

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-dixième session
Session virtuelle, 25 août 2020

Point 8 de l'ordre du jour

**RENFORCEMENT DE LA PRÉSENCE DANS LES PAYS POUR ASSURER LA
COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE EN AFRIQUE**

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE.....	1-5
ENJEUX ET DÉFIS.....	6-11
MESURES PROPOSÉES.....	12-16

CONTEXTE

1. L'adoption des objectifs de développement durable et la réforme des Nations Unies ont amené l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à assumer des rôles et des responsabilités supplémentaires, étant entendu que le programme mondial d'action sanitaire est étroitement lié aux autres objectifs de développement. En vue d'atteindre ces objectifs, l'OMS a défini, dans son treizième programme général de travail, les cibles du triple milliard, à savoir parvenir à la couverture sanitaire universelle, protéger les populations face aux situations d'urgence et promouvoir la santé et le bien-être des populations partout dans le monde.

2. Les cibles du triple milliard de l'OMS et les objectifs de développement durable liés à la santé ne seront atteints que si des progrès décisifs sont réalisés vers la couverture sanitaire universelle. C'est pour cette raison que les cibles relatives à la couverture sanitaire universelle ont été intégrées dans les stratégies nationales de santé de la plupart des États Membres de l'OMS dans la Région africaine.¹ La contribution attendue du Secrétariat de l'OMS à la mise en œuvre de ces stratégies nationales sera optimisée si l'Organisation réussit à aligner sa présence dans les pays sur les besoins des États Membres. Tel est en tout cas l'un des objectifs clés énoncés dans le Programme de transformation lancé en 2015 par la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique.² Le Programme de transformation élaboré par la Directrice régionale vise à mettre en place une Organisation dynamique, proactive, outillée pour répondre aux besoins, axée sur les résultats, transparente, comptable de ses actes, dotée de ressources suffisantes et bien équipée.

3. Eu égard au fait que les besoins sanitaires des États Membres varient et évoluent constamment, l'OMS ne serait pas avisée d'adopter une approche unique applicable à l'ensemble des pays. En vue de déterminer le type et le niveau d'appui requis pour réaliser les priorités des pays, l'OMS a conduit, entre août 2017 et octobre 2019, des examens fonctionnels de tous ses 47 bureaux de pays dans la Région africaine. Dans le cadre de cet exercice, plus de 800 entretiens ont été menés avec des personnes anonymes et plus de 300 consultations ont eu lieu avec diverses parties prenantes, parmi lesquelles des ministres et des hauts fonctionnaires du Ministère de la santé, des équipes de pays des Nations Unies, des partenaires bilatéraux et des organisations de la société civile. Dans certains pays, des représentants du Ministère des finances, du Ministère de la planification nationale et du Ministère de l'agriculture étaient également sondés au titre de cette activité.

4. L'équipe en charge de conduire les examens fonctionnels a recensé les principaux défis à relever pour parvenir à la couverture sanitaire universelle dans les différents pays et combler les attentes des partenaires quant au rôle que l'OMS devrait jouer à cet effet. Les domaines d'intervention prioritaires pour lesquels l'OMS dispose clairement d'un avantage comparatif ont été définis conjointement avec les parties prenantes, y compris le personnel des bureaux de pays de l'OMS. En conséquence, il a été recommandé que la réaffectation des ressources cible uniquement les domaines prioritaires. L'équipe en charge de conduire les examens fonctionnels a aussi proposé une révision de la structure de l'ensemble des bureaux de pays de l'OMS pour avoir la certitude que chaque bureau de pays dispose de l'éventail des compétences voulues et d'un effectif aligné sur les besoins des pays. En outre, l'équipe en charge de conduire les examens fonctionnels a recommandé des pratiques de gestion qui favorisent l'intégration pour un impact optimal.

¹ UHC in Africa: A framework for action P5 (disponible à l'adresse <http://documents.worldbank.org/curated/en/735071472096342073/pdf/108008-v1-REVISED-PUBLIC-Main-report-TICAD-UHC-Framework-FINAL.pdf>), consulté le 27 février 2020.

² Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine 2015-2020.

5. Le présent document fait le point sur les problèmes rencontrés pendant les examens fonctionnels et énonce les mesures que l’OMS devrait prendre pour prêter son assistance aux États Membres dans les efforts qu’ils font pour converger vers la couverture sanitaire universelle. Il recommande des approches conformes aux normes internationales les plus élevées pour répondre à l’évolution des besoins et des attentes des populations.

ENJEUX ET DÉFIS

6. **Une mauvaise coordination des partenaires.** Dans la majorité des États Membres, les différentes parties prenantes ont décrit le soutien des partenaires comme étant compartimenté, vertical et, à bien des égards, comme faisant double emploi et ne correspondant pas aux priorités nationales en matière de couverture sanitaire universelle. Il s’agit là d’une source importante de gaspillage et de manque d’efficacité, car la plupart des États Membres restent fortement tributaires du financement extérieur, exception faite de quelques-uns³ où la coopération technique entre le gouvernement et les partenaires de développement est limitée et où de tels partenaires sont peu nombreux. Les efforts visant à assurer la coordination des partenaires manquent de cohérence et sont peu soutenus en dépit des initiatives prises dans de nombreux États Membres pour améliorer la coordination des investissements et les interventions dans la santé entre les pouvoirs publics et les partenaires.⁴ Par exemple, les mesures que certains partenaires du développement sanitaire ont essayé de prendre pour éviter les doubles emplois en coordonnant leurs interventions par des regroupements formels⁵ ne signifient pas pour autant que ces interventions seront désormais alignées sur les priorités nationales.

7. **Des capacités limitées en matière de gouvernance du secteur de la santé aux niveaux national et infranational.** Les capacités du Ministère de la santé à fédérer les partenaires autour des priorités nationales et à coordonner leurs interventions se sont avérées limitées dans la majorité des pays. Ce problème s’est posé avec acuité au Bénin et au Burkina Faso. En conséquence, les institutions multilatérales, particulièrement les institutions du système des Nations Unies, le Fonds mondial, Gavi, l’Alliance du vaccin, et les organisations de la société civile soutiennent des programmes verticaux qui peuvent difficilement démontrer qu’ils sont alignés sur les plans stratégiques du secteur de la santé. Si ces programmes peuvent être bien coordonnés verticalement, ils n’en favorisent pas moins le double emploi et une utilisation peu rationnelle des ressources, comme c’est le cas avec la fragmentation du système d’information sanitaire piloté par les donateurs dans le cadre de programmes verticaux.

8. **Le manque de données crédibles nécessaires pour une prise de décision reposant sur des bases factuelles.** Dans la plupart des États Membres, il s’avère difficile d’obtenir des données crédibles relatives à la performance globale du secteur de la santé malgré la disponibilité accrue d’informations sur certains programmes et l’amélioration de la qualité des données de routine dans la Région avec l’introduction du système d’information sanitaire de district (version 2) – DHIS2.⁶ De nombreux outils de collecte et de communication des données alourdissent la charge d’établissement de rapports qui incombe aux agents de santé, déjà eux-mêmes en nombre insuffisant, et déteignent sur la qualité des

³ Algérie, Botswana, Cabo Verde, Guinée équatoriale, Maurice et Sao Tomé-et-Principe.

⁴ Il s’agit notamment de la signature d’un pacte fondé sur les principes définis dans les Partenariats internationaux pour la santé et initiatives apparentées (IHP+), à savoir un plan unique, un mécanisme de financement unique et un cadre de responsabilisation unique, dans des pays tels que la Mauritanie, le Tchad et la Zambie.

⁵ Dans certains pays, l’OMS, l’UNICEF, l’UNFPA, l’ONUSIDA, la Banque mondiale et ONU-Femmes ont constitué un groupe de partenaires pour promouvoir la santé reproductive et la santé de la mère et de l’enfant.

⁶ La Gambie, Maurice, Sao Tomé-et-Principe et les Seychelles sont en train d’installer le logiciel DHIS 2, alors que d’autres pays n’envisagent pas de migrer vers cet outil, car ils disposent d’un autre système électronique au niveau du patient. Ces pays sont Cabo Verde, les Comores, Eswatini, la Guinée équatoriale et la République centrafricaine.

données. Par ailleurs, la déclaration des naissances et des décès est faible, en partie à cause de lacunes dans les systèmes d'enregistrement et de statistiques d'état civil, et du fait de retards dans la mise en œuvre ou le déploiement de la Classification internationale des maladies (qui est une norme de données essentielle). Un autre problème se trouve être le manque d'interopérabilité entre les outils numériques existants et le DHIS2. Ces problèmes sont accentués par le fait que les agents de santé ne sont pas dotés de l'éventail des compétences qui leur permettraient de diagnostiquer et de certifier correctement les causes de décès. De même, il a été constaté que les établissements de santé privés et tertiaires établissent très peu de rapports de qualité sur les données sanitaires. L'utilisation des données disponibles reste sous-optimale, en particulier au niveau infranational. Par conséquent, la fixation des priorités et l'allocation des ressources ne reposent pas souvent sur des bases factuelles.

9. **L'inefficacité du financement de la santé** a figuré parmi les enjeux majeurs évoqués lors des consultations menées au titre des examens fonctionnels. Un certain nombre de pays comme l'Algérie, le Botswana, la Guinée équatoriale, Maurice, la Namibie et les Seychelles allouent suffisamment de ressources nationales à la santé, alors que d'autres pays restent tributaires de sources de financement extérieures généralement à objet désigné, peu fiables et qui font double emploi avec des programmes existants. Les dépenses directes de santé restent bien trop élevées, surpassant le seuil des dépenses catastrophiques et appauvrissantes. En outre, la couverture des régimes de prépaiement et de mutualisation des risques reste faible dans de nombreux pays.

10. **La qualité insuffisante de l'assistance technique fournie par l'OMS.** Les résultats des enquêtes de perception menées lors des examens fonctionnels ont fait ressortir un certain nombre de problèmes. Si les États Membres et certains partenaires ont beaucoup apprécié le concours apporté par l'OMS, et si leurs attentes sont conformes au mandat et aux fonctions essentielles de l'Organisation, ils ont tout de même exprimé des préoccupations quant à la qualité de certaines activités menées par l'OMS au niveau des pays. Au nombre de ces préoccupations figurent l'élaboration de plusieurs plans stratégiques qui ne sont pas corrélés au plan stratégique national de santé ; l'élaboration de plusieurs directives sans la moindre stratégie de mise en œuvre, couplée au fait que les plans nationaux ne sont pas alignés comme il se doit sur les plans de santé nationaux ; et la faible participation à la conception et à l'exécution de projets conjoints avec d'autres partenaires.

11. **La capacité limitée à remédier aux faiblesses des systèmes de santé.** La capacité du Ministère de la santé et des partenaires est faible dans la plupart des États Membres en ce qui concerne l'élaboration de stratégies ciblées et spécifiques au contexte pour améliorer la situation des ressources humaines pour la santé. Les interventions visant à rationaliser l'environnement de travail, à améliorer la fidélisation du personnel de santé et sa répartition entre centres urbains et zones rurales sont soit mal conçues, soit mises en œuvre de façon inefficace, comme en attestent singulièrement les exemples de la situation en Mauritanie, au Niger et au Tchad. Un autre problème réside dans la faible disponibilité et l'utilisation peu rationnelle des médicaments, des vaccins et des technologies sanitaires. À ce problème s'ajoute une gestion fragmentée et inefficace de la chaîne logistique, en particulier l'inadéquation de l'entreposage qui fait que les médicaments disponibles ne répondent pas aux normes minimales. Parmi les autres domaines qui présentent des lacunes, on peut citer le dialogue de politique sanitaire, notamment avec des prestataires privés de soins de santé, et l'établissement de relations avec les organisations de la société civile. L'acquisition des capacités, l'implication des communautés et la qualité des soins présentent aussi des insuffisances et doivent bénéficier d'un appui pour y remédier. Des problèmes majeurs ont été relevés dans le domaine de l'organisation et de la gestion des services de santé, y compris les modèles de prestation de services et le renforcement des systèmes de santé de

district. De nombreux pays ont indiqué attendre que l'OMS leur apporte aussi son appui dans ce domaine.

MESURES PROPOSÉES

12. **Appliquer une approche différenciée du renforcement des bureaux de pays.** En vue d'adapter son appui aux États Membres, l'OMS utilisera des critères prédéfinis pour regrouper les États Membres. Ces critères sont fondés sur : l'indice de couverture des services pour la couverture sanitaire universelle ;⁷ les situations d'urgence majeures en cours ou récentes ; la taille de la population ; et les difficultés qui se posent aux systèmes de santé. Les stratégies et les orientations seront adaptées à la situation qui prévaut dans chaque pays, tandis que l'apprentissage à l'intérieur des pays et inter pays sera encouragé. Quatre groupes de pays sont proposés, à savoir : les États Membres qui nécessitent une présence opérationnelle de l'OMS ; les États Membres qui nécessitent une présence technique complète de l'OMS ; les États Membres qui nécessitent une présence technique modérée de l'OMS ; et les États Membres qui nécessitent une présence stratégique de l'OMS.

- a) **Les États Membres qui nécessitent une présence stratégique de l'OMS.**⁸ L'indice moyen de la couverture sanitaire universelle est de 60 pour les États Membres de ce groupe. L'appui de l'OMS portera essentiellement sur l'édification du système de santé de l'avenir afin d'améliorer la sécurité sanitaire, la qualité des soins, l'équité et l'accès financier aux services de santé.
- b) **Les États Membres qui nécessitent une présence technique modérée de l'OMS.**⁹ L'indice moyen de la couverture sanitaire universelle est de 46,9 pour les États Membres de ce groupe. Ces États Membres sont considérés comme ayant des systèmes de santé plus solides. L'OMS apportera un appui stratégique à la consolidation des acquis pour atteindre les objectifs de la couverture sanitaire universelle et les cibles des autres objectifs de développement durable liés à la santé. L'OMS mettra l'accent sur la production de données factuelles, le suivi de la situation et des tendances sanitaires et l'élaboration de stratégies novatrices pour les interventions ciblées. L'OMS fera également porter ses efforts sur l'établissement de partenariats stratégiques et le renforcement des interventions multisectorielles.
- c) **Les États Membres qui nécessitent une présence technique complète de l'OMS.**¹⁰ L'indice moyen de la couverture sanitaire universelle est de 41 pour les États Membres de ce groupe. Ces États Membres enregistrent une charge élevée de maladies transmissibles et non transmissibles, ainsi qu'une mortalité maternelle et infantile élevée. L'OMS s'attachera à fournir une assistance technique à ce groupe de pays et à renforcer les capacités de leurs ministères de la santé à diriger le secteur au niveau national comme au niveau des districts, et à entreprendre un travail normatif pour réduire la morbidité et la mortalité.
- d) **Les États Membres qui nécessitent une présence opérationnelle de l'OMS.**¹¹ L'indice moyen de la couverture sanitaire universelle est de 36,9 pour les États Membres de ce groupe. Ces pays sont confrontés en ce moment à une situation d'urgence de santé publique ou à une crise humanitaire en plus de la pandémie actuelle de COVID-19. L'OMS fournira à ces pays une assistance technique et un soutien opérationnel pour la conception et la mise en œuvre

⁷ UHC service coverage index from WHO. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/data/gho/indicator->. Consulté le 27 mai 2020.

⁸ Algérie, Botswana, Cabo Verde, Comores, Eswatini, Lesotho, Maurice, Namibie, Sao Tomé-et-Principe et Seychelles.

⁹ Afrique du Sud, Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée équatoriale, Malawi, Mauritanie, Rwanda, Sénégal et Togo.

¹⁰ Angola, Burkina Faso, Burundi, Congo, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Madagascar, Mozambique, Niger, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Sierra Leone, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

¹¹ Éthiopie, Mali, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Soudan du Sud.

d'interventions prioritaires ciblant la couverture sanitaire universelle et visant à atteindre les autres cibles des objectifs de développement durable liées à la santé tout en assurant la prestation de services aux personnes touchées par une situation d'urgence et une crise humanitaire. Les partenariats et la collaboration avec la société civile et les forces de défense et de sécurité sera renforcée pour accroître la prestation de services sanitaires dans ces pays.

13. **Renforcer les fonctions transversales.** L'OMS renforcera les bureaux de pays en les dotant des capacités à mener des interventions transversales dans tous les États Membres. Ces interventions comprennent la hiérarchisation et la mise en œuvre des activités visant à consolider les partenariats en faveur de la couverture sanitaire universelle et les systèmes de santé de district.¹² Il s'agira également d'édifier des systèmes de santé résilients, de renforcer la sécurité sanitaire dans le cadre du Règlement sanitaire international et de garantir la disponibilité d'informations et de données sanitaires crédibles pour éclairer la prise de décision. En outre, le renforcement des capacités donnera la priorité au travail d'analyse pour informer l'allocation de ressources et contribuer à un meilleur rapport coût-efficacité dans l'emploi des ressources, y compris des conseils sur les options de financement de la santé et l'élaboration d'argumentaires d'investissement en faveur de la santé. D'autres investissements seront effectués dans la capacité à mobiliser les secteurs clés dans la lutte contre les risques sanitaires, à renforcer les fonctions de gestion et d'appui afin de pérenniser les acquis en matière de gestion des programmes, de coordination des partenariats, de communication, de responsabilisation et de conformité. Il s'agira notamment de désigner des gestionnaires de programmes et des relations extérieures, ainsi que du personnel spécialisé dans la gestion des questions de conformité et de risque dans les plus grands bureaux de pays de l'OMS, afin d'améliorer les relations avec les donateurs.

14. **Accroître l'optimisation des ressources.** L'OMS donnera la priorité à l'allocation de fonds flexibles pour permettre aux bureaux de pays de l'OMS d'exercer pleinement les fonctions essentielles qui leur incombent. L'efficacité des interventions sera améliorée grâce au recrutement d'experts techniques dans des domaines clés tels que la coordination, la formulation des politiques, l'information sanitaire stratégique et la collaboration intersectorielle. En vue d'accroître la diversité et de tirer parti de l'expérience internationale, le nombre de fonctionnaires internationaux en service dans les bureaux de pays de l'OMS sera revu à la hausse de 68 %.

15. **Pérenniser l'appui du Bureau régional.** Le Bureau régional apportera un appui stratégique coordonné et de qualité aux États Membres par l'intermédiaire de ses bureaux de pays. L'Organisation favorisera l'adoption de stratégies de prestation intégrées afin de réduire au minimum le chevauchement des interventions¹³ et d'améliorer l'alignement de ces interventions sur les priorités des pays de façon à maximaliser les gains d'efficacité et les synergies avec d'autres partenaires.¹⁴

16. Le Comité régional a pris note des enjeux et adopté les mesures proposées.

¹² Les performances des équipes de santé infranationales étant essentielles pour la revitalisation des soins de santé primaires, certains États Membres tels que l'Angola, le Bénin, le Botswana, le Mozambique et la Sierra Leone ont demandé à l'OMS de soutenir la mise en place d'équipes de santé de district solides dans le cadre de leurs efforts de décentralisation en cours.

¹³ Y compris la signature d'un pacte, comme cela s'est fait en Mauritanie, au Tchad et en Zambie.

¹⁴ Les efforts en cours ont permis d'établir une approche commune pour la préparation et la mise en œuvre des programmes, la planification et les examens sectoriels annuels conjoints, ainsi que le financement des plans d'activités au Bénin, au Burkina Faso, en Érythrée, à Madagascar, au Mali et au Rwanda.