



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Africa**

MEASURING THE ORGANIZATION'S
CONTRIBUTION TO AFRICA'S HEALTH

Success Stories





**WORLD HEALTH ORGANIZATION -
REGIONAL OFFICE FOR AFRICA**
WHO-AFRO Success Stories

ISBN: 978-929023367-1

© World Health Organization
Regional Office for Africa, 2017

Some rights reserved. This work is available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Under the terms of this licence, you may copy, redistribute and adapt the work for non-commercial purposes, provided the work is appropriately cited, as indicated below. In any use of this work, there should be no suggestion that WHO endorses any specific organization, products or services.

The use of the WHO logo is not permitted. If you adapt the work, then you must license your work under the same or equivalent Creative Commons licence. If you create a translation of this work, you should add the following disclaimer along with the suggested citation: "This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition".

Any mediation relating to disputes arising under the licence shall be conducted in accordance with the mediation rules of the World Intellectual Property Organization.

Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at <http://apps.who.int/iris>.

Sales, rights and licensing. To purchase WHO publications, see <http://apps.who.int/bookorders>. To submit requests for

commercial use and queries on rights and licensing, see <http://www.who.int/about/licensing>.

Third-party materials. If you wish to reuse material from this work that is attributed to a third party, such as tables, figures or images, it is your responsibility to determine whether permission is needed for that reuse and to obtain permission from the copyright holder. The risk of claims resulting from infringement of any third-party-owned component in the work rests solely with the user.

General disclaimers. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by WHO in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by WHO to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall WHO be liable for damages arising from its use.



“ WHO in the African Region is committed to working with its Member States and Partners to deliver results that transform the health of all Africa’s people through universal health coverage for achieving the Sustainable Development Goals (SDGs).

M. G. A. A.

Measuring WHO's Contribution to Africa's Health

To measure our contributions to Africa's health, sharpen our focus on the Sustainable Development Goals and reform as an Organization, WHO in the African Region invested in defining and institutionalizing the robust Africa Results Framework with the introduction of Programmatic and Managerial Key Performance Indicators (KPIs). The managerial KPIs have improved the internal effectiveness and efficiency of WHO/AFR while the programmatic KPIs have focused on driving the change in the capacities of WHO Country Offices to better serve Member States, becoming more responsive and fit for purpose.

The programmatic, output level results and KPIs capture the support that WHO/AFR contributes on the basis of our comparative advantage in various country contexts such as systems strengthening, policy processes and normative work, advocacy, and various types of support related to positive changes in social norms. The main focus of the KPIs is to better demonstrate and communicate our value added to national results. For example, 32 Member States in the Region had adopted and started implementing the WHO 'Treat All' guidelines by the end of 2017. Thirty countries in the region have developed RMNCAH plans of which 23 have been ratified. To meet the target of 2.3 doctors, nurses and midwives per 1,000 people, WHO is supporting the countries in the use of Human Resources planning guidelines and tools. More than 30 countries have already developed HRH strategic plans. WHO AFRO has supported 37 countries to conduct the IHR Joint External Evaluation (JEE) of which majority have developed their National Action Plan for Health Strategy (NAPHS). Remarkable progress has been made in polio eradication activities in the African Region with the number of countries with complete documentation accepted increasing from 25 by the end of 2014 to 39 by the end of 2017.

A survey conducted on the perception of the KPIs in 2018 in the Region revealed that the KPIs are being used to strengthen advocacy, have improved the partnership with government counterparts and other development actors and strengthened communication of results to donors.

The Africa Results Framework is evolving to align with the 13th General Programme of Work Strategic Priorities. Toward this end, the soon to be launched KPI Online Tool will move beyond output level to outcome level reporting to reflect Member States' progress in achieving the triple billion and Sustainable Development Goals.

“

The Programmatic KPIs have helped us (WHO) with priority setting. It has helped us to focus on country priorities based on WHO core mandate. The KPIs have paved the way we should bring our collective efforts with countries towards achieving these (SDG) targets. Before, we used to focus on process indicators but now, with the KPIs we have clear targets which are outcome related.

Dr. Magaran Bagayoko - WHO-AFRO

TABLE OF CONTENTS

iii	MEASURING WHO'S CONTRIBUTION TO AFRICA'S HEALTH
1	WHO in Action
2	NIGERIA
4	CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
5	ERITREA
6	ETHIOPIA
7	LIBERIA
8	RWANDA
9	eSWATINI
10	IN THE AFRICAN REGION
<hr/>	
iii	MESURER LA CONTRIBUTION DE L'OMS DANS LA SANTE EN AFRIQUE
1	CAMPAGNE DE L'OMS CONTRE LA ROUGEOLE AU MOZAMBIQUE
2	MAURITANIE
4	GABON
5	CABO VERDE
6	MADAGASCAR
7	SENEGAL
8	EN AFRIQUE



WHO IN ACTION: Demonstrating MUAC measurement during a training on management of SAM nutrition – August 2017
[Photo Credit: WHO ETHIOPIA / Tsaday Zerayakob]
Karamara Hospital, Fafan Zone.



800

community resource persons trained on iCCM and IMCI

1.2m

1.2million sick children under-five were reached with appropriate and timely treatment

WHO/Nigeria Innovates Strategies to improve vaccination coverage and child survival in security-compromised areas of Borno State, North – East Nigeria.

Context and Issue

For more than eight years, protracted insurgency in north-east Nigeria, has left thousands of women and children in security-compromised areas of Nigeria inaccessible to humanitarian responders. Despite the aforementioned, the inability of national health systems to deliver timely and equitably effective interventions to mothers and children has hindered rapid progress in maternal and child survival in the Northeast Humanitarian setting.

Most childhood deaths are due to preventable conditions for which effective interventions exist. However, coverage of existing maternal and child survival interventions remains unacceptably low in the north east region. Challenges in improving maternal and child health in the North east region need to be addressed to accelerate progress in reducing maternal and child deaths.

As of August 2016, only 46% of the target population for vaccination was accessible. Meanwhile, health facilities remained overburdened, with more than 64% completely or partially destroyed following the insurgency. Childhood vaccination rates dropped dramatically especially for polio and measles. Consequently, four cases of wild polioviruses (WPV) resurfaced in Monguno, Gwoza and Jere LGAs of Borno state in August 2016, after a period of two years of no detection of WPV across the country

WHO Contribution

- WHO initiated a strategy for deployment of rapid access vaccination teams to reach eligible children in partially accessible locations with the support of the civilian Joint Task Force. The strategy was later expanded and branded the Reaching Every Settlement (RES) strategy.
- WHO supported positioning of special teams at strategic transit points and nomadic routes to ensure that every child is vaccinated and protected against childhood diseases.
- WHO deployed 58 hard to reach teams to 1565 settlements to provide an integrated package of MNCH services in areas far from the reach of health facilities.
- 800 community resource persons (CORPs) within the communities and IDPs camps across the 25 LGAs in Borno state were trained on preventive, promotive and case management of common childhood illness (Integrated community case management- iCCM and community- integrated management of childhood illnesses -IMCI) to deliver key essential MNCH health services in a comprehensive approach.
- The capacity of the health providers at the Primary Health Centres was strengthened to improve quality health services, birth preparedness and complications readiness, referral and supportive supervision.

NIGERIA

- As of December 2017, 16 rounds of the RES and 6 rounds of RIC strategies had been implemented reaching more than 250,000 children and more than 50,000 children respectively in security compromised areas of Borno state.
- In addition, the special intervention teams in transit points vaccinated children with about 2.4 million doses. 397,370 children vaccinated by this special intervention team were profiled which revealed 21,664 were influx from neighboring countries and states while the remaining 375,706 were influx from inaccessible areas within the state.
- An estimated total of 1.2 million sick children under-five were reached with appropriate and timely treatment for pneumonia, diarrhoea and malaria with identification of malnutrition and referral for those with danger signs and sick newborns.
- Pregnant women were identified and referred to health facilities for antenatal care and skilled delivery.



Immunization of nomadic persons on transit in Makera ward of Dutsima-, LGA of Katsina state



98%

of children aged 6 months to 14 years were vaccinated

1.5m

people accessing emergency healthcare services

WHO's Operations in Central African Republic

Context and Issue

Conflict situations in Central African Republic in 2017 adversely affected health:

- 2.3 million people (50%) in need of humanitarian assistance
- 1 million people (20%) displaced in CAR (IDPs and Refugees)
- 2 million people (40%) in need of food assistance (IPC-Sept) 2016)
- 51% of health facilities (the main ones) managed by NGOs; compared to 80% in 2014.
- 800,000 children in need of education

WHO Contribution

- **Emergency healthcare services** to 1,5 million people by WHO and health partners
- **Control of several outbreaks** : Measles outbreak in Bouca: more than 500 cases with 7 deaths. WHO conducted a mass vaccination campaign. A total of 28,135 children aged 6 months to 14 years were vaccinated with a coverage rate of 98%

Emergencies response:

- Provision of medicine (Trauma kits, Emergency Health Kits, Diarrheal disease kits) to 30 health facilities and 8 International NGOs ;

- Support to Sexual violence survivors' referral health services;
- Regular provision of blood bags and reagents to the National Blood Transfusion Center;
- Provision of 4000 Rabies vaccines to "Institut Pasteur de Bangui" and 3 health facilities in the countryside;
- Establishment of an Operation center for Emergencies (EOC/ COUSP);
- Establishment of an Outbreaks Treatment Center;
- Support to the control of several outbreaks including: cholera, measles, meningitis, monkey pox, rabies, human flu.

Support to the health system early recovery:

- Implementation of a national survey on the availability of Health resources (HeRAMS): annually since 2014:
- Support to Health districts with logistics: vehicles, ambulances, moto-ambulances, and informatics & communication items:
- Support to the development of several national strategic plans: Health system transition plan, HR plans, Health information systems, different health programmes: malaria, TB:
- Rehabilitation of health facilities: Damara, Bozoum, Bria, Bakala hospitals and National Center of Sickle Cell Disease Treatment:
- Construction of a center for the management of epidemic diseases (CTE); Supply of Medical devices and equipment.



98%

of the population has access to immunization activities.

96%

of children under 1 year of age were vaccinated

Achievements in Immunization and Surveillance of Vaccine Preventable Diseases in Eritrea

Context and Issue

MOH with WHO and other partners' support developed and established a strong national immunization program. The Expanded Programme on Immunization (EPI) delivers immunization services for children against eleven vaccine preventable diseases including: Tuberculosis, Diphtheria, Whooping Cough, Tetanus, Polio, Measles, Hepatitis B, Homophiles influenza type B, Rota vaccine, Pneumococcal Conjugated Vaccine (PCV-13) and tetanus vaccine for women in child bearing age. These are delivered at static and outreach sites routinely six days per week.

WHO Contribution

Reach Every District (RED) and Reach Every Child (REC) strategies have been successfully implemented in all 6 zobas (regions), reaching the low performing sub-zobas (districts) and hard to reach areas and significantly boosting EPI coverage.

As a result, the prevalence of vaccine-preventable diseases has markedly reduced and maternal and neonatal tetanus eliminated and certified by WHO. Polio free status documentation was accepted in October 2008 and has been sustained by the country.

Based on 2017 National EPI coverage survey 98% of the population has access to immunization activities. 96% of children under 1 year of age were vaccinated through routine system with at least 3 doses of Pentavalent3, and 97 % with measles containing vaccine.

WHO supported the coordination of the EPI Programme review and ensured that the recommendations were incorporated in Eritrea's five-year comprehensive multi-Year Plan (cMYP 2017-2021). This has also intensified sector-wide support in line with the concept of Universal Health Coverage (UHC) in providing services in hard to reach areas with the use of Sustained Outreach Services (SOS).

WHO also supported Eritrea to adapt SOS, Intensified Routine Immunization and Reach Every Child strategies for improved routine immunization coverage specifically in hard to reach areas.



62%

decrease in the average number of AWD cases per month

33

Stabilization centers were upgraded

Effectiveness of Surge Team curbing the disease outbreaks in Ethiopia

Context and Issue

The Government of Ethiopia, through the Federal Ministry of Health (FMoH) and the Regional Health Bureau of Ethiopian Somali region (ESRHB) with support from the World Health Organization (WHO) and other partners responded to an outbreak of Acute Watery Diarrhoea (AWD) and acute malnutrition in Somali regional states.

From March 2017, the number of AWD cases reported prompted WHO to declare grade 3 emergency in the country, following which WHO activated the Incident Management System (IMS) to respond to the outbreak.

WHO Contribution

WHO repurposed and deployed a rapid response team of experts in surveillance, case management, WASH, nutrition, risk communication, administration and logistics to the region to support implementation of response activities. WHO also provided logistical supplies including vehicles, case management protocols, medicals kits containing oral rehydration salts, intravenous fluids, essential drugs and rapid diagnostic kits.

WHO co-leads the AWD command post activated at regional and zonal levels to enhance multi-sectoral coordination and support among partners.

WHO supported the region to conduct health services availabilities and readiness assessments to map out the availability of resources following the crisis to revitalize and improve the underlying health system to be able to respond to anticipated crisis in the region.

During the third quarter of 2017, there has been a 62% decrease in the average number of AWD cases per month, i.e. from 6,433 (first 6 month of 2017) to 2,440 cases per month (July- Sep 2017).

33 Stabilization centers were upgraded to the minimum standards of care for severe acute malnutrition with complications. 382 cases of measles outbreak were also reported and mass vaccination campaign undertaken to contain further spread in this region.



94%

coverage of DPT containing vaccines

98%

increase Pentavalent 3 coverage

Immunization services strengthened during Post Ebola Virus Disease outbreak in Liberia

Context and Issue

The Ebola Virus Disease (EVD) Outbreak led to the collapse of Liberia's already fragile health care delivery system, adversely affecting the availability and delivery of all health care services including immunization. Following the containment of the Outbreak in June 2015, there was an EVD vaccine clinical trial that coincided with the resumption of immunization program activities.

The collapse of the health services, coupled with the myths and mistrust related to the EVD vaccine trial led to wide spread misinformation that the Immunization Program was administering EVD vaccine to infect the population with the Ebola virus and that the health workers were the ones infecting their patients. This situation brought about refusal, causing a decrease in immunization coverage from 89% in 2013 to 65% in 2015. With strong technical and financial support from the Government's partners including WHO, UNICEF, GAVI and other partners, the Ministry of Health embarked on building a strong and resilient health system.

This concerted support has enabled Liberia to introduce new vaccines as well as increase Pentavalent 3 coverage to 98% in 2017. The Government's commitment to co-financing of immunization resulted in Parliament increasing the immunization allotment from 50,000 USD to 600,000 USD in 2017. High level community engagement encouraged parents and care givers to have renewed confidence in the health system leading to increased coverage of routine immunization.

WHO Contribution

Sustaining high immunization coverage and introducing new vaccines require concerted political efforts by government with strong support from development partners:

- Pneumococcal Conjugated Vaccine (PCV)-3 was introduced in January 2014, WHO supported outreach activities and ensured that potent vaccine administered; 71,144 children were protected against pneumonia related diseases.
- Rotavirus vaccine was introduced in April 2016; 78,865 children were protected against diarrhea.
- Human Papilloma Virus (HPV) Demo project was conducted in two counties (Nimba and Bong) protecting 13,291 girls aged 10 years against cervical cancer in Liberia.
- Inactivated Polio Vaccine (IPV) was introduced into routine immunization in July 2017 as part of global polio eradication end game program and 48,388 children were protected against poliomyelitis.

“

“Despite numerous challenges in Liberia, the country has maintained high routine immunization administrative coverage, with coverage of DPT containing vaccines not dropping below 94% after the EVD outbreak.”

Mr. Mohammed –representative of the Superintendent of Nimba County during the HPV vaccination demo project.



95%

increased immunization coverage with gender and geographic equity

6

new vaccines introduced into routine immunization programme

Rwanda Immunization Success Story

Context and Issue

Rwanda suffered a catastrophic genocide against the Tutsis in 1994; this disaster and the ensuing war resulted in total disruption of the country's health system including immunization service delivery. Following this incident, the national immunization coverage reduced to less than 30% in 1995 and incidence of vaccine preventable diseases (VPD) increased (e.g 28,000 measles cases in 1995). Only 6 traditional vaccines were provided in routine immunization programmes in 1994.

WHO Contribution

WHO supported the Government of Rwanda to scale up advocacy for better domestic funding of immunization and introduction of new vaccines, including mobilization of financial, human, logistic and technical resources to support immunization service delivery including routine, supplementary immunization activities (SIAs) and vaccine preventable diseases surveillance.

WHO also supported joint strategic planning, implementation, supervision, monitoring and evaluation of EPI activities including joint field missions,

sensitization of health workers on VPD surveillance, tracking vaccination defaulters, data quality improvement and operations research among other support. Support was also provided to implement the Reach Every Child (REC) approach and to strengthen leadership and management of the immunization programme.

WHO support contributed to increased immunization coverage to more than 95% with gender and geographic equity; successful introduction of 6 new vaccines into routine immunization programme and; reduction in vaccine preventable diseases (last case of polio was reported in 1993 and neonatal tetanus was eliminated in 2004).

“

“Achievements of Rwanda health sector and immunization in particular are justified by commitment of high leadership, good partnership with development partners and home grown solutions to solve our population's problems”

- The Honourable Minister for Health of Rwanda, Dr D. Gashumba during the visit of a delegation of Pfizer.



80%

vaccine coverage

0

cases of measles and rubella for the first time

eSwatini is on track to eliminate vaccine preventable diseases

Context and Issue

A few years ago vaccine preventable diseases like polio, diphtheria, whooping cough, tetanus, measles, meningitis, pneumonia and rotavirus diarrhoea used to be great concern for child survival in the Kingdom of eSwatini. eSwatini initiated the Expanded Programme on Immunization (EPI) in 1979 which now includes 13 vaccines with 4 of these: Haemophilus Influenza type B, Pneumococcal Conjugate, Rotavirus and Inactivated Polio Vaccine (IPV) introduced in the last ten years. The number of deaths among children under five years has fallen drastically from 210 in 1960 to 70 in 2016 per 1,000 live births.

WHO Contribution

WHO and UNICEF have supported improved operations and systems in all areas of immunization in eSwatini. The support is provided in strengthening delivery of routine immunization services, new vaccines introduction, vaccine preventable disease elimination initiatives, data management, logistics and supply chain management as well as capacity building and implementation research.

As a result eSwatini has been achieving vaccine coverage of approximately 80%. The remarkable achievement of recording zero cases of polio, disability and death from diphtheria, tetanus, whooping cough, zero cases of measles and rubella for the first time made in 2017 was notable. Also of note is the fact that no case of Polio has been recorded in the country since 1989.

The last measles and rotavirus diarrhoea outbreaks were in 2010 and 2014 respectively. eSwatini is on track to eliminate vaccine preventable diseases.

“

“Let us ensure that every child is fully immunised. Even one life lost is too many. The World Health Organization is committed to the provision of technical support to the Ministry of Health in the prevention of vaccine preventable diseases, in particular introducing new vaccines as they become available. Let us keep up the momentum and accelerate progress towards universal access to immunization”

Dr Tigest Ketsela Mengestu - WHO Representative.



POLIO ERADICATION

Context and Issue

The Africa Regional Certification Commission (ARCC) is an independent body that oversees the certification process in the African region. The ARCC meets twice a year to review country annual certification reports and complete documentation claiming for validation of 'polio free status'. Since its establishment in 1998 by the WHO/AFRO Regional Director, remarkable progress has been made toward interruption of the transmission of wild polio virus (WPV) in the African region.

WHO Contribution

- WHO is supporting and assisting member states in the certification process. From 2014 to 2017, WHO has supported ARCC in organizing and facilitating a total of 7 successful ARCC meetings.
- The organization supported the ARCC verification visits in 14 countries from 2015 to 2017 namely Sao Tomé & Principe, Burkina Faso, Comoros,

Cote d'Ivoire, Angola, Tanzania, DRC, Niger, Chad, Mozambique, Cape Verde, Algeria, Ethiopia and Gabon, to help in improving the quality of their ARCC complete documentation requirements for polio free status.

- WHO has conducted 9 sub-regional workshops/trainings aimed at building and strengthening the capacity of more than 94 Chairpersons of NCCs and NPEC, and more than 47 national EPI/surveillance officers in 2014, 2016 and 2017 respectively.

83%

of Member States in WHO/ AFR have their complete documentation claiming polio free status accepted by the ARCC.

100%

of Member States have established national polio committees.

100%

of Member States have a platform for using new technology and innovation to close AFP surveillance and immunization gaps.

“

“The risk posed by the emerging circulating Vaccine-derived poliovirus (cVDPV) outbreaks and the existence of conflict/security compromised areas may jeopardize surveillance and routine activities. WHO/AFRO is using new technology and innovation (GIS, AVADAR, e-surveillance, ISS) to close surveillance and immunization gaps in the Africa region.”

Dr. Isidore KOUADIO - Polio Certification Officer, Polio Eradication



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU REGIONAL DE L'

Afrique

MESURER LA CONTRIBUTION DE L'OMS DANS
LA SANTE EN AFRIQUE ET SES SUCCES





ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
- BUREAU REGIONAL DE L'AFRIQUE -
SES SUCCES

ISBN : 9789290233367-1 Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2017

Certains droits réservés. Ce travail est disponible sous la licence Creative Commons Attribution -Non Commercial.ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Sous les termes de cette licence, vous pouvez copier, redistribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, à condition que l'œuvre soit citée de façon appropriée, comme indiqué ci-dessous. Dans toute utilisation de ce travail, il ne devrait pas être suggéré que l'OMS approuve les produits ou les services spécifiques d'une organisation.

L'utilisation du logo de l'OMS n'est pas autorisée. Si vous adaptez l'œuvre, vous devez concéder votre œuvre sous la même licence Creative Commons ou une licence équivalente. Si vous créez une traduction de cet ouvrage, vous devez ajouter l'avertissement suivant avec la citation suggérée : " Cette traduction n'a pas été créée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'OMS n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. L'édition originale en anglais est l'édition qui fait foi d'authenticité ".

Toute médiation relative à des litiges découlant de la licence est menée conformément aux règles de médiation de l'Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle.

Organisation : 2017. licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Données de catalogue dans la publication (CIP). Les données CIP sont disponibles sur <http://apps.who.int/iris>. Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre des demandes d'utilisation commerciale et des

demandes de renseignements sur les droits et les licences, voir <http://www.who.int/> sur les licences. Documents du tiers. Si vous souhaitez réutiliser des éléments de ce travail attribués à un tiers, tels que des tableaux, des figures ou des images, il est de votre responsabilité de déterminer si une autorisation est nécessaire pour cette réutilisation et de chercher à obtenir l'autorisation du détenteur des droits d'auteur. Le risque de réclamations résultant de la contrefaçon d'un élément appartenant à un tiers dans l'œuvre incombe exclusivement à l'utilisateur.

Avertissements généraux. Les dénominations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent pas une prise de position de la part de l'OMS en ce qui concerne le statut juridique des pays, des territoires, des villes ou des zones encore moins de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en traits longs et en pointillés sur les cartes représentent des frontières approximatives pour lesquelles il n'y a peut-être pas encore d'accord complet.

La mention de sociétés spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas qu'ils sont approuvés ou recommandés par l'OMS de préférence à d'autres de nature similaire qui n'est pas mentionné. Sauf erreurs et omissions. Les noms de produits exclusifs se distinguent par des lettres majuscules initiales.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'OMS pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est distribué sans garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne peut être tenue responsable des dommages résultant de son utilisation.



“ L'OMS dans la Région Africaine s'est engagée à travailler avec ses États membres et partenaires afin d'obtenir des résultats qui transforment la santé de tous les peuples d'Afrique grâce à une Couverture Santé Universelle pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD)

MESURER LA CONTRIBUTION DE L'OMS DANS LA SANTE EN AFRIQUE

Pour mesurer notre contribution à la santé pour l'Afrique, et mettre davantage l'accent sur les Objectifs du Développement Durable et la réforme en tant qu'Organisation, l'OMS dans la Région Africaine a investi dans la définition et l'institutionnalisation du solide cadre de résultats de l'Afrique avec l'introduction des Indicateurs clés de Performance Programmatiques et de Gestion (KPI). Les KPIs de gestion ont amélioré l'efficacité et l'efficience internes de l'OMS/AFR, tandis que les KPIs programmatiques se sont focalisés sur le changement des capacités des Bureaux Pays de l'OMS pour mieux servir les États Membres, en devenant plus réactifs et mieux adaptés aux besoins.

Les résultats programmatiques, et les résultats au niveau des outputs et la saisie du support des KPIs que l'OMS/AFR apporte sur la base de notre avantage comparatif dans divers contextes nationaux tels que le renforcement des systèmes, les processus politiques et le travail normatif, le plaidoyer et divers types d'appui liés à des changements positifs dans les normes sociales. L'objectif principal des KPIs est de démontrer au mieux et de communiquer sur notre valeur ajoutée aux résultats nationaux. Par exemple, 32 États membres de la Région avaient adopté et commencé à mettre en œuvre les directives de l'OMS " Traiter tous " avant la fin de 2017. Trente pays de la région ont élaboré des plans de la RMNCAH, dont 23 ont été ratifiés. Pour atteindre l'objectif de 2,3 médecins, infirmières et sages-femmes pour 1 000 habitants, l'OMS appui les pays pour l'utilisation des directives et des outils de planification des ressources humaines. Plus de 30 pays ont déjà élaboré des plans stratégiques en matière de HRH. L'OMS AFRO a aidé 37 pays à mener l'Evaluation Externe Conjointe(JEE) de l'IHR, dont la majorité a élaboré leur plan d'action national pour la stratégie en matière de santé (NAPHS). Des progrès remarquables ont été réalisés dans les activités d'éradication de la poliomyélite dans la Région Africaine, le nombre de pays dont la documentation complète a été approuvée passant de 25 à la fin de 2014 à 39 à la fin de 2017.

Une enquête menée sur la perception des KPIs en 2018 dans la région a révélé que ces derniers sont utilisés pour renforcer le plaidoyer, par ailleurs on également permis d'améliorer le partenariat avec les homologues gouvernementaux et d'autres acteurs du développement et de renforcer la communication des résultats aux donateurs.

Le Cadre de résultats pour l'Afrique évolue pour s'aligner avec le 13ème Programme de Travail Général et les priorités stratégiques. A cette fin, l'outil en ligne KPI, qui sera bientôt lancé, passera du niveau des Outputs au niveau des Outcomes afin de refléter les progrès accomplis par les États membres dans la réalisation du triple milliard et des Objectifs du Développement Durable.

“

"Les KPI programmatiques nous ont aidés (OMS) dans l'établissement des priorités. Ils nous ont aidés à nous focalisés sur les priorités nationales fondées sur le mandat fondamental de l'OMS. Les KPI ont ouvert la voie à nos efforts collectifs avec les pays en vue d'atteindre ces objectifs (ODD). Auparavant, nous nous concentrons sur les indicateurs de processus, mais aujourd'hui, avec les KPI, nous avons des objectifs clairs qui sont liés aux résultats".

- Dr. Magaran Bagayoko - WHO-AFRO

**Campagne de l'OMS contre la rougeole
au Mozambique**





Contexte et problématique

Une surveillance adéquate et une intervention rapide sont nécessaires pour réduire la souffrance humaine et le fardeau économique résultant des épidémies. La Mauritanie est endémique aux fièvres hémorragiques Crimée Congo et la vallée du Rift. En 2017, trois cas de fièvre hémorragique Crimée Congo ont traversé la frontière Mauritano-Sénégalaise pour être diagnostiqués au Sénégal.

On s'inquiète de plus en plus de l'apparition et de la propagation de ces maladies et d'autres problèmes de santé en raison de l'augmentation des voyages, de la migration accélérée, du manque de coordination efficace entre les pays pour la prise en charge de ces cas transfrontaliers et le manque de services de santé adéquats et efficaces dans bon nombre de pays de la sous-région.

L'établissement de mécanismes de coordination transfrontalière pour la riposte aux flambées épidémiques entre les deux pays est devenu une préoccupation urgente qu'ils ont voulu aborder pour renforcer la sécurité sanitaire régionale dans la sous-région ouest-africaine.

Contribution de l'OMS

L'OMS, en collaboration avec les ministères de la santé et des partenaires tels que l'OIM et le Département d'Etat Américain, a organisé les premiers exercices de simulation complets et fonctionnels transfrontaliers d'une épidémie de Maladie à Virus Ebola au principal point d'entrée entre la Mauritanie et le Sénégal.

L'OMS a soutenu:

- Formation de **75 professionnels** de santé de la région de Trarza sur la prise en charge et la gestion des cas de fièvre hémorragique virale et sur la prévention et le contrôle des infections.
- **Conduite des exercices de simulation** grandeur nature et fonctionnel au point d'entrée entre le Sénégal et la Mauritanie et à l'hôpital régional de Trarza en Mauritanie avec **la participation de plus de 100 intervenants de tous les secteurs**.
- **Développement d'accords transfrontaliers** pour la gestion des épidémies.
- Extension de **la collaboration à deux autres pays** limitrophes, le Mali et le Maroc, en 2018.



“

“Cette collaboration était plus que nécessaire. Le leadership de l'OMS est essentiel pour établir cette coordination transfrontalière indispensable pour lutter contre les flambées épidémiques qui affectent les deux pays.”

– Dr Lalla Moulaty Moulaye, Directrice adjointe de la Direction de la Médecine Hospitalière, Ministère de la Santé, Mauritanie.



LE GABON - PAYS LIBRE DE POLIO

Contexte et problématique

Malgré une situation financière difficile, un contexte politique tendu, et l'inéligibilité à GAVI, le Gabon a œuvré pour la mise en place d'un système de surveillance active performant et l'augmentation de la couverture vaccinale de routine.

Aucun cas de poliomyélite n'a été notifié depuis 2011, le taux de détection des cas de PFA est passé de 0.75 en 2013 à 6.1 en 2017 et la couverture vaccinale de 64% en 2014 à 75% en 2017.

Contribution de l'OMS

Dans cette dynamique, l'appui de l'OMS au Gabon a été déterminant :

- Présence d'une assistance technique déployée à travers le pays depuis 2014
- **Redynamisation de la surveillance active des cas de PFA**
- Appui financier aux campagnes de vaccination contre la poliomyélite et aux activités avancées et mobiles dans tout le pays
- **Renforcement des capacités des agents de surveillance**
- Appui au fonctionnement des comités nationaux polio (Certification, Experts et confinement)
- **Suivi évaluation du système de surveillance et de vaccination.**

Ces efforts ont permis au Gabon d'être déclaré " pays libre de polio " par la Commission Régionale de Certification pour l'Afrique (CRCA) en décembre 2017.

CABO VERDE DECLARE OFFICIELEMENT LIBRE DE LA POLIOMYELITE, LE 24/11/2016



Contexte et problématique

Cabo Verde a été déclaré libre de la polio le 24 Novembre 2016 par Africa Regional Certification Commission for Polio Eradication. Le processus de certification a compté avec un engagement politique de haut niveau et une très forte collaboration de l'OMS, notamment, dans la constitution et fonctionnement des Comités nationaux; la présentation des rapports de suivi du processus; et le remplacement du VPOt pour le VPOb (SWITCH) au niveau national.

La dernière épidémie de poliomyélite a été enregistré en 2000 avec 56 cas suspects, dont 42 cas ont été cliniquement considérés polio compatible et 12 cas ont été confirmés. Depuis 2001 aucun cas de poliomyélite n'a pas été notifié.

Contribution de l'OMS

L'OMS a contribué avec assistance technique, appui au **renforcement de la surveillance épidémiologique des paralysies flasques aiguës**; renforcement de la vaccination de routine contre la poliomyélite; et réalisation régulière des journées nationales de vaccination. Des partenaires clés ont été l'UNICEF, le Club Rotary International, la Croix Rouge du Cabo Verde et plusieurs institutions nationales.

Le pays, avec l'appui de l'OMS, a maintenu un fort engagement et il a atteint des résultats suivants dans la phase post certification :

- Vaccin Polio Inactivé (VPI) introduit en avril 2017
- **Couverture vaccinale supérieure à 95%**
- Réunion trimestrielle des comités polio
- **Zéro cas de polio**

“

“ C'est le moment de célébrer, mais le pays devra continuer et maintenir le niveau de couverture vaccinale de routine à plus de 95%, renforcer la surveillance de toutes les paralysies flasques aiguës chez les enfants de moins de 15 ans et améliorer sa détection.”

” Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, Cabo Verde

MAÎTRISE RAPIDE DE LA FLAMBÉE ÉPIDÉMIQUE DE PESTE PULMONAIRE URBAINE PAR LA MISE EN ŒUVRE RIGOUREUSE DU SUIVI DES CONTACTS À MADAGASCAR



Contexte et problématique

Une flambée épidémique de peste pulmonaire urbaine sans précédent a sévi dans les principales villes de Madagascar d'août 2017 à novembre 2017. Plus de 2500 cas ont été notifiés et plus de 200 décès déclarés à l'OMS. Des moments de paniques généralisées ont été constatées, entraînant la stigmatisation des personnes affectées et ou infectées. L'OMS a appuyé le Ministère de la Santé Publique dans la coordination de la riposte.

Contribution de l'OMS

L'OMS a fourni 1.2 millions de doses d'antibiotiques, et a rapidement mis à disposition du Gouvernement des fonds pour la surveillance, le contact tracing, l'amélioration du diagnostic, le traitement des cas ainsi que l'acheminement rapide de prélèvements d'échantillons biologiques vers le laboratoire de référence.

Près de 7500 contacts ont été suivis durant l'épidémie, ayant permis de prévenir sa propagation. Face aux effets négatifs des rumeurs, l'OMS et de nombreux partenaires ont appuyé le Ministère de la Santé Publique sur le renforcement des activités d'engagement communautaire par la formation et la supervision de près de 7000 acteurs communautaires pendant l'épidémie.

“

“La visite de l'équipe de l'OMS dans ma famille a permis de lever la stigmatisation dont nous étions victimes, à cause du décès de mon enfant atteint de la peste”.

- Membre de la communautairé

PROGRAMME INTEGRE SANTE EDUCATION NUTRITION(PISEN) AU SENEGAL



Contexte et problématique

Le Programme Intégré Santé Education Nutrition (PISEN) s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de ce PNUAD 2012 – 2018 et exécuté par 6 agences des nations Unies (UNICEF, UNESCO, le PAM, OMS, la FAO et UNFPA). Il vient soutenir le Gouvernement dans ses efforts de réduction des inégalités à travers l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des populations particulièrement des femmes et des enfants dans la région de Kolda.

A cet effet, lesdites agences interviennent depuis 2013, chacune selon son avantage comparatif, pour travailler et contribuer à relever les défis de la région en matière de santé maternelle et infantile.

Cependant, il s'est avéré qu'un des plus grands défis dudit programme est la mise en œuvre conjointe et synergique des interventions. Ce qui a motivé en 2016 l'élaboration d'un plan d'accélération des interventions synergiques pour un meilleur impact sur les populations ciblées.

Contribution de l'OMS

En 2016 sous l'impulsion du Représentant de l'OMS, les agences impliquées dans le projet renforcent leur collaboration et s'engagent à promouvoir une approche participative au sein des mécanismes de gestion et de coordination du niveau régional pour un renforcement de la cohérence et de l'efficacité du PISEN.

Les réflexions ont convergé vers la fédération des activités des agences autour des classes d'alphabétisation de l'UNESCO dont la cible est composée par les femmes et les enfants des villages. L'OMS a appuyé toutes les activités de coordination au

niveau local et central :

- **Installation de 12 Comités Locaux de Pilotage** au niveau des villages abritant les sites de nutrition en vue de coordonner toutes ces activités menées dans ce cadre;
- **Organisation de 3 missions de supervision intégrée** incluant les différents secteurs concernés au niveau local (santé, éducation, finances, service d'hygiène ateliers de planifications et un atelier d'évaluation;
- **Organisation de 2 ateliers d'évaluation du projet.**



ERADICATION DE LA POLIOMYÉLITE DANS LA RÉGION AFRICAINE

Contexte

La Commission Régionale de Certification pour l'Afrique (CRCA) est une société indépendante qui surveille le processus de certification dans la région africaine. La CRCA se rencontre deux fois par an pour examiner les rapports annuels de la certification des pays et de la documentation complète pour la validation du "statut libre de poliomyélite".

Depuis sa création en 1998 par le bureau du Directeur Régional de l'OMS / AFRO, des remarquables progrès ont été accomplis pour arrêter la transmission du poliovirus sauvage (PVS) dans la région africaine.

Contribution de l'OMS

L'OMS appuie les États Membres dans le processus de

certification. À partir de 2014 à 2017, L'OMS appuie la CRCA en organisant et facilitant un total de **7 réunions de la CRCA**.

L'Organisation **soutenait des visites de vérification de la CRCA dans 14 pays** entre 2015 et 2017 à savoir: Sao Tomé & Princes, Burkina Faso, Comores, Côte d'Ivoire, Angola, Tanzanie, RDC, Niger, Tchad, Mozambique, Cap-Vert, Algérie, Ethiopie et Gabon, pour aider l'amélioration de la qualité de leurs besoins de documentation complète la CRCA pour le statut libre de poliomyélite.

L'OMS a réalisé **9 formations sous-régionales** visant l'objectif et **renforcer la capacité de plus que 94 présidents des comités nationaux** et, plus que 47 officiers EPI/surveillance nationaux en 2014, 2016 et 2017 respectivement.

83%

des États Membres dans l'OMS / AFR ont leurs documentation complète revendiqué le statut de pays libre de poliomyélite acceptée par la CRCA

100%

des États Membres ont établi des comités nationaux de l'éradication de la poliomyélite

100%

des États Membres ont une plateforme pour l'utilisation des nouvelles technologies et l'innovation pour réduire les lacunes de la surveillance et de vaccination AFP

“

“Le risque posé par l'émergence du poliovirus dans les foyers et l'existence des zones de conflit/sécurité compromise peut compromettre les activités des routines de surveillance. L'OMS / AFRO utilise la nouvelle technologie et l'innovation (GIS, AVADAR, e-surveillance, ISS) pour réduire les lacunes de la surveillance et de vaccination dans la région de l'Afrique.”

Dr. Isidore Kouadio - Poliomyélite agent de Certification



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR

Africa

MEASURING THE ORGANIZATION'S
CONTRIBUTION TO AFRICA'S HEALTH
Success Stories



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU REGIONAL DE L'

Afrique

MESURER LA CONTRIBUTION DE L'OMS DANS
LA SANTE EN AFRIQUE ET SES SUCCES