



Activités de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine

Rapport de la Directrice régionale, 1^{er} juillet 2019-30 juin 2020



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

Activités de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine
Rapport de la Directrice régionale : 1^{er} juillet 2019-30 juin 2020

AFR/RC/70/2

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

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

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

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

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

Citation suggérée. Activités de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine. Rapport de la Directrice régionale , 1^{er} juillet 2019-30 juin 2020. Organisation mondiale de la Santé ; 2018. 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.

Table des matières

Sigles et abréviations	4
Avant-propos	5
Résumé d'orientation	6
Chronologie des événements clés	14
Introduction	15
Intégration du Programme de transformation	16
Éradication du poliovirus sauvage dans la Région africaine de l'OMS	18
1. Progrès réalisés en direction de la couverture sanitaire universelle	20
1.1 Action stratégique pour élargir l'accès aux services de santé essentiels de qualité	21
1.2 Élargissement de la protection contre les difficultés financières	22
1.3 Renforcement de la gestion des approvisionnements, des infrastructures et de l'accès aux produits médicaux de qualité garantie	22
1.4 Vers plus d'agents de santé, à la place qu'il faut, dotés de l'éventail des compétences voulues	24
1.5 Une meilleure santé pour les femmes, les enfants, les adolescents et les personnes âgées	25
1.6 Intégration d'une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits de l'homme	28
1.7 Éradication, élimination, prévention et maîtrise des maladies	28
2. Protection des populations contre les situations d'urgence sanitaire	36
2.1 Se préparer à faire face à l'ensemble des risques	37
2.2 Évaluer les risques et échanger des informations	38
2.3 Riposter de façon diligente et avec efficacité aux situations d'urgence sanitaire	38
État de préparation et riposte à la COVID-19 dans la Région africaine de l'OMS	38
Flambée épidémique de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo	39
3. Promotion de la santé et du bien-être	41
3.1 Promotion de la santé et action sur ses déterminants sociaux	42
3.2 Santé environnementale et adaptation proactive au changement climatique	42
3.3 Action contre le double fardeau de la malnutrition et promotion de la sécurité alimentaire	44
3.4 Lutte contre le tabagisme et contre les autres facteurs de risque de maladies non transmissibles	44
3.5 Amélioration de la sécurité routière	45
4. Une action intégrée transversale pour une meilleure santé	46
4.1 Élargir l'accès aux soins de santé primaires de qualité	47
4.2 Combattre la résistance aux antimicrobiens	48
4.3 Renforcer les services de laboratoire	49
4.4 Améliorer la disponibilité et la qualité des informations pour l'action	50
4.5 Promouvoir l'innovation, y compris la santé numérique	50
5. Fournir un meilleur appui aux pays	52
5.1 Leadership, gouvernance et plaidoyer en faveur de la santé	53
5.2 Gestion efficace des ressources financières, humaines et administratives	56
Conclusion et perspectives d'avenir	62
Annexe. Publications récentes de l'OMS dans la Région africaine	63

Sigles et abréviations

AAS	Académie africaine des sciences
AFRO	Bureau régional de l'Afrique
CCLAT-OMS	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis)
CDC-Afrique	Centre africain de contrôle et de prévention des maladies
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
COVID-19	maladie à coronavirus 2019
DFID	Ministère du développement international (Royaume-Uni)
DHIS2	logiciel d'information sanitaire de district, version 2
ESPEN	Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
Gavi	Gavi, l'Alliance du vaccin
GLASS	Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens
HHA	Harmonisation pour la Santé en Afrique
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
IPC	lutte anti-infectieuse
JMP	Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement
KPI	indicateurs de performance clés ; principaux indicateurs de résultats
ODD	objectifs de développement durable
OIE	Organisation internationale de la Santé animale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RSI	Règlement sanitaire international (2005)
SLIPTA	processus graduel d'amélioration d'un laboratoire en vue de son accréditation
SRHR	santé sexuelle et reproductive et droits connexes
Treizième PGT	treizième programme général de travail 2019-2023
UNDSS	Département de la sûreté et de la sécurité des Nations Unies
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VIH/sida	virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise
VPO	vaccin antipoliomyélitique oral
VPO2n	nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2
WHA	Assemblée mondiale de la Santé

Avant-propos



La mise au point définitive du présent rapport annuel sur les activités menées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) entre juillet 2019 et juin 2020 est intervenue quatre mois après l'apparition de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) dans la Région africaine de l'OMS. Au moment où nous publions ce rapport, le 10 août 2020, en tout 892 000 cas d'infection par la COVID-19 ont été notifiés dans la Région et 16 600 personnes ont malheureusement perdu la vie des suites de cette maladie. La pandémie fait des ravages au sein de la population, ainsi que sur le plan social ; elle affecte les économies dans la Région africaine comme dans le reste du monde, et nous devons être préparés à la longue bataille qui nous attend.

À chaque phase de la riposte et dans chaque communauté, des mesures de santé publique doivent impérativement être prises aussi bien pour trouver, dépister, isoler et soigner les personnes atteintes de COVID-19 que pour retrouver leurs contacts et les placer en quarantaine. Comme nous l'avons vu dans la riposte au VIH/sida, à la maladie à virus Ebola, à la poliomyélite et à d'autres problèmes de santé, l'autonomisation des communautés et le fait de leur donner les moyens d'agir constituent la clé à actionner pour prévenir la propagation des maladies infectieuses.

La pandémie de COVID-19 confirme une fois de plus que la préparation est un investissement judicieux capable de sauver des vies et d'atténuer les effets socioéconomiques négatifs des chocs et menaces extérieurs. Des systèmes de santé résilients constituent le socle d'une meilleure santé : même pendant la lutte contre la COVID-19, nous devons veiller à ce que les populations puissent accéder aux services de santé essentiels tels que la vaccination, les accouchements sans risque et les soins pour maladies aiguës et chroniques.

Comme nous l'avons vu dans la riposte au VIH/sida, à la maladie à virus Ebola, à la poliomyélite et à d'autres problèmes de santé, l'autonomisation des communautés et le fait de leur donner les moyens d'agir constituent la clé à actionner pour prévenir la propagation des maladies infectieuses.

Dans notre quête de méthodes de travail plus sûres, nous avons dû ajuster nos activités, et nous avons dû reprogrammer et redéfinir nos priorités. Nous sommes guidés en cela par des principes et actions axés sur l'optimisation des ressources qui feront durablement la différence.

La célébration de la certification de l'éradication régionale du poliovirus sauvage a été reportée au 25 août 2020, et nous avons inclus dans le présent rapport une section spéciale qui met en exergue le travail collectif que nous avons accompli dans ce domaine important.

Enfin, ce rapport est le premier établi dans le cadre de mon deuxième mandat en qualité de Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique. Je tiens à remercier sincèrement nos États Membres de la confiance qu'ils m'ont témoignée en me permettant une fois de plus de diriger les activités de l'Organisation dans la Région africaine pendant cinq années supplémentaires.

Faire de la bonne santé une réalité pour toutes les populations en Afrique est un effort collectif des États Membres, des partenaires, des communautés et de mes collègues. Aujourd'hui plus que jamais, je tiens à remercier chacun pour son soutien, pour avoir accepté de travailler jour et nuit pour sauver des vies, et pour promouvoir la santé et servir les personnes vulnérables.

Dr^e Matshidiso Moeti
Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique
Organisation mondiale de la Santé

Résumé d'orientation

Au cours de l'année écoulée, les bureaux de pays de l'OMS, les centres de gestion des situations d'urgence, les équipes d'appui interpays et le Bureau régional de l'Afrique ont collaboré et agi en synergie avec le Siège de l'OMS à la mise en œuvre du *treizième programme général de travail de l'OMS 2019-2023* (treizième PGT), lequel met l'accent sur les objectifs du triple milliard mondial, à savoir : 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle ; 1 milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire ; et 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être.

Intégrer le Programme de transformation

En vue d'atteindre les cibles du triple milliard, l'OMS à l'échelle mondiale est engagée dans un processus de transformation qui s'appuie sur le Programme de transformation du Secrétariat dans la Région africaine (entré dans sa sixième année), et s'en inspire. Dans la Région, la priorité reste de placer les personnes au cœur du changement en mettant l'accent sur cinq initiatives clés : la formation aux fonctions de direction et d'encadrement organisée à l'intention de plus de 180 membres du personnel de niveaux intermédiaire et supérieur ; la participation de 237 membres du personnel qui servent d'agents responsables du changement et contribuent de ce fait à la mise en œuvre des activités de changement au sein de l'institution ; l'introduction de nouveaux programmes de mentorat et de promotion de la performance d'équipe ; et la recherche ardue de la parité hommes-

femmes grâce à un programme dédié, y compris le lancement de l'Initiative des jeunes volontaires africaines, des dispositions étant prises en ce moment pour le recrutement de 100 volontaires des Nations Unies. Les recommandations issues des examens des profils et des structures du personnel de nos bureaux de pays sont mises en œuvre avec le concours des partenaires, et le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a également été restructuré dans le sens d'une meilleure exécution du treizième PGT.

Vers une Afrique exempte de poliomyélite

L'année 2020 constitue une année charnière, avec la certification de l'éradication du poliovirus sauvage dans la Région africaine de l'OMS. En effet, en août 2020, cela fera exactement quatre ans que le dernier cas d'infection par le poliovirus sauvage a été notifié dans la Région africaine. Il s'agit là de la réalisation de santé publique la plus marquante en Afrique depuis l'éradication de la variole il y a 40 ans.

L'éradication régionale du poliovirus sauvage représente l'aboutissement des efforts consentis à la fois par des milliers d'agents de santé en première ligne et par les gouvernements et leurs partenaires, et son héritage consiste en des millions de vies qui seront sauvées dans les années à venir. Pour éradiquer une fois pour toutes la poliomyélite, une riposte aux flambées épidémiques causées par des poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale est en cours, soutenue non seulement par le lancement attendu du nouveau vaccin



antipoliomyélique oral de type 2, mais aussi par les mesures visant d'une part à intégrer l'infrastructure mise en place au titre de la lutte contre la poliomyélite dans les efforts faits pour améliorer la vaccination systématique et les systèmes de santé et d'autre part à faire évoluer la concrétisation d'autres priorités.

Accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle

La toute première priorité de l'OMS est de fournir un appui aux pays pour que chaque personne puisse avoir accès aux soins de santé dont elle a besoin sans pour autant être confrontée à des obstacles financiers. La déclaration politique sur la couverture sanitaire universelle adoptée en septembre 2019 par l'Assemblée générale des Nations Unies offre une base solide et s'appuie

sur l'engagement pris par les dirigeants africains en février 2019 à l'Union africaine, ainsi que sur les activités du programme phare régional de l'OMS relatif à la couverture sanitaire universelle. Le *Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous* fournit un cadre pour l'action multisectorielle, les partenariats et le suivi des progrès réalisés vers la couverture sanitaire universelle et en direction des objectifs de développement durable.

Les pays ont élaboré des stratégies pour parvenir à la couverture sanitaire universelle en mettant

fortement l'accent sur les soins de santé primaires et en accompagnant la mise en œuvre des politiques nationales au niveau districale. Des mesures sont également en cours pour renforcer les partenariats public-privé. À cet effet, une manifestation organisée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique en marge de l'Assemblée générale des Nations Unies qui s'est tenue en 2019 a suscité chez les participants un intérêt pour les dividendes de l'investissement conjoint dans la sécurité sanitaire et les systèmes de santé.

Au cours de la période couverte par le présent rapport, l'Afrique du Sud et la Zambie ont adopté une législation nationale sur l'assurance-maladie, dans le cadre de leurs efforts visant à instaurer la couverture sanitaire universelle. Eswatini et le Soudan du Sud ont établi leurs tout premiers rapports sur les comptes nationaux de la santé afin d'éclairer les décisions de financement.

À ce jour, 16 pays ont signé le traité portant création de l'Agence africaine des médicaments, et deux l'ont ratifié. Les Ministres de la santé des petits États insulaires en développement de la Région africaine ont convenu d'une stratégie d'achats groupés visant à améliorer l'accessibilité financière des médicaments utilisés pour le traitement des maladies non transmissibles.

Un protocole directeur a été élaboré en conjonction avec le Centre africain de contrôle et de prévention des maladies (CDC-Afrique) pour régir les essais cliniques des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle utilisés pour traiter les patients COVID-19, sous la supervision d'un comité consultatif d'experts récemment mis sur pied.

En 2020, l'OMS célèbre l'Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier. Des activités sont menées pour aider les pays à établir des comptes nationaux des personnels de



santé, à effectuer d'autres analyses pour éclairer la prise de décision qui permettra d'optimiser la fidélisation des agents de santé et leur répartition dans chaque contexte.

Des actions évoluent progressivement vers la promotion de l'égalité hommes-femmes, l'équité et le respect des droits, en particulier un travail de plaidoyer et d'analyse sur la violence sexiste qui a été mis en veilleuse à cause des mesures de distanciation sociale et des obligations faites aux populations de rester chez elles à la maison.

De meilleurs résultats sanitaires pour les femmes, les adolescents, les enfants et les personnes âgées



La qualité des soins de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent a encore été améliorée, notamment par la création d'un Groupe consultatif technique sur la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dont le rôle est d'orienter les mesures prises dans les pays. Quasiment tous les pays organisent la surveillance des décès maternels et la riposte, et le renforcement des capacités est en cours en ce qui concerne les soins essentiels précoces aux nouveau-nés. Entre 2017 et 2019, quatre pays ont signalé

un recours accru à la contraception, dont le taux d'utilisation est par exemple passé de 25 % à 31 % chez les femmes âgées de 15 à 49 ans au Burkina Faso.

Le programme phare du Bureau régional relatif à la santé de l'adolescent a servi de catalyseur à l'élimination des obstacles à l'accès aux soins et un appui renforcé a été fourni aux équipes chargées de la gestion de la santé au niveau districale afin de renforcer les services dédiés aux jeunes.

Avec le concours de l'OMS, les pays accordent également une plus grande importance à la santé et au bien-être des personnes âgées. Ce concours comprenait la formation d'équipes de prestataires de soins de santé et de services sociaux pour qu'elles puissent dispenser des soins intégrés aux personnes âgées dans les établissements de santé.

Éradiquer, éliminer, prévenir et maîtriser les maladies

Des approches intégrées et transversales sont de plus en plus usitées dans la Région pour réduire la charge de morbidité dans les pays. De plus en plus de personnes font le test de dépistage du VIH, deux personnes sur trois ayant besoin d'un traitement se font traiter et la moitié parvient à une suppression de la charge virale sans risque d'infecter d'autres sujets. Trente-deux pays enregistrent chaque année une baisse rapide d'au moins 4 % des nouveaux cas de tuberculose. À la faveur de la Déclaration du Caire sur l'hépatite virale en Afrique, adoptée en 2020, plus de 30 632 personnes ont subi un test de dépistage de l'hépatite C.

La Région africaine concentre 93 % des cas de paludisme dans le monde, et l'OMS accompagne les pays dans la mise en œuvre d'une approche « pour une action à fort impact dans les pays à forte charge », et de l'Initiative pour l'élimination du paludisme



en 2020 (E-2020). Au cours de la première année du programme pilote de vaccin antipaludique, 300 000 enfants ont été atteints au Ghana, au Kenya et au Malawi. Les pays d'endémie réalisent des progrès vers l'éradication de la dracunculose et, en 2019, le Togo a soumis une demande de validation de l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine. Le Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN) a intensifié les campagnes d'administration massive de médicaments, ciblant plus de 53 millions de personnes dans 21 États Membres. En 2019, la soixante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a approuvé le *Cadre de mise en œuvre de l'action pour lutter contre les vecteurs dans la Région africaine de l'OMS*.

En vue d'améliorer la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles, un nombre croissant de pays mettent en œuvre un ensemble intégré de services de lutte contre les maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires.

La Déclaration de Kinshasa sur la vaccination et l'éradication de la poliomyélite a permis de renforcer l'engagement de haut niveau en faveur de l'amélioration de la couverture vaccinale. Malgré les progrès accomplis dans les pays, le taux de couverture régionale moyenne par les trois doses du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux reste de 76 %, bien en deçà de la cible fixée à 90 %. Conformément à la Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination, de 2017, et avec le ferme appui des chefs d'État africains, une action intensifiée doit être engagée de toute urgence.

Six pays ont signalé des flambées majeures de rougeole. La plus grave, en République démocratique du Congo, avait touché 372 615 personnes pour 6800 décès en mai 2020. Plus de 6,8 millions de personnes ont été vaccinées contre la fièvre jaune. La Côte d'Ivoire et la Guinée équatoriale ont introduit l'administration de la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B, portant à 13 le nombre total de pays qui l'ont fait dans la Région. Ce chiffre est en deçà de la cible fixée pour 2020 à 25 pays, ce qui signifie qu'il faut investir plus pour protéger les communautés avec des vaccins d'importance vitale.

Protéger les populations contre les situations d'urgence sanitaire

Avec la pandémie de COVID-19, les flambées épidémiques de maladie à virus Ebola, de choléra, de rougeole et d'autres maladies, et près de 100 événements de santé graves qui se produisent dans la Région chaque année, l'action de l'OMS dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence reste l'élément prépondérant en matière de protection des personnes.



Les améliorations en cours dans ce domaine ont permis de détecter plus rapidement les flambées épidémiques, la durée médiane régionale de la détection étant passée de 17 jours en 2016 pour s'établir à quatre jours en 2019, et celle de l'endiguement accéléré étant passée de 418 jours en 2016 pour se situer à 40 jours en 2019.

Grâce à l'action menée avec les pays pour renforcer les capacités en vertu du Règlement sanitaire international (RSI, 2005), 46

pays ont fait l'objet d'une évaluation externe conjointe et 30 autres pays ont élaboré des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire afin de combler les lacunes décelées. Le financement de ces plans continue de poser problème, et la pandémie de COVID-19 a recentré l'attention sur l'importance de l'investissement dans la préparation.

Après avoir duré quasiment deux ans, la dixième flambée épidémique de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo a été déclarée terminée en juin 2020. Cette flambée est survenue dans une zone de conflit actif, caractérisée par une crise humanitaire prolongée et par de vastes mouvements de population. Les enseignements tirés et les capacités renforcées pour la préparation et la riposte à la maladie à virus Ebola et à d'autres épidémies ont été rapidement mis à contribution dans le cadre de la riposte à la COVID-19.

Au 30 juin 2020, tous les pays avaient notifié des cas de COVID-19 et 30 pays étaient confrontés à une transmission communautaire. Les équipes de pays de l'OMS sont en première ligne de la riposte en qualité de conseiller principal et de source d'appui technique pour chaque pays. Dans le même ordre d'idée, ces équipes de pays ont contribué à la mise en place de systèmes de gestion des incidents dans les pays.



La capacité des laboratoires a été renforcée dans tous les pays, en étroite collaboration avec le Centre africain de contrôle et de prévention des maladies.

Une action ferme des pays, menée avec le concours des partenaires, a permis d'éviter les nombres importants de cas et de décès initialement prévus. L'approvisionnement en kits de dépistage en laboratoire et en équipements de protection individuelle reste un défi majeur, et l'OMS collabore avec d'autres institutions du système des Nations Unies et avec l'Union africaine pour soutenir la reconstitution des ressources. Plus de 900 membres du personnel de l'OMS ont été réaffectés dans toute la Région pour faire face à la pandémie, et plus de 200 experts internationaux ont été déployés. Plus de 10 000 agents de santé ont été formés à la prise en charge des cas et à la lutte anti-infectieuse. Les mesures visant à inverser la perturbation des services de santé essentiels tels que la vaccination systématique sont en voie d'accélération et devraient être considérées comme prioritaires, mais en mettant en place des précautions pour les agents de santé et les communautés.



Promouvoir la santé et le bien-être

En vue de garantir aux populations une vie en meilleure santé et plus longue, l'OMS a fourni un appui aux pays pour qu'ils puissent agir sur les déterminants sociaux et économiques de la santé, y compris moyennant une approche dite de « la santé dans toutes les politiques ». L'action menée par Cabo Verde dans ce domaine a été récompensée en 2019 lorsque ce pays a reçu le prix du Groupe de travail interinstitutions des Nations Unies sur les maladies non transmissibles.

Pour la première fois dans la Région, des informations de base sont disponibles sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les écoles comme dans les établissements de santé, grâce à un rapport conjoint UNICEF-OMS auquel tous les pays ont contribué.

En vue d'alléger le double fardeau de la malnutrition dans la Région, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté un plan stratégique y afférent en 2019. Par la suite et dans le droit fil de ce plan stratégique, la Communauté de développement de l'Afrique australe a adopté une stratégie sur la sécurité nutritionnelle. Le Burkina Faso, le Ghana et le Sénégal ont mis en place des réseaux nationaux d'alerte rapide pour la sécurité sanitaire des aliments, consolidant ainsi leur participation au Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments.

S'appuyant sur une législation en faveur de la santé, six pays ont adopté des lois antitabac et six ont alourdi les taxes sur le tabac afin de réduire la demande de produits du tabac. Huit pays ont renforcé leurs politiques relatives à l'usage nocif de l'alcool et trois pays appliquent actuellement des mesures fiscales et réglementaires en faveur de l'alimentation et de l'activité physique. Les capacités régionales ont été renforcées en matière de systèmes de données relatives à la sécurité routière.

Une action transversale intégrée pour une meilleure santé

Cinq domaines transversaux essentiels ont été définis dans les activités de l'OMS dans la Région, à savoir : les soins de santé primaires ; la résistance aux antimicrobiens ; les services de laboratoire ; les données et l'information sanitaire ; ainsi que l'innovation, la santé numérique et la recherche.

Les soins de santé primaires restent une approche essentielle pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle, et des outils ont été mis au point et contextualisés pour la Région afin d'évaluer le système de santé de district tout comme la fonctionnalité même des établissements de santé, le but étant de déceler les insuffisances tout comme les axes à améliorer et de prendre action.

En vue de combattre la résistance aux antimicrobiens, l'Algérie et le Burundi ont adopté le Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS) de l'OMS au cours de la période couverte par le présent rapport, portant à 21 le nombre de pays de la Région qui participent au GLASS. En outre, des mesures sont prises en ce moment pour renforcer l'assurance de la qualité dans les laboratoires et optimiser l'utilisation des antibiotiques afin de protéger ces médicaments essentiels.

La capacité des laboratoires a été renforcée, en particulier dans le cadre de la riposte à la COVID-19. Si le Sénégal et l'Afrique du Sud sont les seuls pays qui disposaient d'une telle capacité au début de la pandémie, il est loisible de constater que tous les pays se sont désormais dotés des capacités et du matériel nécessaires pour diagnostiquer la COVID-19. Cette capacité renforcée pourra être utilisée pour améliorer le diagnostic d'autres maladies.

Par l'intermédiaire de l'Observatoire africain de la santé, des informations analytiques sur les systèmes de santé et les performances du secteur sont en cours d'élaboration, et des outils de modélisation des projections des cas de COVID-19 ont été utilisés pour éclairer le processus de prise de décision dans les pays. La disponibilité et l'utilisation des données en temps réel provenant des systèmes d'information sanitaire ont encore été renforcées, notamment au moyen de la version 2 du logiciel d'information sanitaire de district (DHIS2) et des technologies offertes par les systèmes d'information géographique.

En mars 2020, le tout premier hackathon virtuel de l'OMS contre la COVID-19 a été organisé, et un financement d'amorçage a été fourni aux innovations émergentes les plus prometteuses. L'une d'entre elles, une plateforme de gestion de l'information sanitaire dénommée NextGeniCoviAI, est utilisée en ce moment à l'hôpital régional de référence de Mbarara (Ouganda) et devrait être déployée dans d'autres régions de ce pays.

Le Comité consultatif africain pour la recherche-développement en santé reconstitué s'est réuni en octobre 2019. Grâce à un concours de petites subventions lancé par l'OMS en association avec le Partenariat Europe-Pays en développement pour les essais cliniques, 30 jeunes chercheurs de plusieurs domaines ont reçu des prix, y compris pour des études en République démocratique du Congo et en Éthiopie. En collaboration avec les National Institutes of Health des États-Unis et la Fondation Bill & Melinda Gates, un nouveau partenariat à long terme a été forgé pour mettre au point des traitements géniques de la drépanocytose et du VIH.

Un meilleur appui aux pays

Pour rendre l'OMS plus efficace, axée sur les résultats et responsable, des mesures sont appliquées afin de renforcer l'appui de l'Organisation aux pays, en progressant dans la mise en œuvre des résultats des examens fonctionnels.

La coordination avec les institutions sœurs du système des Nations Unies, l'Union africaine, les communautés économiques régionales et d'autres partenaires ne cesse de se renforcer, en particulier dans le contexte de la pandémie de COVID-19, avec la convocation de réunions de suivi virtuelles hebdomadaires et mensuelles. En 2019, l'OMS et l'Union africaine ont signé un mémorandum d'accord sur des priorités communes essentielles et, au niveau régional, l'OMS et le CDC-Afrique ont convenu d'un plan de travail conjoint aux fins duquel les deux institutions se sont engagées à prendre des mesures complémentaires en faveur de la sécurité sanitaire.



La première Assemblée mondiale de la Santé virtuelle s'est tenue en 2020, et la première session virtuelle du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique est prévue le 25 août 2020. Les deux événements portent essentiellement sur la pandémie de COVID-19.

Grâce à une communication proactive, l'OMS partage des informations avec le grand public, les responsables régionaux et les décideurs, via des conférences de presse régionales virtuelles hebdomadaires sur la COVID-19, afin d'impulser un changement de comportement. Le site Web régional accueille de plus en plus d'utilisateurs, avec une portée accrue sur Twitter et sur Facebook et près de 500 collaborations avec les médias au cours de l'année écoulée, soit quasiment cinq fois plus que l'année précédente.

À mesure que la pandémie de COVID-19 gagnait du terrain dans la Région, des centaines de membres du personnel de l'OMS sont passés au télétravail en bénéficiant à cet effet d'un appui opérationnel solide, caractérisé notamment par un recours accru à des plateformes de technologies de l'information et à des services de traduction et d'interprétation pour les réunions virtuelles.

La pandémie de COVID-19 a donné lieu à la reprogrammation des activités fixées dans certains domaines et des efforts sont en cours pour s'assurer que les gains engrangés au cours des années précédentes sont maintenus et consolidés. Des indicateurs de performance clés continuent d'être utilisés pour renforcer la responsabilité du personnel pour les résultats, sur la base aussi bien du cadre d'optimisation des ressources que de l'intégration de la gestion des risques dans la planification et la mise en œuvre des programmes.

Perspectives

La pandémie de COVID-19 offre l'occasion de renforcer les capacités, de tirer parti des bonnes pratiques et de faire progresser la santé et le développement dans la Région. Dans l'année à venir, nous continuerons d'œuvrer avec les États Membres et les partenaires pour parvenir à la couverture sanitaire universelle en élargissant la couverture des services et l'accès, en protégeant les populations face aux situations d'urgence et en assurant la promotion du bien-être.

Nous sommes à 10 années de l'échéance fixée pour l'atteinte des objectifs de développement durable et, à cause de la pandémie mondiale en cours, certaines cibles pourraient s'avérer encore plus difficiles à atteindre. De nouvelles méthodes de travail et une plus grande intégration seront prises en compte pour accélérer les progrès. En vue de remédier à cette situation, il faut une solidarité entre les pays, soutenue par les mêmes approches pangouvernementale et pansociétale qui ont été utilisées pour ralentir la propagation de la COVID-19. Grâce à un engagement ferme et à des mesures fortes à tous les niveaux, nous pouvons atteindre nos objectifs communs et faire de la santé une réalité pour toutes les populations de la Région africaine.

Chronologie des événements clés

2019

17 JUILLET

L'OMS déclare que l'épidémie de **maladie à virus Ebola** en République démocratique du Congo constitue une urgence de santé publique de portée internationale.

Le **Comité régional de l'OMS** pour l'Afrique approuve la stratégie régionale pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte, ainsi que le plan stratégique pour réduire le double fardeau de la malnutrition dans la Région africaine, le cadre pour la prestation de services de santé essentiels par l'entremise de systèmes de santé de district ou locaux renforcés et le cadre de mise en œuvre de l'action mondiale pour lutter contre les vecteurs, et désigne la Dre Matshidiso Moeti au poste de Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique pour un second mandat de cinq ans.

AOÛT

Assemblée générale des Nations Unies

- Les chefs d'État adoptent la déclaration politique sur la couverture sanitaire universelle.
- Le Bureau régional présente les retombées de l'investissement conjoint dans les systèmes de santé et la sécurité sanitaire lors d'une manifestation organisée en marge des travaux de l'Assemblée générale et à laquelle ont assisté les États Membres et les partenaires.

23 SEPTEMBRE

12 NOVEMBRE

Après un processus de deux ans, **les examens des profils et de la structure du personnel des 47 bureaux de pays de l'OMS dans la Région africaine sont achevés**, la vocation de ces examens ayant été d'assurer l'alignement sur les priorités des gouvernements hôtes et de prêter un appui continu aux pays pour qu'ils puissent parvenir à la couverture sanitaire universelle et atteindre les objectifs de développement durable.

2020

30 JANVIER

L'OMS **préqualifie un vaccin anti-Ebola** pour la première fois, une étape cruciale pour accélérer l'homologation de ce vaccin, tout comme son accessibilité et son déploiement dans les pays les plus exposés au risque de flambées épidémiques de maladie à virus Ebola. Il s'agit là du processus de préqualification de vaccin le plus rapide jamais engagé par l'OMS.

La **maladie à coronavirus 2019** est déclarée urgence de santé publique de portée internationale.

25 FÉVRIER

Le **premier cas confirmé de COVID-19** est notifié dans la Région africaine de l'OMS.

La Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique lance l'initiative « **des jeunes championnes d'Afrique** » en collaboration avec le programme des Volontaires des Nations Unies afin de renforcer l'équité et l'autonomisation en recrutant 100 volontaires des Nations Unies originaires de pays du Sud pour travailler avec l'OMS dans la Région africaine.

8 MARS

La toute première **Assemblée mondiale de la Santé** virtuelle est organisée. Cette Assemblée de la Santé approuve une résolution sur la riposte à la COVID-19, et l'examen des autres points d'ordre du jour est reporté pour plus tard dans l'année.

18-19 MAI

1^{er} JUIN

Plus de 100 000 cas de COVID-19 et 2600 décès sont recensés dans la Région africaine de l'OMS.

25 JUIN

Après presque deux années de riposte à une épidémie complexe dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri, le gouvernement de la République démocratique du Congo déclare **la fin de la flambée épidémique de maladie à virus Ebola** dans le pays.

Plus de 300 000 cas de COVID-19 et 6000 décès sont recensés dans la Région africaine de l'OMS.

30 JUIN

25 AOÛT

La Région africaine de l'OMS est certifiée exempte de poliovirus sauvage.

Introduction

Le présent rapport porte sur les activités menées par l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine du 1^{er} juillet 2019 au 30 juin 2020 et met en évidence les résultats obtenus au cours de l'année écoulée dans l'appui fourni aux États Membres pour parvenir à la couverture sanitaire universelle et atteindre les objectifs de développement durable.

Près de 2500 membres du personnel travaillent pour l'OMS dans la Région africaine, dans 47 bureaux de pays, tout comme dans deux centres de gestion des situations d'urgence, dans trois équipes d'appui interpays et au Bureau régional à Brazzaville (République du Congo). L'action de l'OMS est guidée par le Programme de transformation et par la stratégie à l'échelle de l'Organisation, à savoir *le treizième programme général de travail 2019-2023* (treizième PGT). Cette stratégie énonce les cibles du triple milliard, à savoir faire en sorte qu'un milliard de personnes supplémentaires bénéficient de la couverture sanitaire universelle, qu'un milliard de personnes supplémentaires soient protégées face aux situations d'urgence sanitaire et qu'un milliard de personnes supplémentaires bénéficient d'un meilleur bien-être.

Le présent rapport commence par une analyse de la façon dont le Programme de transformation est intégré dans l'ADN de l'OMS dans la Région africaine. Les résultats sont ensuite considérés comme conformes aux centres d'intérêt énoncés en ce qui concerne les cibles du triple milliard, à savoir : la couverture sanitaire universelle, la protection face aux situations d'urgence sanitaire et l'amélioration du bien-être de la population. Un autre chapitre est consacré aux approches transversales et intégrées dans la Région et un autre à la façon dont l'OMS apporte un meilleur soutien en jouant son rôle de chef de file, ainsi que par la gouvernance et par une gestion rationnelle des ressources.



Intégration du Programme de transformation

Le Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine constitue le cadre d'orientation de toutes les activités programmatiques et gestionnaires. En plaçant la personne au cœur du changement, le Programme de transformation vise à faire en sorte que l'OMS soit plus efficace, plus axée sur les résultats et plus responsable.

La personne au cœur du changement



Les cinq initiatives ci-après sont en cours afin de renforcer les capacités du personnel et de créer un environnement propice au changement.

1. La formation aux fonctions de direction et d'encadrement : plus de 180 membres du personnel de niveaux intermédiaire et supérieur ont participé à des sessions de formation et d'accompagnement complémentaire afin de parfaire leurs aptitudes et leurs compétences en matière d'encadrement bienveillant, d'intelligence émotionnelle, de gestion des compétences et d'accompagnement. Huit cohortes ont suivi le programme, qui a été organisé en anglais, en français et en portugais. La parité étant une priorité, les femmes représentaient 50 % des participants. À partir de 2020, le programme sera étendu aux États Membres et une analyse des besoins de formation a été réalisée pour les secrétaires permanents des départements ministériels en charge de la santé.

2. Le programme de mentorat : ce programme de six mois lancé en 2020 met en relation des mentors et des mentorés autour de valeurs partagées. Dans la première cohorte, 21 mentors et mentorés ont été mis en connexion, et le financement est déjà disponible pour une deuxième cohorte en septembre 2020. Tous les participants au programme de formation aux fonctions de direction et d'encadrement sont encouragés à participer à ce programme en qualité de mentors.

3. Le réseau du changement : 237 membres du personnel se sont portés volontaires et ont été formés pour lancer et mettre en œuvre des activités de changement institutionnel. Les agents responsables du changement ont joué un rôle essentiel dans le lancement d'initiatives visant à améliorer l'environnement de travail dans les bureaux de pays, tout comme le bien-être du personnel.

4. Le programme de promotion de la performance d'équipe a été lancé en mars 2020 à la suite du constat que l'on ne peut pas se contenter de former seulement certains membres d'une équipe ou certains chefs d'équipe et espérer accroître la performance d'ensemble. Tous les membres de l'équipe apportent une contribution à la performance de l'équipe et devraient de ce fait être dotés des compétences qui les aideraient à obtenir de meilleurs résultats.

5. Le programme de promotion de la parité hommes-femmes : l'une des priorités de l'OMS dans la Région est d'assurer la parité entre les hommes et les femmes dans son personnel, et plusieurs initiatives ont été mises en œuvre pour y parvenir. Une cohorte cible du programme de formation aux fonctions de direction et d'encadrement entièrement constituée de femmes a été mise en place, et des orientations ont été formulées pour prêter assistance aux femmes lors des voyages et lors des réunions. Un groupe de travail a aussi été constitué pour recommander et suivre des initiatives visant à rendre l'environnement de travail plus propice au personnel de sexe féminin dans la Région.

L'alignement pour obtenir de meilleurs résultats sanitaires

Les examens fonctionnels des 47 bureaux de pays de l'OMS ont été conduits à partir de 2017, jusqu'en août 2019. Les bureaux de l'OMS s'emploient désormais à mettre en œuvre les recommandations issues de ces examens, notamment en mobilisant des ressources pour financer les postes requis au niveau des pays.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a également été restructuré pour atteindre trois objectifs. **Premièrement**, la nouvelle structure est alignée sur celle du Siège de l'OMS, afin de favoriser une meilleure exécution du *treizième programme général de travail 2019-2023*.

Deuxièmement, les équipes ont été organisées de façon à renforcer la collaboration, les approches transversales et l'intégration. **Troisièmement**, la nouvelle structure favorise le renforcement des systèmes de santé pour leur permettre de répondre aux besoins des personnes tout au long de leur vie.

Les meilleures pratiques relevées dans la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine ont été examinées au cours de la session du Conseil exécutif de l'OMS qui s'est tenue en février 2020, ainsi que dans le rapport du Corps commun d'inspection des Nations Unies sur la gestion du changement présenté à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2019.

2 Prom-Jackson, S. Cronin, E. A. Examen de la gestion du changement dans les entités des Nations Unies. Rapport du Corps commun d'inspection. JIU/REP/2019/4, Nations Unies, Genève, 2019. Disponible à l'adresse https://www.unjiu.org/sites/www.unjiu.org/files/jiu_rep_2019_4_english.pdf



Éradication du poliovirus sauvage dans la Région africaine de l'OMS

En juin 2020, la Commission régionale indépendante de certification a accepté la documentation complète présentée par les quatre derniers pays qui n'avaient pas encore accédé au statut de pays exempts de poliovirus sauvage, à savoir le Cameroun, le Nigéria, la République centrafricaine et le Soudan du Sud.

La riposte aux flambées épidémiques de poliomyélite

Un engagement soutenu s'avère nécessaire pour en finir une fois pour toutes avec la poliomyélite. Entre juillet 2019 et juin 2020, au total 390 cas confirmés d'infection par le poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale ont été notifiés dans 15 pays africains.

En septembre 2019, l'OMS a dirigé la création d'une équipe d'intervention rapide interinstitutions pour coordonner la riposte aux flambées épidémiques causées par le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale. L'équipe de 20 experts en gestion des opérations et de la vaccination, en épidémiologie, en logistique et en communication est basée au Bureau régional, à Brazzaville, et regroupe des membres du personnel des principaux partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), à savoir



Éradication du poliovirus sauvage dans la Région africaine de l'OMS

l'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Rotary International, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis et la Fondation Bill & Melinda Gates.



Lorsqu'une nouvelle flambée de poliomyélite est suspectée dans la Région, une équipe de six experts est déployée dans les 72 heures et reste dans le pays concerné pendant six à huit semaines, travaillant sous la supervision du coordonnateur désigné par l'IMEP pour instituer des mécanismes de riposte portant sur l'évaluation des risques, la coordination, le budget et les campagnes. Une équipe d'appui d'urgence prend ensuite le relais, pour un déploiement à plus long terme marqué néanmoins par une transition complète et minutieuse d'une semaine, ce qui permet de poursuivre les opérations de riposte jusqu'à la fin de la flambée épidémique.

La stratégie mise en œuvre par l'OMS et ses partenaires de l'IMEP au cours de la période allant de janvier 2020 à juin 2021 repose sur un train de mesures d'atténuation des risques visant à arrêter la propagation du poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale. Ces mesures comprennent l'utilisation du nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 (VPOn2), qui devrait offrir une protection comparable à celle du vaccin qu'utilisent actuellement les pays, tout en étant plus stable

génétiquement, réduisant ainsi le risque de flambées épidémiques de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 dans les communautés à faible couverture vaccinale. Le VPOn2 devrait être disponible au plus tard au dernier trimestre 2020 grâce à la procédure d'évaluation et d'homologation en situation d'urgence de l'OMS.

Le système d'information géographique pour l'éradication de la poliomyélite.

Grâce au Centre du système d'information géographique régional, 43 pays disposent d'un système de surveillance et de notification en temps réel des activités de vaccination antipoliomyélique. En 2020, le Tchad, le Togo et la Zambie ont testé l'utilisation d'outils d'informatique décisionnelle pour renforcer les campagnes et la riposte aux flambées épidémiques. Ces technologies novatrices devraient couvrir tous les pays prioritaires d'ici fin 2020. Le centre du système d'information géographique a commencé à utiliser des outils avancés d'intelligence artificielle et d'apprentissage automatique pour identifier les communautés qui n'avaient pas été prises en compte auparavant et leur assurer aussi l'accès à la vaccination antipoliomyélique.

La continuité des services de lutte contre la poliomyélite.

La surveillance de la paralysie flasque aiguë et la surveillance environnementale, l'approvisionnement et la gestion des vaccins, ainsi que la planification du déploiement du nouveau vaccin antipoliomyélique oral, se poursuivent sans relâche. Au moment où nous apprenons à vivre avec la COVID-19, il importe d'agir rapidement pour rattraper les campagnes de vaccination reportées.



1

Progrès réalisés en direction de la couverture sanitaire universelle

L'instauration de la couverture sanitaire universelle reste la priorité des priorités de la communauté sanitaire mondiale, et la pandémie de COVID-19 a une fois de plus mis en évidence l'importance d'assurer un accès abordable aux soins de santé de qualité garantie pour tous, partout.

La dynamique en faveur de la couverture sanitaire universelle s'amplifie dans la Région africaine. En septembre 2019, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la première déclaration politique mondiale de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle. Cette

déclaration s'appuie sur les engagements pris au niveau de l'Union africaine en février 2019 et sur les activités menées ces quatre dernières années au titre du programme phare du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique relatif à la couverture sanitaire universelle.

L'indice de la couverture sanitaire universelle mesure les progrès accomplis par les pays vers l'atteinte de cet objectif partagé. La moyenne de la Région africaine était de 48 en 2019, soit une modeste amélioration par rapport au niveau de 2017 (soit 46), contre une moyenne mondiale de 66 en 2017 et 2019. Une action accélérée reste nécessaire pour faire en sorte qu'un nombre accru de personnes en Afrique puissent accéder aux

services de santé essentiels de qualité sans pour autant être confrontées à des difficultés financières.

1.1 Action stratégique pour élargir l'accès aux services de santé essentiels de qualité

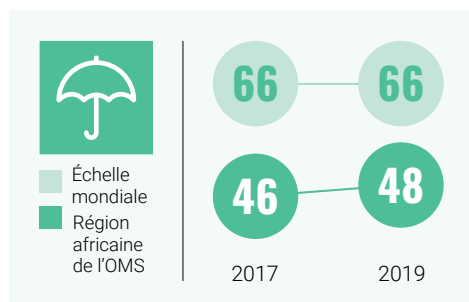
Des pays ont élaboré des feuilles de route,³ des stratégies chiffrées⁴ et des plans stratégiques reposant sur des bases factuelles⁵ afin de réaliser la couverture sanitaire universelle, avec un engagement politique de haut niveau. En République démocratique du Congo par exemple, sous la houlette du Président de la République, l'OMS a soutenu l'élaboration d'un plan national de couverture sanitaire universelle comprenant des plans d'action pour chaque district. Ce travail est étroitement lié à la transition et au relèvement post-Ebola. En septembre 2018, le Burundi a organisé une conférence nationale sur la santé sous le patronage du défunt Président Pierre Nkurunziza, avec pour objectif de redynamiser les soins de santé primaires en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle.

Des progrès ont été réalisés vers la couverture sanitaire universelle dans les situations d'urgence prolongées. Au Soudan du Sud, un plan de stabilisation et de relèvement a été élaboré pour soutenir le renforcement du système de santé, conformément au plan stratégique national du secteur de la santé 2017-2022. Au Nigéria, des plans de relèvement triennaux et des plans opérationnels annuels ont été élaborés dans les États de l'Adamawa, de Borno et de Yobe.

Le Gabon, le Nigéria, l'Ouganda et le Sénégal ont analysé la participation du secteur privé à la santé et à la sécurité sanitaire. Les conclusions de ces analyses serviront de base à l'élaboration d'un guide régional sur la participation du secteur privé à la santé dans l'optique de la couverture sanitaire universelle.

Les possibilités d'apprentissage inter pays ont été renforcées, notamment grâce à une réunion de planification et d'élaboration des politiques qui a été organisée en novembre 2019 à l'intention de directeurs dans les ministères de la santé. Une action concertée est aussi en cours pour constituer une base de données factuelles sur les avantages politiques, sociaux, économiques et de santé publique de l'intégration de la sécurité sanitaire et du renforcement des systèmes de santé. Cette action comprend l'organisation d'une manifestation en marge de

Figure 1
Indice de la couverture sanitaire universelle



3 Cameroun, Eswatini, Madagascar, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sierra Leone, Soudan du Sud et Zambie.

4 Bénin, Burundi, Cabo Verde, Congo, Eswatini, Érythrée, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Malawi, Maurice, Nigéria, République démocratique du Congo et Sénégal.

5 Libéria, Mozambique, Zambie et Zimbabwe.

l'Assemblée générale des Nations Unies sur les dividendes de l'investissement dans la sécurité sanitaire et les systèmes de santé.

1.2 Élargissement de la protection contre les difficultés financières

En 2019, l'Afrique du Sud et la Zambie ont introduit une législation nationale sur l'assurance-maladie. L'OMS a prêté son assistance à l'Afrique du Sud en ce qui concerne le suivi des dépenses, l'analyse des marges de manœuvre budgétaires, la protection contre les risques financiers et les analyses de l'efficacité des divers programmes. En Zambie, des analyses détaillées utilisant la matrice des progrès accomplis en matière de financement ont servi de base à l'élaboration de la stratégie de financement de la santé. Le Ghana, le Kenya et la République-Unie de Tanzanie réforment leurs régimes d'assurance-maladie afin d'en accroître la couverture et la viabilité.

L'OMS a apporté un appui au renforcement des capacités dans 34 pays,⁶ y compris à la formation axée sur le financement de la santé en vue la couverture sanitaire universelle. À la suite de cette formation, les États Membres ont élaboré des stratégies reposant sur des bases factuelles et ont pu concevoir des réformes du financement de la santé axées sur la couverture sanitaire universelle, réduisant ainsi les risques de difficultés financières et d'appauvrissement liés aux soins de santé dans la Région. Cet effort contribuera à l'amélioration de la planification stratégique et à une utilisation plus rationnelle du financement limité disponible pour la santé, tout en renforçant le plaidoyer en faveur de la mobilisation de ressources.



Des équipes de pays composées de représentants de l'OMS et de représentants des ministères de la santé et des ministères des finances de 27 pays⁷ ont été formées à l'élaboration des comptes nationaux de la santé. Ces formations ont permis à Eswatini et au Soudan du Sud d'établir leurs tout premiers projets de rapport sur les comptes nationaux de la santé.

1.3 Renforcement de la gestion des approvisionnements, des infrastructures et de l'accès aux produits médicaux de qualité garantie

En juin 2020, 16 États Membres de l'Union africaine avaient signé le traité portant création de l'Agence africaine des médicaments, et deux l'avaient ratifié.⁸

En décembre 2019, les Ministres de la santé des petits États insulaires en développement de la Région africaine ont adopté une stratégie commune visant à rendre plus abordables les médicaments

contre les maladies non transmissibles grâce à des achats groupés.⁹ Ce mécanisme de mutualisation des achats devrait entraîner une réduction de 40 % du prix des médicaments pour les pays participants, et facilitera un approvisionnement continu en médicaments

6 Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo, Zambie et Zimbabwe.

7 Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Malawi, Mali, Mauritanie, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie (et séparément pour Zanzibar), Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Soudan du Sud, Togo et Zimbabwe.

8 Seychelles, Soudan du Sud, Togo et Zimbabwe.

9 Algérie, Bénin, Gabon, Ghana, Guinée, Madagascar, Mali, Maroc, Niger, République arabe sahraouie démocratique, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tchad et Tunisie ; ratification : Rwanda, Mali.

Cabo Verde, Comores, Guinée-Bissau, Madagascar, Maurice, Sao Tomé-et-Principe et Seychelles.

de qualité, les achats étant rationalisés grâce à un appel d'offres unique. La Communauté de développement de l'Afrique australe a quant à elle mis en place un système d'achats stratégiques et de négociation des prix.

En Éthiopie et en Sierra Leone, des politiques et des stratégies pharmaceutiques ont été élaborées, tout comme des lignes directrices visant à renforcer le système de pharmacovigilance et l'autorisation de mise sur le marché. En outre, les deux pays ont lancé une application mobile pour surveiller les manifestations indésirables des médicaments.

Alertes sur les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés dans la Région

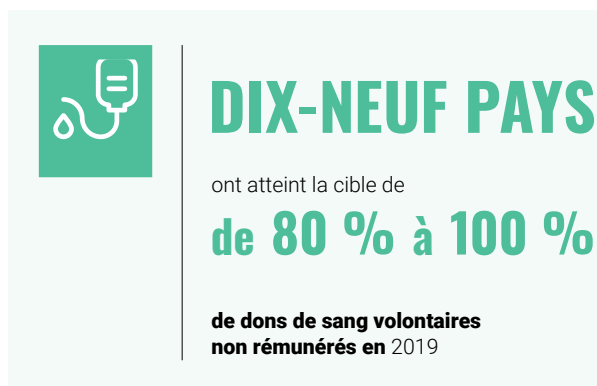
Les alertes émises pendant la période visée démontrent l'utilisation de systèmes de surveillance sensibles dans les pays ayant notifié des données et contribuent à sensibiliser le public en déclenchant parallèlement des interventions contre les produits de qualité inacceptable dans la Région. Ces alertes concernaient :

- l'Augmentin falsifié en Ouganda et au Kenya, en août 2019 ;
- le bisulfate de quinine falsifié en Ouganda et le sulfate de quinine falsifié en République centrafricaine et au Tchad, en octobre 2019 ;
- des antipaludiques falsifiés en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale affichant un logo périmé du Programme des médicaments essentiels de l'OMS, en mars 2020 ;
- des tests de diagnostic rapide du VIH falsifiés dans la Région des Amériques et dans la Région africaine, en mars puis en avril 2020 ; etes
- des produits à base de chloroquine falsifiés dans la Région africaine entre avril et juin 2020.

Le Botswana a lancé son autorité nationale de réglementation en juillet 2019. Un plan de développement institutionnel servant de feuille de route pour le renforcement des systèmes de réglementation a été élaboré au Nigéria et au Ghana, et les progrès accomplis dans la mise en œuvre ont été évalués. En mai 2020, il a été confirmé que la *Ghana Food and Drug Authority* (l'Agence ghanéenne des aliments et des médicaments) avait atteint le niveau de maturité 3. L'agence ghanéenne était la deuxième à atteindre un tel niveau dans la Région après l'agence de la République-Unie de Tanzanie.

Le Rwanda a mis en place une plateforme de coordination des partenaires afin de rendre opérationnelle son autorité de réglementation créée en 2018. La capacité d'inspection des chaînes de distribution a été renforcée au Ghana et au Sénégal. Les systèmes réglementaires de neuf pays¹⁰ ont fait l'objet d'une analyse comparative qui visait à en évaluer la performance.

Figure 2
Dons de sang volontaires non rémunérés



Sang sécurisé-vies sauvées

Trente pays se sont dotés de directives nationales sur l'utilisation clinique appropriée du sang et des produits sanguins, 16 pays¹² ont mis en place un système national d'hémovigilance et cinq pays¹³ disposent de services de transfusion sanguine agréés. Le taux moyen régional de don de sang est de 4,9 unités (poches de sang) pour 1000 habitants, allant de 0,5 poche de sang pour 1000 habitants au Soudan du Sud à 36,6 poches de sang pour 1000 habitants à Maurice.

¹⁰ Cameroun, Congo, Gabon, Guinée, Guinée équatoriale, Nigéria, République centrafricaine, Sénégal et Tchad.

Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Madagascar, 11 Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Soudan du Sud, Tchad et Zimbabwe.

¹² Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Eswatini, Gabon, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda et Rwanda.

¹³ Afrique du Sud, Maurice, Namibie, Ouganda et Rwanda.

Huit pays collectent 10 unités ou plus, en application des recommandations de l'OMS. Dix-neuf pays ont atteint la cible de 80 % à 100 % de dons de sang volontaires non rémunérés en 2019.¹⁴

En Éthiopie, le système de gestion de la qualité du sang est certifié comme faisant partie de l'étape 2 sur trois étapes, selon le classement du programme d'accréditation par étapes mis en place par la Société africaine de transfusion.

Transposer à une plus grande échelle l'utilisation d'une médecine traditionnelle efficace dans les systèmes de santé nationaux

Un protocole-cadre d'essais cliniques a été élaboré pour optimiser la médecine traditionnelle africaine et la riche diversité de plantes médicinales et aromatiques du continent, ainsi que pour accélérer et généraliser l'utilisation de médicaments et de remèdes traditionnels efficaces contre la COVID-19. En collaboration avec le CDC-Afrique et l'AUDA-NEPAD, un comité consultatif exécutif a été mis en place pour superviser des études multicentriques conformément à ce

protocole et pour prodiguer des conseils sur la recherche et la mise au point de traitements de la COVID-19 à base de médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle. Un comité de contrôle des données et de la sécurité a également été créé. Ce comité indépendant évaluera l'intégrité scientifique et éthique continue des essais cliniques dans les États Membres en examinant et en analysant les données sur l'efficacité et l'innocuité cliniques recueillies au cours des études menées.

1.4 Vers plus d'agents de santé, à la place qu'il faut, dotés de l'éventail des compétences voulues

En 2020, l'OMS célèbre l'Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier, avec notamment le lancement d'un rapport mondial sur la situation du personnel infirmier,¹⁵ auquel les pays africains ont presque tous apporté leur contribution. Un rapport régional pertinent est en cours d'élaboration.

Grâce à l'élaboration ou à l'examen de stratégies nationales en matière de ressources humaines pour la santé,¹⁶ de plans stratégiques sous-régionaux,¹⁷ de plans d'investissement¹⁸ et grâce à l'évaluation rapide de l'enseignement des professions sanitaires,¹⁹ les pays ont défini des priorités et adopté des politiques pour résorber la pénurie de main-d'œuvre. En outre, les pays utilisent les comptes nationaux des personnels de santé²⁰ et les analyses du marché du travail²¹ pour renforcer la prise de décision reposant sur des bases factuelles.

Pour plus d'efficacité, le Kenya a défini un cadre permettant de lier la productivité du personnel de santé à sa rémunération. À la suite de discussions tenues lors d'une conférence nationale, un indice de productivité est en cours d'élaboration afin de mettre en œuvre ce cadre. En Namibie, l'analyse du marché du travail dans le secteur de la santé a été utilisée pour obtenir l'approbation d'une nouvelle structure ou d'un nouvel établissement au bénéfice du Ministère de la santé.

L'Algérie a utilisé la méthodologie OMS des indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail en vue d'introduire et de réviser les normes de dotation en personnel par établissement. Le Burkina Faso s'est servi de cet outil pour éclairer la formulation de normes et de standards en matière de dotation en personnel et, au Ghana, l'outil a été utilisé dans le cadre d'une analyse des lacunes sur le plan de la dotation en personnel de santé, ce qui a débouché sur un recrutement massif reposant sur des bases factuelles.

14 Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Malawi, Maurice, Namibie, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Togo et Zimbabwe.

15 Disponible à l'adresse <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>

16 Afrique du Sud, Eswatini, Kenya, Mauritanie, Namibie, Nigéria et Ouganda.

17 Communauté de développement de l'Afrique australe.

18 Élaboration en Afrique du Sud et au Rwanda ; examen en Afrique du Sud, au Bénin, au Burkina Faso, au Burundi, en Côte d'Ivoire, en Eswatini, en Gambie, en Mauritanie, au Niger, au Nigéria et en Zambie.

19 Congo et Togo.

20 Algérie, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Kenya, Malawi, Mauritanie, Namibie, Ouganda, Seychelles, Zambie et Zimbabwe.

21 Afrique du Sud, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Mauritanie, Namibie, Niger, Rwanda, Seychelles, Sierra Leone et Zimbabwe.

1.5 Une meilleure santé pour les femmes, les enfants, les adolescents et les personnes âgées

Améliorer la qualité de la santé reproductive et de la santé de la mère et du nouveau-né

En 2020, l'OMS a créé un groupe consultatif technique sur la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Afin d'améliorer la qualité des soins dispensés aux femmes et aux enfants, l'OMS a prêté son assistance aux pays pour qu'ils puissent évaluer les services de santé ;²² élaborer des stratégies nationales ;²³ effectuer des examens intégrés des programmes,²⁴ y compris des indicateurs pertinents dans la plateforme logicielle DHIS2 (désignant le système d'information sanitaire de district, version 2) ;²⁵ et élaborer des profils pour favoriser une action fondée sur des bases factuelles et renforcer les systèmes de qualité. Ces efforts ont permis d'éclairer le dialogue de politique générale, notamment avec la Commission permanente de la santé, du travail et des affaires sociales (Parlement panafricain).

Quarante-six pays mettent en œuvre la surveillance des décès maternels et des mesures destinées à prévenir ces décès. Le renforcement des capacités et l'amélioration de l'analyse et de la notification des données sont en cours et visent à répondre aux besoins en matière d'identification, de communication des résultats et de riposte.

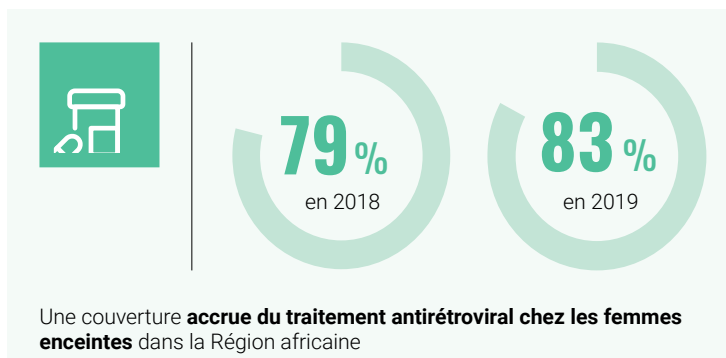
Une formation des formateurs axée sur les compétences relatives aux interventions précoces en matière de soins essentiels aux nouveau-nés a été dispensée dans six pays,²⁶ tandis que le personnel soignant et des responsables de dix pays ont suivi une formation portant sur la prise en charge de la septicémie néonatale lorsque l'orientation-recours est impossible.

Dans 24 pays,²⁷ la prévention de la transmission mère-enfant du VIH a été préconisée dans le cadre de la campagne Free to Shine et des interventions clés ont été intégrées aux soins prénatals et postnatals dans 16 pays.²⁸ La couverture du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes dans la Région africaine est passée de 79 % en 2018 à 83 % en 2019.

Afin de mettre en œuvre les normes et recommandations du Réseau

pour l'amélioration de la qualité des soins en faveur de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, les neuf pays de la Région membres du réseau continuent à recenser de façon systématique les actions et les processus qui s'avèrent nécessaires. Ces efforts ont permis de mieux comprendre d'une part ce qui doit être fait, et d'autre part les défis auxquels les systèmes de santé sont confrontés. Par exemple, les résultats de quatre des 14 districts d'apprentissage en Éthiopie ont établi une meilleure définition des causes des décès maternels et néonataux, tout en mettant en évidence les établissements où se produisent la plupart des décès, ce qui aide à bien cibler la riposte. Certains établissements de ces districts ont fait état d'une baisse de 5 % du taux médian de mortalité néonatale entre 2017 et 2019.

Figure 3
Couverture du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes



22 Burundi, Cabo Verde, Congo, Gabon, Lesotho, Mali et Ouganda.

23 Ghana, Malawi, Nigéria et Sierra Leone.

24 Burundi, Eswatini, Gabon, Ghana, Mali, Niger, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles et Tchad.

25 Ghana, Malawi, Nigéria et Ouganda.

26 Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Malawi et Namibie.

27 Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Cabo Verde, Eswatini, Ghana, Gambie, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

28 Afrique du Sud, Burundi, Congo, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Ghana, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, République démocratique du Congo, Seychelles, Tchad et Zimbabwe.

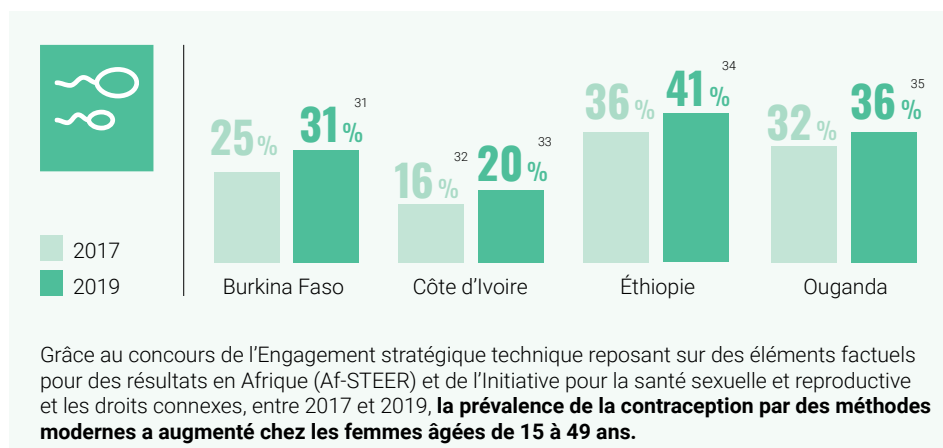
L'élaboration de plans stratégiques nationaux intégrés en matière de nutrition, de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent s'est poursuivie conformément à la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent*.²⁹ À titre d'exemple de la façon dont ces plans nationaux sont mis en œuvre, le Gabon s'est appuyé sur son plan pour réviser la liste des médicaments essentiels afin d'y inclure des médicaments d'importance vitale pour la mère et l'enfant. Le pays a élaboré un plan d'approvisionnement et mobilisé des ressources auprès du Japon afin de renforcer les capacités de gestion de la chaîne d'approvisionnement dans les districts et les provinces.

L'initiative du Fonds français Muskoka soutient la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, tout comme des activités portant sur la nutrition dans huit pays d'Afrique de l'Ouest et centrale,³⁰ notamment la mise en œuvre d'une éducation

sexuelle complète au Bénin, en Côte d'Ivoire, au Niger et au Togo.

Grâce à une subvention de l'Engagement stratégique technique reposant sur des éléments factuels pour des résultats en Afrique (Af-STEER) et de l'Initiative pour la santé sexuelle et reproductive et

Figure 4
Prévalence de la contraception par des méthodes modernes



les droits connexes, entre 2017 et 2019, la prévalence de la contraception par des méthodes modernes a augmenté comme suit chez les femmes âgées de 15 à 49 ans :

L'OMS a soutenu l'élaboration de stratégies et de lignes directrices nationales sur la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes, y compris en matière d'infections sexuellement transmissibles³⁶, de cancer du col de l'utérus³⁷, de planification familiale³⁸, de politiques, de normes et de protocoles³⁹ et de prévention des avortements non sécurisés⁴⁰. Dans sept pays,⁴¹ une équipe centrale de « champions » a été formée pour diffuser les lignes directrices de l'OMS et assurer des formations en cascade. Un tableau de bord régional sur la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes a également été élaboré.⁴²

Un examen auprès des populations des outils et processus est en cours en vue d'alléger la charge des rapports et d'harmoniser les processus de collecte de données, tout comme les investissements. En outre, un examen des outils de santé sexuelle et reproductive est en cours dans dix pays⁴³ d'Afrique de l'Est et australe en collaboration avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Programme des Nations Unies pour l'enfance et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et dans le cadre de l'initiative « 2gether4SRHR ».

29 Le Burundi, Eswatini, le Gabon, le Ghana, le Mali, le Niger, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie ont élaboré ces plans pendant la période visée ; à ce jour, 37 pays de la Région africaine disposent de plans en matière de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

30 Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Tchad et Togo.

31 Burkina Faso, PMA 2020, cycle 3 ; Burkina Faso, PMA 2020, cycle 5.

32 Côte d'Ivoire, Cinquième enquête par grappe à indicateurs multiples 2016.

33 Côte d'Ivoire, PMA 2020, cycle 2.

34 Éthiopie, EDS 2016 ; Éthiopie, mini-EDS 2019.

35 Ouganda, PMA 2020, cycle 4 et PMA 2020, cycle 6.

36 Angola, Congo, Eswatini, Gabon et Kenya.

37 Burkina Faso, Érythrée, Kenya, Libéria, Malawi, Nigéria, Sierra Leone et République-Unie de Tanzanie.

38 Namibie et Madagascar.

39 Bénin, Burkina Faso, Congo, Gabon, Mauritanie et Niger.

40 Bénin, Botswana, Burkina Faso, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Malawi, Mozambique, Rwanda, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

41 Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Mali, Nigéria, République démocratique du Congo et Rwanda.

42 Disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/publications/score-card-sexual-and-reproductive-health-and-rights-who-african-region>.

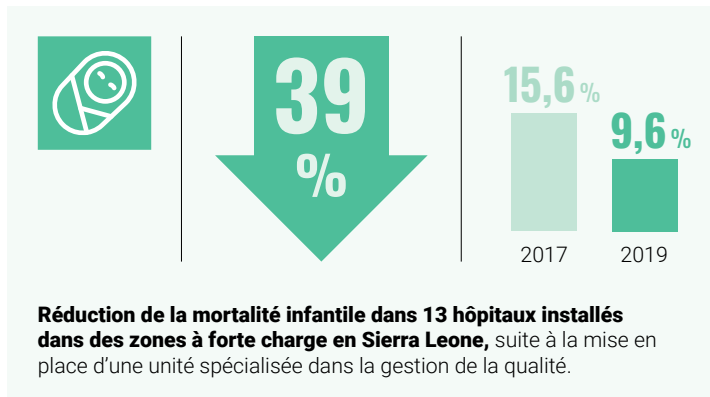
43 Afrique du Sud, Botswana, Eswatini, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibie, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.

Améliorer la qualité des soins dispensés aux enfants et aux adolescents

Seize pays⁴⁴ ont bénéficié d'un renforcement des capacités en ce qui concerne l'élaboration de programmes pour le développement de la petite enfance. Les mécanismes de coordination multisectorielle et pluridisciplinaire ont été renforcés dans cinq pays.⁴⁵

L'Éthiopie, le Kenya, le Mozambique et la Zambie appliquent les soins attentifs pour le développement de la petite enfance dans des zones de démonstration. Le Libéria a organisé une réunion de haut niveau pour adopter et planifier toutes les composantes du développement de la petite enfance.

Figure 5
Réduction de la mortalité chez les enfants en Sierra Leone



Cette rencontre a regroupé des membres du Sénat et du Parlement, tout comme des vice-ministres, des responsables techniques du ministère de la santé, des représentants de la société civile et des partenaires de développement, notamment l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Johns Hopkins Program for International Education in

Gynecology and Obstetrics (JPIEGO) et des institutions du système des Nations Unies.

Dans 12 pays, en tout 100 agents de santé ont reçu des orientations sur les *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé* (OMS, 2018).⁴⁶ La Sierra Leone a créé une unité spécialisée dans la gestion de la qualité, et les premiers résultats de 13 hôpitaux à forte charge de morbidité dans le pays indiquent que les décès d'enfants ont diminué de 39 %, passant de 15,6 % en 2017 pour s'établir à 9,6 % en 2019. Cabo Verde, le Lesotho et la Zambie ont évalué la qualité des services de santé de l'enfant et utilisent les résultats de ces évaluations pour améliorer la qualité des soins.

Grâce au programme phare du Bureau régional de l'Afrique relatif à la santé de l'adolescent, 16 pays⁴⁷ ont bénéficié d'un renforcement de leurs capacités pour déterminer et traiter les obstacles à l'accès aux soins chez les adolescents, et des représentants de huit pays⁴⁸ ont suivi une formation pour renforcer l'utilisation des données systématiques pour la santé de l'adolescent.

La troisième réunion de l'action mondiale pour évaluer la santé de l'adolescent (GAMA) qui s'est tenue en février 2020 dans la ville du Cap (Afrique du Sud) a débouché sur l'élaboration d'orientations techniques pour évaluer les indicateurs prioritaires. L'OMS a lancé une plateforme Web pour suivre la mise en œuvre des [Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents](#), que le Ghana a introduites. Un atlas sur la santé de l'adolescent affichant des données ventilées selon l'âge et selon le sexe a été élaboré.

Des équipes de gestion de la santé de district renforcent les services de santé de l'adolescent

En Éthiopie et en République démocratique du Congo, des équipes de gestion de la santé de district ont amélioré la planification, le suivi et l'examen des activités de santé de l'adolescent, avec le concours de l'OMS. Ainsi, 62 348 jeunes ont eu recours aux services de santé dans les districts sanitaires de Burie Town, Godar Town et Sululat en Éthiopie et dans les

zones sanitaires de Kalamo 1, Kitambo et Makala en République démocratique du Congo. Ce résultat a été obtenu sur une période de mise en œuvre de 11 mois (courant de juillet 2019 jusqu'en mai 2020). Pendant la période de mise en œuvre, l'objectif était d'atteindre au moins 10 % des jeunes sur les 500 324 qui vivent dans les districts ayant bénéficié d'un appui.

44 Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.

45 Éthiopie, Kenya, Malawi, Mozambique et Zambie.

46 Document disponible à l'adresse https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/quality-standards-child-adolescent/en/

47 Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Kenya, Mali, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

48 Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Mauritanie, Niger et République démocratique du Congo.



Dispenser des soins intégrés aux personnes âgées

De plus en plus de pays mettent en œuvre des politiques axées sur le vieillissement en bonne santé, des plans stratégiques et le Programme OMS de soins intégrés pour les personnes âgées, conformément aux priorités énoncées dans la proposition concernant la *Décennie du vieillissement en bonne santé 2020-2030*. Le Cameroun, le Botswana, le Burundi et le Niger ont évalué l'état de santé et le bien-être des personnes âgées afin d'éclairer leurs plans stratégiques relatifs au vieillissement en bonne santé. Jusqu'à présent, 23 États Membres⁴⁹ ont élaboré de tels plans. Trente-huit équipes de pays⁵⁰ composées d'agents de santé et de travailleurs sociaux sont désormais parfaitement outillées pour mettre en œuvre le Programme OMS de soins intégrés pour les personnes âgées dans les établissements de soins de santé de première ligne, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Ce chiffre représente une augmentation par rapport aux 19 pays enregistrés en 2019.

1.6 Intégration d'une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits de l'homme

Conformément à la mission de l'OMS qui consiste à servir les personnes vulnérables, de plus en plus de pays identifient et traitent désormais les questions sous-jacentes liées à l'égalité des sexes et les obstacles à une couverture efficace des services de santé en utilisant la trousse OMS d'appui aux pays sur les questions de genre, l'équité et l'intégration des droits humains. Neuf autres pays⁵¹ ont adopté cette trousse en 2020, ce qui porte à 29⁵² le nombre total d'États Membres qui utilisent cet outil. Vingt États Membres,⁵³ y compris ceux qui connaissent des crises humanitaires en Afrique de l'Ouest comme en Afrique centrale, utilisent désormais les outils de l'OMS pour renforcer la riposte de leurs systèmes de santé à la violence sexiste et à la violence sexuelle faite à des enfants.

1.7 Éradication, élimination, prévention et maîtrise des maladies

Transposer à une plus grande échelle le traitement antirétroviral du VIH

De plus en plus de personnes font le test de dépistage du VIH, deux personnes sur trois ayant besoin d'un traitement (64 % du total, soit 16,3 millions d'individus) se font traiter et la moitié parvient à une suppression de la charge virale sans risque d'infecter d'autres sujets.

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

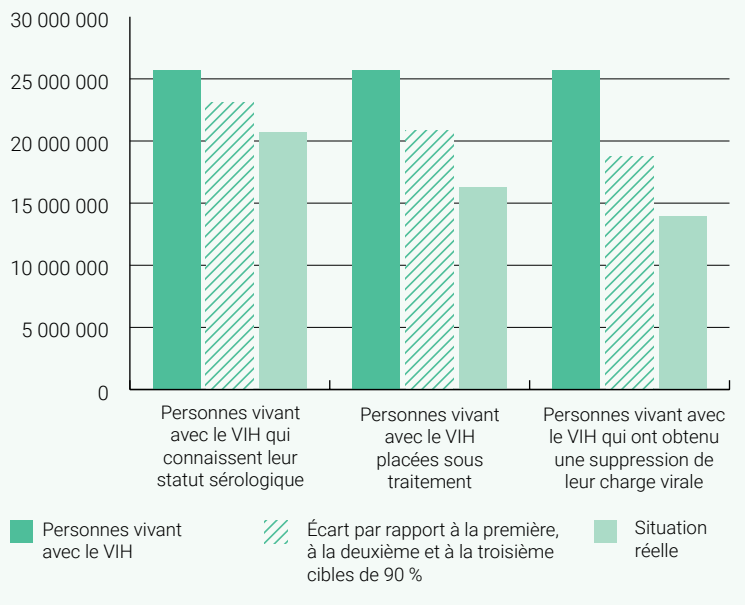
50 Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

51 Afrique du Sud, Éthiopie, Lesotho, Libéria, Madagascar, Namibie, Ouganda, Togo et Zambie.

52 Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Libéria, Mali, Madagascar, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo et Zambie.

53 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Eswatini, Lesotho, Kenya, Mali, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

Figure 6
Progrès réalisés dans le dépistage et le traitement du VIH dans la Région africaine



La Région africaine a accompli des progrès substantiels vers l'atteinte des cibles 90-90-90 définies par l'ONUSIDA⁵⁴ et se situe présentement à 81-79-86 (figure 6). Le Botswana, Eswatini et la Namibie ont atteint les trois cibles de 90. Tous les États Membres mettent en œuvre la politique « Traiter tout le monde » et 44 d'entre eux⁵⁵ ont adopté les nouvelles lignes directrices de l'OMS en matière de traitement du VIH et introduit le dolutégravir comme schéma thérapeutique de première intention pour le traitement du VIH. En décembre, l'OMS et ses partenaires ont dévoilé un plan quinquennal pour surveiller, prévenir la pharmacorésistance croissante du VIH et y riposter en Afrique.⁵⁶

Au nombre des principaux défis que la Région doit relever, figurent : la faible couverture du diagnostic précoce des nourrissons et du traitement pédiatrique ; le taux élevé d'infection chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, qui représentent 37 % de toutes les infections ; et la persistance de la stigmatisation et de la discrimination parmi les populations clés, en particulier les jeunes femmes et les filles.

Les autres défis à relever comprennent : le lien sous-optimal entre le dépistage du VIH, le traitement et les soins ; le manque persistant de données sur les groupes clés ; le faible taux de rétention sous traitement et dans les soins, en particulier au sein des groupes à forte charge ; et la dépendance continue des programmes de lutte contre le VIH à l'égard du financement extérieur. Les États Membres doivent : améliorer le financement national ; intégrer les services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) dans d'autres programmes, notamment ceux qui portent sur les soins prénatals, la santé de l'adolescent et les services de planification familiale ; renforcer la surveillance des infections sexuellement transmissibles ; et assurer un compte rendu régulier dans le cadre du suivi mondial du sida. La pharmacorésistance du VIH menace également les progrès importants réalisés dans la lutte mondiale contre ce virus.

L'autonomisation des communautés permet d'améliorer la prévention et la prise en charge du VIH

Les communautés continuent de jouer un rôle primordial dans la Région africaine en veillant à ce que la lutte contre le VIH/sida soit fondée et centrée sur la personne. Par exemple, en Afrique du Sud et au Rwanda, des pairs formés ou des agents de santé communautaires peuvent administrer des tests de diagnostic rapide et fournir les résultats le jour même. Les membres des communautés au Bénin, les mères mentors au Lesotho, les groupes d'observance au Mozambique, les pharmaciens communautaires au Nigéria et les défenseurs du traitement des adolescents

au Zimbabwe continuent d'améliorer les liens avec les soins, l'observance du traitement et le bien-être global des personnes vivant avec le VIH. En Zambie, une campagne intensive de porte-à-porte menée par des agents de santé communautaires dans certaines communautés périurbaines afin de promouvoir et de fournir un éventail de services de santé et de lutte contre le VIH a permis d'atteindre les cibles 90-90-90 en ce qui concerne le dépistage et le traitement et de réduire considérablement de 30 % les nouvelles infections par le VIH dans les communautés cibles.

54 D'ici à 2020 : 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 90 % des personnes diagnostiquées infectées par le VIH reçoivent un traitement antirétroviral durable ; et 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont obtenu une suppression virale.

55 Exception faite des Comores, de Madagascar et de la Mauritanie

56 Disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/publications/preventing-and-responding-hiv-drug-resistance-african-region-regional-action-plan-2019>

Vers la fin de l'épidémie de tuberculose dans la Région africaine

Les pays africains enregistrent l'une des baisses les plus rapides de l'incidence de la tuberculose à l'échelle mondiale. Trente-deux États Membres ont enregistré une baisse d'au moins 4 % du nombre de nouveaux cas de tuberculose par an. Entre 2015 et 2018, le nombre de décès dus à une co-infection tuberculose-VIH a diminué de 33 %. Grâce à l'augmentation de la couverture des services de traitement, l'on a pu sauver la vie de 1 066 382 patients tuberculeux (82 % de ceux qui avaient commencé un traitement) et éviter plus de 10 millions de nouvelles infections.

Dans le même temps, l'Afrique affiche les taux de tuberculose les plus élevés, avec une faible couverture de la confirmation bactériologique des nouveaux cas notifiés (65 %) et du traitement (56 %). Peu de personnes vivant avec le VIH (60 %) et d'enfants vivant dans le même foyer que des cas confirmés de tuberculose active (29 %) reçoivent un traitement préventif contre la tuberculose.

Le Rapport sur la tuberculose dans le monde 2019⁵⁷ indique que 2,5 % des nouveaux cas de tuberculose et 12 % des patients tuberculeux traités recensés dans la Région sont atteints de tuberculose résistante à la rifampicine et de tuberculose multirésistante, respectivement. Les 47 États Membres utilisent tous les moyens de diagnostic moléculaire rapide, en particulier GeneXpert, pour dépister la tuberculose et évaluer sa résistance à la rifampicine. En outre, 24 pays⁵⁸ ont fait l'acquisition de tests d'hybridation inverse sur bandelette pour tester la résistance aux antituberculeux (ce qui donne la possibilité de poser un diagnostic plus précis et de réaliser des combinaisons thérapeutiques plus rapidement) et ces pays ont amélioré le traitement de la tuberculose multirésistante.⁵⁹

Il ressort des données de l'enquête menée dans huit États Membres⁶⁰ sur les coûts de la tuberculose pour les malades que les dépenses directes de santé sont assimilées à des coûts catastrophiques. L'insécurité et la faible collaboration intersectorielle ont eu un effet négatif sur la lutte contre la tuberculose comme sur le financement national. Pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose, les États Membres ont besoin : de moyens de diagnostic, de traitements et d'un suivi communautaire de qualité ; de soins intégrés centrés sur la personne ; d'un financement national accru ; d'une politique et d'une réglementation renforcées permettant l'introduction de moyens de diagnostic et de traitements efficaces ; de l'application de normes minimales de soins ; et d'une collaboration multisectorielle en matière de lutte contre la tuberculose.

Éliminer l'hépatite en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030

Grâce à une prise de conscience accrue dans la Région, la riposte à l'hépatite virale prend de l'ampleur. Cinq États Membres prioritaires⁶¹ – représentant 25 % (soit plus de 18 millions de personnes infectées) de la charge de morbidité liée aux hépatites B et C dans la Région – ont testé la notification de la surveillance intégrée des hépatites sur la plateforme mondiale en ligne sur les hépatites.

La Déclaration du Caire sur l'hépatite virale en Afrique, qui a été approuvée en février 2020 par les chefs d'État de l'Union africaine, offre une occasion exceptionnelle de mener un plaidoyer politique et de prendre des engagements pour l'action. Dans le cadre de l'Initiative du Président de la République arabe d'Égypte sur le traitement de l'hépatite C pour un million d'Africains, le gouvernement égyptien a renforcé les capacités des laboratoires, notamment pour les tests de dépistage moléculaires de l'infection par l'hépatite C et pour tests de dépistage sur le lieu des soins.

57 Rapport sur la tuberculose dans le monde 2019 (WHO/CDS/TB/2019.15). Disponible à l'adresse https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

58 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Cameroun, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.

59 Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Eswatini, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Mali, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.

60 Afrique du Sud, Burkina Faso, Kenya, Éthiopie, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Zimbabwe.

61 Afrique du Sud, Cameroun, Nigéria, Ouganda et République-Unie de Tanzanie.

Dans le même ordre d'idée, l'administration égyptienne a apporté un soutien clinique à l'Érythrée et au Soudan du Sud, ainsi qu'au Tchad. Jusqu'à présent, 30 632 personnes ont été testées et 376 personnes ont bénéficié d'un traitement gratuit par des antiviraux à action directe.



Avec 93 % des cas de paludisme dans le monde, une action accélérée d'urgence s'avère nécessaire

En tout 213 millions de cas de paludisme et 380 000 décès dus à cette maladie ont été notifiés dans la Région africaine en 2018.⁶² Les États Membres mettent en œuvre l'approche pour une action à fort impact dans les pays à forte charge⁶³ et l'initiative E-2020 pour l'élimination du paludisme.⁶⁴ L'Algérie a élaboré un plan pour la période qui suivra la certification en tant que pays exempt de paludisme afin d'empêcher la reprise d'une transmission autochtone de la maladie.

Les examens des programmes de lutte contre le paludisme ou les examens à mi-parcours conduits dans 28 États Membres⁶⁵ ont permis d'aligner les politiques nationales sur la Stratégie technique mondiale contre le paludisme dans 24 États Membres.⁶⁶ Des notes de synthèse du Fonds mondial ont été élaborées par 24 États Membres.⁶⁷ Une riposte à l'épidémie de paludisme a été menée au Burundi et dans d'autres pays. Les capacités ont également été renforcées pour la surveillance, le diagnostic et la gestion des données sur le paludisme, y compris l'évaluation des compétences externes de 12 microscopistes originaires du Ghana et du Kenya.

Figure 7
Programme pilote de vaccin antipaludique



En 2019, la mise en œuvre du programme pilote de l'OMS pour un vaccin antipaludique a été lancée au Ghana, au Malawi et au Kenya. En avril 2020, plus de 300 000 enfants avaient reçu leur première dose du vaccin antipaludique RTS,S/AS01. Le programme pilote ambitionne d'atteindre environ 360 000 enfants par

an dans les trois pays pilotes.

La soixante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a approuvé le *Cadre de mise en œuvre de l'action pour lutter contre les vecteurs dans la Région africaine de l'OMS*. En juin 2020, sept États Membres⁶⁸ avaient aligné leurs stratégies de lutte antivectorielle intégrée sur le cadre et y avaient inclus des plans de gestion de la résistance aux insecticides. Quatre États Membres⁶⁹ ont intégré la surveillance entomologique dans les systèmes d'information sanitaire courants. La création du programme harmonisé de surveillance entomologique des arbovirus a été validée pour 13 États Membres.⁷⁰

62 Rapport sur le paludisme dans le monde 2019. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/publications-detail/world-malaria-report-2019>.

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

64 Afrique du Sud, Botswana, Cabo Verde, Comores et Eswatini.

65 Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Madagascar, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie (qui a bénéficié de l'appui du Bureau régional de la Méditerranée orientale), Soudan du Sud, Togo, Zambie et Zimbabwe.

66 Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Gambie, Ghana, Libéria, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo, Zambie et Zimbabwe.

67 Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Togo et Zimbabwe.

68 Afrique du Sud, Angola, Cameroun, Eswatini, Libéria, Namibie et Niger.

69 Gambie, Ghana, Madagascar et Mozambique.

70 Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Gambie, Ghana, Guinée, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone et Togo.

Le projet AFRO II⁷¹ sur la lutte antivectorielle intégrée est entré dans la deuxième phase de collecte de données dans six États Membres.⁷² Afin d'améliorer la qualité et l'efficacité de la lutte antivectorielle, un manuel de formation harmonisé pour la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent a été élaboré à l'intention des huit États Membres de la Communauté de développement de l'Afrique australe qui ambitionnent d'éliminer le paludisme.⁷³ Les formateurs principaux des États Membres ont reçu des orientations et utilisent les programmes de formation. Un programme régional de lutte contre les maladies à transmission vectorielle est en cours de mise au point.

En vue de maintenir la vigilance relativement à l'émergence de la résistance aux antipaludiques, neuf pays⁷⁴ ont bénéficié d'un appui dans la préparation et la conduite d'études sur l'efficacité thérapeutique de ces antipaludiques.

En juillet 2019, les ministres de la santé des pays du Sahel ont convenu de collaborer plus étroitement pour mettre fin au paludisme d'ici à 2030. À cet effet, les ministres ont proposé la création d'un fonds pour combler les lacunes critiques en matière de médicaments et fournitures essentiels pour lutter contre le paludisme. En juin 2020, neuf pays avaient entamé le processus devant déboucher sur la création de ce fonds.⁷⁵

Éradiquer, éliminer et maîtriser les maladies tropicales négligées

Avec le soutien de l'OMS, les pays œuvrent pour l'éradication de la maladie du ver de Guinée et du pian, et s'attellent à éliminer plusieurs autres maladies tropicales négligées en tant que problèmes de santé publique⁷⁶ tout en combattant d'autres affections.⁷⁷ Ces efforts s'inscrivent dans le droit fil de la *Plan stratégique de lutte contre les maladies tropicales négligées dans la Région africaine 2014-2020*.

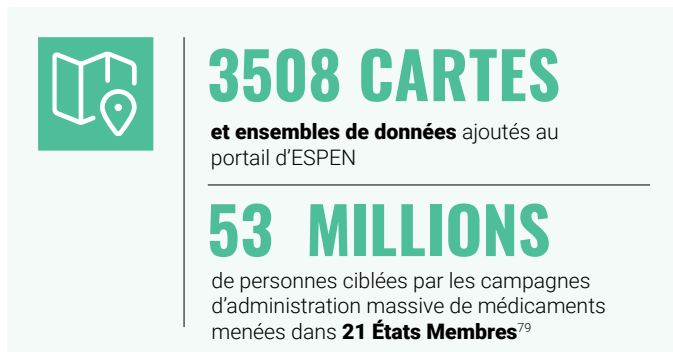
L'Angola et la République démocratique du Congo se trouvent à la phase de précertification de l'éradication de la dracunculose, tandis que quatre États Membres restent endémiques pour cette maladie. Le traitement de masse du pian à l'azithromycine est en cours de mise à l'échelle grâce à une donation reçue d'une entreprise brésilienne.

En 2019, le Togo a soumis une demande de validation de l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine. Les Comores ont organisé une campagne d'élimination de la lèpre en 2019 dans le but de parvenir à l'élimination de la maladie au plus tard à la fin de l'année 2020. Le Kenya a diagnostiqué et traité 1463 cas de leishmaniose viscérale en 2019, en plus des 18 273 cas traités dans neuf pays en 2018.

Le Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées a restructuré son portail de manière à y ajouter 3508 cartes et ensembles de données relatifs aux maladies tropicales négligées qui se prêtent à la chimioprévention, et ESPEN

a intensifié les campagnes d'administration massive de médicaments, notamment d'une combinaison thérapeutique de trois médicaments (à savoir l'ivermectine, le diéthylcarbamazine et l'albendazole) ciblant plus de 53 millions de personnes dans 21 États Membres.⁷⁹

Figure 8
Revitalisation du portail d'ESPEN et campagnes d'administration massive de médicaments



71 Projet sur la « démonstration de l'efficacité d'interventions de remplacement innovantes pour la gestion intégrée des vecteurs ».

72 Botswana, Eswatini, Mozambique, Namibie, Zambie et Zimbabwe.

73 Afrique du Sud, Angola, Botswana, Eswatini, Mozambique, Namibie, Zambie et Zimbabwe.

74 Bénin, Burundi, Kenya, Niger, Nigéria ; Rwanda, Soudan du Sud, Tchad et Zimbabwe.

75 Eswatini et la Zambie ont établi des conseils nationaux et créé un fonds national pour l'élimination du paludisme. Le Burkina Faso, la République démocratique du Congo, le Ghana, le Kenya, le Mozambique, le Rwanda et l'Ouganda ont entamé un processus de dialogue qui devait déboucher sur l'institution de conseils nationaux et sur la création de fonds nationaux pour l'élimination du paludisme.

76 Trypanosomiase humaine africaine (THA), lèpre, filariose lymphatique, onchocercose, schistosomiase et trachome.

77 Ulcère de Buruli, dengue, chikungunya, échinococcose, trématodose d'origine alimentaire, leishmaniose, rage, géohelminthiases, ténia ou cysticercose, mycétome, chromoblastomycose et autres mycoses profondes, gale et autres ectoparasites et envenimations par morsures de serpents (nouvelles maladies tropicales négligées).

78 Éthiopie, Mali, Soudan du Sud et Tchad.

79 Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Nigéria, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Soudan du Sud et Zambie.

Trois États Membres ont présenté des documents attestant de l'élimination sur leurs territoires de la filariose lymphatique (Malawi) et du trachome (Mauritanie et Togo). À l'heure actuelle, le Ghana, le Malawi et le Togo ont éliminé au moins une maladie tropicale négligée à chimioprévention.

Freiner la progression des maladies non transmissibles

Afin de garantir l'accès des communautés aux services de lutte contre les maladies chroniques dans les établissements de soins de santé primaires, 23 États Membres⁸⁰ adoptent une approche intégrée de prise en charge des maladies non transmissibles dans les établissements de soins de santé primaires, en s'appuyant sur l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles (WHO-PEN) et sur l'ensemble d'outils techniques HEARTS.⁸¹ Cette initiative s'inscrit dans le cadre des efforts déployés par les 31 pays africains qui ont établi des plans nationaux multisectoriels de lutte contre les maladies non transmissibles.⁸²

Six États Membres⁸³ ont intensifié le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus. Le Ghana, le Sénégal et la Zambie ont amélioré les résultats sanitaires des enfants atteints de cancer grâce à un meilleur accès aux services et moyennant l'élargissement de la couverture. Au Ghana, au Kenya et au Rwanda, les agents de santé utilisent le manuel de formation aux soins oculaires primaires pour améliorer l'accès aux services de soins ophtalmologiques.

Des plans d'action pour la santé bucco-dentaire axés sur le noma sont mis en œuvre dans neuf pays à forte charge de morbidité⁸⁴ afin de garantir un dépistage précoce et une prise en charge diligente de la maladie.

Le Kenya et le Ghana garantissent aux populations le plein exercice des droits à des soins de santé mentale de qualité. Le Nigéria, la Sierra Leone et le Soudan du Sud ont élaboré et renforcé leurs législations nationales et leurs plans stratégiques afin d'améliorer la prestation des services de santé mentale.

Donner la priorité aux maladies à prévention vaccinale

Dans la Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination de 2017, les États Membres se sont engagés à accroître le financement public en faveur de la vaccination, mais des mesures supplémentaires s'avèrent nécessaires pour la mise en œuvre de cette Déclaration. L'évolution du paysage du financement de la vaccination – notamment la diminution imminente des ressources provenant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et de Gavi, l'Alliance du vaccin – compromet les progrès réalisés, à moins que les ressources nationales ne soient augmentées.

La Déclaration de Kinshasa pour l'éradication de la poliomyélite et la promotion de la vaccination, signée pour le compte du Président de la République démocratique du Congo en juillet 2019, comporte des engagements relatifs à la vaccination complète d'au moins 80 % des nourrissons avant leur premier anniversaire d'ici à 2024, à l'augmentation du budget national affecté aux vaccins traditionnels, à la satisfaction des obligations liées au cofinancement des nouveaux vaccins, et à la généralisation du libre accès de tous les citoyens à la vaccination.

Les présidents du Burkina Faso et du Niger ont été élevés par Gavi, l'Alliance du vaccin, à la dignité de « champions des vaccins ». En juin 2020, trente-deux pays africains⁸⁵ avaient créé des groupes techniques consultatifs nationaux sur les vaccinations, qui sont pleinement fonctionnels dans 21 États Membres.⁸⁶

80 Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Guinée, Lesotho, Malawi, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo, Zambie et Zimbabwe.

81 Pour en savoir plus sur l'ensemble d'outils HEARTS, veuillez suivre le lien https://www.who.int/cardiovascular_diseases/heart/en/ (en anglais uniquement).

82 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Madagascar, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tchad, Togo et Zambie.

83 Eswatini, Guinée, Malawi, Rwanda, Ouganda et Zambie.

84 Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Sénégal et Togo.

85 Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Comores, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Maurice, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo, Zambie et Zimbabwe.

86 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Mali, Maurice, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Soudan du Sud, Togo, Zambie et Zimbabwe.

En dépit des progrès accomplis, plus de 30 millions d'enfants africains de moins de cinq ans tombent malades chaque année et 500 000 enfants décèdent de causes liées à des maladies à prévention vaccinale : 58 % des décès dus à ces maladies à prévention vaccinale dans le monde surviennent en Afrique. Le taux de vaccination moyen actuel enregistré dans la Région, exprimé en pourcentage d'enfants ayant reçu la troisième dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux, est de 76 %, bien en deçà de la cible fixée à 90 %.

Un plaidoyer en faveur d'une action accélérée pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole

Les récentes flambées épidémiques de rougeole soulignent les risques importants qui sont liés à la sous-vaccination. Entre juin 2019 et juin 2020, six États Membres ont signalé des flambées épidémiques majeures résultant d'une faible couverture par les programmes de vaccination systématique ou d'un retard accusé dans les activités de vaccination supplémentaires. L'épidémie la plus grave est survenue en République démocratique du Congo, avec plus de 372 615 personnes touchées et plus de 6800 décès recensés à la fin du mois de mai 2020. Des activités ciblées de riposte aux flambées ont été menées vers la mi-2019, couplées à une campagne de vaccination supplémentaire préventive organisée à l'échelle nationale qui a pris fin en décembre 2019 et a permis de réduire sensiblement l'incidence de la maladie. Des campagnes de ratissage supplémentaires ont eu lieu en mars et en avril 2020.

En vue d'atteindre l'objectif fixé en matière d'élimination de la rougeole, il est important d'atteindre une couverture de plus de 95 % par la première dose du vaccin contenant une valence rougeole dans tous les districts ; cependant, les progrès réalisés ces dix dernières années dans la Région ont stagné à un taux compris entre 70 % et 75 %. Trente-deux États Membres ont introduit la deuxième dose du vaccin contenant une valence rougeole dans leurs programmes de vaccination systématique, et au moins quatre autres introduiront cette dose d'ici à décembre 2020.⁸⁷

Vingt-sept États Membres ont certes introduit le vaccin à valence rubéole dans leurs programmes de vaccination systématique, mais la couverture globale reste faible dans la Région, car elle se situe à 32 %. La rubéole n'est pas bien reconnue et elle est souvent diagnostiquée à tort comme une fièvre doublée d'une éruption cutanée. Il s'ensuit qu'il a été difficile de sensibiliser les programmes nationaux à la

collecte des données nécessaires pour établir la charge de morbidité de la rubéole.

Figure 9
Élimination du
tétanos maternel
et néonatal



42 PAYS

– y compris la République démocratique du Congo qui a été déclarée exempte de tétanos maternel et néonatal en juillet 2019 – **ont validé l'élimination du tétanos maternel et néonatal.**⁸⁸

Progrès accomplis vers l'élimination du tétanos maternel et néonatal

Quarante-deux États Membres⁸⁸ – y compris la République démocratique du Congo qui a été déclarée exempte de tétanos maternel et néonatal en juillet 2019 – ont validé l'élimination du tétanos maternel et néonatal. S'il est vrai que le tétanos ne peut pas être éradiqué (car les spores de tétanos existent dans l'environnement), il n'en demeure pas moins que des interventions et des stratégies extrêmement efficaces sont essentielles pour endiguer et, à terme, éliminer la maladie. On peut notamment citer la vaccination des mères, les pratiques d'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène et, à terme, la surveillance après l'élimination.

⁸⁷ Cameroun, Madagascar, Nigéria et Tchad.

⁸⁸ Définie comme moins d'un cas de tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes dans chaque district.

Nécessité de protéger les acquis de la lutte contre la méningite

Plus de 315 millions de sujets âgés de neuf mois à 29 ans ont reçu le vaccin contre la méningite A MenAfriVac® entre 2010 et 2019. Il s'agit là d'une avancée remarquable en direction de la cible définie pour les campagnes de vaccination dans 26 États Membres ; jusqu'à présent, cette cible a été touchée dans 25 pays.⁸⁹ Les études ont certes rapporté une très forte diminution de la charge de morbidité imputable à la méningite à méningocoques du groupe A⁹⁰, mais le nombre de flambées épidémiques résultant d'autres types de méningite bactérienne est en augmentation constante. Les États Membres en butte à des épidémies prennent des mesures de lutte appropriées, en l'occurrence la détection précoce des flambées épidémiques, l'établissement de rapports, les enquêtes sur les flambées, la prise en charge des cas et la vaccination réactive.

Figure 10
Campagne de vaccination contre la fièvre jaune



PLUS DE 36 MILLIONS

de personnes protégées contre la fièvre jaune lors des campagnes de vaccination de masse contre la fièvre jaune organisées au Nigéria et au Ghana en 2019.

Progrès réalisés vers l'élimination de la fièvre jaune

En juin 2020, vingt-quatre des vingt-sept États Membres ciblés avaient introduit le vaccin contre la fièvre jaune dans leurs programmes de vaccination systématique. Aucun pays n'a introduit le vaccin

au cours de la période visée, mais l'Ouganda a soumis une demande à Gavi, l'Alliance du vaccin, en vue d'une introduction prochaine du vaccin contre la fièvre jaune. Les réunions annuelles des partenaires de la stratégie pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune, fabricants de vaccins compris, ont permis d'améliorer l'approvisionnement mondial en vaccins devant être utilisés pour les activités de vaccination systématique, les campagnes de prévention et la riposte aux flambées épidémiques. Cinq États Membres ont atteint des taux de couverture de 90 % ou plus.

Pour lutter contre les épidémies de fièvre jaune, des campagnes de vaccination de masse réactive ont été menées au Mali, au Nigéria et au Soudan du Sud en 2019, puis en Éthiopie et en Ouganda en 2020. À partir de 2017 jusqu'en juin 2020, plus de 50 millions de personnes avaient été vaccinées, y compris les 6 832 126 sujets immunisés au cours de la période couverte par le présent rapport. Les campagnes de vaccination préventive de masse contre la fièvre jaune organisées au Nigéria et au Ghana en 2019 ont permis de protéger plus de 36 millions de personnes.

Introduction de nouveaux vaccins pour une meilleure protection contre la maladie

En juin 2020, trente-sept États Membres avaient introduit le vaccin contre le rotavirus, et 40 États Membres avaient introduit le vaccin antipneumococcique conjugué. Le recours au vaccin conjugué contre la fièvre typhoïde et au vaccin anticholérique oral a aidé à contenir efficacement les flambées épidémiques simultanées survenues au Zimbabwe en 2019. Le vaccin anticholérique oral a été utilisé pour lutter contre les flambées épidémiques survenues dans six autres États Membres,⁹¹ concomitamment à des interventions menées dans les domaines de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène.

Malgré la pénurie mondiale de vaccins contre le papillomavirus humain, 15 États Membres sur les 35 ciblés ont introduit le vaccin contre le papillomavirus humain avant juin 2020. Au rang des facteurs qui contribuent au faible taux d'introduction du vaccin contre le papillomavirus humain dans la Région africaine, figurent l'atonie de la demande, les difficultés d'accès aux filles auxquelles ce vaccin doit être administré, le prix élevé des vaccins pour les pays qui ne bénéficient pas du concours de Gavi, l'Alliance du vaccin, et les contraintes liées à l'approvisionnement à l'échelle mondiale.

La Côte d'Ivoire et la Guinée équatoriale ont introduit la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B en 2019, ce qui porte à 13⁹² le nombre de pays qui administrent ce vaccin aux nouveau-nés. Ce nombre est inférieur de 12 pays par rapport à l'objectif régional qui est d'introduire le vaccin anti-hépatite B dans au moins 25 États Membres jusqu'en fin 2020.

89 Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Soudan du Sud, Tchad et Togo.
90 Trotter CL, Lingani C, Fernandez K, Cooper LV, Bita A, Tevi-Benissan C, Stuart JM. The impact of MenAfriVac in nine countries of the African meningitis belt, 2010–2015: an analysis of surveillance data. *Lancet Infectious disease*, volume 17, issue 8, p867-872, August 01, 2017 DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(17\)30301-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30301-8). Lingani et al. Meningococcal Meningitis Surveillance in the African Meningitis Belt, 2004–2013. *Clin Infect Dis* 2015;61(Suppl 5): S410-15.AA
Bita. Impact of the meningococcal A conjugate vaccine introduction in the African meningitis belt, 2010–2017". *American Journal of Biomedical and Life Sciences*. 2019; 7(4): 84-92, doi: 10.11648/j.ajbls.20190704.13
91 Mozambique, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Zambie.
92 Algérie, Angola, Botswana, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée équatoriale, Mauritanie, Maurice, Namibie, Nigéria, Sao Tomé-et-Principe et Sénégal.

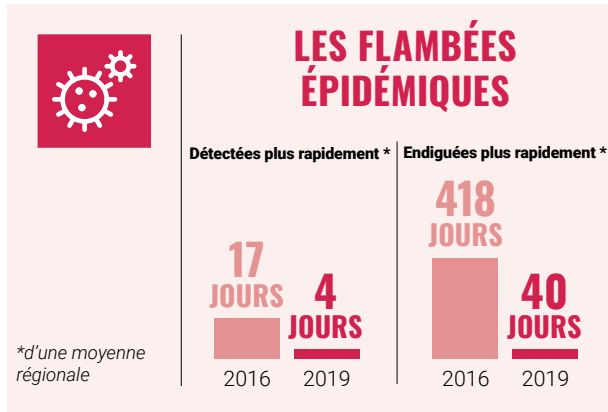


2

Protection des populations contre les situations d'urgence sanitaire

World Health Organization
Organisation mondiale de la Santé

Figure 11
Lutte contre
les flambées
épidémiques



L'OMS continue de prêter son assistance aux pays de la Région pour qu'ils puissent acquérir des capacités de prévention, de détection et de riposte rapide aux menaces pour la santé publique, en particulier les menaces découlant de maladies infectieuses, conformément au Règlement sanitaire international (2005).

2.1 Se préparer à faire face à l'ensemble des risques

Ces dernières années, des évaluations externes conjointes des capacités requises en vertu du

RSI ont eu lieu dans 46 pays,⁹³ et 30 plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire⁹⁴ ont été établis dans le but de combler les lacunes décelées. Le financement de ces plans de préparation reste un enjeu. Six examens *a posteriori* des opérations d'intervention d'urgence ont été conduits, tout comme 25 exercices de simulation. Les résultats de ces activités ont amené les parties prenantes concernées à prendre des mesures correctives pour renforcer les capacités requises en vertu du RSI, ainsi que pour orienter l'élaboration des plans de préparation et pour mobiliser des ressources. Pour la troisième année consécutive, les 47 pays de la Région africaine ont soumis des rapports annuels requis des États parties au RSI en 2019. Les capacités des points focaux nationaux RSI ont été renforcées par des formations, et grâce à un réseau de connaissances fonctionnel.

Les pays ont aussi bénéficié d'un appui pour pouvoir utiliser l'outil stratégique d'évaluation des risques et de la plateforme d'évaluation des risques⁹⁵ et de cartographie de la vulnérabilité.⁹⁶ Les capacités d'intervention rapide ont été renforcées grâce à la formation de plus de 1500 membres d'équipes nationales d'intervention rapide et d'un groupe de plus de 300 animateurs capables de dispenser des formations dans toute la Région, en anglais, en français et en portugais.

La stratégie régionale révisée pour la surveillance intégrée des maladies et la riposte 2020-2030 approuvée par le Comité régional en 2019 est assortie d'un module de formation et d'approches novatrices telles que l'utilisation de principaux indicateurs de résultats, le cyberapprentissage et la mise en place de partenariats avec des instituts de formation. Cela s'est traduit par le renforcement des capacités de détection et de notification des événements graves, et par la mise en place des capacités de riposte, avec un taux de couverture par le système de surveillance intégrée des maladies et riposte de 90 % au niveau infranational dans 23 pays.⁹⁷

Les interventions de préparation opérationnelle ont contribué à la détection précoce de flambées épidémiques telles que celle de fièvre jaune au Soudan du Sud et la flambée de maladie à virus Ebola en Ouganda.

93 Tous les pays, à l'exception de l'Algérie.

94 Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Mauritanie, Mozambique, Namibie,

95 Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Zambie et Zimbabwe.

96 Algérie, Burundi, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Guinée, Lesotho, Libéria, Madagascar, Namibie, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Sierra Leone, Soudan du Sud, Zambie, Zanzibar et Zimbabwe.

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

98 Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Gambie, Guinée, Lesotho, Libéria, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo et Zambie.

2.2 Évaluer les risques et échanger des informations

Chaque année, environ 100 flambées épidémiques et urgences de santé publique survenues dans la Région africaine sont notifiées à l'OMS. Grâce à des outils numériques novateurs tels que la plateforme de veille épidémiologique (en anglais *Epidemic Intelligence from Open Sources*) qui permet de mener une surveillance des événements moyennant un suivi quotidien des médias, plus de 14 000 reportages ont été passés au crible, ce qui a favorisé la détection précoce de 84 événements signalés dans 44 États Membres. Les flambées épidémiques représentent plus de 85 % des événements signalés dans la Région, et près de la moitié (44 %) des événements notifiés au cours de l'année dernière étaient liés à la pandémie de COVID-19. Quarante-six événements ont été classés conformément au cadre d'action d'urgence de l'OMS. Des mesures de lutte et d'atténuation des risques ont ensuite été prises, en l'occurrence l'activation d'un système de gestion des incidents dans les 24 heures pour tous les événements classés.

Afin de garantir la diffusion rapide d'informations au public, l'OMS a continué à publier des bulletins hebdomadaires sur les flambées épidémiques et sur les autres situations d'urgence sanitaire survenues dans la Région. Des rapports de situation externes réguliers sur l'épidémie de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo et sur la pandémie de COVID-19 dans la Région africaine de l'OMS ont par ailleurs été publiés en faisant l'objet d'une large diffusion.

En collaboration avec l'Organisation internationale de la Santé animale (OIE), 13 pays⁹⁸ ont amélioré la collaboration intersectorielle pour les flambées de zoonoses à l'interface homme-animal-environnement et formulé des feuilles de route pour renforcer la coordination multisectorielle. Neuf pays⁹⁹ ont déployé à titre expérimental l'outil tripartite OMS-FAO-OIE d'évaluation conjointe des risques afin d'évaluer le risque de zoonoses et de résistance aux antimicrobiens au niveau de l'interface homme-animal-écosystème.

2.3 Riposter de façon diligente et avec efficacité aux situations d'urgence sanitaire

L'appui que l'OMS apporte aux pays dans le cadre de la riposte aux situations d'urgence sanitaire devient de plus en plus diligent, mieux coordonné et plus efficace, dans un contexte marqué par des épidémies graves, généralisées et persistantes. Ces 12 derniers mois, un appui a été apporté dans le cadre de la riposte à un certain nombre de menaces, notamment la COVID-19, la maladie à virus Ebola, le choléra, la fièvre jaune, l'orthopoxvirose simienne et la peste.

Le 1^{er} juin 2020, le gouvernement de la République démocratique du Congo a déclaré l'apparition de la onzième flambée épidémique de maladie à virus Ebola du pays, dans la province de l'Équateur. Au 30 juin 2020, cette onzième flambée avait touché 34 personnes, pour 14 décès. L'OMS a déployé plus de 50 personnes sur le terrain pour apporter un appui aux actions de riposte et plus de 7000 personnes ont été vaccinées. Lors de la dernière flambée épidémique de maladie à virus Ebola qui est apparue dans la province de l'Équateur en mai 2018, les activités de vaccination ont débuté au bout de deux semaines, contre seulement quatre jours pour l'épidémie survenue en 2020.

État de préparation et riposte à la COVID-19 dans la Région africaine de l'OMS

La pandémie de COVID-19 a touché tous les pays de la Région et évolue différemment d'un pays à l'autre. En juin 2020, l'Afrique du Sud était le pays le plus touché et faisait partie des 30 pays concernés par une transmission communautaire. Certains pays signalent un nombre moins élevé de nouveaux cas et, au moment où l'on assiste à un assouplissement des mesures pour sauver des vies et préserver les moyens de subsistance, la vigilance continue reste la clé à actionner pour interrompre la transmission.

Bien avant la confirmation du premier cas d'infection dans la Région (lequel fut notifié le 25 février 2020 en Algérie), l'OMS œuvrait déjà avec les pays afin de renforcer la capacité de riposte à la COVID-19, de concert avec ses partenaires, particulièrement les institutions du système des Nations Unies et le CDC-Afrique. Les chefs d'État africains ont ouvert la voie en adoptant des approches pangouvernementales et pansociétales dès le début pour endiguer la pandémie. De nombreux pays ont mis en place des mesures de distanciation sociale, telles que le confinement total de la population et l'institution de couvre-feux, tout en utilisant la fenêtre d'opportunité ainsi créée pour renforcer la capacité de la santé publique aussi bien sur les plans de la détection, du dépistage, de l'isolement et de la prise en charge des cas que dans le domaine de la recherche des contacts et de leur placement en quarantaine. L'OMS se trouve en première ligne de la riposte, par l'intermédiaire de ses équipes de pays dans l'ensemble des États Membres. Ces équipes jouent un rôle essentiel de conseil, de fourniture d'appui technique aux ministères

98 Bénin, Éthiopie, Guinée, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone et Tchad.

99 Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Sénégal.

de la santé et de coordination de la riposte organisée par les partenaires du développement sanitaire. L'OMS a d'ailleurs réaffecté plus de 900 membres de son personnel dans toute la Région et déployé plus de 200 experts internationaux pour encadrer la riposte à la COVID-19.

Au moment où la pandémie fait son apparition dans la Région, le Sénégal et l'Afrique du Sud étaient les seuls pays capables de diagnostiquer les cas de COVID-19, mais cette capacité existe désormais dans tous les pays. Avec les fermetures de frontières et les annulations de vols, l'OMS a transposé à une plus grande échelle des méthodes de travail novatrices, par exemple l'apprentissage virtuel, en vue de renforcer les capacités de plus de 10 000 agents de santé dans les domaines de la lutte anti-infectieuse et de la prise en charge des cas. Les pays ont donné un coup de fouet à la formation dans ces domaines. À titre d'illustration, près de 10 000 agents de santé ont été formés localement au moyen de plateformes en ligne en Côte d'Ivoire. Depuis le début de la pandémie, des séances d'échange d'expériences ont été organisées pour éclairer les ajustements à opérer dans les mesures de riposte à la lumière des enseignements tirés et des meilleures pratiques.

Des communautés dotées de moyens d'action et de pouvoirs appropriés sont essentielles pour empêcher la propagation de la COVID-19. Au Tchad par exemple, plus de 100 000 personnes ont été touchées dans le cadre d'une campagne porte-à-porte dont le but était de diffuser des informations sur le virus et, partant, de lutter contre la propagation d'informations erronées.

Flambée épidémique de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo

Après près de deux années de riposte à une épidémie complexe qui a sévi dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri, le gouvernement de la République démocratique du Congo a déclaré la fin de la 10^e flambée épidémique d'Ebola dans le pays le 25 juin 2020. Il s'agissait de la deuxième plus grande flambée de maladie à virus Ebola dans le monde, survenue dans une zone de conflit actif caractérisée par une crise humanitaire prolongée et par de vastes mouvements de populations.

Au cours de cette épidémie, le pays a recensé 3400 cas d'infection, 2200 décès et 1100 survivants. Pour la première fois, un vaccin et des traitements efficaces étaient disponibles pour étayer la riposte. Les principales actions menées dans le cadre de cette riposte sont les suivantes :

Figure 12

Principales avancées enregistrées dans la riposte à la maladie à virus Ebola



Cette riposte d'envergure a marqué le triomphe de la solidarité, de la science, du courage et de l'engagement. La riposte a été menée par 16 000 intervenants de première ligne, y compris plus de 1500 membres du personnel déployés par l'OMS, qui ont bénéficié du concours de partenaires.

Une proportion importante des capacités renforcées en rapport avec la maladie à virus Ebola a été rapidement activée pour riposter à la COVID-19. Ces capacités comprennent les mécanismes de coordination, les plateformes de surveillance, le dépistage aux points d'entrée, les stratégies de recherche des contacts, les installations d'isolement et l'éducation pour la santé.

Le soutien apporté à la République démocratique du Congo dans le cadre de la lutte contre la maladie à virus Ebola a également contribué aux travaux sur la couverture sanitaire universelle. Fort du constat que le renforcement des systèmes de santé constitue le moyen le plus durable de prévenir et d'endiguer rapidement les épidémies, le Président de la République a pris l'initiative de la tenue d'une conférence sur la couverture sanitaire universelle et du lancement du plan d'action national pour la couverture sanitaire universelle en 2020.

Après son départ des provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri, l'OMS a maintenu une présence restreinte sur le terrain pour mettre en œuvre un programme d'appui aux survivants et renforcer les capacités des autorités locales et nationales.

Conformément au Règlement sanitaire international, l'OMS apporte son appui aux autorités sanitaires nationales pour qu'elles puissent procéder à un examen *a posteriori* avec toutes les parties prenantes afin de tirer les enseignements de la riposte et de renforcer les fonctions essentielles pour détecter et contrôler tout événement de santé publique. Sur le plan interne, conformément aux pratiques établies, l'OMS passera en revue ses opérations et établira un plan destiné à combler les lacunes sur la base des enseignements tirés, dans le but de rationaliser les opérations futures.



3

**Promotion de
la santé et du
bien-être**

Pour que les populations vivent en meilleure santé et plus longtemps, il est impératif de lutter contre les inégalités, les maladies évitables et les traumatismes causés par les déterminants environnementaux, sociaux, économiques, commerciaux, politiques et culturels de la santé. Cela nécessite un leadership, un partenariat et une collaboration étroite dans tous les secteurs pour induire un impact positif sur la santé physique, sociale et mentale des populations en Afrique.

3.1 Promotion de la santé et action sur ses déterminants sociaux

En 2019, l'OMS a apporté son appui aux pays pour qu'ils puissent adopter et adapter des outils permettant de renforcer la collaboration intersectorielle dans les petits États insulaires en développement grâce à l'approche de la « santé dans toutes les politiques ». Cabo Verde a ainsi adopté l'initiative dite des « villes-santé », qui vise à promouvoir l'activité physique, à consolider les marchés, à remédier aux inégalités et à préconiser des mesures environnementales de lutte contre les maladies à transmission vectorielle. L'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles a reconnu les efforts accomplis par l'Association nationale des municipalités de Cabo Verde pour mener une action intersectorielle, et décerné un prix au Dr Ulisses Correia e Silva, Premier Ministre de Cabo Verde, lors de la soixante-quatrième Assemblée générale des Nations Unies.

Le Burundi et la République-Unie de Tanzanie ont tous deux publié des rapports sur l'évaluation de l'action intersectorielle sur les déterminants de la santé pour l'atteinte des objectifs de développement durable. En République-Unie de Tanzanie, les capacités de 16 décideurs politiques d'agences gouvernementales et non gouvernementales et d'organisations de la société civile ont été renforcées en matière d'orientation de la « santé dans toutes les politiques ». Une approche sectorielle est mise en œuvre sous l'autorité du Premier Ministre.

En novembre 2019, le Ministère de la santé de Zambie et l'OMS ont publié un rapport conjoint sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé. Un plan d'action a été élaboré pour que les principales conclusions dudit rapport soient utilisées pour éclairer les décisions politiques relatives à la petite enfance, à la nutrition, à l'eau et à l'assainissement, notamment au niveau provincial.

Une approche axée sur la culture de la santé a été proposée à 23 organisations et réseaux de jeunes africains afin de promouvoir la santé de l'adolescent dans quatre pays.¹⁰⁰ Cette approche a aidé les organisations à renforcer leurs compétences en matière de collaboration avec les décideurs et de représentation de leurs pairs dans des forums locaux et internationaux pour s'assurer qu'elles sont impliquées dans la planification, la coordination et la mise en œuvre de programmes liés à leurs besoins en matière de santé et de développement.

En collaboration avec le Siège de l'OMS et avec le soutien de Resolve to Save Lives, des modules de formation dans le domaine de la communication sur les risques et de la participation communautaire ont été adaptés à la Région africaine et déployés à titre expérimental dans six pays.¹⁰¹ Les participants ont utilisé les compétences et les connaissances acquises lors de ces formations pour la préparation et la riposte à la COVID-19.

3.2 Santé environnementale et adaptation proactive au changement climatique

L'OMS a maintenu son appui aux mesures d'adaptation communautaire en cours au Ghana, en Éthiopie et en République-Unie de Tanzanie, en mettant l'accent sur les plans de gestion de

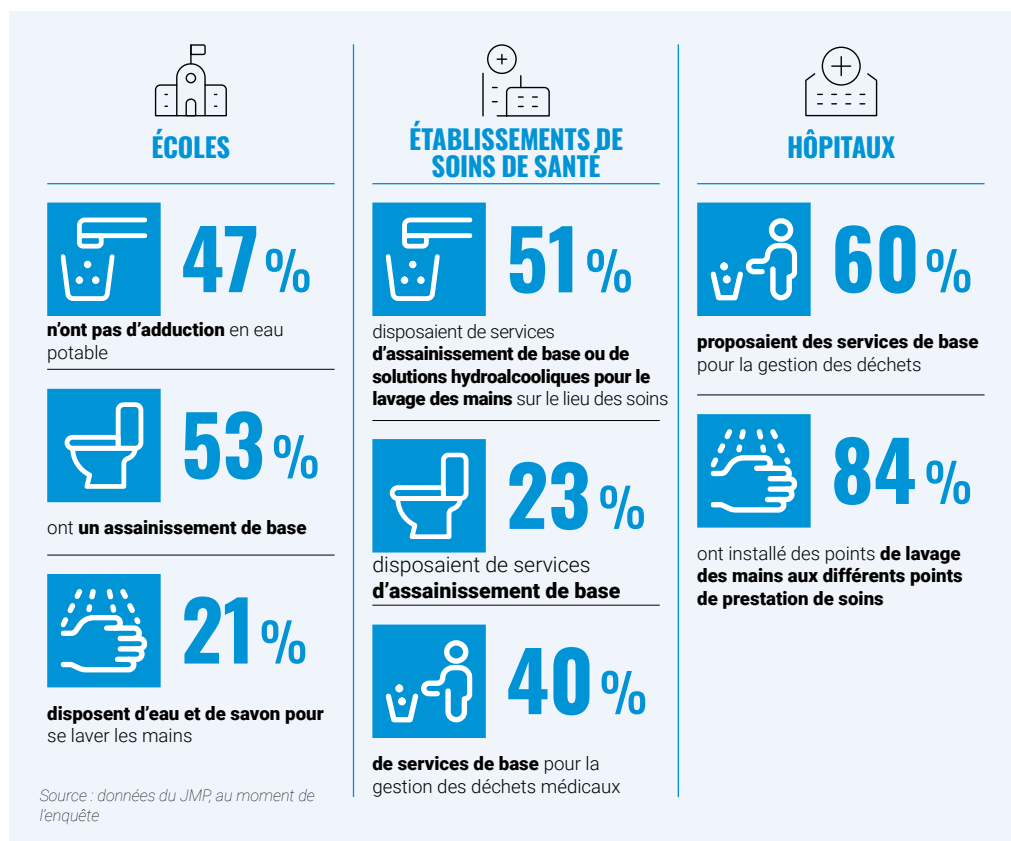
100 Niger, Ouganda, République démocratique du Congo et Rwanda.

101 Burundi, Côte d'Ivoire, Nigéria, Rwanda, Sénégal et Soudan du Sud.

la sécurité sanitaire de l'eau résilients au changement climatique. En novembre 2019, le Mali a lancé une initiative pour une planification de la sécurité de l'eau en milieu urbain résiliente au changement climatique ; le Mali a aussi organisé des réunions d'information, procédé à la formation du personnel et lancé un projet pilote de planification de la sécurité sanitaire de l'eau dans la commune de Bougouni.

Lors de la réunion du comité de pilotage régional du projet ChemObs Afrique, tenue en décembre 2019 à Addis Abeba, vingt coordonnateurs de projets portant sur la santé et l'environnement issus de neuf pays ont été formés à l'utilisation des outils de prise de décisions.¹⁰²

Figure 13
Assainissement en Afrique subsaharienne



Quarante et un pays¹⁰³ ont fourni des données qui ont alimenté l'analyse et l'évaluation mondiale sur l'assainissement et l'eau potable effectuée par ONU-Eau, et tous les pays ont contribué au Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (JMP) qui traite de la question de l'alimentation en eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les écoles et les établissements de santé. C'est la première fois que ces informations de base sont disponibles dans la Région.

Selon les données du JMP, 47 % des écoles d'Afrique subsaharienne n'ont pas d'adduction en eau potable et seulement 53 % ont un assainissement de base. Seules 21 % des écoles disposaient d'eau et de savon

pour se laver les mains au moment de l'enquête. Cinquante et un pour cent des établissements de soins de santé en Afrique subsaharienne disposaient de services d'assainissement de base ou de solutions hydroalcooliques pour le lavage des mains sur le lieu des soins. Seuls 23 % des établissements de santé disposaient de services d'assainissement de base et 40 % de services de base pour la gestion des déchets médicaux. Soixante pour cent des hôpitaux proposaient des services de base pour la gestion des déchets et 84 % avaient installé des points de lavage des mains aux différents points de prestation de soins.

Un événement mondial organisé en Zambie en octobre 2019 a lancé la mise en œuvre de la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'élargissement de l'accès à l'eau, à l'assainissement et aux services d'hygiène dans les établissements de santé, ainsi que sur la gestion des déchets.¹⁰⁴ Le Bureau régional a apporté son appui aux délégations de 11 pays pour qu'elles puissent participer à cette manifestation.¹⁰⁵

102 Éthiopie, Gabon, Kenya, Madagascar, Mali, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.

103 Tous les pays, à l'exception de l'Algérie, de Cabo Verde, de la Guinée équatoriale et de la Guinée-Bissau, ont participé à l'exercice ; le Cameroun et le Rwanda n'ont pas encore soumis les résultats de leurs enquêtes respectives.

104 WHA72/A72-R7

105 Éthiopie, Ghana, Guinée-Bissau, Malawi, Mali, Mozambique, République démocratique du Congo, Rwanda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

3.3 Action contre le double fardeau de la malnutrition et promotion de la sécurité alimentaire

La soixante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a approuvé le *Plan stratégique pour réduire le double fardeau de la malnutrition dans la Région africaine 2019-2025*. La discussion technique sur le plan stratégique a été complétée par un déjeuner constitué de produits alimentaires à faible teneur en sel et en sucre et d'aliments locaux peu transformés, alors que des notes de conversation ont été déposées sur les tables pour encourager la commercialisation d'aliments sains dans la Région africaine.

En novembre 2019, les Ministres de la santé de la Communauté de développement de l'Afrique australe ont adopté une stratégie de nutrition qui s'aligne pleinement sur le plan stratégique de l'OMS dans la Région africaine, dont le suivi se fera à la lumière du Cadre mondial de suivi de la nutrition pour ce qui concerne les objectifs nutritionnels définis pour 2025 par l'Assemblée mondiale de la Santé. L'OMS et l'UNICEF, en collaboration avec d'autres partenaires régionaux, ont élaboré des plans de soutien conjoint aux États Membres dans l'exécution des priorités nationales en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. En collaboration permanente avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le Burkina Faso, le Ghana et le Sénégal ont mis en place des réseaux nationaux d'alerte rapide pour la gestion des événements liés à la sécurité sanitaire des aliments, renforçant ainsi leur participation au Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments. En outre, le Sénégal a élaboré un plan et un protocole nationaux d'action d'urgence pour la sécurité sanitaire des aliments pour l'échange d'informations en cas de flambées épidémiques de maladies d'origine alimentaire. Le Botswana, le Rwanda et la Zambie ont bénéficié d'un soutien dans le cadre de la mise à jour des cadres réglementaires en matière de sécurité sanitaire des aliments.

3.4 Lutte contre le tabagisme et contre les autres facteurs de risque de maladies non transmissibles

Pour accélérer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT-OMS),¹⁰⁶ six pays ont adopté de nouvelles lois et réglementations en matière de lutte antitabac¹⁰⁷ et six autres ont augmenté les taxes sur le tabac.¹⁰⁸

Les pays ont également créé ou revitalisé des comités de lutte antitabac¹⁰⁹ et élaboré des plans stratégiques multisectoriels.¹¹⁰ Cabo Verde, le Kenya et les Seychelles ont ratifié le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, ce qui porte à 20 le nombre de pays ayant ratifié ce protocole dans la Région africaine.¹¹¹

L'Éthiopie, la Gambie, l'Ouganda et le Togo ont utilisé l'analyse du modèle OMS de simulation de taxe sur le tabac (dénommé TaxSim) pour orienter leur changement de politique d'imposition de taxes sur le tabac. Dans le cadre d'un voyage d'études auprès de l'administration fiscale du Kenya, des fonctionnaires d'Éthiopie, du Nigéria et de l'Ouganda se sont familiarisés avec les systèmes de suivi et de traçabilité, de même qu'avec la politique de l'administration fiscale.

En vue de sensibiliser les pays et de mieux faire connaître les décisions prises, des enquêtes sur le tabagisme ont été menées au Congo, au Sénégal, au Togo et au Tchad. L'Atlas de la surveillance du tabagisme dans la Région africaine, le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme¹¹² et le rapport de l'OMS sur les tendances du tabagisme¹¹³ ont fait l'objet d'une large diffusion, ainsi qu'un rapport de synthèse sur l'état d'avancement des mesures mPOWER dans la Région.¹¹⁴

106 Tous les pays à l'exception de l'Érythrée, du Malawi et du Soudan du Sud, sont Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

107 Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Nigéria, Ouganda et Sénégal.

108 Éthiopie, Gambie, Kenya, Ouganda, Rwanda et Togo.

109 Cabo Verde, Gambie, Kenya, Madagascar, Mauritanie, Nigéria, Niger et Ouganda.

110 Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Kenya, Madagascar, Nigéria, Ouganda et Rwanda.

111 Disponible à l'adresse https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&lang=en

112 Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1>

113 Disponible à l'adresse <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>

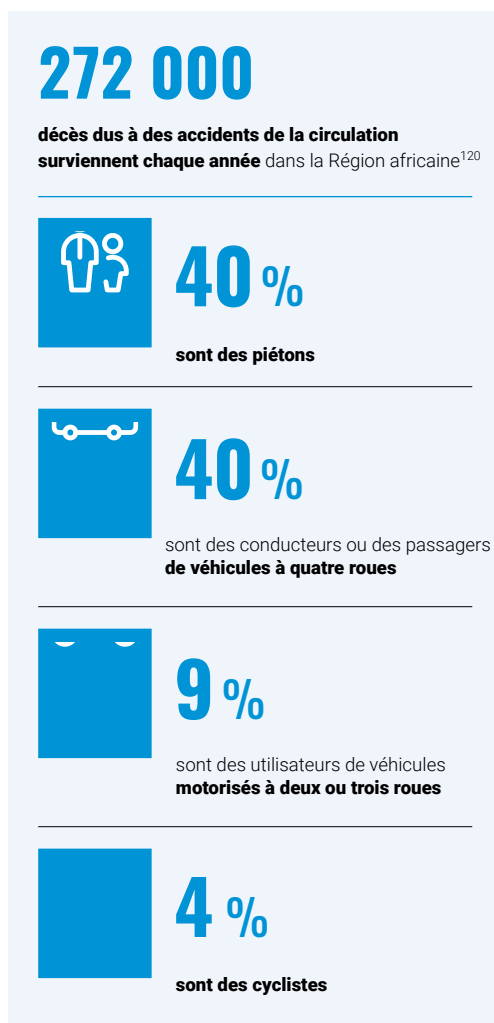
114 Disponible à l'adresse https://www.afro.who.int/sites/default/files/pdf/AFR_MPOWER_Summary_2019.pdf

Dans la Région africaine, on observe un taux élevé de consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool, surtout chez les jeunes.¹¹⁵ Seize pays¹¹⁶ ont passé en revue la mise en œuvre de la *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool* et un rapport régional a été soumis à la cent quarante-sixième session du Conseil exécutif de l'OMS. Huit pays ont renforcé l'application des politiques et des lois visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

En collaboration avec l'Organisation Ouest Africaine de la Santé, 15 pays¹¹⁷ ont bénéficié d'un appui dans le cadre du renforcement de la réglementation des aliments, des boissons alcoolisées et non alcoolisées et du tabac. Dans sept pays,¹¹⁸ des plans de communication et de mobilisation relatifs aux stratégies pour la réduction du sel ont été élaborés pour lutter contre la tendance croissante de l'hypertension dans la Région.

Dans le cadre du Programme de renforcement des capacités réglementaires et fiscales, le Kenya, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie ont pris des mesures visant à encourager une alimentation saine et l'exercice physique. Dix-sept pays¹¹⁹ ont bénéficié d'un soutien visant à faire progresser la mise en œuvre nationale du *Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030*.

Figure 14
Décès dus à des accidents de la circulation dans la Région africaine



Dans le contexte de la COVID-19, l'OMS fournit des orientations et apporte un soutien aux pays afin de réduire le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, la mauvaise alimentation et la sédentarité. De nouvelles données indiquent que les fumeurs et les personnes souffrant de maladies non transmissibles courent un risque plus élevé de contracter la COVID-19 et d'évoluer vers une maladie grave.

3.5 Amélioration de la sécurité routière

Une série d'aide-mémoire régionaux sur la sécurité routière a été publiée par l'OMS en 2019. Les fiches d'information mettent en évidence les lacunes dans l'adoption de lois visant à lutter contre les principaux facteurs de risque tels que la vitesse, l'alcool au volant et le non-port de la ceinture de sécurité, du casque et des dispositifs de retenue pour enfants.

En décembre 2019, l'OMS et la Banque mondiale ont organisé une formation régionale en Éthiopie dans le but de renforcer les systèmes de données sur la sécurité routière dans les pays. La Côte d'Ivoire et le Sénégal ont amélioré la gestion des données sur les accidents de la route mortels en mettant en place des comités de pilotage multisectoriels. L'OMS a également apporté son appui au Cameroun, à l'Éthiopie, au Ghana, au Kenya, à la Namibie et à la République-Unie de Tanzanie dans la mise en œuvre et le suivi des politiques et des stratégies visant à réduire le nombre de blessés et de morts sur les routes, conformément à la Décennie d'action des Nations Unies pour la sécurité routière 2011-2020.

115 Disponible à l'adresse <https://www.who.int/publications/i/item/global-status-report-on-alcohol-and-health-2018>

116 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Kenya, Lesotho, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Seychelles et Zambie.

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

118 Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Sénégal et Togo.

119 Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Madagascar, Mali, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Seychelles, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

120 La catégorie des usagers de la route concernée par les 7 % restants n'est pas précisée.



4

**Une action intégrée
transversale pour
une meilleure santé**



4.1 Élargir l'accès aux soins de santé primaires de qualité

Les soins de santé primaires sont la clé à actionner pour parvenir à la couverture sanitaire universelle. Pour soutenir les efforts que les pays déploient à cette fin, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a approuvé, en 2019, le *Cadre pour la prestation de services de santé essentiels par l'entremise de systèmes de santé de district ou locaux renforcés afin d'appuyer la couverture sanitaire universelle* dans le contexte des objectifs de développement durable. L'Érythrée, le Mozambique et Zanzibar utilisent ce cadre pour renforcer les soins de santé primaires. Les capacités de planification, de gestion et de suivi ont été renforcées au niveau infranational au Mozambique, en Sierra Leone et au Zimbabwe, ce qui a permis l'élaboration de plans d'action intégrés au niveau districte pour 2020.

Une série d'outils et de documents d'orientation ont été mis au point. On peut notamment citer les produits destinés à établir des districts « modèles » dans le domaine des soins de santé primaires ; les modules de formation pour les équipes chargées de la gestion sanitaire au niveau des districts ; et un outil permettant d'évaluer rapidement la fonctionnalité des services de santé au niveau districte en ce qui concerne la conformité au Règlement sanitaire international (2005) et la prestation de services. Ce dernier outil a été déployé à titre expérimental au Cameroun et en République centrafricaine. Les pays ont utilisé l'outil d'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services dans les établissements de santé et les résultats recueillis les ont aidés à mettre à jour leurs plans de santé. La Côte d'Ivoire, l'Érythrée et le Mozambique ont déterminé les besoins de leurs équipes de gestion sanitaire en matière de formation au niveau des districts. En Côte d'Ivoire, la formation des équipes de gestion au niveau des districts sera organisée d'ici fin 2020.

Des services de santé intégrés centrés sur la personne ont été incorporés dans les plans stratégiques nationaux de santé et dans les feuilles de route pour l'instauration de la couverture sanitaire universelle au Congo, en Guinée-Bissau et en République démocratique du Congo. Le Burkina Faso a élaboré une stratégie nationale pour des services de santé intégrés centrés sur la personne, ainsi que pour la qualité des soins et la sécurité des patients. Dans le cadre de l'Initiative mondiale pour les soins d'urgence et de traumatologie,¹²¹ le Cameroun et l'Éthiopie ont élaboré des feuilles de route pertinentes.

L'Afrique du Sud, Eswatini et les Seychelles ont examiné la mise en œuvre de leurs directives nationales pour la lutte anti-infectieuse. Le Burundi, le Cameroun et le Tchad ont évalué les capacités en matière de lutte anti-infectieuse au niveau national et dans certains établissements de santé. Le Zimbabwe a évalué les capacités de lutte anti-infectieuse dans 34 établissements de santé. Les activités de renforcement des capacités ont été menées conformément au processus préconisé par l'OMS pour l'élaboration d'une politique et d'une stratégie nationales relatives à l'assurance de la qualité. Plusieurs États Membres mettent au point leur politique et leur stratégie nationales relatives à la qualité. Le Burundi a bénéficié d'un appui à la définition de normes et de critères de qualité des soins de santé, lesquels critères ont commencé à être appliqués à titre expérimental dans cinq districts.

La Collaboration mondiale de l'OMS pour la sécurité des patients a été lancée au Kenya en 2019.¹²² La première Journée mondiale de la sécurité des patients a été célébrée le 17 septembre 2019, avec en point d'orgue l'organisation de séminaires ou d'ateliers dans la majorité des États Membres. En octobre 2019, une réunion de haut niveau a été convoquée pour délibérer de la planification et de la mise en œuvre, en concertation avec des partenaires, d'une initiative africaine pour la sécurité des patients.¹²³

121 Disponible à l'adresse: <https://www.who.int/emergencycare/global-initiative/en/>

122 Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/patientsafety/partnerships/GPS-collaborative/en/>

123 Institute for Health Improvement (IHI), International Society for Quality in Health Care (ISQua), and Patient Safety Movement Foundation (PSMF)

Accélération des soins de santé primaires en Sierra Leone

Pour donner effet à la Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires, le Président de la République de Sierra Leone a engagé des pourparlers avec des partenaires multilatéraux et bilatéraux, des organisations non gouvernementales et des organisations de la société civile afin d'envisager des solutions pour que les agents de santé communautaires participent au renforcement des soins de santé primaires. Un manuel national sur les soins de

santé primaires a également été mis au point pour promouvoir une approche normalisée de la prestation et du suivi des services, ainsi que pour orienter les changements au sein du système. Le pays a élaboré un manuel de référence sur la lutte anti-infectieuse, créé un groupe de travail technique sur la sécurité des patients et célébré la première Journée mondiale de la sécurité des patients en 2019.

4.2 Combattre la résistance aux antimicrobiens

Au cours de l'année écoulée, Madagascar et le Tchad ont officiellement approuvé leurs plans nationaux multisectoriels de lutte contre la résistance aux antimicrobiens. L'Algérie et le Burundi ont rejoint le Système mondial OMS de surveillance de la résistance aux antimicrobiens, qui regroupe actuellement 24 pays africains.¹²⁴ Quinze pays¹²⁵ ont communiqué des informations sur la mise en œuvre de leurs systèmes de surveillance nationaux dans le cadre du deuxième appel à contribution de données pour le rapport GLASS 2020.¹²⁶ Les données sont exploitées d'une part pour surveiller les nouveaux agents pathogènes résistants et leur éventuelle propagation à l'échelle internationale, et d'autre part pour éclairer la mise en œuvre de programmes ciblés de prévention et de lutte.

Quarante-neuf laboratoires de 28 pays¹²⁷ participent à l'évaluation externe de la qualité des tests de sensibilité aux antimicrobiens réalisée par l'OMS. Les compétences analytiques ont été renforcées pour un groupe de 24 formateurs nationaux de 14 laboratoires au Zimbabwe et de 20 scientifiques de laboratoire en Zambie afin de mettre en œuvre le protocole mondial pour la surveillance à spectre étendu de la bêta-lactamase simultanément dans la chaîne alimentaire, chez l'homme et dans l'environnement.

Conformément aux stratégies visant à optimiser l'usage des antibiotiques, le Congo, le Gabon et la Namibie ont mis à jour, en 2019, leurs listes de médicaments essentiels pour y incorporer la classification AWaRe des antibiotiques, ce qui donnera la possibilité de renforcer les interventions de gestion stratégique visant à réduire le mauvais usage et l'utilisation abusive des antibiotiques. Les données nationales sur la consommation d'antibiotiques au Burkina Faso, au Burundi et en Côte d'Ivoire ont montré que 75 %, 90 % et 82 %, respectivement, de la consommation d'antibiotiques dans ces pays provenaient du groupe de « médicaments dont l'accessibilité est essentielle »,¹²⁸ conformément aux recommandations de l'OMS selon lesquelles au moins 60 % de la consommation d'antibiotiques venait du groupe de « médicaments dont l'accessibilité est essentielle » dans le cadre des efforts visant à optimiser leur utilisation.

124 Algérie, Bénin, Burundi, Chad, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, République du Congo, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République de Côte d'Ivoire, République de Madagascar, République de Malawi, République de Mali, République de Mauritanie, République de Mozambique, République de Nigéria, République de Ouganda, République-Unie de Tanzanie, République de Soudan du Sud, République de Tchad, République de Zambie et République de Zimbabwe.

125 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Burundi, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, République de Soudan du Sud, République de Tchad, République de Zambie et République de Zimbabwe.

126 Afrique du Sud, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Kenya, Libéria, Madagascar, Mali, Maurice, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, République de Zambie et République de Zimbabwe.

127 Disponible à l'adresse <https://www.who.int/glass/reports/en/>.

128 Algérie, Angola, Burkina Faso, Cameroun, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Tchad, Togo et Zimbabwe.

Dix pays ont mis en place des systèmes nationaux de surveillance de la consommation des antimicrobiens,¹²⁹ et quatre de ces pays ont contribué au premier rapport mondial de l'OMS sur la surveillance de la consommation des antimicrobiens. En outre,¹³⁰ 15 pays ont réalisé des enquêtes de prévalence ponctuelle sur l'utilisation des antimicrobiens dans les hôpitaux, dont les conclusions éclaireront les interventions en matière de politique et de gestion stratégique concertée.¹³¹

Dans 19 pays, les antibiotiques de première intention représentent désormais plus de 80 % des antibiotiques disponibles grâce aux efforts concertés déployés en vue d'améliorer les processus de sélection et de réviser les politiques pharmaceutiques.¹³²

La recherche-développement de solutions de substitution aux antibiotiques a permis d'élaborer des monographies sur les plantes médicinales qui ont des propriétés antimicrobiennes, en collaboration avec des experts de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Ces ouvrages font partie des 30 monographies du deuxième volume de la Pharmacopée des plantes médicinales de l'Afrique de l'Ouest qui sera publiée par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé en 2020.

En novembre 2019, le Gouvernement du Kenya a accueilli un événement de portée régionale à l'occasion de la Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques, en collaboration avec la FAO, l'OIE, l'OMS et la Commission de l'Union africaine. L'événement a rassemblé plus de 200 journalistes qui ont ainsi pu en savoir plus sur la vision de la Région et des pays en ce qui concerne la lutte contre la résistance aux antimicrobiens. Dans le cadre de cette manifestation, une réunion de sensibilisation de haut niveau a été organisée pour renforcer l'engagement en faveur de la mise en œuvre des plans d'action nationaux et intensifier la coordination entre les partenaires.

4.3 Renforcer les services de laboratoire

Dans le cadre de la préparation à la COVID-19, le groupe consultatif stratégique pour les laboratoires (SAG-Lab) a organisé la fourniture de kits de détection, d'échantillons de milieux de transport et d'autres fournitures aux laboratoires nationaux de référence. Au début du mois de février 2020, seuls l'Institut Pasteur de Dakar et le National Institute for Communicable Diseases d'Afrique du Sud disposaient de capacités de diagnostic de la COVID-19 ; à présent, tous les pays ont la capacité de diagnostiquer cette maladie. Les techniciens de laboratoire ont été formés à l'utilisation des méthodes de détection des virus et à la gestion des données de laboratoire. Le partenariat avec le CDC-Afrique et d'autres entités permet un suivi régulier des progrès, un appui technique soutenu et un système de contrôle de la qualité pour surveiller la performance des laboratoires.

La deuxième édition du Guide du processus graduel d'amélioration d'un laboratoire en vue de son accréditation (SLIPTA) dans la Région africaine de l'OMS a été publiée en 2019.¹³³ Ce guide est le document de base du programme SLIPTA, et un mémorandum d'accord avec le principal responsable de la mise en œuvre du programme (la Société africaine pour la médecine de laboratoire, encore connue sous son sigle ASLM) a été mis au point. Un guide pour la mobilisation du soutien des laboratoires de district et périphériques en faveur de la couverture sanitaire universelle a été élaboré en 2019. Le Cameroun et le Ghana font partie des pays qui utilisent ce guide pour améliorer la décentralisation des services de diagnostic et de laboratoire.

129 Le groupe de « médicaments dont l'accessibilité est essentielle » fait référence à un ensemble d'antibiotiques qui agissent contre un large éventail d'agents pathogènes courants. L'utilisation empirique de ces médicaments est recommandée en première ou en deuxième intention, car ils présentent un potentiel de résistance plus faible que les antibiotiques à utiliser sélectivement et les antibiotiques de réserve.

130 Bénin, Burkina Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Mali, Niger, République-Unie de Tanzanie et Sénégal.

131 Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire et République-Unie de Tanzanie.
Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Mali, Maurice, Mozambique, Nigéria, République-Unie de Tanzanie et Zimbabwe.

132 Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Mali, Maurice, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Zambie et Zimbabwe.

133 Disponible à l'adresse : <https://www.afro.who.int/publications/guide-stepwise-laboratory-quality-improvement-process-towards-accreditation-slipta-who>

4.4 Améliorer la disponibilité et la qualité des informations pour l'action

Au cours de l'année écoulée, les activités ont porté sur le renforcement de l'Observatoire africain de la santé, sur la mise au point de produits analytiques sur les systèmes de santé et la performance du secteur, et sur la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous, ce qui aide les pays à disposer d'un système de suivi des données sur les progrès accomplis vers l'atteinte des cibles des objectifs de développement durable liées à la santé. Un rapport sur la performance des systèmes de santé dans la Région a été publié en 2020 dans le cadre du suivi des progrès accomplis en direction de la couverture sanitaire universelle et de l'atteinte des objectifs de développement durable. L'Atlas des statistiques sanitaires de la Région africaine 2019 a été publié dans le cadre du suivi des progrès accomplis au titre de l'objectif 3 de développement durable.

Par l'intermédiaire de l'Observatoire de la santé en Afrique intégré (iAHO), l'OMS, la Fondation Bill & Melinda Gates, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et la London School of Economics ont commencé à définir des profils pour les systèmes de santé des pays, le but étant de dresser un tableau détaillé des investissements effectués dans les systèmes de santé, ainsi que des domaines de prestations dans cinq pays.¹³⁴ Ces profils seront publiés sur le site de l'iAHO, de même que des ressources supplémentaires visant à améliorer la conception et la performance des systèmes de soins de santé primaires.

Les pays ont produit des évaluations complètes de la situation et des tendances sanitaires afin de renforcer la prise de décisions reposant sur des bases factuelles.¹³⁵ Plus de 190 points focaux de 15 pays¹³⁶ ont bénéficié d'une formation sur les modules standards de l'OMS¹³⁷ pour l'analyse et l'utilisation des données des établissements de santé.

Avec la demande croissante de statistiques précises et en temps réel sur la mortalité et les causes de décès pour éclairer l'élaboration des politiques, la Namibie a revisité son système d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil, alors que le Libéria et l'Ouganda ont été orientés vers la Onzième Révision de la Classification internationale des maladies. Six autres États Membres ont intégré les données relatives à la vaccination dans leurs systèmes nationaux d'information sanitaire et communiquent désormais les données sur la plateforme DHIS2, ce qui porte à 24¹³⁸ le nombre total de pays qui prennent cette mesure dans la Région africaine. Un modèle prédictif de la COVID-19 a également été élaboré pour la Région. Il décrit de façon détaillée les implications d'une transmission communautaire étendue de l'infection par le SARS-CoV-2 dans la Région africaine de l'OMS. Cet outil a fourni aux États Membres les informations nécessaires pour la planification des ressources et la mise en œuvre d'interventions non pharmaceutiques visant à aplatir la courbe de l'épidémie.

4.5 Promouvoir l'innovation, y compris la santé numérique

Transposer à une plus grande échelle les innovations

S'appuyant sur le franc succès enregistré par le premier Challenge pour l'innovation en santé, lancé en 2018, les États Membres demandent de plus en plus à l'OMS de jouer un rôle de coordination afin d'exploiter et de transposer à plus grande échelle les innovations en santé dans la Région. En réponse à cet appel, une stratégie pour transposer à une plus grande échelle les innovations en santé dans la Région africaine de l'OMS a été élaborée afin de servir de boussole à l'action collective de l'OMS, des États Membres et de leurs partenaires. En outre, dans l'optique d'une approche ciblée, le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine a institutionnalisé depuis lors les initiatives d'innovation et renforcé les partenariats avec les principaux acteurs de l'écosystème de l'innovation dans la Région comme à l'échelle mondiale. En 2019, un mémorandum d'accord a été signé entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et l'Académie africaine des sciences (AAS) pour définir les contours de la collaboration entre les deux institutions dans l'appui qu'elles apportent aux pays en vue de l'adoption et de la transposition à une plus grande échelle des innovations produites localement.

134 Étiopie, Nigéria, Quénia, Ruanda, Senegal.

135 África do Sul, Angola, Cabo Verde, Chade, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Seicheles, Serra Leoa, Sudão do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

136 Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatini, Gana, Guiné-Bissau, Mauritanía, Namíbia, Níger, Nigéria, República Democrática do Congo e Uganda.

137 Conjunto de ferramentas normalizadas elaboradas pela OMS para a análise e uso de dados das unidades de saúde https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis_routine_facility/en/

138 Angola, Benim, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Madagascar, Maláui, Mali, Mauritanía, Moçambique, Nigéria, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Sudão do Sul, Togo, Uganda e Zimbabué.

Figure 15
Hackathon
contre la
COVID-19



100 INNOVATEURS DE PREMIER PLAN

ont participé à un hackathon virtuel de trois jours contre la COVID-19

Les solutions prometteuses sélectionnées grâce à un processus d'arbitrage ont été fournies sous la forme de financement d'amorçage par l'OMS en vue de leur expérimentation et de leur transposition à une plus grande échelle dans les pays.

L'un des grands succès du partenariat avec l'AAS a été l'octroi d'une subvention, via un mécanisme de financement de l'AAS, aux innovateurs sélectionnés au titre du Challenge de l'innovation afin de leur permettre de transposer leurs innovations à une plus grande échelle. L'OMS a poursuivi sa collaboration avec les innovateurs du continent pour mettre au point des innovations susceptibles d'être déployées dans le cadre de la riposte à la COVID-19.

Promouvoir la santé numérique

La consultation sur la Stratégie mondiale pour la santé numérique a eu lieu pendant la soixante-neuvième session du Comité régional de l'Afrique, en 2019. Une formation de haut niveau sur la santé numérique a été organisée à l'intention des représentants de 14 États Membres à Cotonou (Bénin) en 2019. Six pays ont élaboré et commencé à mettre en œuvre des stratégies nationales en matière de santé numérique.¹³⁹

Le Kenya et les Seychelles mettent en place une plateforme intégrée de santé numérique qui automatise toutes les fonctions des établissements de santé. La plateforme fera l'objet d'un suivi à titre de projet expérimental dans ces pays au second semestre 2020. La plateforme de santé mobile pour la lutte contre les maladies non transmissibles (BeHealthy BeMobile) sera étendue à quatre autres pays en 2020, avec un accent particulier sur le diabète, le cancer du col de l'utérus, l'usage nocif de l'alcool et le sevrage tabagique.

Promouvoir la recherche

La collaboration avec le Comité consultatif africain pour la recherche et le développement en santé a été renforcé au cours de l'année écoulée, avec notamment la tenue de la première réunion du groupe reconstitué en octobre 2019. Le suivi des performances des systèmes nationaux de recherche pour la santé s'est poursuivi.

En collaboration avec les National Institutes of Health des États-Unis et la Fondation Bill & Melinda Gates, nous avons eu le bonheur d'annoncer l'établissement d'un nouveau partenariat à long terme pour la mise au point de traitements géniques de la drépanocytose et de l'infection à VIH. Ce partenariat a été établi deux mois après la manifestation parallèle sur la drépanocytose organisée par notre Comité régional, à laquelle a participé Antoinette Sassou Nguesso, la Première Dame de la République du Congo, par ailleurs ambassadrice mondiale de la lutte contre la drépanocytose.

Trente propositions ont bénéficié d'un financement dans le cadre d'un concours de subventions de faible montant organisé par le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, de l'OMS, et le Partenariat Europe-Pays en développement pour les essais cliniques en 2019-2020. Les jeunes chercheurs ont fait des découvertes intéressantes qui soutiendront les interventions de santé publique dans la Région. Par exemple, une étude a été menée sur l'optimisation du traitement antipaludéen dans les établissements de santé communautaires virtuels en République démocratique du Congo. Une autre étude, menée en Éthiopie, s'est intéressée à la recherche de contacts en tant que stratégie visant à améliorer la détection des cas de tuberculose chez les étudiants universitaires. Ces études, et bien d'autres encore, sont utiles pour la programmation des interventions de santé publique en ces temps d'épidémies et de pandémies.

139 Bénin, Botswana, Congo, Lesotho, Namibie et Niger.



5

Fournir un meilleur appui aux pays

5.1 Leadership, gouvernance et plaidoyer en faveur de la santé

Prestation de services au niveau des pays et appui inter pays

En vue de renforcer les compétences diplomatiques, politiques et gestionnaires des chefs des bureaux de pays de l’OMS, des programmes régionaux et mondiaux de formation à l’entrée en service ont été organisés, tout comme des ateliers préparatoires à l’intention des candidats inscrits sur des listes d’aptitude, afin d’accroître le taux de réussite des candidats issus de la Région.

La disponibilité d’une stratégie OMS de coopération avec les pays est désormais un indicateur clé attendu par l’Initiative internationale pour la transparence de l’aide. Au cours de l’année écoulée, 14 pays ont bénéficié d’un appui aux fins de l’élaboration d’une nouvelle stratégie de coopération avec le pays,¹⁴⁰ portant à 26 le nombre total de pays de la Région disposant d’une telle stratégie. Au Bénin, en Ouganda et au Soudan du Sud, les stratégies de coopération de l’OMS avec ces pays ont été évaluées afin de mesurer la contribution que l’OMS apporte au programme national de développement sanitaire et l’influence de l’Organisation sur ledit programme. Les évaluations ainsi réalisées ont accru le recours aux stratégies de coopération avec les pays pour éclairer la mise en œuvre du Plan-Cadre de coopération des Nations unies pour le développement durable dans chaque pays.

Les examens des profils du personnel et des structures de tous les bureaux de l’OMS dans les pays de la Région ont été achevés en août 2019 et la mise en œuvre des recommandations est en cours, avec le concours des partenaires. Dans le cadre de ces examens, plus de 800 réponses à des enquêtes anonymes auprès des parties prenantes ont été reçues et 300 consultations en face à face ont été menées, notamment avec des ministres de la santé et de hauts responsables des ministères des finances, de la planification et de l’agriculture, ainsi qu’avec des institutions du système des Nations Unies, des partenaires bilatéraux et des organisations de la société civile.

Un argumentaire a été élaboré en faveur de l’obtention de résultats au niveau des pays. Cet argumentaire énonce dix fonctions thématiques qui s’avèrent essentielles pour l’activité de l’OMS au niveau des pays dans la Région africaine. Ces fonctions thématiques sont les suivantes :

- 1) établir des partenariats pour la couverture sanitaire universelle, en mettant à profit la réforme des Nations Unies pour atteindre les cibles de l’objectif 3 de développement durable ;
- 2) renforcer la fonctionnalité des systèmes de santé au niveau des districts pour converger vers la couverture sanitaire universelle ;
- 3) renforcer les capacités de gouvernance sanitaire au niveau national ;
- 4) assurer la disponibilité des données, des informations et des éléments d’appréciation de la santé pour éclairer la prise de décision ;
- 5) mettre en place les capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005), y compris la surveillance et les services de laboratoires ;
- 6) renforcer les systèmes de santé en mettant l’accent sur le personnel de santé, sur la réglementation pharmaceutique et des fournitures et sur la gestion de la chaîne d’approvisionnement ;
- 7) trouver des solutions de financement de la santé, moyennant des stratégies pérennes et l’utilisation rationnelle des ressources ;
- 8) collaborer avec les secteurs essentiels pour lutter contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, et pour prévenir les décès maternels et améliorer l’état de santé des adolescents ;

- 9) assurer un soutien opérationnel efficace ; et
- 10) maintenir l'appui du Bureau régional à la mise en œuvre des fonctions thématiques essentielles.

Renforcement des relations extérieures et des partenariats

Les actions se sont poursuivies pour établir et maintenir une collaboration efficace et à haut impact axée sur l'atteinte des objectifs communs. Des réunions bilatérales ont eu lieu avec les gouvernements du Danemark, de la France, du Japon, du Maroc, des Pays-Bas, de la Norvège, du Qatar, de la Suède, du Royaume-Uni et des États-Unis d'Amérique, ainsi qu'avec la Commission de l'Union africaine et avec la Fondation Bill & Melinda Gates. Grâce à ces réunions, un programme de collaboration renforcée a par exemple été défini entre la France et l'Organisation mondiale de la Santé, et un mémorandum d'accord a été conclu entre la Commission de l'Union africaine et l'OMS.

En août 2019, un plan de travail conjoint a été conclu par l'OMS et le CDC-Afrique pour une durée de deux ans, afin de rationaliser et de coordonner les actions visant à améliorer la sécurité sanitaire en Afrique, conformément au mémorandum d'accord que l'OMS a conclu avec la Commission de l'Union africaine. Des groupes de travail techniques conjoints ont aussi été créés pour faciliter l'échange d'informations et l'élaboration de produits communs. Dans le cadre de la mise en œuvre, un cadre de collaboration transfrontalière pour la lutte contre la maladie à virus Ebola a été convenu entre la République démocratique du Congo et ses neuf pays voisins.

En vue de renforcer la collaboration avec les communautés économiques régionales, la Directrice régionale a désigné des représentants de l'OMS en tant qu'agents de liaison, selon leur proximité par rapport au siège de l'organisation concernée ; ainsi, la Représentante de l'OMS au Botswana assure la liaison avec la Communauté de développement de l'Afrique australe ; la Représentante de l'OMS au Burkina Faso assure la liaison avec la CEDEAO ; et le Représentant de l'OMS au Kenya assure la liaison avec à la fois l'Autorité intergouvernementale pour le développement et la Communauté de l'Afrique de l'Est. Le Représentant de l'OMS en Afrique du Sud a continué à représenter la Région dans les discussions avec « les » BRICS (Brésil, Russie, Inde, Chine, Afrique du Sud).

Un mémorandum d'accord a été signé entre le Secrétariat de la Communauté d'Afrique de l'Est et la Directrice régionale, tandis qu'une stratégie de collaboration transfrontalière a été élaborée dans la sous-région dans le contexte de la lutte contre la pandémie de COVID-19. L'OMS a établi un dialogue avec les membres du Parlement panafricain sur la question de la couverture sanitaire universelle, notamment la mortalité maternelle, la sécurité sanitaire (Ebola et coronavirus) et la lutte contre les maladies non transmissibles. L'OMS a donné des avis techniques à la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique en ce qui concerne son initiative pharmaceutique, mais l'Organisation a aussi collaboré à la production de statistiques et à l'enregistrement des statistiques d'état civil afin de renforcer conjointement la capacité des États Membres à produire des statistiques sur la mortalité.

La collaboration active de l'OMS avec les partenaires du mécanisme Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA) a donné des résultats précieux du point de vue de la gouvernance et du financement de la santé, ce qui facilitera la progression des pays sur la voie qui mène à la couverture sanitaire universelle. Des guides pratiques sur l'optimisation des ressources dans le domaine de la santé et la collaboration public-privé ont été élaborés à l'intention des décideurs et des gestionnaires de programme.

La première visite officielle d'un Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique au Japon a eu lieu en août 2019 à l'occasion de la Conférence internationale de Tokyo sur le développement de l'Afrique. Au cours de cet événement, les partenaires de HHA ont organisé une manifestation parallèle qui a réuni des ministres de la santé et des représentants de la Commission de l'Union africaine autour du besoin urgent d'améliorer la coordination de l'action menée en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle, tout comme les initiatives visant à renforcer la sécurité sanitaire.

La mise en œuvre du Cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques s'est poursuivie, spécialement avec l'élaboration, à l'intention du personnel de l'OMS, d'un guide complet visant à faciliter l'accès aux outils, aux lignes directrices et aux formats standards pour chaque type de collaboration. Ces efforts ont contribué à une augmentation de 73 % du nombre d'engagements approuvés avec des acteurs non étatiques (on est en effet passé de 49 approbations en juillet 2019 à 85 approbations en juin 2020).

Approches novatrices pour les organes directeurs de l'OMS

Le Secrétariat de l'OMS continue de faire tout mettre en œuvre pour améliorer les méthodes de travail de ses organes directeurs et accompagner les États Membres dans l'exercice de leur rôle de surveillance. En mars 2020, le Secrétariat a publié la première édition du document intitulé « Comité régional de l'OMS pour l'Afrique : guide à l'usage des États Membres et des participants ». Ce document donne des conseils aux États Membres et aux autres participants pour qu'ils puissent se préparer et participer avec efficacité aux sessions du Comité régional de l'Afrique.

À sa soixante-neuvième session, le Comité régional de l'Afrique a désigné la Dre Matshidiso Moeti pour un second mandat en qualité

de Directrice régionale pour l'Afrique. Cette nomination a été approuvée par le Conseil exécutif à sa cent quarante-sixième session, qui s'est tenue en février 2020. L'élection a eu lieu après l'adoption du Code de conduite relatif à la désignation du Directeur régional, ce qui a permis de continuer à promouvoir un processus de désignation transparent, équitable et ouvert.

Le calendrier des sessions des organes directeurs a été fortement perturbé par la pandémie de COVID-19. Les consultations et réunions informelles ont été annulées aux niveaux mondial et régional, et des mesures énergiques ont été prises pour remplacer certaines d'entre elles par des réunions virtuelles.

Communications proactives de l'OMS

Des progrès considérables continuent d'être réalisés pour améliorer la communication externe en vue d'atteindre les cibles du « triple milliard » annoncées dans le treizième programme général de travail. Une nouvelle stratégie axée plus sur une communication proactive que réactive consiste à élargir la portée du public et à relever la qualité des produits, ce qui accroît la visibilité de l'OMS et renforce le plaidoyer sur les questions clés de santé.

Afin d'accroître la couverture de l'activité de l'OMS au niveau des pays, 18 points focaux nationaux spécialisés en communication ont bénéficié, en novembre 2019, d'une formation à la rédaction de reportages, à la photographie et à l'utilisation des réseaux sociaux. Une collaboration est en cours pour accroître la production multimédia sur le terrain.

Un studio qui avait été abandonné ces dernières années a fait l'objet d'améliorations techniques en août 2019, ce qui a permis d'utiliser à nouveau cet espace pour l'enregistrement et le montage de produits multimédias. L'équipe chargée de la communication a pu mener ses premières séances en direct sur Facebook au Bureau régional et produire des dizaines de vidéos sociales, de messages vidéo et d'entretiens avec les médias.

Entre juin 2019 et juin 2020, le nombre d'abonnés au compte Twitter du Bureau régional (@WHOAFRO) a augmenté de 500 % (pour atteindre 160 000 nouveaux abonnés), alors que le nombre d'abonnés au compte de la Directrice régionale (@MoetiTshidi) a plus que quadruplé pour atteindre 25 000 abonnés. Sur la page Facebook du Bureau régional (WHOAFRO), la communication a largement reposé sur la hausse du nombre d'abonnés, la diffusion de messages plus clairs et l'utilisation d'images de qualité, ainsi que sur une plus grande variété de contenus visuels multimédias, tels que des infographies, des GIF et autres animations. Ce compte est désormais suivi par 250 000 abonnés, contre 20 000 abonnés en juin 2019.

En 2019, une campagne de sensibilisation des jeunes sur les réseaux sociaux, intitulée « #TheTeaOnHIV », a été lancée pour donner aux adolescents et aux jeunes des informations sur le VIH et pour lutter contre la stigmatisation. La campagne a touché 1,7 million de jeunes Africains.

Figure 16
Événements
médiatiques
impliquant l'OMS



Les experts de l'OMS ont participé à près de 500 événements médiatiques, soit cinq fois plus que l'année précédente. Les porte-parole de l'OMS sont apparus dans des médias tels que la SABC, AllAfrica.com, Jeune Afrique, BBC Afrique, BBC Focus on Africa, New York Times, BBC World Service, Radio France Internationale, France 24, Der Spiegel, Le Figaro, Voice of America, CNN, Le Monde, Associated Press, NBC, Bloomberg, CGTN et Deutsche Welle, pour ne citer que ces exemples. Les relations avec les médias se sont également intensifiées. L'OMS est ainsi intervenue dans divers

programmes, dans les éditions mondiale comme régionale, au sein d'un même organe de presse.

Le site Web du Bureau régional a enregistré une croissance impressionnante du nombre de visites. Entre juin 2019 et mai 2020, le nombre d'utilisateurs du site Web a augmenté de 200 % pour atteindre trois millions et le nombre de pages consultées a augmenté de 114 %. La portée de l'audience grâce à Poppulo, la plateforme de distribution de bulletins d'information, s'est aussi améliorée. Environ 1,2 million de messages ont été envoyés via Poppulo, la plateforme

de collaboration avec les parties prenantes, entre juin 2019 et mai 2020, et le nombre d'abonnements a doublé pour s'établir autour de 28 000 abonnés. Les ministres de la santé et des affaires étrangères, les donateurs, les ambassades et les médias sont parmi les principales parties prenantes concernées.



Depuis février 2020, l'unité Communication du Bureau régional publie un bulletin d'information hebdomadaire sur la COVID-19 qui contient des communiqués de presse de première importance et des reportages, tout comme des infographies et des vidéos mettant en relief les efforts déployés par les pays de la Région, de même que les défis à relever pour freiner la propagation du virus. Environ 58 % des ministres de la santé lisent régulièrement ce bulletin d'information.

En outre, depuis mars 2020, avec l'appui du Forum économique mondial, le Bureau régional organise chaque semaine des points de presse virtuels sur la pandémie de COVID-19, sous la direction de la Directrice régionale

et d'un groupe d'experts. Ces points de presse, qui ont abordé des questions essentielles se rapportant à la riposte dans la Région, ont attiré des centaines de journalistes du monde entier et des dizaines de milliers de téléspectateurs en direct.

5.2 Gestion efficace des ressources financières, humaines et administratives

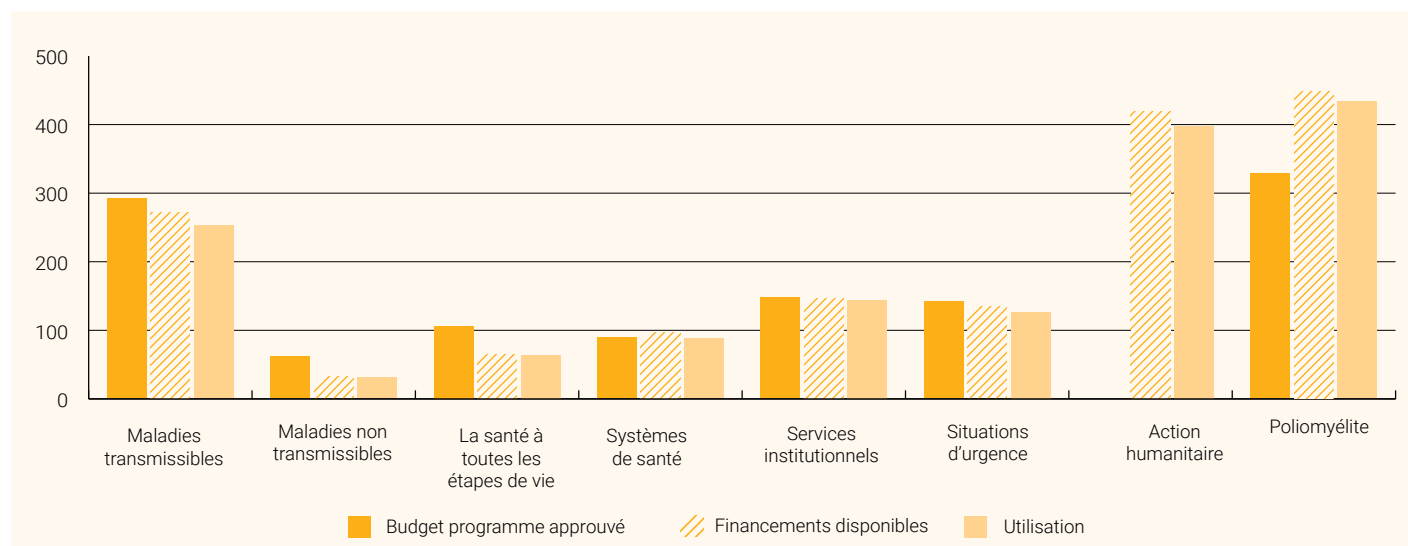
Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, le plan de continuité institutionnelle a été renforcé dans tous les bureaux de l'OMS dans la Région africaine. Ces plans ont été activés et mis en œuvre en fonction de la gravité du risque posé par la COVID-19, en fonction de la situation qui prévaut dans chaque pays. Compte tenu des restrictions imposées sur les déplacements et les voyages, le groupe organique Administration générale et coordination a aidé le personnel à opérer la transition vers le télétravail. L'assistance fournie comprenait une utilisation accrue des technologies basées sur le « cloud » et le recours à des services d'interprétation simultanée hors site pour les formations et les réunions virtuelles.

Exécution des budgets programmes 2018-2019 et 2020-2021 de l'OMS

Figure 17

Budget programme approuvé pour la Région africaine au titre de l'exercice 2018-2019 (en millions de dollars), au 31 décembre 2019

La période considérée comprend une partie de la dernière année couverte par le budget programme 2018-2019 de l'OMS et la première année du budget programme de l'Organisation pour l'exercice biennal 2019-2020.



À la fin de l'exercice biennal 2018-2019, une proportion de 89 % (741,9 millions de dollars des États-Unis) du budget de base approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé (834,1 millions de dollars) était financée et la proportion de budget de base financée avait été exécutée à 85 % (ce qui équivaut en valeur absolue à 707,1 millions de dollars). Le budget de base a augmenté de 11 % comparativement à celui de l'exercice biennal 2016-2017.

L'action de l'OMS en faveur du renforcement des systèmes de santé et de la lutte contre les maladies transmissibles a bénéficié d'un financement suffisant grâce à des contributions à objet désigné. La lutte contre les maladies non transmissibles reste chroniquement sous-financée, alors même qu'elle constitue une priorité majeure pour les États Membres. Ce déficit de financement a limité la capacité de l'Organisation à soutenir les efforts que les pays font dans ce domaine d'intervention essentiel. Les fonds flexibles qui représentent 34 % (281,6 millions de dollars) du segment de base de 834,1 millions de dollars ont été alloués en priorité aux domaines sous-financés.

Figure 18

Budget programme approuvé pour la Région africaine au titre de l'exercice 2020-2021 (en millions de dollars), au 30 juin 2020

Segment	Catégorie	Budget programme approuvé	Fonds disponibles	Utilisation	Financement disponible, exprimé en pourcentage du budget programme approuvé	Utilisation, exprimée en pourcentage du budget programme approuvé
Budget de base	Couverture sanitaire universelle	358,4	185,4	64,2	52 %	18 %
	Situations d'urgence	282,5	118,3	62,2	42 %	22 %
	Santé et bien-être	111,5	17,8	6,5	16 %	6 %
	Une OMS efficace	240	102	46,4	43 %	19 %
Interventions en cas d'épidémies ou de crises	Action humanitaire	274	249,6	152,7	91 %	56 %
Poliomyélite		252,8	141,5	71,5	56 %	28 %
Total, budget de base		992,4	423,5	179,3	43 %	18 %

Les plans d'intervention humanitaire et autres appels, qui sont motivés par des événements, n'avaient pas de budget prédéterminé. Au cours de l'exercice biennal, 500,4 millions de dollars ont été alloués, dont 83,4 % (417,5 millions de dollars) ont été financés jusqu'en décembre 2019.

Le segment de base du budget programme approuvé pour l'exercice 2020-2021 a enregistré une augmentation de 19 % (158,3 millions de dollars) par rapport à celui de la période biennale 2018-2019. Cette augmentation permettra de soutenir les priorités régionales, à savoir : renforcer la capacité de l'OMS à avoir un impact dans les pays ; assurer la transition des acquis de la lutte contre la poliomyélite et intégrer dans le budget de base des fonctions essentielles de santé publique telles que la surveillance de la poliomyélite, la vaccination, l'endiguement, la préparation et la riposte ; consolider l'action de l'OMS dans le domaine des données et de l'innovation ; et assurer le financement du prélèvement effectué au titre de la réforme des Nations Unies pour soutenir le renforcement du système des coordonnateurs résidents.

La pandémie de COVID-19 a occasionné un déséquilibre dans le financement et l'exécution du budget-programme 2020-2021. Au 30 juin 2020, en tout 43 % du segment de base était financé, contre 91 % du segment de l'action humanitaire. La mise en œuvre est surveillée de près et les plans de travail font l'objet d'un suivi dans le cadre de l'épidémie de COVID-19 afin de garantir une exécution optimale du budget programme.

En vue de contribuer à une meilleure exécution du treizième programme général de travail, des approches stratégiques ont été adoptées, notamment : la redéfinition des priorités et la reprogrammation des cibles, des budgets et des ressources par tous les centres budgétaires dans le cadre des rapports semestriels ; l'alignement des KPI programmatiques sur le treizième PGT et l'harmonisation avec les indicateurs de la COVID-19 ; la mise en place systématique de processus de gestion conjointe des programmes ; la création d'équipes chargées de la fourniture des produits escomptés ; le recrutement de responsables de la gestion des programmes au niveau des pays ; et la promotion d'une culture de l'optimisation des ressources à l'échelle régionale.

Améliorer la conformité et la responsabilisation

Des progrès ont été accomplis vers le renforcement de la gestion des risques à travers la Région, avec l'appui d'une évaluation externe visant à mesurer l'amélioration de la qualité des registres des risques, couplée à l'adoption d'une approche plus inclusive pour les processus de gestion des risques dans les centres budgétaires. Parmi les principaux risques, on peut citer : le manque de financement pérenne pour les programmes ; l'instabilité politique, autant que la capacité ou l'engagement limité des États Membres ; la sécurité du personnel et des locaux ; et l'inadéquation entre les ressources et les priorités stratégiques. L'efficacité et la mise en œuvre dans les meilleurs délais des plans d'atténuation des risques ont été renforcées grâce à des évaluations périodiques. Une attention supplémentaire sera accordée au renforcement des capacités du personnel technique et à une intégration plus complète de la gestion des risques dans la planification et le suivi.

Les principaux indicateurs de résultats concernant la gestion ont continué à être utilisés pour surveiller, mesurer et renforcer les mécanismes de contrôle interne et de conformité, les résultats individuels et collectifs, ainsi que l'efficacité et la fourniture de services en temps voulu. Pour ce qui a trait à l'exécution du budget programme, l'utilisation des principaux indicateurs de résultats a favorisé un suivi plus étroit des attributions, une utilisation plus rapide, plus efficace et à moindre risque des ressources disponibles, une réduction des dépenses excessives et de meilleures relations avec les donateurs.

Avec la pandémie de COVID-19, l'accélération de la disponibilité de recettes et l'enregistrement de contributions ont donné la possibilité d'allouer rapidement des ressources aux pays. Cela a permis de prendre au plus tôt des mesures de préparation et de riposte au niveau des pays.

En mai 2020, trente-huit rapports sur la coopération financière directe étaient en souffrance, ce qui représente 4 % du total des activités de coopération financière directe menées en 2018-2019 et 1 % de la valeur de l'ensemble de ces activités, contre 6 % en 2019.

En veillant à une gestion rationnelle de la trésorerie au niveau des pays, le Bureau régional a amélioré le respect des obligations de rapprochement des comptes d'avance. Le taux de conformité est passé de 96 % en 2018 à 99 % en 2019, ce qui est légèrement inférieur à la valeur cible de 100 % de rapprochements effectués sans encours dans un délai de 90 jours.

Le Bureau des services de contrôle interne a vérifié les comptes au Kenya, en République centrafricaine et en République démocratique du Congo (y compris les comptes ouverts au titre de la riposte à la maladie à virus Ebola). Aucun résultat d'audit insatisfaisant n'a été enregistré pour la quatrième année consécutive. En 2019, des vérifications extérieures des comptes ont été effectuées dans les bureaux de pays de l'OMS au Nigéria, en Ouganda et au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, sans qu'aucun problème majeur ne soit identifié.

En 2019-2020, le Ministère du développement international (Royaume-Uni), encore connu sous son sigle DFID, a procédé à des vérifications diligentes des activités menées par l'OMS au Bureau régional, en République démocratique du Congo, au Ghana, au Libéria, en Ouganda et au Soudan du Sud, lesquelles vérifications constituaient une condition préalable à un appui continu du DFID aux opérations régionales et nationales. Ces évaluations ont confirmé la solidité des systèmes de l'OMS, avec des politiques de gestion saines et des mécanismes internes efficaces de contrôle et de responsabilisation. Le DFID a constaté des améliorations dans les mesures de sauvegarde des opérations et une intégration plus poussée de la gestion des risques dans la planification et la mise en œuvre des programmes.

En vue de s'assurer que chaque dollar dépensé se traduise par des produits et des résultats plus importants, l'OMS applique depuis 2018 le principe de l'optimisation des ressources. Dans la Région africaine, l'OMS a élaboré un cadre directeur pour l'optimisation des ressources, désigné des champions chargés de prêter assistance au personnel dans la mise en œuvre de cette approche, et organisé des ateliers de formation des formateurs.

Au cours de l'année écoulée, des mesures d'économie et de maîtrise des coûts ont permis de réaliser des économies d'au moins 10 millions de dollars dans les services de traduction, d'interprétation et d'impression de documents, ainsi que dans les achats, la gestion du temps de communication et de l'accès à Internet, tout comme dans l'utilisation de technologies pour faciliter les réunions (Zoom, MS Teams, WebEx et Skype for business), sans oublier les services d'appui administratif (voyages, gestion des actifs, services publics) et les missions sur le terrain.

Promouvoir la sûreté, la sécurité et le bien-être du personnel

L'évolution rapide de l'environnement sécuritaire et la fluctuation des niveaux de menace dans de nombreux pays africains nécessitent un soutien et des investissements importants, de même qu'un suivi permanent et approfondi.

Des investissements ont été réalisés à partir du Fonds mondial pour la sécurité, ce qui a aidé à accroître le niveau de sécurité opérationnelle dans 18 pays de la Région à risque élevé d'insécurité. Les investissements ont principalement porté sur le renforcement de l'infrastructure de sécurité et des communications, le but étant d'améliorer la conformité aux normes de sécurité opérationnelle préconisées par le Département de la sûreté et de la sécurité des Nations Unies (UNDSS).



10 MILLIONS DE DOLLARS

d'économies réalisées grâce à des mesures de maîtrise des coûts dans les domaines ci-après :

SERVICES DE TRADUCTION

INTERPRÉTATION ET IMPRESSION DE DOCUMENTS

ACHATS MISSIONS SUR LE TERRAIN

GESTION DU TEMPS DE COMMUNICATION ET DE L'ACCÈS À INTERNET

UTILISATION DE TECHNOLOGIES POUR FACILITER LES RÉUNIONS

SERVICES D'APPUI ADMINISTRATIF

Figure 19
Mesures d'économie et de maîtrise des coûts

L'épidémie de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo a nécessité un soutien important sur le plan sécuritaire, car l'Organisation menait ses opérations dans une zone en proie à un conflit, en collaboration avec l'UNDSS, la Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la stabilisation en République démocratique du Congo et d'autres partenaires du système des Nations Unies. Comme dans toute zone de conflit où une aide humanitaire est assurée, un équilibre très délicat doit être maintenu pour garantir la sécurité du personnel humanitaire tout en s'assurant le soutien des personnes auxquelles l'aide est destinée.

Le déploiement d'une équipe d'agents de sécurité internationaux et locaux a justement permis à l'OMS de trouver cet équilibre et de faciliter la recherche des contacts, tout comme la vaccination dans des endroits éloignés et difficiles d'accès.

Donner au personnel les moyens d'action nécessaires et prendre des mesures en faveur de la parité hommes-femmes

Dans la Région africaine, l'OMS continue d'investir dans le recrutement, la fidélisation et le développement de son personnel dans le cadre du Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine. La parité hommes-femmes continue de s'améliorer parmi les membres

du personnel de la catégorie professionnelle recrutés sur le plan international et titulaires d'un engagement de longue durée, la représentation féminine au sein de cette catégorie du personnel étant passée de 32,4 % en 2019 pour s'établir à 33,2 % en 2020.

L'Initiative des jeunes championnes d'Afrique a été lancée conjointement par l'OMS et par le programme des Volontaires des Nations Unies en mars 2020 pour identifier et former des professionnelles africaines en début et en milieu de carrière afin de renforcer les aptitudes et les compétences en matière de santé dans le monde. L'objectif est de recruter 100 volontaires des Nations Unies et, à ce jour, 12 ont été recrutés (à 83 % des femmes).

Dans le droit fil de l'examen fonctionnel et de la restructuration en cours de l'Organisation dans la Région, l'équipe chargée de la gestion des ressources humaines a donné aux gestionnaires de programme et chefs d'unité des conseils pour la mise en œuvre des recommandations et prêté assistance au personnel moyennant plusieurs séances d'orientation professionnelle.

Une Organisation plus connectée, grâce à une gestion rationnelle des technologies de l'information et de la communication

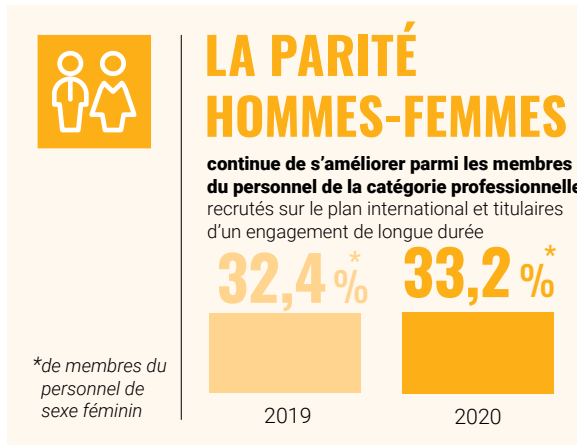
Les services et outils informatiques utilisés par l'OMS dans la Région africaine font sans cesse l'objet d'améliorations. Ainsi, le processus d'autorisation des documents par voie électronique permet d'améliorer le suivi, d'assurer un archivage sûr et de réduire l'utilisation du papier.

L'utilisation des technologies basées sur le « cloud » pour les réunions internes et externes s'est intensifiée considérablement au premier semestre 2020, dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Renforcer le multilinguisme

Au cours de l'année écoulée, les efforts d'optimisation des ressources se sont poursuivis dans les services de traduction, d'interprétation et d'impression. Les mesures introduites en 2018 pour recruter davantage d'interprètes locaux, jumeler des interprètes de haut niveau avec des interprètes débutants et revoir le barème de rémunération des services de traduction ont continué à générer des économies de coûts considérables se chiffrant à plus de 460 000 dollars.

Figure 20
Parité hommes-femmes



L'adoption d'outils de traduction et de terminologie assistées par ordinateur (Memsources, et le déploiement imminent du système eLUNA conçu spécialement pour les institutions du système des Nations Unies) améliorera la qualité et la cohérence des traductions et ouvre des perspectives de gains de temps et de réduction de coûts supplémentaires, car toutes les traductions précédentes deviennent immédiatement disponibles et accessibles.

Un appui opérationnel solide

L'appui apporté à l'organisation de réunions, de conférences et de formations interpays a permis la tenue de 682 événements au cours de l'année écoulée. Ces événements ont rassemblé plus de 12 500 participants, et avaient pour vocation de faire avancer les priorités stratégiques et techniques pour améliorer la santé publique en Afrique.

Le projet H-Corpo lancé à titre expérimental dans des villes de la Région africaine a permis de maîtriser les coûts à hauteur de plus de 1,43 million de dollars.

Le complexe du Bureau régional se compose d'un bâtiment principal et de 124 villas et appartements occupés par des membres du personnel. Plusieurs projets de rénovation sont en cours, notamment l'installation d'un nouveau système de climatisation à eau réfrigérée, la modernisation des installations sanitaires et des systèmes d'eau, ainsi que le remplacement des ascenseurs en panne au niveau du bâtiment principal. Trois onduleurs de grande capacité ont été achetés et installés afin d'améliorer l'autonomie de la connexion Internet.

Une étude visant à détecter la présence d'amiante a révélé des traces d'amiante, qui ne présentent toutefois pas de danger pour les personnes se trouvant dans les bâtiments. Une cartographie de l'emplacement de ces traces d'amiante est en cours et des précautions seront prises pour les éliminer. Des mesures visant à « verdir » le complexe sont également en cours ; dans cette logique, plus de 200 arbres ont été plantés au cours de l'année écoulée, pour un objectif fixé à 100 arbres plantés chaque année jusqu'en 2025. Le plan de renouvellement du parc automobile du Bureau régional se poursuit et a permis d'améliorer le confort des usagers et la visibilité de l'Organisation.

Avec le lancement à titre expérimental du projet de gestion du parc automobile dans quelques pays de la Région, des systèmes de traçage ont été installés dans les véhicules, ce qui donne la possibilité de recueillir des statistiques fiables et d'améliorer la sécurité et l'efficacité opérationnelles des moyens de transport terrestre de l'OMS. Dans de nombreux pays, les bureaux de l'OMS, en collaboration avec l'UNICEF, se défont à présent de leurs biens obsolètes moyennant des ventes aux enchères publiques. Cette solution a rapporté plus de 500 000 dollars de recettes.

Conclusion et perspectives d'avenir

La pandémie de COVID-19 continue d'avoir de lourdes conséquences sur les individus, les sociétés et les économies en Afrique comme dans le reste du monde. L'objectif est d'éradiquer le virus, mais nous devons reconnaître que l'enjeu est aussi de trouver un équilibre entre l'atteinte de cet objectif et les répercussions que cela pourrait engendrer sur le plan économique. Au moment où nous nous adaptons à la nouvelle normalité, les pays, avec le soutien de l'OMS et d'autres partenaires, devraient continuer à porter à l'échelle voulue des capacités de santé publique efficaces et veiller à ce que les populations soient bien informées et outillées pour adopter les comportements qui réduisent au minimum la propagation du virus.

Les mesures de préparation de l'introduction rapide de tout vaccin disponible vont commencer dès à présent du point de vue des aspects réglementaires et de la planification de la fourniture. Parallèlement, le plaidoyer devra se poursuivre en faveur de l'équité dans l'accès à un tel vaccin et l'action continuera d'être menée avec les États Membres pour qu'ils s'impliquent dans tous les mécanismes visant à assurer un accès équitable aux vaccins.

La crise née de la pandémie de COVID-19 est aussi l'occasion de renforcer la résilience des systèmes de santé et d'élargir l'accès aux soins de santé pour les groupes vulnérables. L'année 2020 pourrait constituer un tournant décisif vers plus de solidarité, avec une place accrue pour la science et pour l'équité.



Au cours de l'année à venir, l'OMS entend poursuivre sa collaboration avec les États Membres et ses partenaires pour faire en sorte que chacun, où qu'il soit, ait accès aux soins de santé sans pour autant encourir des difficultés financières. Il s'agira notamment de répondre aux besoins de différents sous-groupes de population, de poursuivre les efforts visant à éradiquer, à éliminer, à maîtriser et à prévenir les maladies, et de promouvoir le bien-être de la population en agissant sur les déterminants de la santé.

À dix ans de l'échéance fixée pour l'atteinte des objectifs de développement durable, les progrès accomplis dans la réalisation de certaines cibles liées à la santé sont à la traîne et risquent d'être compromis encore plus par les perturbations actuelles. La même urgence et la même démarche pangouvernementale et pansociétale utilisées au titre de la riposte à la COVID-19 devraient être permettre d'accélérer l'action sur les objectifs convenus sur le plan mondial, ce qui sauvera des vies et fera progresser le développement national et la croissance économique. L'OMS dans la Région africaine se tient disposée à poursuivre sa collaboration avec les États Membres et les partenaires afin d'atteindre ces objectifs.

Annexe. Publications récentes de l'OMS dans la Région africaine

Caboré, Joseph et al. The potential effects of widespread community transmission of SARS-CoV-2 infection in the World Health Organization African Region: a predictive model, *BMJ Global Health*, Vol. 5, Issue 5, 2020. Disponible à l'adresse <https://gh.bmj.com/content/5/5/e002647.full>.

Loua, André et al. A review of policies and programmes for human organ and tissue donations and transplantations, WHO African Region (28 April 2020), *Bull World Health Organ* 2020;98:420–42. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/bulletin/volumes/98/6/19-236992.pdf>.

Mwenda, Jason et al. Pediatric Bacterial Meningitis Surveillance in the World Health Organization African Region Using the Invasive Bacterial Vaccine-Preventable Disease Surveillance Network, 2011–2016, *Clinical Infectious Diseases*® 2019;69(S2):S49–57 DOI: 10.1093/cid/ciz472.

Ousman K et al., The impact of Infection Prevention and control (IPC) bundle implementation on IPC compliance during the Ebola virus outbreak in Mbandaka/Democratic Republic of the Congo: a before and after design. *BMJ Open*. 2019; 9(9): e029717. Disponible à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6731777/>.

Talisuna A et al., Joint external evaluation of the International Health Regulation (2005) capacities: current status and lessons learnt in the WHO African region, *BMJ Glob Health*. 2019; 4(6): e001312. Publié en ligne le 1^{er} novembre 2019. doi: 10.1136/bmjgh-2018-001312.

Talisuna AO et al., Spatial and temporal distribution of infectious disease epidemics, disasters and other potential public health emergencies in the World Health Organisation Africa region, 2016–2018, *Global Health*. 2020; 16: 9. Publié en ligne le 15 janvier 2020. doi: 10.1186/s12992-019-0540-4.



**Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de l'Afrique**

Cité du Djoué, Boîte Postale 06, République du Congo

Téléphone : +(47 241) 39402

Courriel : afrgocom@who.int

Site Web : afro.who.int

Facebook : WHOAFRO

Twitter : @WHOAFRO