



**STRATÉGIE RÉGIONALE POUR LA SÉCURITÉ SANITAIRE
ET LES SITUATIONS D'URGENCE 2016-2020**

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. La Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est confrontée à des flambées récurrentes et à d'autres situations d'urgence sanitaire. Ces événements, évitables pour la plupart si l'on entreprend une action sur leurs déterminants sous-jacents, se traduisent non seulement par une morbidité et une mortalité élevées, mais aussi par des incapacités et des perturbations socioéconomiques inacceptables. Ils représentent par ailleurs une menace pour la sécurité sanitaire nationale, régionale et mondiale.
2. Aucune stratégie mondiale ou régionale intégrée ne couvre de manière exhaustive l'ensemble des urgences de santé publique. Toutefois, des cadres et lignes directrices ont été définis ou élaborés pour éclairer la démarche des États Membres. On peut citer par exemple le Règlement sanitaire international (2005), juridiquement contraignant, et les stratégies régionales sur la Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte et la gestion des risques de catastrophe.
3. Malgré la disponibilité de ces cadres, lignes directrices et stratégies, la gestion des urgences sanitaires reste fort problématique dans la Région. Pour l'essentiel, les difficultés tiennent à la mise en œuvre fragmentée des interventions, à la collaboration intersectorielle limitée, à l'insuffisance de ressources, à la faiblesse des systèmes de santé et au manque de compétences essentielles requises en vertu du Règlement sanitaire international.
4. Tirant des enseignements de l'intervention récente face à la maladie à virus Ebola, l'OMS a engagé des réformes majeures afin d'être convenablement outillée pour favoriser la sécurité sanitaire mondiale. Un nouveau programme a été créé aux trois niveaux de l'Organisation pour faire face aux situations d'urgence.
5. Eu égard à ce qui précède, une stratégie régionale s'avère nécessaire pour donner des orientations aux États Membres. La stratégie insiste sur le recours à l'*approche englobant l'ensemble des menaces*, laquelle se définit comme une stratégie intégrée de gestion des risques qui inclut la planification et la prise en compte de toutes les menaces naturelles et technologiques potentielles. La stratégie contribuera à l'atteinte de l'objectif 3 de développement durable, qui met l'accent sur la bonne santé et le bien-être.
6. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la présente stratégie.

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1-4
ANALYSE DE SITUATION ET JUSTIFICATION	5-15
LA STRATÉGIE RÉGIONALE.....	16-38
INCIDENCES EN TERMES DE RESSOURCES	39
SUIVI ET ÉVALUATION	40-41
CONCLUSION.....	42-44

INTRODUCTION

1. Les États Membres sont fréquemment touchés par des flambées épidémiques récurrentes et par d'autres situations d'urgence de santé publique, qui se traduisent par une morbidité et une mortalité élevées, des incapacités et des perturbations socioéconomiques¹. Les épidémies et autres situations d'urgence constituent aussi une menace pour la sécurité sanitaire nationale, régionale et mondiale. Certes, la sécurité sanitaire relève principalement de la responsabilité souveraine des États Membres, mais les moyens pour assumer cette responsabilité doivent être mobilisés à l'échelle mondiale.

2. Le Règlement sanitaire international (RSI, 2005) se trouve être l'instrument par excellence pour aborder la question de la sécurité sanitaire mondiale². En effet, le RSI vise à protéger la sécurité sanitaire mondiale en évitant de créer des entraves inutiles au trafic international et au commerce. L'article 5 du RSI définit les capacités requises des États Parties, à savoir la capacité de détecter, d'évaluer, de notifier et de déclarer des événements ; les capacités de surveillance et de riposte ; ainsi que les capacités des aéroports, des ports et des postes-frontière désignés³.

3. Dans la Région africaine, l'application du RSI s'effectue dans le contexte de la Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR). Dans le même ordre d'idée, les États Membres ont adopté la stratégie régionale pour la gestion des risques de catastrophe (GRC). Cependant, la faiblesse des systèmes de santé dans la majorité des États Membres fait généralement obstacle à l'organisation d'une riposte d'urgence. Par exemple, les retards enregistrés dans la riposte aux épidémies de maladie à virus Ebola, de méningite et de fièvre jaune ont mis à nu les lacunes dans l'application du RSI^{1,5}. Les États Membres sont restés à la traîne en ce qui concerne l'acquisition des capacités essentielles requises en vertu du Règlement sanitaire international⁴.

4. En vue de renforcer les capacités de la Région à prévenir et détecter les urgences de santé publique et à mettre en place une riposte adéquate, il convient de formuler une stratégie tenant compte de l'ensemble des menaces, qui intègre la planification de tous les risques naturels et technologiques potentiels. En outre, le nouveau programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, qui s'occupe de manière globale des situations d'urgence sanitaire, fournit la possibilité d'améliorer l'appui en utilisant sur la démarche holistique proposée. Cette stratégie offre une plateforme commune que les États Membres doivent appliquer dans le contexte élargi de l'édification de systèmes de santé résilients. Elle contribuera à l'atteinte de l'objectif 3 de développement durable⁵.

¹ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Mapping the Risk and Distribution of Epidemics in the WHO African Region: A technical report*. Brazzaville, 2016.

² Organisation mondiale de la Santé. *Rapport du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola – juillet 2015*. Genève, 2015. Consulté le 17 avril 2016. Lien : <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report/en/>.

³ Organisation mondiale de la Santé. *Règlement sanitaire international (2005) – Deuxième édition*. Genève, 2005. Consulté le 17 avril 2016. Lien : <http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/>.

⁴ Organisation mondiale de la Santé. *Application du Règlement sanitaire international – Faire face aux urgences de santé publique*. Rapport du Directeur général à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé (document A68/22). Consulté le 17 avril 2016. Lien : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22-fr.pdf.

⁵ Objectif 3 de développement durable des Nations Unies, intitulé « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». On peut y accéder en suivant le lien <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>. Consulté le 21 juin 2016.

ANALYSE DE SITUATION ET JUSTIFICATION

Analyse de situation

5. Les États Membres enregistrent plus de 100 situations d'urgence de santé publique chaque année. Les maladies infectieuses comptent pour 80 % de ces situations, suivies par les catastrophes (18 % des cas), mais aussi par l'intoxication par des substances chimiques et la malnutrition aiguë sévère (2 % des cas). Le choléra, la rougeole et la méningite sont les maladies infectieuses les plus récurrentes. Les autres affections comprennent des viroses telles que la maladie à virus Ebola et la fièvre de Marburg, mais aussi le chikungunya, la typhoïde, l'hépatite virale, la dengue, la fièvre de la vallée du Rift, la fièvre jaune, la peste, l'orthopoxvirose simienne humaine, auxquelles s'est ajoutée récemment l'infection à virus Zika. La plupart de ces maladies infectieuses sont d'origine animale, car la santé des êtres humains est en corrélation avec celle des animaux et des écosystèmes. Certaines situations d'urgence sont exacerbées par le changement climatique et par d'autres facteurs environnementaux. Une alimentation insuffisante en eau et de mauvais services d'assainissement peuvent provoquer des situations d'urgence de grande ampleur.

6. La Région dans son ensemble est exposée au risque d'urgence sanitaire. Les agents pathogènes émergents et réémergents restent une source de préoccupation majeure. Autrefois connues pour être rares, la maladie à virus Ebola (MVE) et la fièvre de Marburg ont occasionné ces derniers temps des épidémies de grande ampleur. Par exemple, l'Afrique de l'Ouest a connu la pire épidémie d'Ebola de l'histoire, avec plus de 28 637 cas d'infection notifiés, dont 11 318 cas mortels, surpassant de loin toutes les précédentes épidémies de MVE combinées. Les données disponibles indiquent en effet que les précédentes épidémies de MVE ont touché au total 2420 individus, causant 1590 décès chez les personnes infectées⁶ entre 1976 et 2012.

7. La résistance aux antimicrobiens représente un autre risque pour la sécurité sanitaire. Cette résistance menace d'entraver la prévention et le traitement efficaces d'un nombre sans cesse croissant d'infections causées par des bactéries, des parasites, des virus et des champignons. La résistance aux antimicrobiens, qui devient une menace de plus en plus sérieuse pour la santé publique mondiale, nécessite que des mesures soient prises par tous les secteurs de gouvernement et par la société tout entière. La résistance aux antimicrobiens constitue un phénomène récurrent dans toutes les parties du monde et l'on assiste à l'émergence de nouveaux mécanismes de résistance qui se propagent partout.

8. Ces quatre dernières décennies, la Région a subi plus de 1000 catastrophes, qui constituent une menace majeure pour le développement et mettent à risque les gains économiques engrangés⁷. La croissance démographique rapide, l'urbanisation anarchique et les effets du changement climatique continuent d'avoir des répercussions négatives sur la Région. Par exemple, le phénomène El Niño a dévasté les moyens de subsistance et contribué à l'insécurité alimentaire, ainsi qu'aux flambées épidémiques en Afrique de l'Est et australe⁸.

9. Chaque année, les maladies diarrhéiques sont à l'origine d'environ 760 000 décès d'enfants âgés de moins de cinq ans, à cause principalement des mauvaises conditions d'assainissement et du

⁶ Organisation mondiale de la Santé. *Rapports de situation sur Ebola, 2013-2016*. Consulté le 17 avril 2016 sur <http://apps.who.int/ebola/ebola-situation-reports>.

⁷ Banque mondiale (2013). *Disaster Management in Africa*. Consulté le 17 avril 2016 en suivant le lien : <http://web.worldbank.org/wbsite/external/countries/africaext/>.

⁸ Nations Unies, Bureau de coordination des Affaires humanitaires (2016). *El Nino in East Africa*. Consulté le 1^{er} avril 2016, sur <http://www.unocha.org/el-nino-east-africa>.

manque d'accès à l'eau potable⁹. Même lorsque les épisodes diarrhéiques n'entraînent pas la mort, la diarrhée chronique dans la petite enfance peut favoriser la malnutrition, avec des répercussions potentielles à long terme sur le développement de l'enfant. En outre, les aliments impropres à la consommation peuvent transmettre la maladie d'une personne à l'autre et servir de bouillon de culture des bactéries responsables de l'intoxication alimentaire.

10. Les urgences sanitaires peuvent aussi causer d'importantes perturbations socioéconomiques et entraîner une perte de productivité. L'épidémie de maladie à virus Ebola en a apporté la preuve, en inversant les gains de la croissance économique dans les pays les plus touchés en Afrique de l'Ouest. Ainsi, la perte de produit intérieur brut s'est chiffrée à US \$219 millions environ en Sierra Leone, à US \$188 millions au Libéria et à US \$184 millions en Guinée¹⁰.

11. Le Règlement sanitaire international (2005), la Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte et la stratégie de gestion des risques de catastrophe, entre autres, ont été élaborés et sont en cours d'application. Le Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP) créé pour offrir une plateforme initiale de riposte d'urgence ne bénéficie pas d'un financement suffisant et ses mécanismes sont en train d'être révisés dans le sens de faciliter le versement de contributions à ce Fonds. La faiblesse et la fragilité des systèmes de santé dans la majorité des États Membres, ainsi que la modicité des contributions au FAUSP, continuent par ailleurs d'entraver les interventions d'urgence.

Justification

12. La gestion des urgences sanitaires fait toujours problème, à cause de l'inadéquation de la préparation et des capacités d'intervention. Les lacunes dans les cadres politiques et juridiques n'ont pas permis aux pays d'acquérir les capacités essentielles requises en vertu du RSI. À cela s'ajoutent d'autres problèmes majeurs tels que l'insuffisance des ressources (financières, humaines et logistiques), la fragmentation des services, la faible participation des communautés, la faiblesse des systèmes de santé, l'inadéquation de la collaboration interpays et les partenariats limités.

13. Les développements survenus récemment offrent des possibilités d'accélérer l'application du RSI et d'améliorer la coordination des processus et interventions alignés sur les ressources disponibles, afin de parvenir à de meilleurs résultats sanitaires dans la Région. On peut citer à titre d'exemple le Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale, l'établissement du Centre africain de prévention et de contrôle des maladies (le CDC africain), tout comme l'édification de partenariats plus solides avec la Commission de l'Union africaine, les communautés économiques régionales et les autres acteurs concernés.

14. La Région africaine doit se doter d'une stratégie qui traite de manière intégrée de la sécurité sanitaire et des situations d'urgence. Au demeurant, la Constitution de l'OMS et plusieurs résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé donnent mandat à l'Organisation de formuler des orientations techniques et stratégiques en cas d'urgences sanitaires^{11,12}.

⁹ Organisation mondiale de la Santé. « Aide-mémoire : Maladie diarrhéique ». On peut accéder à cet aide-mémoire en suivant le lien <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/>.

¹⁰ Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (2015). *Socio-Economic Impacts of Ebola on Africa*. Consulté le 17 avril 2016, sur http://www.uneca.org/sites/default/files/PublicationFiles/eca_ebola_report_final_eng_0.pdf.

¹¹ Organisation mondiale de la Santé. *Follow up of the WHA on the Ebola Virus Disease Outbreak and the Special Session of the Executive Board on Ebola: Roadmap for Action*. Septembre 2015, document consulté le 21 avril 2016 sur le lien http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/WHO-outbreaks-emergencies-Roadmap.pdf.

15. Tirant des enseignements de la riposte à la récente épidémie de maladie à virus Ebola, l'OMS a engagé des réformes majeures qui doivent lui permettre d'être mieux outillée pour contribuer à la sécurité sanitaire mondiale. Une plateforme unique a été instituée aux trois niveaux de l'Organisation pour gérer de façon globale les épidémies de maladies et les autres urgences sanitaires. Il semble donc judicieux de formuler une stratégie régionale en adéquation avec les réformes proposées.

LA STRATÉGIE RÉGIONALE

But, objectifs et cibles

16. Le but de la présente stratégie est de contribuer à la réduction de la morbidité, de la mortalité, des incapacités et des perturbations économiques causées par des flambées épidémiques et d'autres urgences sanitaires dans la Région africaine de l'OMS.

17. Les objectifs de la stratégie régionale sont les suivants :

- a) Renforcer et maintenir la capacité des États Membres à se préparer à faire face aux urgences sanitaires et à les prévenir.
- b) Renforcer et maintenir la capacité des États Membres à détecter à temps, à rapporter rapidement et à confirmer les flambées épidémiques.
- c) Renforcer et maintenir la capacité de tous les États Membres à intervenir rapidement en cas de flambées épidémiques et d'urgences sanitaires et à se relever des répercussions négatives de ces événements.

18. Cibles

Renforcer et maintenir la capacité des États Membres à se préparer à faire face aux urgences sanitaires et à les prévenir.

- a) D'ici à 2018, tous les États Membres doivent se doter d'une législation, de lois, de réglementations, de cadres, de politiques et de lignes directrices propices à l'application du RSI et à la gestion des risques de catastrophe.
- b) D'ici à 2018, tous les États Membres doivent créer des lignes budgétaires et allouer des ressources nationales afin de soutenir l'application du RSI.
- c) D'ici à 2018, au moins 80 % des États Membres doivent organiser une évaluation externe conjointe des capacités essentielles requises en vertu du RSI, avec l'appui de la coordination de l'OMS au niveau régional.
- d) D'ici à 2018, au moins 80 % des États Membres doivent effectuer une analyse et une cartographie des risques de flambée et de catastrophe, en utilisant une approche multisectorielle.
- e) D'ici à 2018, au moins 80 % des États Membres doivent établir des plans de préparation englobant l'ensemble des menaces, testés et dotés de ressources.

¹² Organisation mondiale de la Santé (2012). « Action et rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires ». Résolution WHA65.20 adoptée le 26 mai 2012, consultée le 17 avril 2016 sur le lien http://www.wma.net/en/20activities/20humanrights/20distress/A65_R20-en.pdf.

- f) D'ici à 2020, au moins 80 % des États Membres doivent acquérir les capacités minimales requises en vertu du RSI.
- g) D'ici à 2017, un effectif sanitaire régional doit être constitué en collaboration avec les partenaires, y compris le CDC africain.

Renforcer et maintenir la capacité des États Membres à détecter à temps, à rapporter rapidement et à confirmer les flambées épidémiques.

- a) D'ici à 2020, plus de 90 % des États Membres doivent réaliser la SIMR, y compris en utilisant des systèmes de surveillance des événements qui couvrent au moins 90 % du territoire national.
- b) D'ici à 2020, au moins 80 % des États Membres doivent instituer un système et un réseau de laboratoires nationaux fonctionnels, comme cela est décrit dans l'outil d'évaluation externe conjointe¹³.

Renforcer et maintenir la capacité de tous les États Membres à intervenir rapidement en cas de flambées épidémiques et d'urgences sanitaires et à se relever des répercussions négatives de ces événements.

- a) D'ici à 2020, au moins 80 % des États Membres doivent se doter d'un centre opérationnel pour les urgences de santé publique fonctionnant selon les normes minimales connues.
- b) D'ici à 2020, plus de 90 % des États Membres doivent adopter une stratégie multiniveau et multidimensionnelle de communication sur les risques permettant un échange d'informations en temps réel.
- c) D'ici à 2020, plus de 80 % des États Membres doivent disposer d'un effectif sanitaire suffisant pour répondre aux flambées épidémiques et aux urgences sanitaires, comme cela est stipulé dans l'outil d'évaluation externe conjointe.

19. Principes directeurs et valeurs

- a) **L'appropriation et le rôle moteur des pays**, en vertu desquels les gouvernements coordonnent toutes les interventions des partenaires et veillent à ce que ces interventions soient conformes aux lignes directrices nationales pertinentes.
- b) **La participation communautaire**, un principe sous-tendu par l'idée d'obtenir la collaboration des collectivités, de la société civile et du secteur privé.
- c) **Les principes de l'égalité entre les sexes et des droits de l'homme**. Ces principes garantissent l'intégration des problématiques de l'égalité entre les sexes et des droits de l'homme dans les politiques et les programmes.
- d) **L'équité** dans l'accès aux services, en mettant l'accent sur les groupes de population hautement vulnérables, les populations de migrants, les régions peu desservies et les États qui sortent d'un conflit.
- e) **Le renforcement des partenariats** à l'intérieur et au-delà du secteur de la santé, notamment avec le secteur privé, des acteurs non étatiques et des institutions académiques et de recherche,

¹³ Organisation mondiale de la Santé. *Joint External Evaluation tool (JEET), IHR (2005)*. Document consulté le 17 avril 2016 sur le lien http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204368/1/9789241510172_eng.pdf.

sans oublier les communautés économiques régionales. Ce principe est en adéquation avec le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, qui a été approuvé récemment¹⁴.

- f) Le renforcement de **la collaboration intersectorielle** aux niveaux local et régional entre la santé humaine, la santé animale ou vétérinaire, les secteurs de l'environnement et de la vie sauvage, en s'appuyant sur l'approche « Une seule santé ».
- g) **Une démarche axée sur les progrès et reposant sur des bases factuelles**, afin de tenir compte des tendances émergentes, des risques et des innovations sanitaires.
- h) **Une coopération interpays, régionale, sous-régionale et transfrontalière**, en vue de renforcer les échanges d'information en temps voulu et la coordination des interventions.

Interventions prioritaires

Renforcer et maintenir la capacité des États Membres à se préparer à faire face aux urgences sanitaires et à les prévenir.

20. **Concevoir une législation et des politiques nationales** pour donner la priorité à la gestion des risques de catastrophe, à la sécurité sanitaire et au RSI (2005) dans les plans stratégiques et de développement du secteur de la santé.

21. **Renforcer la coordination, la communication et le plaidoyer concernant le RSI, ainsi que son application**; consolider et maintenir en place un dispositif multisectoriel et multidisciplinaire de coordination et de communication régulièrement éprouvé et actualisé. Redéfinir les missions des points focaux nationaux RSI afin d'améliorer leur capacité de réponse et leur obligation de rendre compte à tous les secteurs concernés. En outre, fournir à ces points focaux la logistique dont ils ont besoin (matériel de bureau, de transport et de communication) pour devenir encore plus opérationnels.

22. **Établir des mécanismes de suivi et d'atténuation de la résistance aux antimicrobiens**, par exemple en mettant au point des systèmes de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et en garantissant l'accès à des antibiotiques essentiels de qualité¹⁵; réglementer et encourager l'usage rationnel des antibiotiques dans la médecine humaine et l'élevage.

23. **Élaborer et appliquer des cadres opérationnels de lutte contre les zoonoses, les maladies infectieuses émergentes et réémergentes et les facteurs de risque environnementaux**, en utilisant l'approche « Une seule santé ».

24. **Définir des cadres opérationnels pour la sécurité sanitaire des aliments et la surveillance de la qualité de l'eau. De tels cadres peuvent englober** la désignation des points focaux de la sécurité sanitaire des aliments dans les secteurs pertinents, l'établissement de liens opérationnels entre la surveillance de la santé publique et les fonctionnaires spécialisés dans l'action d'urgence, la sécurité sanitaire des aliments et de l'eau, la santé animale et les laboratoires.

¹⁴ Le *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques* a été adopté par la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé qui s'est tenue à Genève. On peut accéder au communiqué de presse sur les conclusions de l'Assemblée en cliquant sur le lien <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/wha69-28-may-2016/fr/>. Consulté le 21 juin 2016.

¹⁵ Il s'agit également de veiller au respect des mécanismes réglementaires en vigueur afin d'éviter le recours aux produits faux et contrefaits.

25. **Renforcer les programmes de sécurité et de sûreté biologiques**, en particulier l'utilisation, le stockage et le confinement des agents pathogènes dans des conditions de sécurité et de sûreté ; et acquérir la capacité à gérer des risques biologiques.

26. En collaboration avec le programme élargi de vaccination (PEV) et les autres acteurs concernés, **constituer des stocks régionaux de vaccins, améliorer la délivrance des vaccins** et les systèmes de **mise en œuvre** pour faciliter la vaccination préventive et réactive contre les maladies à potentiel épidémique.

27. **Mettre en œuvre des interventions visant à accroître la résilience dans les formations sanitaires et au niveau des communautés.** De nouveaux établissements de santé devraient être construits pour permettre aux pays de supporter l'impact des menaces, en utilisant des conceptions structurelles, non structurelles et fonctionnelles appropriées. Les membres des collectivités devraient participer à l'exercice de certains rôles essentiels dans les interventions concernant la gestion des risques de catastrophe.

Renforcer et maintenir la capacité des États Membres à détecter à temps, à rapporter rapidement et à confirmer les flambées épidémiques.

28. **Renforcer les systèmes et réseaux de laboratoires nationaux pour** le dépistage, la confirmation et le suivi des maladies et des agents pathogènes prioritaires. Renforcer les capacités, y compris par une formation appropriée, par la fourniture de réactifs, le jumelage de laboratoires pour le transfert de technologies et la constitution de réseaux pour l'orientation-recours des échantillons.

29. Renforcer la **Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte (indicateur, surveillance des événements et surveillance syndromique)** : il s'agit de mettre au point et de maintenir en place des systèmes interopérables, interconnectés et électroniques de gestion et de rapportage des données, et d'améliorer la capacité d'analyse et de diffusion de l'information et des meilleures pratiques.

30. Mobiliser et fidéliser **les ressources humaines afin de mettre en place les capacités essentielles requises en vertu du Règlement sanitaire international** et d'appliquer la stratégie de gestion des risques de catastrophe, par exemple les programmes de formation en épidémiologie appliquée concernant la santé humaine et animale ; de promouvoir la coopération Sud-Sud et Nord-Sud ; de concevoir une stratégie pour les personnels de santé publique – laquelle stratégie doit être révisée chaque année – ; et de contribuer à la mobilisation du personnel de santé régional et mondial susceptible d'être déployé en cas d'urgences, y compris la création d'un observatoire du Corps des volontaires africains de la santé.

Renforcer et maintenir la capacité de tous les États Membres à intervenir rapidement en cas de flambées épidémiques et d'urgences sanitaires et à se relever des répercussions négatives de ces événements.

31. **Accroître l'investissement dans la préparation par** des évaluations externes conjointes des capacités essentielles requises en vertu du RSI et par l'analyse et la cartographie des risques, en utilisant le district comme unité de base ; formuler et appliquer un plan national de préparation et de riposte aux urgences de santé publique en tenant compte de l'ensemble des menaces ; recenser les ressources potentielles et affecter des ressources financières adéquates.

32. **Créer ou renforcer les opérations de réponse d'urgence** par l'élaboration des plans et autres procédures des centres d'opérations d'urgence, par l'établissement de systèmes de gestion des incidents, ainsi que par la préservation de la capacité de riposte multisectorielle et de relèvement.

33. **Élaborer un plan national de communication sur les risques d'urgence englobant plusieurs menaces**, lequel plan doit faire l'objet d'un examen périodique ; instaurer et expérimenter la coordination de la communication avec tous les partenaires et assurer une communication permanente dans le cadre d'une couverture élargie, tout comme la collaboration et une sensibilisation proactive des médias, en s'appuyant sur les meilleures pratiques de communication sur les risques.

Interventions transversales

34. **Renforcer la capacité de recherche pour l'innovation**, l'échange de données publiques et d'informations scientifiques, tout comme leur utilisation, dans le but d'assurer une programmation reposant sur des bases factuelles des interventions visant à instaurer la sécurité sanitaire. Mettre au point ou renforcer les mécanismes afin d'établir le lien entre les réseaux fonctionnels régionaux et sous-régionaux des institutions de recherche et les ministères de la Santé. Accélérer les efforts en vue de la production locale de médicaments essentiels, et dans d'autres domaines de recherche que l'on pourrait exploiter pendant les situations d'urgence.

35. **Améliorer la mobilisation de ressources financières auprès de sources nationales pour garantir la sécurité sanitaire nationale**, moyennant l'ouverture d'une ligne budgétaire durable ou d'un fonds de sécurité sanitaire ou encore par des contributions au FAUSP.

36. **Fournir un appui approprié à des composantes transversales, telles que** l'édification et le maintien de systèmes de santé résilients, les partenariats et la constitution de réseaux avec les communautés, la collaboration avec la société civile et des organisations non gouvernementales et la promotion des partenariats public-privé, ainsi que la fourniture d'une logistique suffisante, sans oublier l'institution de systèmes d'information logistique fonctionnels.

Rôles et responsabilités

ÉTATS MEMBRES

37. Les États Membres doivent :

- a) garantir une collaboration multisectorielle dans la mise en œuvre de la présente stratégie ;
- b) élaborer des plans nationaux et une feuille de route claire, assortis tous les deux de repères permettant d'évaluer l'acquisition et le maintien en place des capacités essentielles requises en vertu du RSI, ainsi que la pleine mise en œuvre de la stratégie de GRC¹⁶, y compris par l'examen des structures et systèmes qui facilitent la mise en œuvre de la stratégie ;
- c) engager des ressources nationales en vue de réaliser les interventions prioritaires. En effet, les pays doivent allouer des ressources appropriées à la mise en œuvre des plans nationaux et au suivi-évaluation des progrès accomplis ;

¹⁶ Lire à cet effet la résolution AFR/RC62/R1, intitulée « Gestion des risques de catastrophe : Une stratégie pour le secteur de la santé dans la Région africaine ». On peut y accéder en suivant le lien <http://www.afro.who.int/en/sixty-second-session.html>. Consulté le 21 juin 2016.

- d) mener des travaux de recherche pour pouvoir répondre aux questions prioritaires liées à la sécurité sanitaire, à l'atténuation des risques et à l'exposition aux facteurs de risque ;
- e) s'acquitter de leurs contributions au Fonds africain pour les urgences de santé publique afin de compléter les autres fonds d'urgence ;
- f) encourager la participation des spécialistes des fonds d'urgence au fonctionnement du Corps des volontaires africains de la santé.

SECRETARIAT DE L'OMS ET PARTENAIRES

38. Le Secrétariat de l'OMS et les partenaires doivent :

- a) diffuser les informations pertinentes, tout comme les produits et les lignes directrices techniques qui permettent de soutenir la mise en œuvre de la présente stratégie ;
- b) fournir un appui aux États Membres pour qu'ils puissent élaborer et appliquer des plans stratégiques et annuels faisant l'objet d'un suivi et d'une évaluation réguliers ;
- c) renforcer les mécanismes de biosécurité et de biosûreté pour les agents pathogènes et pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens ;
- d) instituer un forum de partenariat régional pour que l'approche « Une seule santé » soit utilisée en tant que plateforme de réalisation d'actions coordonnées, de mobilisation de ressources et d'établissement d'un consensus entre les partenaires et les États Membres ;
- e) faciliter les partenariats afin d'améliorer la préparation, l'alerte et l'intervention, et renforcer la collaboration entre les pays et les institutions ;
- f) renforcer les réseaux nationaux et régionaux d'instituts de recherche afin de soutenir les États Membres dans leurs recherches ;
- g) mobiliser un effectif sanitaire régional, y compris le Corps des volontaires africains de la santé, que l'on peut déployer rapidement dans le cadre de la riposte aux urgences sanitaires ;
- h) s'engager à soutenir la mise en application des plans d'action nationaux établis pour combler les lacunes dans l'acquisition des capacités essentielles requises en vertu du RSI après l'évaluation externe conjointe.

INCIDENCES EN TERMES DE RESSOURCES

39. En vue d'atteindre les cibles fixées dans la présente stratégie, il faut fortement accroître les investissements (extérieurs et intérieurs) dans la sécurité sanitaire pour passer de la moyenne actuelle de US \$0,02 par habitant et par an à US \$1-2 par habitant et par an. Les estimations par tête sont tirées des coûts de mise en œuvre de la SIMR dans les États Membres de la Région africaine^{17,18}. Des estimations plus précises des coûts seront générées pendant la mise en œuvre. En outre, conformément à l'exigence budgétaire globale liée au nouveau programme OMS de gestion des

¹⁷ Luswa-Lukwago J, et coll. (2013). *The implementation of Integrated Disease Surveillance and Response in Uganda: a review of progress and challenges between 2001 and 2007*.

¹⁸ Somda ZC, et coll. (2009). *Cost analysis of an integrated disease surveillance and response system: case of Burkina Faso, Eritrea, and Mali*. *Cost Eff Resour Alloc.* 2009 Jan 8 ; 7:1.

situations d'urgence sanitaire approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé¹⁹, le Secrétariat de l'OMS aura besoin d'au moins US \$106,8 millions (US \$31,8 millions pour les bureaux régionaux et US \$75 millions pour les bureaux de pays) pour fournir un appui ou un accompagnement aux États Membres chaque année. Par ailleurs, un fonds de réserve pour les situations d'urgence devra être constitué, dont la dotation plafonnerait à US \$50 millions par an²⁰. Enfin, il faut accroître les investissements dans la recherche-développement.

SUIVI ET ÉVALUATION

40. **Suivi et évaluation de la stratégie.** Les progrès réalisés vers l'atteinte des cibles définies dans la présente stratégie devront compléter les avancées obtenues dans la mise en œuvre de la stratégie de GRC. La mise en œuvre de la stratégie sera évaluée sur une base trimestrielle, annuelle, à mi-parcours et à l'échéance. La collecte des données se fera grâce à la SIMR, aux évaluations externes conjointes réalisées aux fins du RSI et à d'autres évaluations, à l'examen des cibles de la stratégie de gestion des risques de catastrophe, à la supervision et aux enquêtes menées dans les structures, afin de suivre les avancées et d'identifier les problèmes. Les examens à mi-parcours auront lieu en 2018 pour évaluer les progrès provisoires accomplis, alors qu'une évaluation finale interviendra avant l'élaboration de la prochaine stratégie en 2020.

41. **Suivi et évaluation des systèmes de surveillance.** Une SIMR fonctionnelle permet de suivre les tendances lors d'événements de santé publique prioritaires. Les États Membres sont invités à surveiller la performance des principaux attributs du système de SIMR, avec l'appui de l'OMS et des partenaires, en utilisant les protocoles décrits de manière détaillée dans les lignes directrices techniques de la SIMR²¹.

CONCLUSION

42. La fréquence et l'ampleur des épidémies de maladies et des autres urgences sanitaires observées ces derniers temps dans la Région africaine de l'OMS sont les plus grandes jamais enregistrées. La Région n'est pas à l'abri d'un scénario du pire. Les États Membres et les partenaires au développement doivent donc, dès à présent, prendre des mesures pour assurer une meilleure protection des populations africaines et du monde en général contre les effets néfastes des flambées de maladies et d'autres urgences sanitaires.

43. Les États Membres sont invités instamment à donner la priorité à leurs programmes relatifs à la sécurité sanitaire et aux situations d'urgence dans leurs budgets globaux du secteur de la santé et dans leurs plans de développement national. Lors de la riposte en cas d'urgence, tout doit être mis en œuvre pour garantir la continuité des services de santé systématiques. L'accent doit être mis sur l'édification de systèmes de santé résilients, capables de tenir le choc en cas de catastrophes et de faire face aux dégâts potentiels des situations d'urgence.

44. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la présente stratégie.

¹⁹ Lire le communiqué de presse publié par l'OMS à l'issue de la création de son nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire par la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2016. Suivre à cet effet le lien <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/wha69-25-may-2016/fr/>. Consulté le 21 juin 2016.

²⁰ The National Academy Press (2016). *The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises (2016)*. Consulté le 16 avril 2016, sur <http://www.nap.edu/catalog/21891/the-neglected-dimension-of-global-security-a-framework-to-counter>.

²¹ Organisation mondiale de la Santé (2010). *Technical Guidelines for Integrated Disease Surveillance and Response, Second Edition*. Consulté le 17 avril 2016, sur <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/integrated-disease-surveillance/features/2775-technical-guidelines-for-integrated-disease-surveillance-and-response-in-the-african-region.html>.