissibles dans les établissements de santé, les écoles et les milieux communautaires. Un guide de l'OMS contenant une nouvelle classification et la prise en charge du noma a été publié et diffusé⁴⁸.

La Région africaine enregistre le taux de mortalité routière le plus élevé au monde, avec un taux de 26,6 décès pour 100 000 habitants. En Afrique, 39 % des décès liés à la circulation routière surviennent chez les piétons, ce qui constitue la proportion la plus élevée au monde. La moitié des décès survenant dans la circulation routière se produit chez les personnes ayant le moins de protection (à savoir les motocyclistes, les piétons et les cyclistes)^{49, 50}. Trente-six États Membres se sont désormais dotés d'une stratégie nationale dédiée et intersectorielle pour la sécurité routière, contre 11 en 2011. Des agents de tous ces pays ont été formés et collectent des données pour des indicateurs de sécurité routière sélectionnés aux fins du Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde, en vue d'assurer le suivi de la mise en œuvre de la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020. Toutefois, les traumatismes dus à la sécurité routière ne sont pas encore reconnus comme posant un problème de santé publique et cet aspect sera débattu lors de la soixante-septième session du Comité régional.

EXEMPLE DE RÉUSSITE SOLUTION EN MATIÈRE DE CYBERSANTÉ – LE PROGRAMME MDIABETES FAVORISE UN ACCÈS PLUS ÉQUITABLE AUX SOINS⁵¹



Khady a reçu des textos (SMS) sur son téléphone portable avant, pendant et après le ramadan 2016. Avant le ramadan, le message était libellé comme suit : « Vous avez le diabète ; c'est bientôt le ramadan ! Consultez un médecin maintenant. Si votre glycémie se situe entre 0,90 g/l et 1,20 g/l, alors vous pouvez à coup sûr observer le jeûne ». Pendant le ramadan, chaque fois qu'il recevait le message « Prenez l'habitude de vérifier votre glycémie chaque jour, ne serait-ce que le matin et le soir ; objectif : maintenir le taux de glycémie avant le repas entre 0,90 g/l et 1,20 g/l », il se rappelait de vérifier sa glycémie avant les repas.



Le programme *mDiabetes* fait partie de l'initiative « Be He@lthy, Be Mobile » (que l'on pourrait traduire par « Soyez en bonne santé, soyez mobiles ») de l'OMS utilisant la technologie des téléphones portables pour améliorer la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque. Le Sénégal, l'un des pays pilotes, a choisi de recourir à la téléphonie mobile pour prévenir le diabète et ses complications, en rappelant aux patients de vérifier régulièrement leur taux de glycémie. Lancé par l'OMS, le ministère de la Santé et de l'Action sociale et l'Union internationale des télécommunications (UIT), le programme visait aussi à aider plus de 12 000 personnes à se préparer à surveiller leur taux de glycémie au cours du mois du Ramadan.

Le programme *mDiabetes* est un outil efficace pour réduire les inégalités dans l'accès aux soins dues à des problèmes d'ordre financier, géographique ou social. Il est conçu pour diffuser des messages vocaux ou des SMS en langues nationales. Khady pense qu'il serait vraiment avisé d'envoyer à la population générale et aux patients non seulement des SMS, mais aussi des messages vocaux, particulièrement pour les personnes analphabètes qui ne savent ni lire ni écrire.

L'objectif de développement durable 3 vise à assurer une vie saine et à promouvoir le bien-être de tous et à tout âge. Grâce à la téléphonie mobile qui touche directement les populations, le programme *mDiabetes* avance à grands pas vers l'atteinte de cet objectif. La phase pilote du programme a été évaluée en janvier 2017 et les résultats seront bientôt disponibles.



3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.3 CATÉGORIE 3. PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE

Il importe de promouvoir la santé à chaque étape de la vie, quelles que soient les conditions sociales dans lesquelles les êtres humains naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, en tenant compte de l'équité et des droits de l'homme. L'OMS prône la continuité des soins de santé à toutes les étapes de la vie – avant la grossesse, pendant la grossesse et l'accouchement jusqu'à l'enfance, au cours de l'adolescence et au-delà – et rapproche les soins du domicile en donnant aux familles et aux communautés les moyens de se prendre en main et en renforçant les capacités des établissements de soins primaires et en améliorant la prestation de services de santé de référence.

Au cours de la période couverte par le présent rapport, le Bureau régional a diffusé de nouvelles lignes directrices et de nouveaux outils pour soutenir les États Membres ; il a noué et renforcé des partenariats stratégiques, plaidé pour des ressources et travaillé à leur mobilisation. Un appui technique a été apporté aux pays pour améliorer la qualité des soins et élargir grâce à la participation communautaire les services de santé ciblant les femmes, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents. L'OMS a facilité le consensus sur les priorités mondiales et nationales pour une meilleure planification et a apporté son assistance dans la surveillance et l'évaluation des programmes. Les principaux domaines d'action comprenaient des interventions ciblant les nouveau-nés, l'élimination de la transmission mère-enfant des virus, la surveillance et l'étude sur les décès maternels, la prise en charge des maladies de l'enfant, la planification familiale, la nutrition et la vaccination.

En août 2016, la soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté le cadre de mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030. En collaboration avec les partenaires du Partenariat H6⁵², l'OMS a organisé des ateliers visant à fournir des orientations aux responsables des ministères de la Santé de 41 pays, aux bureaux de pays de l'OMS et aux institutions sœurs du système des Nations Unies sur les objectifs et les actions prioritaires de la Stratégie mondiale, notamment sur les outils et les lignes directrices que les pays doivent utiliser dans l'élaboration de stratégies et de plans intégrés et chiffrés sur la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Treize États Membres⁵³ ont révisé leurs programmes en matière de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent afin d'élaborer des plans stratégiques intégrés, et le processus reste en cours dans sept autres pays⁵⁴. Ces efforts permettront d'accroître les investissements, de coordonner les actions des partenaires et d'accélérer les progrès.

L'amélioration de la qualité des soins est essentielle pour atteindre les objectifs définis dans la Stratégie mondiale et elle doit bénéficier d'une attention particulière dans de nombreux pays. L'OMS a apporté son concours à 14 États Membres dans l'évaluation de la qualité des services de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dans les hôpitaux, et les pays prendront des mesures pour combler les lacunes identifiées. Le réseau d'amélioration de la qualité des soins⁵⁴, qui cible les services destinés aux mères, aux

nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents, a été lancé en février 2017, avec neuf pays au départ, dont sept⁵⁷ États Membres de la Région africaine.

Le réseau vise à réduire de moitié les décès maternels et néonataux et les mortinaissances dans les établissements de santé dans un délai de cinq ans.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et ses partenaires⁵⁸ ont tenu en octobre 2016 un forum régional interinstitutions sur la santé du nouveau-né. Ce forum organisé au Sénégal devait élaborer une feuille de route pour promouvoir le programme de santé du nouveau-né dans 16 pays d'Afrique de l'Ouest et centrale⁵⁹. L'un des principaux résultats de cette réunion était le lancement du groupe de travail régional sur la santé du nouveau-né afin de rendre les mécanismes de coordination et de responsabilisation plus efficaces, notamment par le partage des outils qui permettent de suivre les progrès réalisés sur les indicateurs clés.



3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.3 CATÉGORIE 3. PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE

En vue d'accélérer les progrès vers l'élimination de la transmission mère-enfant des maladies, neuf pays⁶⁰ ont bénéficié d'un appui pour élaborer ou mettre à jour leurs plans d'élimination de cette forme de transmission des maladies. L'accent étant désormais mis sur la double élimination, l'OMS a institué un mécanisme régional faisant intervenir plusieurs institutions pour aider les pays à faire valider l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis. À cet effet, des outils ont été mis au point et diffusés pour évaluer la préparation des pays à l'élimination.

La recherche sur la mise en œuvre a été effectuée dans trois pays à forte charge (Malawi, Nigéria et Zimbabwe) afin d'accroître l'accès, la qualité et l'utilisation des services de prévention de la transmission de la mère-enfant (PTME). Les résultats du projet quinquennal visant à améliorer la prestation de services dans les établissements de santé et à renforcer les programmes nationaux ont été publiés en juin 2017, dans un supplément du *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (JAIDS)*⁶¹.

Le personnel de l'OMS au niveau des pays, des régions et du Siège a fourni un soutien considérable aux équipes de recherche composées de scientifiques nationaux travaillant dans des institutions locales. Un résultat essentiel de cette recherche aura été l'amélioration des taux d'adhésion au traitement, grâce à l'assistance apportée par d'autres mères VIH-positives. L'OMS communique ces résultats aux États Membres et organise des ateliers régionaux pour que les responsables du ministère de la Santé et les réseaux communautaires s'accordent sur des actions conjointes à mener pour améliorer la continuité de la thérapie antirétrovirale chez les femmes vivant avec le VIH.



Le renforcement des capacités en vue de consolider les interventions à assise communautaire destinées à la survie de l'enfant s'est poursuivi. Outre la formation de 21 formateurs principaux au Burundi, au Cameroun, au Congo et en République démocratique du Congo sur la façon de prendre en charge les jeunes enfants malades dans la communauté lorsque l'orientation-recours n'est pas possible, le Burundi a déjà étendu cette formation aux agents de santé communautaire.

Une formation sur la prise en charge intégrée des cas par les communautés adaptée à la tuberculose et au VIH a été effectuée. Après la formation, l'Éthiopie, le Malawi, l'Ouganda et la Zambie ont renforcé leurs capacités nationales à assurer une mise en œuvre rapide.

3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.3 CATÉGORIE 3. PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE

Il s'agit d'une innovation collaborative dans le domaine de la santé des enfants, du VIH et de la tuberculose, soutenue par l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) pour accroître l'identification des enfants exposés au VIH et à la tuberculose dans les pays à forte charge.

L'OMS a continué à apporter son soutien au projet pour l'élargissement de l'accès rapide (RacE) qui vise à étendre la prise en charge communautaire du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie chez les enfants dans cinq pays⁶². Depuis le lancement du projet en 2013, plus de six millions de cas de paludisme, de pneumonie et de diarrhée ont été traités au niveau communautaire dans les sites de projet implantés dans ces pays. Le projet RacE a démontré que lorsque les agents de santé communautaires sont formés et soutenus, ils peuvent fournir un traitement approprié contre le paludisme, la diarrhée et la pneumonie. Il a induit des changements de politique dans les pays, tels que l'introduction de tests de diagnostic rapide pour le paludisme au niveau communautaire, l'utilisation de comprimés d'amoxicilline dispersibles pour traiter la pneumonie et l'utilisation du zinc pour le traitement de la diarrhée. Les résultats du projet sont utilisés dans les pays pour étendre la prise en charge intégrée des cas de diarrhée, de paludisme et de pneumonie.

La programmation verticale dans la prestation de services pour la vaccination et la santé de l'enfant entraîne des occasions manquées pour les enfants et les mères de recevoir des services intégrés.





3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.3 CATÉGORIE 3. PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE

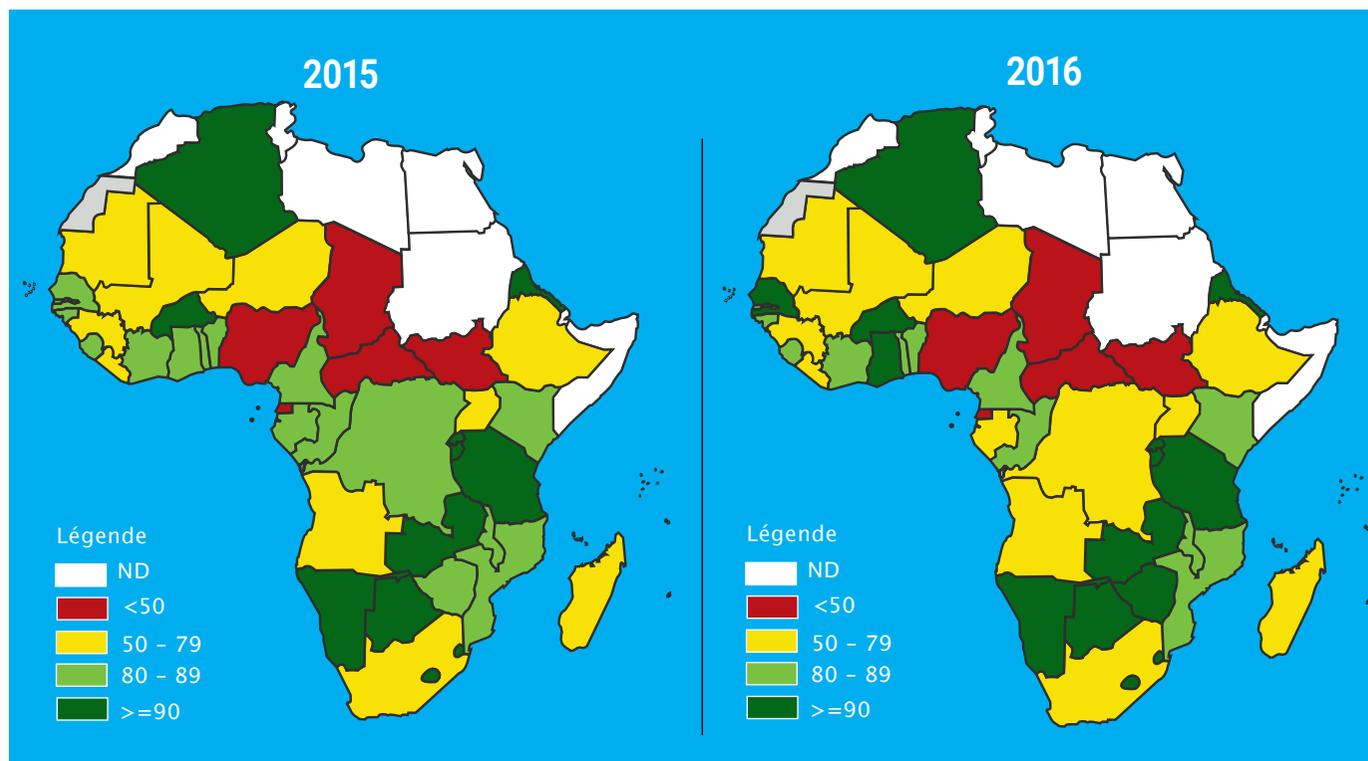
En vue de renforcer la prestation intégrée des services, l'OMS a partagé avec les pays les lignes directrices révisées de l'approche Atteindre chaque district (ACD) qui comprennent des pratiques optimales sur l'intégration du PEV et de la santé de l'enfant. En outre, l'OMS a préparé et diffusé un programme informatique PEV/PCIME destiné à renforcer les capacités des agents de santé de première ligne pour qu'ils puissent améliorer la qualité de la prestation des services.

La vaccination est une intervention de santé publique primordiale et rentable qui sauve des millions de vies par an dans les pays de la Région africaine. La couverture de la vaccination par trois doses du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC₃) a stagné à 74 % dans la Région en 2016, tout comme la couverture par le vaccin contenant une valence rougeole (VAR₁) – qui s'est maintenue à 72 %⁶³. Ces taux restent inférieurs à la cible de couverture d'au moins 90 % définie dans le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP).

Cependant, 20 pays⁶⁴ en 2016 ont atteint l'objectif d'une couverture vaccinale supérieure à 90 % par le DTC₃, contre 17 pays⁶⁵ en 2015 ; dans le même ordre d'idées, 17 pays⁶⁶ ont atteint une couverture par le VAR₁ d'au moins 90 % en 2016, contre 13 pays⁶⁷ en 2015 (figure 3.3.1). La couverture régionale par la troisième dose du vaccin antipneumococcique conjugué (PCV₃) est également passée de 59 % en 2015 à 65 % en 2016.

La couverture vaccinale dans les pays en proie à des crises humanitaires reste faible (moins de 50 %) – figure 3.3.1 ; un soutien renforcé sera fourni à de tels pays et aux pays dont les systèmes de vaccination sont faibles ou qui comptent un grand nombre d'enfants non vaccinés, afin d'avoir le plus grand impact possible.

Figure 3.3.1. Couverture par le DTC₃ dans la Région africaine, comparaison entre 2016 et 2015



Source : Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale 2016, publiées en juillet 2017

3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.3 CATÉGORIE 3. PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE

Pour améliorer encore la couverture vaccinale, l'OMS a soutenu le plaidoyer et la mobilisation communautaire afin de stimuler la demande en services de vaccination. En 2016, au cours de la Semaine africaine de la vaccination (du 24 au 20 avril), les pays ont procédé au plus grand retrait synchronisé jamais organisé du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent, qui a été remplacé par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent dans les services de vaccination systématique. La Région africaine a été parmi les premières à réussir ce remplacement.

En vue de générer des données plus fiables à partir d'enquêtes périodiques pour compléter le suivi de l'exécution et l'action, l'OMS a formé des fonctionnaires de 16 pays prioritaires⁶⁸ pour leur permettre d'utiliser la méthodologie d'enquête révisée du programme élargi de vaccination (PEV) et du système d'information sanitaire. En outre, l'OMS et ses partenaires ont mis au point un processus pour l'intégration des systèmes de données sur la vaccination dans le système d'information sanitaire global.

L'OMS et les partenaires ont apporté leur assistance aux pays pour accélérer l'introduction de nouveaux vaccins supplémentaires dans leurs programmes de vaccination systématique. Le vaccin contre le papillomavirus humain a été introduit à l'échelle nationale dans six pays⁶⁹ et le vaccin anti-amaril dans 24 États Membres⁷⁰. Le taux de couverture de la vaccination anti-amaril a stagné à 45 %. La stratégie à long terme de lutte contre la fièvre jaune récemment mise au point par l'OMS et ses partenaires, à la suite de la flambée de grande ampleur survenue en Angola et en République démocratique du Congo, recommande le stockage du

vaccin contre la fièvre jaune, l'évaluation des risques pour soutenir l'introduction du vaccin dans le programme élargi de vaccination systématique et les campagnes de riposte.

L'évaluation de la durée de l'immunité après l'administration de doses fractionnées du vaccin anti-amaril est en cours en République démocratique du Congo et fait l'objet d'un essai clinique à l'Institut de recherche médicale du Kenya.

Les vaccins antipneumococciques conjugués et les vaccins antirotavirus ont été introduits par 38⁷¹ et 31 pays⁷², respectivement. Sept pays⁷³ ont enregistré une forte baisse de la morbidité et de la mortalité infantiles liées à la diarrhée après la vaccination contre le rotavirus dans le cadre des interventions intégrées menées depuis 2014 et qui comprennent l'amélioration de la qualité de l'eau, de l'assainissement et des pratiques d'hygiène.

Pour lutter contre les flambées épidémiques de méningite A, des campagnes intermittentes de vaccination de masse ont été organisées et, à partir de 2016, plus de 48 millions de personnes ont été vaccinées. Un seul cas de méningite due à *Neisseria meningitidis* de type A a été notifié en 2016-2017. Malgré les progrès réalisés, on a enregistré des épidémies de méningite dues au méningocoque C. Pour combattre les épidémies causées par d'autres sérogroupes de *Neisseria meningitidis*, un nouveau vaccin conjugué polyvalent contre le méningocoque (ACYWX) est en train d'être mis au point pour la Région. Lorsqu'il sera homologué et utilisé, ce vaccin pourrait mettre fin aux épidémies de méningite dans la Région.

En février 2016, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ont organisé la première Conférence ministérielle sur la vaccination en Afrique, à Addis Abeba (Éthiopie), en collaboration avec l'Union africaine et le gouvernement éthiopien. Cette conférence regroupant des dirigeants politiques africains et des acteurs de la vaccination a adopté la Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination⁷⁴, par laquelle les ministres africains s'engagent sur 10 objectifs pour parvenir à un accès universel à la vaccination en Afrique. La Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination a ensuite été approuvée par les chefs d'État lors du Sommet de l'Union africaine tenu en janvier 2017. Actuellement, onze pays⁷⁵ financent plus de 50 % de leurs programmes nationaux de vaccination et beaucoup d'autres devraient suivre cet exemple.

La couverture de planification familiale dans la Région africaine, qui se situe à 28 %, est la plus faible comparativement à celle des autres Régions de l'OMS⁷⁶. La cible des objectifs de développement durable concernant la mortalité maternelle est de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes. Les pays de la Région africaine doivent déployer des efforts importants pour atteindre cet objectif, surtout que la moyenne fixée pour 2015 se situait à 542 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le recours accru à la planification familiale et la fourniture de soins obstétricaux d'urgence de meilleure qualité seront essentiels pour réduire la mortalité. En 2016, le Bureau régional a diffusé de nouvelles lignes directrices pour la planification familiale dans 16 pays⁷⁷ et fourni un appui technique et financier à sept pays⁷⁸ pour qu'ils adaptent leurs lignes directrices nationales.

3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.3 CATÉGORIE 3. PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE

En outre, dans le cadre du projet global 2016-2018 qui vise à renforcer la planification familiale et les services contraceptifs grâce aux lignes directrices de l'OMS, l'Organisation a mobilisé des ressources pour soutenir la mise en œuvre de programmes de planification familiale dans 10 pays⁷⁹. En étroite collaboration avec les partenaires, un financement a aussi été mobilisé en faveur de quatre pays (le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie et l'Ouganda) pour accroître la disponibilité et l'accessibilité des informations et autres services contraceptifs, en ciblant prioritairement les adolescentes et les femmes après l'accouchement ou l'avortement.

Avec une moyenne de 116 accouchements pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans⁸⁰, le taux de natalité chez les adolescentes de la Région africaine est le plus élevé au monde. Ce même groupe d'âge présente un taux de prévalence contraceptive compris entre 2 % et 43 % et des besoins non satisfaits en matière de planification familiale oscillant entre 6 % et 62 % dans les différents pays. L'OMS a décidé de mettre en œuvre un programme phare sur la santé de l'adolescent, afin de permettre aux pays de combler ces lacunes et d'élargir l'accès aux services qui répondent à leurs besoins sanitaires prioritaires.

En collaboration avec d'autres partenaires, le Bureau régional a organisé une consultation régionale pour renforcer les programmes de santé scolaire dans la Région. Vingt-neuf pays⁸¹ ont formulé des feuilles de route pour améliorer la santé des adolescents, en utilisant le milieu scolaire comme un moyen de toucher plus d'adolescents par des interventions.



3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.3 CATÉGORIE 3. PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE

L'Organisation a fourni un appui technique à huit pays⁸² pour qu'ils élaborent des propositions sur le VIH concernant les interventions ciblant les adolescentes et les jeunes femmes, et US \$35 millions ont été mobilisés à cet effet auprès du Fonds mondial. Un atlas sur la santé des adolescents a été élaboré pour fournir des données aux pays. En outre, le document d'orientation du cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents, qui a été lancé pendant la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, nécessite l'adoption d'une approche « pangouvernementale » et sera diffusé dans les États Membres.

Dans le domaine de la nutrition, l'OMS a prêté son assistance à 11 pays⁸³ pour qu'ils puissent exécuter le projet « Accélération des améliorations à l'égard de la nutrition » (2013-2016) financé par une subvention du gouvernement canadien. Tous les 11 pays se sont désormais dotés d'au moins deux indicateurs de la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant dans leurs systèmes nationaux d'information sanitaire, et six pays⁸⁴ incluent ces indicateurs dans les rapports courants qu'ils établissent sur la situation sanitaire nationale. Une bonne base a été mise en place pour soutenir la surveillance de la nutrition avec ces systèmes. Grâce à ce projet, 2689 gestionnaires de la santé et personnels sanitaires ont été formés à la collecte et à l'utilisation de données de surveillance pour l'action, et 4115 agents de santé ont été formés pour pouvoir mettre en œuvre des interventions nutritionnelles.

Des aide-mémoires sur les pratiques optimales ont également été élaborés afin d'intensifier les interventions nutritionnelles, sur la base des expériences de l'Éthiopie, de l'Ouganda et de la République-Unie de Tanzanie⁸⁵.

Les résultats de l'enquête nationale menée en Sierra Leone sur l'absorption de micronutriments⁸⁶ ont servi de boussole à l'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre l'anémie chez les femmes en âge de procréer. Le

pays utilise des outils d'évaluation nutritionnelle innovants pour permettre aux groupes d'entraide entre mères de détecter le retard de croissance et conseiller les aidants sur la prévention de la malnutrition.



EXEMPLE DE RÉUSSITE NOTIFIER, ANALYSER, AGIR : LE RÔLE DE LA SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET RIPOSTE

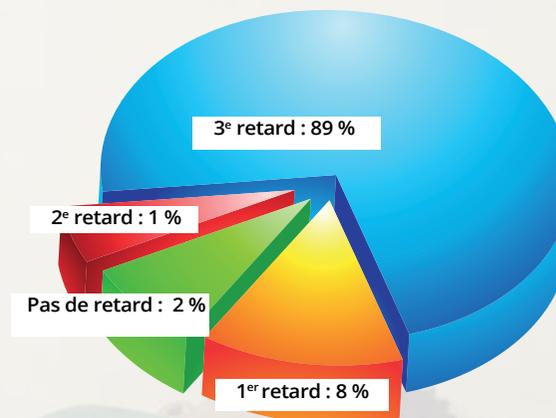


Les décès de mères posent un véritable problème de santé publique et constituent l'une des principales causes de mortalité dans la Région africaine. Les décès maternels sont l'un des événements de santé publique prioritaires qui doivent être notifiés chaque semaine, comme le recommandent les lignes directrices techniques sur la Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR). Malgré cela, les déclarations et notifications des décès maternels sont largement insuffisants car la notification de ces décès n'est pas érigée au rang de priorité et à cause de l'incapacité à classer correctement les décès maternels.

En réponse, l'OMS a renforcé la capacité des équipes de pays à identifier correctement et à notifier les décès maternels dans les établissements de santé en utilisant la Classification internationale des maladies – Mortalité maternelle. En outre, des liens ont été établis avec les systèmes d'enregistrement et de statistiques d'état civil et la SMIR dans le cadre des sessions conjointes qui ont été organisées pour faciliter la notification hebdomadaire des décès maternels grâce au système de SMIR et à la certification correcte des décès maternels. L'OMS assure le suivi des notifications de décès maternels dans les pays. En 2015, dix-sept pays ont notifié 1045 décès maternels. À la fin de 2016, trente-huit pays avaient rapporté 16 760 décès maternels. Malgré cette augmentation encourageante du nombre de pays qui notifient les décès maternels, la sous-notification reste de mise.

L'OMS œuvre avec les pays pour améliorer la notification en intégrant l'étude sur les décès maternels en milieu hospitalier et au sein des communautés, et en lançant des enquêtes confidentielles sur les décès maternels. L'Organisation travaille aussi avec les pays pour améliorer la présentation de rapports annuels. Il ressort des audits sur les décès maternels que la plupart de ces décès auraient pu être évités si les personnes décédées avaient reçu des soins de qualité. Par exemple, sur les 205 décès maternels enregistrés en 2016 au Congo, le retard dans la prise en charge en milieu de soins (troisième retard) a contribué à 89 % des décès ; seulement 8 % des décès étaient dus à un retard dans la recherche de soins (premier retard), et 1 % des décès était dû à l'arrivée tardive dans une structure sanitaire (deuxième retard) – voir la figure 3.3.2⁸⁷.

Figure 3.3.2. Retards ayant contribué à la mortalité maternelle au Congo en 2016.



Rapport 2016 de l'Observatoire national de décès maternels, néonataux et infantiles au Congo

L'OMS apporte son assistance aux pays pour qu'ils puissent renforcer l'enseignement de la « surveillance des décès maternels et riposte » dans la formation initiale en améliorant les capacités des institutions nationales de formation dans les domaines de la surveillance des décès maternels ou périnataux et de la riposte. Par conséquent, plusieurs pays ont intégré la surveillance des décès maternels ou périnataux et la riposte dans leurs programmes de formation initiale.



3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.4 CATÉGORIE 4. SYSTÈMES DE SANTÉ

L'OMS contribue à l'atteinte de l'objectif de la santé pour tous en apportant son concours aux pays pour édifier des systèmes de santé adaptés et résilients, axés sur les besoins et la situation des personnes et permettant à ces personnes d'accéder aux meilleurs services de santé possibles sans pour autant encourir des difficultés financières. Cela suppose de rationaliser le leadership et la gouvernance, d'améliorer le financement de la santé, de renforcer les ressources humaines pour la santé, de promouvoir l'accès aux technologies sanitaires efficaces, d'un coût abordable et sans risque sanitaire, d'assurer la prestation intégrée des services, mais aussi de générer et d'utiliser les informations sanitaires et la recherche pour la santé.

Pour la première fois, le Bureau régional a organisé un forum régional sur le renforcement des systèmes de santé en vue d'assurer la couverture sanitaire universelle et d'atteindre les objectifs de développement durable. Ce forum, qui s'est tenu en décembre 2016 à Windhoek (Namibie), a rassemblé les principaux responsables des ministères de la Santé de tous les 47 États Membres, ainsi que d'autres experts techniques, partenaires et universitaires. L'accent était mis sur les enjeux et sur les conditions à remplir en vue de l'édification de systèmes de santé résilients et adaptés aux besoins, dans le cadre du renforcement des systèmes de santé, afin de converger vers la couverture sanitaire universelle et l'atteinte de l'ODD 3. Le principal résultat de cette rencontre fut un cadre d'action sur le renforcement des systèmes de santé destiné à guider les pays dans la planification stratégique, la définition de priorités en faveur des investissements ayant le plus grand impact et le suivi des progrès accomplis. Quatre communautés de pratique ont également été créées, permettant aux participants et

à d'autres de poursuivre le partage d'expériences et de résoudre conjointement les difficultés des pays en matière de gouvernance, de ressources humaines pour la santé, de systèmes de santé de district et de financement de la santé.

Dans le cadre d'une initiative inédite visant à recueillir des données sur la couverture sanitaire universelle, une étude de référence a été menée dans tous les 47 pays et devrait servir de base à l'élaboration d'un cadre régional de suivi de la couverture sanitaire universelle.

Les données ont été collectées à partir de sources accessibles au public et comprenaient 51 indicateurs, dont 17 ont été utilisés pour le projet de cadre de suivi. Le cadre final sera adapté à chaque pays afin d'évaluer les progrès réalisés vers l'atteinte de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable.

Les progrès dans ces deux domaines exigeront une action multisectorielle pour agir sur les déterminants socioéconomiques de la santé. L'OMS a mis au point des outils pour intégrer les effets sanitaires dans les politiques⁸⁸ des autres secteurs du développement. Le manuel de formation sur la santé dans toutes les politiques a été utilisé pour renforcer les capacités dans certains pays, tandis que la boîte à outils d'action sur les déterminants sociaux dans la Région africaine⁸⁹, une ressource pédagogique et de résolution des problèmes à l'usage des professionnels de la santé et d'autres domaines, est disponible en ligne. L'OMS a apporté son appui au Rwanda pour entreprendre une analyse de ses performances dans l'action intersectorielle pour l'équité et les résultats sanitaires. Les principales réalisations

observées étaient la décentralisation de l'autorité et des finances, l'élaboration de programmes favorables aux pauvres et contribuant à la réduction de la pauvreté, ainsi que la création de politiques et de cadres institutionnels et juridiques pour protéger les populations vulnérables.

Le Bureau régional a renforcé la capacité de suivi de la protection contre les risques financiers dans le cadre global de suivi de la couverture sanitaire universelle. En 2016 et 2017, des responsables de 11 États Membres⁹⁰ ont été formés sur les méthodes d'estimation de la protection contre les risques financiers. Ces pays sont désormais en mesure de produire des estimations des dépenses de santé catastrophiques et de suivre leurs progrès dans la réduction des obstacles financiers à l'accès aux services de santé.



3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.4 CATÉGORIE 4. SYSTÈMES DE SANTÉ

La Région a accompli des progrès vers la mise en place systématique de comptes nationaux de la santé dans les pays, en vue du suivi des ressources allouées à la couverture sanitaire universelle. À la fin de 2016, seize pays⁹¹ avaient produit des données sur les dépenses de santé pour deux années consécutives, tandis que quatre pays (Burkina Faso, Niger, Ouganda et République démocratique du Congo) avaient établi des rapports annuels sur leurs comptes nationaux de la santé depuis 2012.

L'atlas biennal des dépenses de santé dans la Région, lancé en 2016, résume la situation actuelle du financement de la santé dans les pays et fournit des orientations de politique générale pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle sur la base d'une meilleure exécution des budgets de la santé axée sur l'optimisation des résultats. Le rapport note que les dépenses publiques de santé dans la Région sont passées de US \$70 à parité de pouvoir d'achat (PPA) au début des années 2000 à US \$160 PPA en 2014, alors que le financement extérieur de la santé augmentait, passant de 13 % à 24 % des dépenses totales de santé. Toutefois, le rapport souligne que, compte tenu du champ d'application plus vaste des objectifs de développement durable et de l'apparition de nouveaux problèmes de santé, des efforts supplémentaires s'avèrent nécessaires pour mobiliser des ressources nationales d'une manière prévisible, tout en veillant à une efficacité accrue afin de maximiser les avantages pour la santé obtenus grâce aux ressources disponibles.

En mars 2017, la Directrice régionale a organisé un événement de sensibilisation de haut niveau sur le financement de la santé, en collaboration avec la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique.

La rencontre a réuni un large éventail de parties prenantes. Le but était de leur permettre de comprendre le point de vue des ministères des Finances de la Région et de parvenir à un consensus sur une action conjointe pour le financement durable de la santé. Les données préliminaires d'un rapport de l'OMS⁹² indiquent que le continent africain a perdu jusqu'à US \$3 billions à cause de la mauvaise santé en 2015, et que l'atteinte de la cible des ODD réduirait d'au moins 47 % les pertes de PIB.

Les principaux domaines d'action comprennent une plus grande mobilisation des ressources nationales pour la santé, par exemple l'assurance-maladie obligatoire ; la mise en place de systèmes de gestion qui accroissent l'efficacité des ressources allouées à la santé ; le renforcement de la capacité d'absorption dans les ministères de la Santé ; et la production de données factuelles reliant l'économie et le développement humain, ce qui passe notamment par la sécurité alimentaire et l'action sur les déterminants sociaux de la santé. En collaboration avec la CEA, l'OMS soutiendra l'élaboration d'une plateforme par laquelle les ministères de la Santé et des Finances pourront échanger des informations pertinentes et, partant, formuler des politiques fondées sur des données probantes.

Sur la base des enseignements tirés de la riposte à l'épidémie de la maladie à virus Ebola, l'OMS apporte son concours au renforcement des systèmes de santé de district en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone. L'une des grandes leçons tirées était qu'il est important d'impliquer les communautés, et nécessaire de les relier aux systèmes de prestation de services de santé. L'Organisation a prêté son assistance aux pays pour améliorer la prestation de services en renforçant le rôle moteur et la gestion des équipes de santé de district.

Au cours de la période couverte par le présent rapport, l'OMS a fourni un appui à quatre pays (Bénin, Burundi, Seychelles et Sierra Leone) pour qu'ils puissent organiser et réaliser des évaluations de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services et en utiliser les résultats afin d'améliorer l'accès aux services. En juin 2017, dix-sept⁹³ pays avaient procédé au moins à une évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services depuis 2011. Des efforts sont en cours pour synchroniser de telles évaluations avec les cycles nationaux de planification sanitaire afin d'en rendre les résultats plus utiles pour une prise de décisions reposant sur des bases factuelles.

Les efforts visant à soutenir les pays pour améliorer les données disponibles sur leurs personnels de santé se sont poursuivis, par l'appui à la création d'observatoires nationaux des personnels de santé en Algérie, au Cameroun, aux Comores et en Côte d'Ivoire. À ce jour, 17 pays⁹⁴ ont mis en place des observatoires nationaux des personnels de santé, qui sont utilisés pour l'analyse des informations et le dialogue de politique sur les ressources humaines pour la santé avec les acteurs concernés, afin d'orienter leur action collective vers l'acquisition de la capacité nécessaire en matière de ressources humaines.

Dix-sept pays⁹⁵ ont été encouragés à établir une comptabilité nationale de leurs personnels de santé, qui permet de générer des informations utiles et des données probantes sur les ressources humaines pour la santé, le but étant d'assurer la planification, la mise en œuvre et le suivi des politiques relatives aux effectifs sanitaires qui permettront de progresser vers la couverture sanitaire universelle.

3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.4 CATÉGORIE 4. SYSTÈMES DE SANTÉ

Les indicateurs de charge de travail pour les besoins en personnel de l'OMS sont un outil de gestion des ressources humaines pour la santé qui évalue la charge de travail réelle du personnel dans les établissements de santé afin d'aider les pays à déterminer les besoins en personnel et à élaborer des normes sur les effectifs. La Côte d'Ivoire et la Guinée ont bénéficié d'un renforcement des capacités à utiliser cet outil, avec à la clé un pool de 35 experts francophones en indicateurs de charge de travail pour les besoins en personnel disposés à apporter un appui étendu aux pays. Le Mali a reçu une assistance pour élaborer un argumentaire en faveur l'investissement dans les ressources humaines pour la santé, tandis que l'Algérie et les Comores ont été soutenues dans la planification de ces ressources.

Quatre programmes d'études régionaux fondés sur les compétences et un cadre réglementaire sur les soins infirmiers et obstétricaux ont été publiés en anglais et en français, et transmis à tous les pays pour utilisation dans les organismes de réglementation et les institutions de formation. Consciente de l'importance de disposer de solides effectifs sanitaires pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, l'OMS a élaboré un cadre de mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé qui sera présenté à la soixante-septième session du Comité régional en 2017.

Le Bureau régional a fourni un appui au ministère de la Santé du Togo dans la conduite des inspections sur les bonnes pratiques de fabrication, à l'effet d'évaluer la conformité aux lignes directrices pertinentes de l'OMS. Cet appui faisait partie des mesures prises par l'OMS pour améliorer la production locale de médicaments de qualité garantie.



L'Organisation a saisi cette occasion pour procéder à une formation pratique unique de jeunes inspecteurs en bonnes pratiques de fabrication au Burkina Faso, au Togo et en République démocratique du Congo.

3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.4 CATÉGORIE 4. SYSTÈMES DE SANTÉ

Sous la direction d'experts de l'OMS, les stagiaires ont acquis la maîtrise des techniques d'inspection et des approches pratiques pour la création de systèmes de qualité et l'assurance de la qualité des produits.

L'OMS prête son assistance aux pays pour renforcer la capacité des autorités nationales de réglementation, le but étant de garantir la bonne qualité des produits médicaux, de favoriser une harmonisation transnationale des conditions d'enregistrement des médicaments et d'améliorer la surveillance des essais cliniques. L'Organisation apportera également son appui dans les domaines de la gouvernance réglementaire, de la rationalisation des fonctions d'octroi de licences et d'inspection, du contrôle en laboratoire, de la pharmacovigilance et de la surveillance postcommercialisation. En février et mars 2017, huit fonctions de réglementation pharmaceutique de base ont été évaluées en Érythrée, en Éthiopie, au Kenya, en Ouganda et au Soudan du Sud, ainsi que dans les États Membres de l'Autorité intergouvernementale pour le développement (IGAD), dans la Région de la Méditerranée orientale. Cette évaluation comparative a notamment permis de constater le manque de vérifications et de contrôles réglementaires dans le cadre législatif, et elle a suggéré des mesures pour y remédier.

La résistance aux antimicrobiens est un problème qui prend de l'ampleur, avec de graves conséquences telles que les échecs thérapeutiques, la hausse des coûts et l'augmentation de la charge de morbidité. Dans la Région africaine, la résistance aux antimicrobiens est liée à l'usage irrationnel des antimicrobiens, aux mauvaises pratiques de prévention et de contrôle des infections dans les hôpitaux et les communautés, à l'inadéquation des capacités diagnostiques, ainsi qu'aux mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement de l'environnement.



3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.4 CATÉGORIE 4. SYSTÈMES DE SANTÉ

On peut aussi déplorer le faible partage d'informations entre les secteurs de l'alimentation humaine et animale, entre autres, ce qui ne permet pas de surveiller ni d'endiguer l'émergence d'organismes résistants.

En vue de soutenir les pays de la Région dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, l'OMS a formé près de 300 responsables de 44 pays⁹⁶ en 2016-2017 dans l'élaboration de plans d'action nationaux de lutte contre la résistance aux antimicrobiens en utilisant l'approche « Un seule santé » qui englobe la santé humaine, animale et environnementale. Le financement catalytique du Fonds Flemming (Royaume-Uni) permet à 25 pays⁹⁷ d'élaborer des plans d'action nationaux, et 30 formateurs principaux sont disposés à accompagner ces efforts. En conséquence, les autorités nationales ont approuvé les plans d'action nationaux dans quatre pays⁹⁸, tandis que six⁹⁹ autres sont en attente d'approbation. Treize pays¹⁰⁰ ont bénéficié de formations en matière de surveillance de l'usage rationnel des antimicrobiens. Une base solide est désormais en place dans la Région pour une meilleure surveillance de la consommation, des prix et de la disponibilité des antimicrobiens, ainsi que pour des systèmes réglementaires nationaux plus efficaces et capables de faire barrage aux produits antimicrobiens de qualité inférieure et falsifiés. L'OMS ne ménage aucun effort pour favoriser l'avènement de plans d'action nationaux dans tous les 47 États Membres d'ici à mai 2018.

L'OMS a collaboré avec des partenaires de la Région pour faciliter la mise en œuvre, au niveau des pays, de la Stratégie technique 2015-2020, intitulée « Améliorer les

statistiques de la mortalité en Afrique ». Des logiciels¹⁰¹ et des formations ont été fournis lors de trois ateliers régionaux visant à intégrer la collecte de données sur les causes de décès et les statistiques d'état civil dans les établissements de santé et à renforcer les liens avec les systèmes d'état civil et statistiques des pays.

Un appui technique et un suivi complémentaires ont été fournis à 15 pays¹⁰² afin d'améliorer la collecte des statistiques d'état civil et des données courantes dans les établissements de santé. En outre, un réseau régional a été créé pour faciliter la collaboration entre les pays et harmoniser les approches techniques entre les partenaires travaillant dans la Région.

Huit pays¹⁰³ ont bénéficié de l'appui de l'OMS pour créer leurs observatoires nationaux de la santé. Des profils sanitaires des pays comprenant des indicateurs de la couverture sanitaire universelle sont désormais disponibles pour le Burkina Faso, le Cameroun, le Ghana et le Rwanda. Ces profils sanitaires seront complétés par un travail plus analytique et l'ajout de données issues de systèmes d'information sanitaire systématique. Cela permettra de suivre les progrès réalisés vers la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable.

Au cours de cette période, l'OMS a permis à six pays¹⁰⁴ d'élaborer ou de réviser leurs stratégies nationales pour la cybersanté. L'Organisation est en train d'établir un partenariat avec l'Union internationale des télécommunications et d'autres acteurs pour renforcer son appui à la cybersanté. L'Organisation mondiale de la



Santé prête également son concours à l'expansion des technologies de l'information et de la communication dans la santé, comme c'est le cas en Sierra Leone et au Lesotho, avec une mise en œuvre partielle du système d'information sanitaire au niveau des districts.

Le programme Interréseau-Santé-Initiative d'accès aux recherches (HINARI) de l'OMS permet aux pays à revenu faible et intermédiaire d'accéder à l'un des plus vastes fonds documentaires du monde, en matière biomédicale et sanitaire.

3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.4 CATÉGORIE 4. SYSTÈMES DE SANTÉ

Le Bureau régional a organisé des sessions de formation au programme HINARI dans huit États Membres¹⁰⁵ afin de renforcer leurs capacités à utiliser efficacement les ressources de ce programme. Les participants étaient des médecins, des étudiants en médecine, des chercheurs, des représentants d'ONG et des bibliothécaires. Grâce à cette formation, ils peuvent désormais récupérer des informations et utiliser des données factuelles pour prendre des décisions.

La plateforme du réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles (EVIPNet) de l'OMS a été créée dans la Région africaine en 2006 pour promouvoir l'utilisation systématique et transparente de données factuelles issues de la recherche en santé dans l'élaboration des politiques. Dix ans plus tard, une étude montre que cette vision se concrétise progressivement. Au Malawi, EVIPNet a créé des « cafés de la science », où les statistiques sanitaires nationales et des documents d'orientation sur des questions importantes de santé publique sont présentés. Le personnel des « cafés de la science » aide aussi les clients à rechercher et à analyser des informations sanitaires en utilisant la base de données et des logiciels. Le personnel du ministère de la Santé et les décideurs peuvent ainsi obtenir, évaluer, synthétiser et appliquer des données factuelles et, grâce à ce système, ils pourront désormais le faire tout seuls.

Au Nigéria, grâce à des documents d'orientation et à un dialogue reposant sur des bases factuelles, et grâce en particulier à une analyse du rapport coût-avantages, EVIPNet a influé sur le programme fédéral de gratuité des soins de santé de la mère et de l'enfant. En favorisant la

participation des communautés, cette approche a induit une hausse de la demande et, partant, l'intensification des interventions de lutte contre le paludisme telles que l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide au Cameroun et la politique d'enrichissement obligatoire des aliments en Ouganda.

En sa qualité d'organisation fondée sur le savoir, l'OMS privilégie de plus en plus la programmation reposant sur des bases factuelles et apporte son concours à la prestation de soins de santé dans les États Membres. Cette évolution se manifeste par la promotion de la réalisation, de la publication et de l'utilisation des recherches tant par les États Membres que par l'Organisation, afin d'orienter la pratique dans la Région. Entre 2015 et 2016, le nombre de

manuscripts que le personnel du Bureau régional a soumis pour téléversement sur le site Internet a quasiment triplé, passant de 27 à 79.

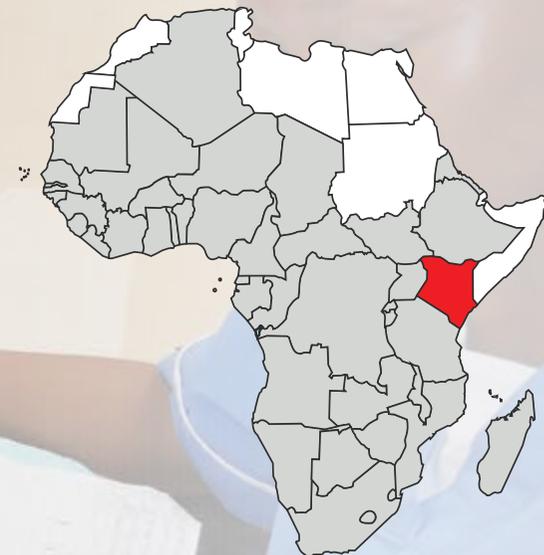
Cela a généré de l'intérêt pour la publication d'articles scientifiques et de suppléments dans des revues à haut facteur d'impact et à comité de lecture. En plus d'une stratégie régionale de recherche pour la santé et d'un baromètre des systèmes de recherche pour la santé qui servent de boussole aux États Membres pour édifier des systèmes de recherche pour la santé fonctionnels, une page a été créée sur le site Internet du Bureau régional¹⁰⁶ afin de recueillir les publications du personnel de l'Organisation.



EXEMPLE DE RÉUSSITE RENFORCEMENT DES SYSTÈMES D'ENREGISTREMENT ET DE STATISTIQUES D'ÉTAT CIVIL AU KENYA



Même si le taux de couverture de l'enregistrement des décès reste inférieur à 60 %, le pays s'efforce d'améliorer les registres et de repenser ses applications mobiles afin d'assurer un meilleur suivi et la vérification de la qualité des données sur les causes de mortalité, ainsi que la notification des décès en temps réel.



Au Kenya, l'OMS a collaboré étroitement avec les partenaires et les autres secteurs, par l'intermédiaire du ministère de la Santé, pour soutenir l'amélioration des systèmes d'enregistrement et de statistiques d'état civil. Le Kenya a produit ses rapports nationaux d'état civil pour la première fois en 2016. Le pays a généré ses données sur la mortalité et les causes de décès en se basant sur les normes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes – Dixième Révision (CIM-10), établie par l'OMS.

Même si le taux de couverture de l'enregistrement des décès reste inférieur à 60 %, le pays s'efforce d'améliorer et de repenser ses applications mobiles afin d'assurer un meilleur suivi et la vérification de la qualité des données sur les causes de mortalité, ainsi que la notification des décès en temps réel. Dans le cadre de l'initiative de collaboration sur les données sanitaires au Kenya, les partenaires au développement ont travaillé en synergie pour coordonner leurs investissements dans le système national d'information sanitaire.

L'analyse récente des résultats indique non seulement une amélioration notable des données systématiques produites par les établissements de santé grâce au système d'information pour la gestion de la santé, mais aussi la cohérence avec les données générées par des enquêtes.



3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.5 CATÉGORIE 5. PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire dans la Région africaine a été créé en 2016 dans le cadre de la réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des épidémies et des situations d'urgence sanitaire. Le programme mondial complet est conçu pour accélérer le travail de préparation et la riposte, tout comme la promotion de l'action collective aux trois niveaux de l'Organisation. Il fonctionne avec une relation hiérarchique clairement définie et est doté de ses propres personnel, budget, règles et procédures et d'un ensemble de critères normalisés de performance.

La structure du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire prend en compte les principales fonctions de l'OMS en cas de situation d'urgence sanitaire, à savoir : la gestion des risques infectieux ; la préparation des pays aux situations d'urgence sanitaire et l'application du Règlement sanitaire international (RSI, 2005) ; l'information sur les situations d'urgence sanitaire et l'évaluation des risques ; ainsi que les opérations d'urgence. Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire dans la Région africaine améliore déjà le travail qui s'effectue dans la Région lors des événements de santé publique.

Grâce au soutien d'un large éventail de partenaires, dont l'OMS, les trois pays les plus touchés par l'épidémie de la maladie à virus Ebola qui a sévi en Afrique de l'Ouest de 2014 à 2016 (Libéria, Sierra Leone et Guinée) ont pu contrôler cette maladie et déclarer officiellement la fin de l'épidémie. Grâce aux capacités développées et maintenues dans ces pays, les équipes nationales ont pu détecter et maîtriser rapidement des résurgences

ultérieures de la maladie en début d'année 2016, avec un soutien extérieur minimal.

En mai 2017, la République démocratique du Congo a confirmé une nouvelle flambée de maladie à virus Ebola dans une zone très isolée se trouvant près de la frontière avec la République centrafricaine. La célérité du gouvernement congolais dans la déclaration de la flambée, conformément aux prescriptions du Règlement sanitaire international (2005) et à la stratégie régionale adoptée par le soixante-sixième Comité régional, s'est avérée une bonne pratique qui a permis à l'OMS de partager des informations et de coordonner étroitement son action avec celle des partenaires pour soutenir la riposte.

Le gouvernement, l'OMS et les partenaires ont rapidement mis en place un système d'alerte et de riposte intensifiée dans la zone touchée. L'OMS a déployé des experts afin de fournir le leadership et l'expertise technique nécessaires à une riposte coordonnée et efficace, qui comprenait l'adaptation des technologies existantes pour pouvoir diagnostiquer rapidement la maladie à virus Ebola. La fin de la flambée a été déclarée au bout de deux mois, avec huit cas officiellement notifiés (dont cinq cas confirmés et trois cas probables). L'utilisation du vaccin candidat anti-Ebola testé en Guinée en 2015 a été envisagée. La flambée ayant été rapidement maîtrisée, cette option n'a pas été retenue.

En 2016-2017, l'OMS a déployé plus de 2500 experts, parmi lesquels des membres du Réseau mondial

d'alerte et d'action en cas d'épidémie, dans le cadre de son rôle de chef de file dans la riposte aux épidémies et situations d'urgence de santé publique.

Au cours de la flambée de fièvre jaune la plus grave et la plus difficile jamais enregistrée en milieu urbain, 25 millions de personnes ont été vaccinées en Angola et 14 millions en République démocratique du Congo, et 755 experts ont été déployés dans les deux pays pour renforcer la capacité de riposte.

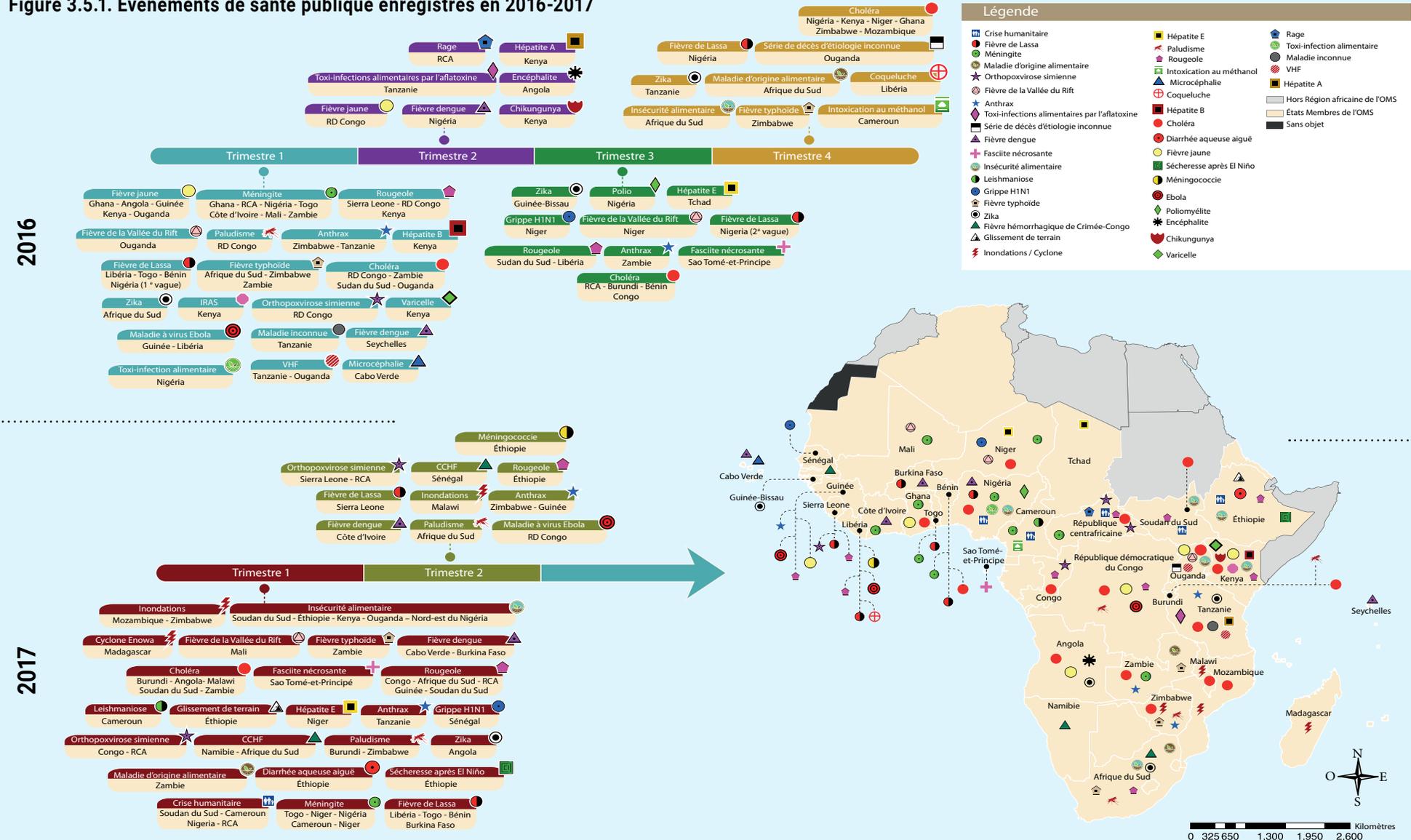
L'OMS collabore étroitement avec les États Membres pour renforcer leur capacité à détecter et à contrôler les flambées épidémiques. L'Organisation a dirigé la riposte à des événements de santé publique tels que les flambées de fièvre de la Vallée du Rift, de choléra, d'orthopoxvirose simienne, de fièvre de Lassa, de méningite et d'hépatite E dans les pays de la Région.



3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.5 CATÉGORIE 5. PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

Figure 3.5.1. Événements de santé publique enregistrés en 2016-2017



3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.5 CATÉGORIE 5. PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

L'OMS a également apporté son appui à la riposte aux situations d'urgence de santé publique en lien avec des événements climatiques extrêmes – la sécheresse et les inondations – dans plusieurs pays. Le système de gestion des incidents adopté en tant que partie intégrante du cadre d'action d'urgence de l'OMS a favorisé une meilleure coordination en cas de situation d'urgence sanitaire et un déploiement plus rapide des experts de l'OMS et des partenaires pour soutenir la riposte aux épidémies (figure 3.5.1).

Lors des crises humanitaires, l'OMS a soutenu la riposte de santé publique, touchant ainsi plus de six millions de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays au Soudan du Sud, au Nigéria, au Burundi, en République démocratique du Congo et en République centrafricaine. L'intervention rapide de l'OMS a été financée grâce à son nouveau fonds de réserve pour les situations d'urgence, qui a affecté US \$14 millions à la Région au cours de la période couverte par le présent rapport.

En plus de la riposte aux événements de santé publique, les pays ont bénéficié d'un appui pour améliorer leur préparation à y faire face. L'OMS a dirigé des évaluations externes conjointes des capacités essentielles requises en vertu du RSI (en matière de détection et de riposte aux événements de santé publique) dans 18 pays¹⁰⁷ de la Région depuis février 2016, soit un tiers des évaluations externes conjointes effectuées à l'échelle mondiale. Les pays bénéficient d'un appui en vue de l'élaboration de plans nationaux



pour combler les lacunes et mobiliser des financements destinés à la mise en œuvre de ces plans, grâce au financement national et international mobilisé notamment auprès d'initiatives mondiales en faveur de la santé et de banques de développement.



3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.5 CATÉGORIE 5. PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

Reconnaissant que de nombreuses flambées épidémiques et maladies infectieuses émergentes sont liées à l'interface entre l'homme, l'animal et l'environnement, l'OMS et ses partenaires – FAO, Organisation mondiale de la santé animale (OIE), Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) et USAID – ont organisé en novembre 2016, à Dakar (Sénégal), une réunion portant sur l'approche « Une seule santé ». Cette réunion a rassemblé des ministres en charge de la santé humaine et animale, de l'agriculture, de la faune et de l'environnement dans les pays d'Afrique de l'Ouest¹⁰⁸. Les participants ont signé un communiqué dans lequel ils ont renouvelé leur engagement à prévenir et à contrôler les épizooties en appliquant les cadres existants, et particulièrement le RSI (2005), la SIMR et l'outil d'évaluation des services vétérinaires.

Plus de 80 % de la centaine d'événements de santé publique majeurs rapportés au Bureau régional en 2016 nécessitaient une confirmation en laboratoire en vue d'une identification permettant une prise en charge et un contrôle adéquats. Ce travail a pu s'accomplir par l'intermédiaire des réseaux de laboratoires régionaux et nationaux. Le Bureau régional est en train de mettre en œuvre une stratégie globale de renforcement des laboratoires dans toute la Région, en fournissant des orientations, en formant le personnel des laboratoires, en leur procurant des fournitures et des réactifs et en enrôlant les laboratoires dans un programme d'évaluation extérieure de l'assurance de la qualité, ainsi qu'en surveillant la résistance aux antimicrobiens.

En 2016, l'OMS a dressé un inventaire de toutes les épidémies signalées en Afrique à partir de 1970 jusqu'en 2016. Cet inventaire a été utilisé pour élaborer une base de données exhaustive et spatialement définie des flambées et des épidémies, afin d'établir les zones écologiques des maladies classées « urgences de santé publique de portée internationale » conformément au RSI (2005). Un rapport technique intitulé *Mapping the risk and distribution of epidemics in the WHO African Region* (Cartographie du risque et répartition des épidémies dans la Région africaine de l'OMS) a permis de mieux comprendre les risques spécifiques à chaque maladie, ainsi que la répartition infranationale des épidémies. Ces nouvelles connaissances facilitent à leur tour l'analyse de la vulnérabilité aux risques épidémiques nécessaire pour établir un ordre de priorité dans l'appui fourni aux pays. Les bases de données et les cartes produites dans le rapport servent de base pour le suivi des épidémies au niveau infranational dans la Région.

Suite à la confirmation de la transmission du virus Zika en République de Cabo Verde, l'OMS a évalué le risque d'une flambée de l'infection à virus Zika dans chaque pays de la Région africaine, ainsi que la capacité à l'enrayer et à l'empêcher de devenir une épidémie. Les pays ont été classés comme étant à risque élevé, moyen ou faible, et des activités de préparation ont été recommandées selon la classification du pays. Dans le cadre de cette préparation fondée sur des bases factuelles, l'OMS a prêté son concours à 21 États Membres¹⁰⁹ en vue de l'établissement d'un profil de risque de flambée susceptibles de renforcer leurs ripostes en cas de situations d'urgence.



Après quasiment deux années passées sans enregistrer le moindre cas de transmission du poliovirus sauvage, quatre nouveaux cas ont été notifiés dans des zones en proie à l'insécurité au nord du Nigéria.

3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.5 CATÉGORIE 5. PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

Le pays a une fois de plus été placé sur la liste des pays d'endémie en septembre 2016. Une riposte sous-régionale a été initiée dans les pays du Bassin du lac Tchad et des campagnes de vaccination ont été organisées dans d'autres pays. Aucun nouveau cas de poliovirus sauvage n'a été notifié depuis que le dernier cas a été rapporté le 21 août 2016.

Les meilleures pratiques de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite ont été documentées systématiquement et diffusées largement par la publication d'un numéro spécial de la revue *Vaccine* en octobre 2016¹¹⁰. Des pays se servent déjà de ces pratiques optimales pour s'améliorer dans des domaines clés tels que la microplanification de la prestation de services de vaccination systématique, l'introduction des nouveaux vaccins, la surveillance de la maladie et l'évaluation de l'impact des vaccins.

La communication de l'information sur les événements de santé publique s'est nettement améliorée grâce à la gestion de l'information sanitaire et à l'évaluation des risques. Le bulletin hebdomadaire du Bureau régional sur les épidémies et les autres situations d'urgence (*AFRO Bulletin on Outbreaks and Other Emergencies*) lancé en mars 2017 en est une illustration. Ce bulletin d'information présente en temps réel la situation des épidémies et des situations d'urgence dans la Région. Il met en relief les actions de santé publique engagées et les lacunes à combler. Il constitue également une plateforme d'échange d'informations et d'approches utilisées par les pays dans la riposte aux événements de santé publique.

Les pays et les partenaires ont salué l'avènement du bulletin et le considèrent comme une ressource inestimable pour la communauté internationale de la santé publique, citant son actualité et son utilité dans le suivi des flambées de maladies et des autres situations d'urgence sur le continent.

Le Bureau régional est en train de forger plus de partenariats pour renforcer la riposte aux situations d'urgence. Ses principaux partenaires comprennent le Gouvernement du Royaume-Uni par l'intermédiaire du projet de lutte contre les maladies mortelles en Afrique, les CDC des États-Unis et le Centre africain de prévention et contrôle des maladies (CDC africain).



EXEMPLE DE RÉUSSITE LA PLUS GRANDE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE ENRAYÉE



L'OMS a facilité l'achat et la livraison de 30 millions de doses aux pays (plus de quatre fois le volume annuel normalement prévu pour être utilisé en cas d'épidémie) pour des campagnes de vaccination de masse.



En 2016, l'OMS, les ministères de la Santé de l'Angola et de la République démocratique du Congo et des partenaires ont riposté à la plus grande épidémie de fièvre jaune enregistrée en milieu urbain à ce jour, en menant l'une des plus grandes campagnes de vaccination d'urgence de tous les temps. Deux semaines après la notification de la flambée à l'OMS par l'Angola, 1,8 million de doses de vaccin ont été expédiées à ce pays. Ces vaccins étaient issus de stocks d'urgence gérés par le Groupe international de coordination (GIC) pour l'approvisionnement en vaccins, un partenariat regroupant Médecins sans frontières (MSF), la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et l'Organisation mondiale de la Santé. Les vaccins ont été en grande partie financés par Gavi, l'Alliance du vaccin.

L'OMS a facilité l'achat et la livraison de 30 millions de doses aux pays (plus de quatre fois le volume annuel normalement prévu pour être utilisé en cas d'épidémie) pour des campagnes de vaccination de masse. Ces vaccins ont été obtenus à partir du stock mondial géré conjointement par le GIC.

Le 10 juin 2016, plus de 10,6 millions de personnes avaient été vaccinées, grâce aux 11 635 800 vaccins reçus par le pays. À Kinshasa (République démocratique du Congo), où 10 millions de personnes étaient à risque à l'approche de la saison des pluies, on a eu recours à titre exceptionnel aux doses fractionnées pour pallier à la situation d'urgence.

Cela a permis d'enrayer l'épidémie. L'Angola a officiellement déclaré la fin de la flambée le 23 décembre 2016, et la République démocratique du Congo l'a fait le 14 février 2017.

Le résultat obtenu en République démocratique du Congo a confirmé que l'approche novatrice qui consiste à utiliser des doses fractionnées de vaccin pourrait éventuellement sauver des vies lors de futures épidémies. La collecte de données en cours auprès d'un petit groupe de personnes vaccinées permettra d'établir la durée de l'immunité que confère la dose fractionnée.



3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.6 CATÉGORIE 6. SERVICES INSTITUTIONNELS ET FONCTIONS D'APPUI

Cette catégorie met l'accent sur le leadership de l'OMS et sur les services institutionnels nécessaires pour maintenir l'intégrité, ainsi que le fonctionnement efficace et rationnel de l'Organisation. Elle couvre des axes programmatiques comme la prise en main et la gouvernance, la transparence, la responsabilisation et la gestion des risques, la planification stratégique, la coordination des ressources et l'établissement de rapports, la gestion et l'administration, tout comme la communication stratégique.

La Directrice régionale a continué à promouvoir le rôle de chef de file et la gouvernance de l'OMS, non seulement dans le cadre des missions effectuées dans des États Membres, mais également par sa collaboration avec des partenaires stratégiques et par la réforme des activités du Secrétariat dans la Région africaine.

La Directrice régionale a échangé avec les dirigeants de pays, chefs d'État compris. À chacune de ces rencontres, elle a plaidé pour que la santé soit érigée au rang de priorité ; elle a aussi plaidé pour un financement accru de la santé, pour l'intensification des actions et des partenariats ciblant la santé, et particulièrement pour que les réformes nécessaires soit menées afin d'assurer une meilleure préparation et riposte aux flambées et d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Dans le cadre de ses missions dans les États Membres de la Région, la Directrice régionale s'est rendue en Côte d'Ivoire, en Angola, au Niger, au Nigéria, en Guinée, en République centrafricaine et au Rwanda.

La collaboration avec la Commission de l'Union africaine a facilité une action conjointe, notamment le plaidoyer auprès des dirigeants nationaux en faveur des domaines prioritaires qui nécessitent une attention particulière.

La Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination (adoptée par les gouvernements, les parlementaires, la société civile et les partenaires en février 2016) et la déclaration sur l'accélération de l'application du Règlement sanitaire international en Afrique ont été approuvées par les chefs d'État lors des sommets de l'Union africaine qui se sont tenus en janvier et juillet 2017, respectivement. Ces initiatives reflètent l'engagement qui facilitera l'investissement et l'intensification des actions en faveur de la survie de l'enfant et de la sécurité sanitaire sur le continent. Un cadre de collaboration avec le CDC africain favorisera des synergies dans la préparation et la riposte aux flambées et permettra de faire rapport régulièrement aux chefs d'État sur les progrès accomplis.

Un accord de coopération a été signé entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), une institution spécialisée de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), lors d'une visite que des responsables de cette institution ont effectuée au Bureau régional en décembre 2016. Des mesures conjointes destinées à améliorer la santé des populations de la CEDEAO seront prises dans un certain nombre de domaines prioritaires, spécifiquement en matière de sécurité sanitaire, y compris avec le Centre Régional de Prévention et de Lutte contre les Maladies (une autre institution de la CEDEAO).

L'Organisation des Premières dames d'Afrique contre le VIH/sida (OPDAS) est une alliance de plaidoyer unique en son genre qui œuvre résolument pour une meilleure santé des femmes, des adolescents et des enfants, et particulièrement pour l'élimination du VIH. Un plan d'action pour le plaidoyer conjoint a été approuvé et la Directrice régionale a consolidé le partenariat en assistant aux Assemblées générales de l'OPDAS et aux sommets de l'Union africaine en janvier et juillet 2017.

L'OMS a continué à rechercher des partenaires stratégiques susceptibles de contribuer à la mobilisation de ressources et à l'amélioration des résultats sanitaires dans la Région. La Directrice régionale a participé à des réunions mondiales et régionales de haut niveau, telles que l'Assemblée générale des Nations Unies, le Sommet mondial de la santé (qui s'est tenu à Berlin), la 2^e réunion des partenaires mondiaux sur les maladies tropicales négligées (organisée à Genève) et la TICAD-VI¹¹¹.



3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.6 CATÉGORIE 6. SERVICES INSTITUTIONNELS ET FONCTIONS D'APPUI

Au cours de la période couverte par le présent rapport, le Bureau régional a reçu la visite de plusieurs hauts responsables de partenaires clés.

Le mécanisme de partenariat dénommé Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA), créé voici 10 ans par l'OMS et les partenaires régionaux de la santé, a été relancé en mars 2017. À la suite d'une étude indépendante conduite en 2016, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, les Nations Unies et des partenaires bilatéraux ont réaffirmé leur engagement à soutenir les progrès accomplis par les pays pour assurer la couverture sanitaire universelle et réaliser les objectifs de développement durable, l'accent étant mis sur l'équité, un meilleur investissement dans la santé se traduisant par l'optimisation des ressources, une meilleure santé pour la femme et l'enfant, ainsi que l'orientation des pays vers une implication accrue du secteur privé dans le domaine de la santé.

Le cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques a ouvert la voie à la collaboration avec de nouveaux intervenants dans le secteur de la santé. En juin 2017, le tout premier forum sur la santé en Afrique, intitulé *Les populations d'abord : la route vers la couverture sanitaire universelle en Afrique*, s'est tenu à Kigali (Rwanda), à l'initiative de l'OMS. Le forum a servi de plateforme d'échanges à un éventail exceptionnel de parties prenantes comprenant des ministres, de jeunes professionnels et des associations ou personnes œuvrant pour promouvoir la santé, le secteur privé, des institutions du système des Nations Unies et des partenaires bilatéraux. Les participants au forum ont pu discuter des problèmes du secteur de la santé et des

opportunités qui s'offrent à ce secteur dans la Région. Ils ont aussi exploré les voies et moyens de contribuer au programme de réforme de l'OMS. *L'Appel à l'action de Kigali*¹¹² a fourni un cadre d'action commune pour l'amélioration de la santé dans la Région.

La Directrice régionale continue de bénéficier des recommandations formulées par le Groupe consultatif indépendant. Ce groupe est composé d'experts chevronnés en santé qui émettent des avis stratégiques sur les activités de l'OMS dans la Région africaine. Lors de sa deuxième réunion en octobre 2016, le Groupe consultatif indépendant a réitéré l'importance du Programme de transformation et formulé des conseils sur le renforcement des capacités et des activités de l'OMS dans la Région. Il a encouragé la Directrice régionale à œuvrer avec les chefs d'État, les responsables politiques, les universitaires et la société civile pour intensifier le plaidoyer et la production des données probantes sur lesquelles seront adossées les politiques visant l'amélioration de la santé.

À la demande de la Directrice régionale, une évaluation indépendante du Programme de transformation réalisée par le Bureau d'évaluation de l'OMS à Genève s'est achevée en avril 2017. Il convient de relever que le Programme de transformation sert de boussole au Bureau régional dans la mise en œuvre de la réforme mondiale de l'OMS. L'évaluation indépendante du Programme de transformation visait à examiner les progrès réalisés, à recenser les accomplissements et les meilleures pratiques, à identifier les problèmes et les domaines que l'on peut améliorer, puis à formuler des recommandations sur la voie à suivre.

L'évaluation a noté que des progrès considérables ont été réalisés vers l'atteinte des objectifs fixés dans le Programme de transformation, notamment celui de faire en sorte que l'OMS devienne plus efficace, mieux outillée pour répondre aux besoins et plus apte à apporter le meilleur appui possible aux États Membres de la Région africaine. On peut citer, parmi les grandes réalisations, l'introduction et la mise en œuvre d'initiatives destinées à accroître la responsabilisation tout en améliorant la gestion des risques.

En ce qui concerne les partenariats stratégiques, l'évaluation a noté que la coopération avec les donateurs traditionnels comme nouveaux a renforcé la collaboration et élargi la base des ressources financières. Le Bureau de l'évaluation a également noté que le Bureau régional de l'Afrique a renforcé sa capacité à contribuer à la sécurité sanitaire par l'amélioration de la préparation des pays à riposter en cas de flambées de maladies et de situations d'urgence.

Cependant, toute réforme nécessite le changement non seulement des processus, mais aussi des comportements, ainsi qu'une équipe dévouée de gestion des changements. L'évaluation a noté que de nombreuses activités planifiées sont achevées ou en cours d'exécution, et que l'on assiste progressivement à un changement de comportements et de mentalités. Des efforts supplémentaires ont été recommandés pour intensifier la communication interne et instituer un système de soutien à la gestion des changements.



Le redéploiement du personnel a eu lieu au niveau du Bureau régional et dans les équipes d'appui interpays afin d'aligner les effectifs de l'OMS sur les priorités nationales et régionales. Le groupe organique Administration générale et coordination a été

réorganisé, avec l'introduction d'un nouveau modèle de prestation de services pour accroître l'efficacité et faire en sorte qu'un appui optimal soit fourni aux pays et aux programmes techniques.

La priorité de la réforme est désormais accordée aux bureaux de pays, qui sont l'interface la plus importante entre l'Organisation et les États Membres.

3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.6 CATÉGORIE 6. SERVICES INSTITUTIONNELS ET FONCTIONS D'APPUI

Un outil reposant sur des bases factuelles permettant d'éclairer le réaligement du personnel des bureaux de pays sur les besoins et priorités du pays sera utilisé, en commençant par le Sénégal, la Sierra Leone, l'Afrique du Sud et le Togo. Les stratégies de coopération avec les pays définissent les priorités convenues entre l'OMS et les États Membres et constituent un instrument clé pour orienter l'appui fourni par l'Organisation. À ce jour, 26 bureaux de pays ont révisé leurs stratégies de coopération avec les pays conformément aux nouvelles lignes directrices qui mettent l'accent sur l'intégration des objectifs de développement durable dans les activités de l'OMS.

Les réformes gestionnaires de l'OMS continuent d'être mises en œuvre pour renforcer la capacité des opérations stratégiques à répondre aux attentes. Plusieurs initiatives ont été prises afin de transformer le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique en une organisation mieux outillée pour répondre aux attentes et axée sur les résultats. Le site Internet du projet de renforcement de la responsabilisation et des contrôles internes a été lancé : il contient toutes les politiques pertinentes, les modes opératoires normalisés et les lignes directrices de l'OMS dans les langues officielles de la Région. Le site Internet héberge aussi le tableau de bord des indicateurs de performance clés. Y figurent par ailleurs des informations sur les audits, les meilleures pratiques et les faiblesses génériques en matière de contrôle.

L'OMS continue de renforcer les contrôles et d'améliorer la conformité en ce qui concerne l'utilisation du mécanisme de la coopération financière directe, qui se trouve être un dispositif de paiement anticipé pour financer les activités mises en œuvre par les gouvernements.

À cet effet, l'OMS a conçu et utilise un cadre de responsabilisation et d'assurance visant à garantir que les fonds décaissés au titre de la coopération financière directe sont utilisés aux fins prévues et que les bénéficiaires disposent des fonctions de contrôle nécessaires pour se conformer aux critères de surveillance et de notification. Des autoévaluations et des listes de contrôle interne ont été proposées à tous les ministères de la Santé, et des sessions de formation sur la collaboration avec l'OMS sont en cours. Les contrôles portant sur l'établissement des rapports de coopération financière directe ont été renforcés afin d'inclure des rapports techniques obligatoires aux côtés des rapports financiers.

En décembre 2016, les pays présentant le risque financier le plus élevé, qui étaient souvent les plus vulnérables en cas de situations d'urgence, ont été sélectionnés pour les contrôles effectués *a posteriori* à l'aide de l'outil d'autorisation de financement et d'ordonnancement des dépenses. Des ressources additionnelles pour financer les ressources humaines ont été mobilisées pour prolonger ces activités jusqu'en 2017. Des études sur les infrastructures de technologies de l'information ont été réalisées dans 30 bureaux de pays afin de garantir que les plateformes informatiques sont suffisamment solides pour soutenir les activités de préparation et d'intervention. Une feuille de route est en cours de finalisation. Lorsqu'elle sera mise en œuvre, cette feuille de route permettra aux bureaux de pays de se rapprocher de la norme de l'Organisation.

Le nombre de rapports d'audit publiés en 2016 avec une évaluation négative a été ramené à 0 %, contre 50 % à 80 %

dans les années précédentes. Sur les nouveaux audits conduits, 100 % étaient totalement ou partiellement satisfaisants. Le nombre de rapports de coopération financière directe non établis a diminué, passant de 1907 rapports non établis le 1^{er} avril 2016 à 764 rapports attendus le 24 mai 2017, ce qui représente une baisse de 60 %.

Dans la Région africaine, l'OMS est déterminée à gérer les résultats grâce à une planification rigoureuse et à des indicateurs de performance clairs, l'objectif étant d'optimiser l'emploi des ressources. Des KPI concernant la gestion et programmatiques ont été introduits et élargis pour couvrir toutes les fonctions d'appui au programme. Le suivi de la performance des bureaux de pays individuels et des groupes organiques du Bureau régional (les centres budgétaires) utilisant des KPI concernant la gestion est effectué mensuellement et un rapport y afférent est adressé trimestriellement au Comité de la conformité et de la gestion des risques. Les centres budgétaires peu performants bénéficient d'un appui pour s'attaquer aux causes de leur performance insuffisante, notamment une formation ciblée.

En vue d'améliorer les activités d'achat dans la Région, un compte officiel a été créé dans le catalogue exhaustif et compétitif des biens et services établi par l'administration américaine, afin de surmonter le risque lié à de faibles processus de passation de marchés. Cette initiative s'ajoute de manière significative aux options d'acquisition disponibles dans la Région et le recours à ce catalogue complet pourra réduire les risques et accélérer la mise en œuvre des programmes.

3. Réalisations majeures, par catégorie d'activité

3.6 CATÉGORIE 6. SERVICES INSTITUTIONNELS ET FONCTIONS D'APPUI

Afin d'optimiser l'emploi des ressources, le système d'appel d'offres électronique (*e-Tender*) déployé à l'échelle mondiale a été lancé et utilisé pour l'acquisition de biens au Bureau régional. Le système d'acquisitions électronique garantit une transparence totale et des contrôles internes appropriés dans les processus d'appel d'offres, ainsi qu'une concurrence effective grâce à la base de données des fournisseurs mondiaux contenue dans ce système.

Le Portail mondial pour les fournisseurs des organismes des Nations Unies (*UN Global Marketplace*) a été créé en vue de la publication des appels d'offres pour la fourniture de services. Des entreprises internationales de conseil de renom ont été recrutées grâce à ce portail, ce qui a permis d'atteindre des résultats de qualité et contribué à la mise en œuvre du Programme de transformation.

Dans l'élaboration des plans de travail, il est essentiel de définir les besoins en ressources et d'indiquer clairement quels sont les résultats escomptés pour pouvoir évaluer efficacement les résultats obtenus. Le Bureau régional a réussi à définir un cadre de résultats pour accroître la transparence et la responsabilisation concernant les résultats des individus et des équipes.

Les capacités des responsables de programme au Bureau régional et dans les bureaux de pays ont été renforcées pour consolider les principes de l'approche logique de la gestion des programmes axée sur les résultats et assurer la qualité des plans de travail qui seront définis pour le compte du budget programme 2018-2019.

Six examens programmatiques et administratifs ont été effectués dans les bureaux de pays pour vérifier que ces bureaux font l'objet d'une gestion et d'une administration efficaces¹¹⁴, alors que des revues de la conformité ont eu lieu au Togo et en Sierra Leone. Ces examens ont mis en relief les meilleures pratiques, tout comme les domaines à améliorer, et les résultats ont été partagés avec les autres bureaux de pays.

En ce qui concerne les ressources humaines, des efforts accrus sont en cours pour améliorer le bien-être du personnel au Bureau régional, à Brazzaville. On peut notamment citer la mise en place d'un programme d'intégration complète des membres du personnel nouvellement recrutés, l'ouverture d'un site intranet consacré au bien-être du personnel et la publication d'un bulletin d'information mensuel qui présente les événements sociaux et sportifs.

En sa qualité d'Organisation œuvrant pour l'apprentissage, l'OMS a lancé le portail mondial *ilearn* contenant un large éventail d'opportunités qui ont amélioré les connaissances du personnel au niveau régional, dans les équipes d'appui interpays et dans les bureaux de pays.

S'agissant de la communication stratégique, la collaboration accrue avec les médias a permis de mieux sensibiliser les États Membres aux problèmes de santé et de mettre en exergue le rôle de chef de file que l'OMS joue en matière de santé. Certaines activités importantes de l'OMS ont ainsi bénéficié d'une couverture médiatique mondiale, notamment : la publication des résultats de

la recherche sur les facteurs de risque de maladies non transmissibles dans la Région africaine en décembre 2016 ; l'entérinement de la Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination par les chefs d'État de l'Union africaine en 2017 ; le lancement du projet pilote relatif au premier vaccin antipaludique mondial en avril 2017 ; et le tout premier Forum de la santé en Afrique.

Dans un nouvel effort de collaboration, l'OMS a parrainé l'édition 2016 du « *CNN Multichoice African Health and Medical Journalism Award* », un prix décerné par la chaîne de télévision américaine CNN pour encourager de grands reportages sur les problèmes de santé publique en Afrique et qui permet aussi de mieux faire connaître l'Organisation chez les représentants des médias.

L'activité dans les médias sociaux est également en nette hausse. Au mois de juin 2017, la page Twitter de l'OMS dans la Région africaine avait reçu plus de 5,7 millions de messages, ce qui représente une progression par rapport aux 3,3 millions de twittos reçus en 2015.

L'Organisation a lancé un nouveau site Internet visuellement attrayant, offrant un accès plus facile à l'information et plus sécurisé. Les capacités du personnel en matière de communication ont été renforcées par des formations. En outre, l'introduction de résultats de performance clés que chaque bureau de pays doit obtenir dans le domaine de la communication et la diffusion d'informations essentielles sur la santé et d'autres produits de communication contribuent à améliorer la compréhension que les parties prenantes ont des activités de l'Organisation.



EXEMPLE DE RÉUSSITE ÉVALUER LA CONTRIBUTION DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE – LE CAS DU BURUNDI

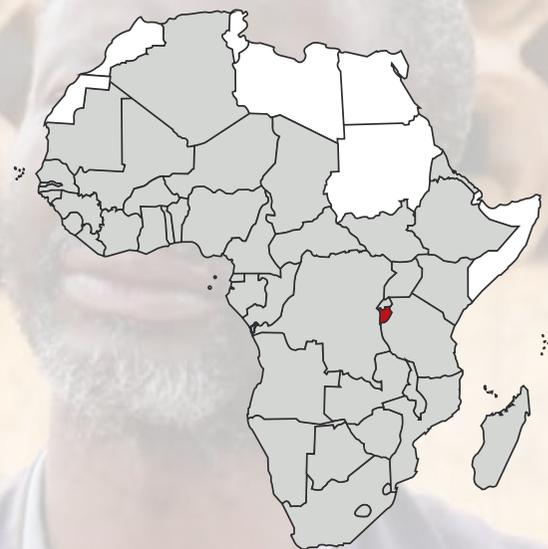


Dans le cadre de la mise en œuvre du Programme de transformation, l'OMS a mis en place un cadre de résultats assorti d'indicateurs liés à la gestion des performances – une première pour l'Organisation dans son ensemble –, afin de mieux servir les États Membres tout en améliorant la transparence, en renforçant l'obligation de rendre compte et en présentant les résultats obtenus. Des KPI concernant la gestion et programmatiques ont ainsi été établis afin d'évaluer la contribution que l'OMS apporte à la santé en Afrique. Ces KPI sont alignés sur les objectifs de développement durable, le budget programme, les évaluations des services du personnel, et au niveau local sur la Stratégie de Coopération avec le Pays. L'expérience du Bureau de Représentation de l'OMS au Burundi permet de voir concrètement comment les KPI ont permis d'améliorer les performances au niveau du pays.

Le bureau de pays de l'OMS au Burundi éprouvait des difficultés à respecter ses KPI concernant la gestion en 2016. Lorsque le nouveau Représentant de l'OMS a pris service en février 2016, il a immédiatement mobilisé son personnel autour du Programme de transformation, en mettant un accent particulier sur les cadres de responsabilisation et de contrôle interne de l'OMS. Sous sa direction, le Bureau de Représentation de l'OMS a élaboré sa feuille de route pour la mise en œuvre du programme de réforme. Les agents du changement désignés par leurs pairs ont été régulièrement impliqués dans les réunions du comité de gestion présidées par le Représentant de l'OMS, afin de faire rapport sur les principaux résultats obtenus – particulièrement les KPI – en vue de la transformation.

Pour mieux accompagner le Représentant dans ses efforts, des experts du Bureau régional, de l'équipe d'appui interpays et du Siège de l'OMS ont mené une mission de suivi et d'évaluation administrative du programme. L'examen a permis d'embrayer sur les efforts précédents pour améliorer la gestion des risques et de la conformité, ainsi que l'obligation de rendre compte de l'administration et de l'exécution des programmes. Les recommandations issues de l'examen ont conduit à l'adoption d'un plan d'action de gestion. Les flux de travail et les contrôles internes dans toutes les fonctions d'appui, ainsi que la capacité du bureau de pays à répondre aux situations d'urgence et à coopérer avec les parties prenantes clés ont été renforcés.

Les KPI concernant la gestion se sont améliorés au fil du temps, se traduisant en résultats concrets dans le pays. À preuve, une flambée du choléra a été rapidement enrayerée après que le bureau de pays a coordonné efficacement la riposte, ainsi que l'activation du cadre d'action d'urgence de l'OMS et des modes opératoires normalisés pertinents.



Eu égard à ce qui précède, le ministère burundais de la Santé publique et de la lutte contre le VIH/sida, les donateurs et les autres parties prenantes comptent désormais sur le rôle de chef de file de l'OMS pour guider leurs actions lors des situations d'urgence. Un plan d'action contre les flambées de paludisme, élaboré sous l'égide du bureau de pays, a reçu un appui massif des parties prenantes et sert de référence pour mettre en place une riposte multiforme en cas de flambée de paludisme prolongée. Le Bureau de Représentation de l'OMS au Burundi a choisi actuellement 20 KPI et renforce ses opérations et la mise en œuvre de ses KPI concernant la gestion, maintenant ainsi une attention stratégique sur la transformation effective.



4. Conclusion et perspectives

Au cours du présent exercice biennal, les États Membres de la Région africaine de l'OMS ont réalisé des progrès pour permettre à leurs populations de vivre plus longtemps en meilleure santé et dans le bien-être, avec l'appui de l'OMS et des autres partenaires au développement sanitaire. L'OMS entend embrayer sur ces progrès, s'appuyer sur des solutions développées localement et les leçons apprises pour définir les actions prioritaires qui devront être intégrées dans son budget programme 2018-2019.

Le cadre adopté par la Région et les partenaires permettra d'orienter les actions menées par les pays et s'inscrit dans les efforts faits pour instaurer la couverture sanitaire universelle et atteindre les objectifs de développement durable. L'accent sera mis sur le suivi pour garantir l'équité dans le financement de la santé, les actions et les résultats sanitaires, avec une définition des cibles fondée sur des bases factuelles, le but étant de ne pas défavoriser le pauvre, ni le marginalisé. Priorité sera donnée à la promotion de services intégrés, centrés sur la personne et adossés sur une approche des soins de santé primaires, en vue d'obtenir des gains d'efficacité et de mobiliser les synergies escomptées. Cette phase commencera par des efforts accrus pour une plus grande intégration dans tous les programmes d'action de l'OMS.

Le mécanisme de partenariat renouvelé dénommé Harmonisation pour la Santé en Afrique a convenu de continuer à analyser et à mieux comprendre la contribution que le secteur privé pourrait apporter à la couverture sanitaire universelle. Les résultats de cette activité seront utilisés pour fournir des conseils et un appui aux États Membres.

Avec les partenaires de ce mécanisme, l'OMS redoublera aussi ses efforts pour plaider en faveur d'un financement national accru et durable de la santé. L'Organisation œuvrera en outre pour garantir l'optimisation des ressources investies, en s'appuyant sur une gestion, une allocation et une utilisation rationnelles des ressources.

Les possibilités offertes par le Programme de développement durable à l'horizon 2030 en matière de collaboration intersectorielle pour agir sur les déterminants socioéconomiques de la santé devront être exploitées. Des approches devront être définies, puis adoptées par les pays, pour obtenir dans tous les objectifs de développement et les secteurs qui leur sont liés des résultats tout aussi bénéfiques pour le secteur de la santé. L'OMS renforcera à cet effet sa collaboration dans la Région africaine avec les autres partenaires concernés au sein du système des Nations Unies et au-delà. Aux niveaux national et régional, notre contribution à l'action conjointe que mènent les Nations Unies par

l'intermédiaire des mécanismes du Groupe des Nations Unies pour le développement sera encore renforcée.

Les États Membres de la Région africaine ont montré leur engagement à mettre en place les capacités requises en vertu du RSI et à lutter contre les épidémies. C'est pour cette raison qu'ils font des progrès très rapides pour évaluer leurs lacunes et élaborer des plans permettant de les combler. Le Secrétariat de l'OMS entreprendra un vif plaidoyer pour le financement de ces plans sur des ressources nationales et internationales.

L'adoption par les chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine de la Déclaration visant à accélérer l'application du Règlement sanitaire international en Afrique offre une occasion exceptionnelle de faire avancer la sécurité sanitaire dans la Région. L'OMS coordonnera la collaboration régionale et multisectorielle, renforcera les capacités et consolidera la réforme du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire.





4. Conclusion et perspectives

Nous nous efforcerons de développer encore plus de synergies entre les États Membres et les partenaires, en les amenant à travailler ensemble pour mener des investigations tôt en cas d'alerte. On devra déployer les experts plus rapidement, notifier immédiatement les flambées de maladies et les enrayer au plus tôt.

L'usage des technologies de l'information est en plein essor dans la Région africaine – dans différents secteurs et sphères de développement. La Région pourrait tirer parti de ce potentiel pour faire avancer la santé publique – de la surveillance des maladies jusqu'aux rappels adressés aux patients pour qu'ils observent le traitement. L'OMS collaborera avec l'UIT et d'autres partenaires pour promouvoir la cybersanté dans les pays.

L'Afrique est le seul continent au monde dont le nombre d'adolescents devrait croître dans les cinquante prochaines années. Vingt-huit pour cent des adolescents et des jeunes du monde vivront en Afrique en 2040, ce qui représente une augmentation de 18 % par rapport à 2012. Cette statistique offre une excellente occasion d'adopter une approche centrée sur l'adolescence dans les stratégies visant le développement sanitaire de la Région. Dans le cadre de son programme phare sur la santé de l'adolescent, le Bureau régional érigera la santé de l'adolescent au rang de priorité et adaptera les stratégies pour qu'elles comblient les besoins des adolescents dans l'ensemble des programmes concernés, particulièrement ceux qui ont trait au VIH/sida, à la santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à la violence et aux traumatismes, sans oublier la santé mentale.

4. Conclusion et perspectives

Les projections de l'OMS indiquent que d'ici à 2025, vingt-cinq pour cent de tous les décès qui surviendront dans la Région africaine seront causés par les maladies non transmissibles et les traumatismes. Pour éviter cette situation, la Région doit saisir une fenêtre d'opportunités qui peut se refermer rapidement si les mesures préventives pertinentes – surtout législatives, réglementaires, fiscales, de politique publique et bien d'autres encore – ne sont pas prises pour limiter les facteurs de risque qui concourent à l'augmentation des maladies non transmissibles. Si de telles mesures primordiales sont prises dès à présent, elles permettront aux pays d'économiser d'énormes sommes d'argent utilisées pour financer les traitements, d'autant plus que la maladie et les décès prématurés obèrent le développement économique. Au cours du prochain exercice biennal, un accent plus marqué sera mis sur le plaidoyer à bases factuelles qui sera entrepris en faveur du financement de la lutte contre les maladies non transmissibles. Une telle sensibilisation sera utile tant pour les programmes que pour les actions menées dans les pays, mais aussi pour les activités d'appui de l'OMS.

L'augmentation de 3 % du volume des contributions fixées approuvée en mai 2017 par l'Assemblée mondiale de la Santé est particulièrement bienvenue, car elle permettra de réduire le déficit financier enregistré par l'OMS au cours du présent exercice. Lors du prochain exercice biennal, un accent particulier sera également mis sur la hiérarchisation des domaines d'activité.

Des efforts accrus seront faits pour réaliser des économies, en particulier sur les voyages effectués pour assister aux réunions et les missions du personnel, ainsi que sur les achats, en utilisant les KPI comme outil principal. Les actions de mobilisation des ressources seront intensifiées, y compris par l'élargissement de la liste des donateurs.

Le présent rapport biennal met en relief un nombre de réalisations majeures enregistrées au cours de l'exercice 2016-2017. L'évaluation indépendante du Programme de transformation a montré que la réforme engagée au Bureau régional est en train de faire l'OMS dans la Région africaine en une Organisation efficace, axée vers les résultats et transparente que les États Membres et les parties prenantes appellent de leurs vœux. Ce bon départ sera consolidé au cours du prochain exercice, avec un accent marqué sur les améliorations au niveau des pays. L'OMS est déterminée à jouer un rôle porteur de transformation dans la Région africaine, en œuvrant avec les pays et les partenaires pour atteindre les objectifs de santé, en cette nouvelle ère du développement durable.







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

MALADIES TRANSMISSIBLES

1. Boeras DI, Peeling RW, Onyebujoh P, Yahaya AA, Gumede-Moeletsi HN, Ndiokubwayo JB. The WHO AFRO external quality assessment programme (EQAP): *Linking laboratory networks through EQA programmes*. Afr J Lab Med. 2016; 5(2), a560. [http://dx. doi.org/10.4102/ajlm. v5i2.560](http://dx.doi.org/10.4102/ajlm.v5i2.560)¹¹⁵
1. Oriol Mitja, Michael Marks, Sally-Ann Ohene, Daniel Argaw, Ahmed H. Fahal, Claire L. Fuller et al. "Integrated Control and Management of Neglected Tropical Diseases" PLOS *Neglected Tropical Diseases*. DOI:10.1371/journal.pntd.0005136 January 19, 2017¹¹⁶

MALADIES NON TRANSMISSIBLES

1. Report on the status of major health risk factors for noncommunicable diseases: WHO African Region, 2015¹¹⁷
2. Catalogue of Key Eye Health Indicators in the African Region¹¹⁸
3. Promouvoir la santé bucco-dentaire en Afrique : prévention et prise en charge des maladies bucco-dentaires et du noma en tant qu'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles¹¹⁹

PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE

1. Dix-neuf articles publiés dans *The Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (JAIDS)*, June 1, 2017 – Volume 75, Supplement 2¹²⁰
1. 2. De nombreux articles sur une étude relative à la survie de l'enfant réalisée en utilisant les données collectées dans 46 pays pour évaluer les facteurs liés à la baisse des taux de mortalité des moins de cinq ans dans la Région ont été publiés dans le *British Medical Journal*¹²¹ and *Health Policy and Planning*^{122, 123}.

Annexe 1 : Publications sélectionnées du Bureau régional de l'OMS

SYSTÈMES DE SANTÉ

1. Public financing for health in Africa: from Abuja to the SDGs¹²⁴
2. Assessment of Medicine Pricing and Reimbursement Systems in Health Insurance Schemes in Selected African Countries¹²⁵
3. Health Policy Dialogue: Lessons from Africa¹²⁶
4. Policy Brief: Community health workers in the African Region¹²⁷
5. Blood safety and availability in the African Region¹²⁸
6. The Implementation of the WHO Regional Office for Africa Stepwise Laboratory Quality Improvement Process Towards Accreditation¹²⁹

PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

1. Polio Eradication Initiative (PEI) contribution in strengthening public health laboratory systems in the African Region¹³⁰
2. An interim guidance document on yellow fever laboratory diagnostic testing in Africa¹³¹
3. Outil d'évaluation des principales procédures en matière de conception, d'aménagement, de mise en service, de maintenance et de réglementation des installations de sécurité biologique de niveau 3 dans la Région africaine de l'OMS¹³²

SERVICES INSTITUTIONNELS ET FONCTIONS D'APPUI

1. Comprendre les règles du fonctionnement institutionnel de l'OMS : Manuel à l'usage des ministères de la Santé dans la Région africaine¹³³







Notes de fin de document

1. VIH/sida : cadre d'action dans la Région africaine de l'OMS 2016-2020 (document AFR/RC66/11).
2. Cadre pour la mise en œuvre de la « Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose » dans la Région africaine au cours de la période 2016-2020 (document AFR/RC66/10).
3. Prévention, soins et traitement de l'hépatite virale dans la Région africaine : cadre d'action 2016-2020 (document AFR/RC66/12).
4. Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 dans la Région africaine (document AFR/RC66/14).
5. On peut y accéder en suivant le lien <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>.
6. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Cameroun, Comores, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Soudan du Sud, Swaziland, Tchad, Zambie et Zimbabwe.
7. Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Libéria, Nigéria, République démocratique du Congo, Sierra Leone et Tchad.
8. Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Libéria, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal et Sierra Leone.
9. Algérie, Angola, Botswana, Cabo Verde, Gambie, Mauritanie, Maurice, Namibie, Nigéria, Sao Tomé-et-Principe et Sénégal.
10. Algérie, Bénin, Burkina Faso, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Mauritanie, Nigéria, Ouganda et Rwanda.
11. Afrique du Sud, Cameroun, Nigéria, Rwanda et Ouganda.
12. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Togo, Zambie et Zimbabwe.
13. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Madagascar, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Zambie et Zimbabwe. <https://extranet.who.int/tme/generateCSV.asp?ds=labs>.
14. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée Conakry, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

Notes de fin de document

15. Botswana, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Swaziland et Zimbabwe.
16. Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Soudan du Sud et Tchad.
17. Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tchad et Zimbabwe.
18. Angola, Bénin, Botswana, Cabo Verde, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Namibie, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Somalie, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
19. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mauritanie, Maurice, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Soudan du Sud, Swaziland, Tchad et Zimbabwe.
20. L'Algérie, Maurice et les Seychelles ne nécessitent pas une chimioprévention des maladies tropicales négligées. Les pays qui n'ont pas procédé à l'administration massive de médicaments en 2016 sont la République de Cabo Verde, la République centrafricaine et le Soudan du Sud, les deux derniers pour des raisons de sécurité.
21. Cabo Verde, Érythrée, Gambie, Kenya, Malawi, Nigéria, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Soudan du Sud, Tchad, Swaziland et Zambie.
22. Angola, Éthiopie, Kenya, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo et Zambie.
23. Bénin, Comores, Congo, Éthiopie, Guinée, Guinée-Bissau, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Soudan du Sud, Sao Tomé-et-Principe, Tchad et Togo.
24. Éthiopie, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mozambique, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Soudan du Sud, Swaziland et Zimbabwe.
25. Bénin, Burkina Faso, Éthiopie, Ghana, Guinée, Madagascar, Malawi, Mali, République-Unie de Tanzanie et Zambie.
26. Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Éthiopie, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Nigéria, Ouganda et République-Unie de Tanzanie
27. Organisation mondiale de la Santé. *Climat et santé : profil de pays*. Genève, 2015 <http://www.who.int/globalchange/resources/country-profiles/en/> (consulté le 5 février 2017).
28. Bénin, Burundi, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal et Swaziland.
29. Les enquêtes par étapes sont un outil de l'OMS pour évaluer l'ampleur des facteurs de risque des maladies non transmissibles et sont entreprises tous les trois à cinq ans dans les pays.
30. Rapport de l'OMS sur la situation mondiale des maladies non transmissibles, 2014.
31. Botswana, Tchad, Côte d'Ivoire, Libéria, Gambie, Guinée, Namibie et Ouganda.
32. Organisation mondiale de la Santé. *Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020*. Genève, 2013.
33. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
34. Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Niger, Swaziland, République-Unie de Tanzanie et Togo.
35. i) Mécanisme national de coordination ; ii) Adhésion au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac ; iii) Modèle de plan stratégique pour la lutte contre antitabac; iv) Modèle de politique de lutte antitabac; v) Guide sur la conformité et l'application des lois antitabac.
36. https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&clang=_en
37. Burkina Faso, Comores, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée, Mali, Sénégal et Swaziland.
38. Burkina Faso, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Seychelles et Tchad.
39. Bénin, Botswana, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Lesotho, Nigéria, Ouganda, Sierra Leone, Swaziland et Togo.
40. Rapport mondial sur le cancer 2014, Centre international de recherche sur le cancer.

Notes de fin de document

41. Ghana, Guinée, Kenya, Madagascar, Malawi, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.
42. Bénin, Congo, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Gabon, Mali, Mauritanie, Niger, Rwanda, Sénégal et Togo.
43. Afrique du Sud, Angola, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland et Zimbabwe.
44. Ghana, Kenya, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
45. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205886/1/9789290232971.pdf>, mars 2017.
46. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10216&Itemid=2593
47. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205886/1/9789290232971.pdf>
48. <http://www.afro.who.int/en/oral-health/publications/5152-information-brochure-for-early-detection-and-management-of-noma.html>
49. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/
50. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/Road_Safety_AFRO_for_web.pdf
51. <http://www.afro.who.int/en/media-centre/afro-feature/item/8872-mdiabetes-an-innovative-programme-to-improve-the-health-of-people-with-diabetes-in-senegal.html>
52. OMS, UNICEF, FNUAP, ONU-Femmes, ONUSIDA, Banque mondiale.
53. Burundi, Botswana, Côte d'Ivoire, Érythrée, Guinée, Lesotho, Malawi, Mauritanie, République centrafricaine, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo et Zimbabwe.
54. Congo, Gabon, Gambie, Guinée équatoriale, Nigéria, Malawi et République démocratique du Congo.
55. Burkina Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée-Bissau, Lesotho, Mali, Malawi, Niger, Rwanda, Swaziland, Tchad et Togo.
56. www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/network/en/
57. Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Malawi, Nigéria, Ouganda et République-Unie de Tanzanie.
58. UNICEF, FNUAP, Fondation Bill & Melinda Gates, USAID, JHPIEGO et ONU-Femmes.
59. Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Togo.
60. Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Mali, Niger, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe et Tchad.
61. <http://journals.lww.com/jaids/toc/2017/06011>
62. Malawi, Mozambique, Niger, Nigéria et République démocratique du Congo.
63. Estimations de l'OMS et de l'UNICEF de la couverture vaccinale nationale 2015, publiées en 2016.
64. Algérie, Burundi, Burkina Faso, Botswana, Comores, Cabo Verde, Érythrée, Ghana, Gambie, Lesotho, Maurice, Namibie, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.
65. Algérie, Burundi, Burkina Faso, Botswana, Comores, Cabo Verde, Érythrée, Gambie, Lesotho, Maurice, Namibie, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Swaziland et Zambie.
66. Algérie, Burundi, Botswana, Comores, Cabo Verde, Érythrée, Gambie, Lesotho, Maurice, Mozambique, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Zambie et Zimbabwe.
67. Algérie, Burundi, Botswana, Comores, Cabo Verde, Gambie, Lesotho, Maurice, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles et Zambie.
68. Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Libéria, Mali, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Zimbabwe.
69. Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Ouganda, Rwanda et Seychelles.
70. Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tchad et Togo.
71. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Togo, Zambie et Zimbabwe.
72. Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, République-Unie

Notes de fin de document

- de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Sao Tomé-et-Principe, Swaziland, Togo, Zambie et Zimbabwe.
73. Botswana, Ghana, Malawi, Zambie, Afrique du Sud, Rwanda, Togo; *Clinical Infectious Diseases* (CID), Vol 62, Suppl 2, May 2016.
74. <http://immunizationinafrica2016.org/ministerial-declaration-english/>
75. Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Guinée équatoriale, Gabon, Lesotho, Maurice, Namibie, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal et Swaziland.
76. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Atlas des statistiques sanitaires africaines 2016*. Observatoire africain de la santé, Brazzaville, 2016.
77. Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Guinée, Kenya, Madagascar, Malawi, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Tchad et Zambie.
78. Botswana, Kenya, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Zambie.
79. Burkina Faso, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Zambie.
80. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Atlas des statistiques sanitaires africaines 2016*. Observatoire africain de la santé, Brazzaville, 2016.
81. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mali, Maurice, Namibie, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Zambie et Zimbabwe.
82. Afrique du Sud, Malawi, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
83. Burkina Faso, Éthiopie, Mali, Mozambique, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.
84. Burkina Faso, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone et Zimbabwe.
85. (<http://www.who.int/nutrition/publications/ANI-bestpractices-scalingup/en/>)
86. <http://www.washlearningsl.org/sierra-leone-micronutrient-survey-2013>
87. Rapport 2016 de l'Observatoire national de décès maternels, néonataux et infantiles au Congo.
88. Manuel de formation de l'OMS sur la santé dans toutes les politiques (2015). Accessible en anglais sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf
89. *Action tool kit for SDH*: <http://sdhaction-afro.org>
90. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Maurice, Mauritanie, Namibie, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Seychelles.
91. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Gabon, Ghana, Libéria, Malawi, Mauritanie, Niger, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Sierra Leone.
92. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *The Indirect cost of illness in Africa*. Brazzaville, 2017. À paraître bientôt.
93. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Guinée, Kenya, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie/Zanzibar, Seychelles, Sierra Leone, Soudan (avant l'avènement de la République du Soudan du Sud), Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
94. Angola, Bénin, Burundi, Burkina Faso, Cameroun, Comores, Ghana, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Tchad et Togo.
95. Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Ghana, Kenya, Libéria, Mali, Malawi, Mozambique, Niger, Nigéria, Sénégal, Togo, Zambie et Zimbabwe.
96. Tous les pays, à l'exception de la Gambie, de la Guinée-Bissau et de l'Ouganda.
97. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigéria, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.
98. Afrique du Sud, Éthiopie, Kenya et République-Unie de Tanzanie.
99. Burkina Faso, Ghana, Maurice, Nigéria, Ouganda et Zimbabwe.
100. Botswana, Burkina Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Mozambique, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal et Zimbabwe.
101. Système d'information sanitaire au niveau des districts ; <https://www.dhis2.org/>
102. Bénin, Botswana, Cameroun, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, République-Unie de Tanzanie, Swaziland et Zimbabwe.
103. Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Kenya, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Rwanda.
104. Bénin, Burkina Faso, Swaziland, Comores, Lesotho et Mauritanie.

Notes de fin de document

105. Angola, Algérie, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Mauritanie, Mozambique et République-Unie de Tanzanie.
106. <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hss/publications-by-who-staff-members.html>
107. Bénin, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Érythrée, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie (y compris Zanzibar), Sénégal et Sierra Leone.
108. Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone et Togo.
109. Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Malawi, Mauritanie, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Togo.
110. Special Issue: Polio Eradication Initiative Best Practices in the WHO African Region. *Vaccine* 2016 34(43), Eds J, BD Akanmori Okeibunor, R et P Mkanda Mihigo.
111. Conférence internationale de Tokyo pour le développement de l'Afrique.
112. <http://www.afro.who.int/en/media-centre/afro-feature/item/9738-call-to-action-putting-people-first-the-road-to-universal-health-coverage-in-africa.html>
113. <http://intranet.who.int/afro/gmc/ics/>
114. Burundi, Guinée équatoriale, Mali, République démocratique du Congo, Sénégal, et Soudan du Sud.
115. <http://www.ajlmonline.org>
116. <http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0005136>
117. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10675&Itemid=2593
118. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205886/1/9789290232971.pdf>, mars 2017
119. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10216&Itemid=2593
120. *The Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (JAIDS)*, 1er juin 2017 – Volume 75, Supplément 2.
121. Factors associated with declining under-five mortality rates from 2000 to 2013: an ecological analysis of 46 African countries. *BMJ Open*, 2016; 6 (1): e007675. Accessible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4716228/>
122. Improving access to child health services at the community level in Zambia: a country case study on progress in child survival, 2000-2013. *Health Policy and Planning*, 2017; 32 (5) : 603-612. On peut y accéder en cliquant sur le lien <https://academic.oup.com/heapol/article-pdf/32/5/.../czw141.pdf>
123. Impact of a critical health workforce shortage on child health in Zimbabwe: a country case study on progress in child survival, 2000-2013. *Health Policy and Planning*, 2017; 32(5): 613-624. On peut y accéder sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5406757/>
124. http://www.who.int/health_financing/documents/public-financing-africa/en/
125. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246416/1/9789290233145-eng.pdf>
126. <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-16-supplement-4>
127. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254739>
128. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254656>
129. The Implementation of the WHO Regional Office for Africa Stepwise Laboratory Quality Improvement Process Towards Accreditation. Jean-Bosco Ndiokubwayo et coll. *African Journal of Laboratory Medicine* ISSN: (Support électronique) 2225-2010, (Support imprimé) 2225-2002. <http://www.ajlmonline.org>
130. Polio Eradication Initiative (PEI) contribution in strengthening public health laboratory systems in the African Region. N. Gumede et coll. *Vaccine* 34 (2016) 5164-5169 ; www.elsevier.com/locate/vaccine
131. <https://www.medbox.org/...guidelines/yellow-fever-laboratory-diagnostic-testing-in-africa-interim-guidance/preview>
132. <http://www.afro.who.int/en/integrated-disease-surveillance/publications/4984-assessment-tool-key-processes-design-construction-operation-maintenance-and-regulation-of-bsl-3-facilities.htm>
133. <http://www.afro.who.int/en/who-in-the-african-region.html>



**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

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

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

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

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

Photographie : © OMS/ J. Pudlowski | OMS/S. Gborie | OMS/ E. Kabambi Kabangu | OMS/ S. Beckley-Lines | OMS/A. Clement-Hunt |

Conception graphique : OMS/P Jiri