

Activités de l'OMS dans la Région africaine 2012-2013

Rapport biennal du Directeur régional

À la soixante-quatrième session du Comité régional de l'Afrique,
Cotonou, République du Bénin, 1^{er}-5 septembre 2014

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Activités de l'OMS dans la Région africaine 2012-2013 : rapport du Directeur régional

1. Planification de la santé au niveau régional
 2. Administration de la santé publique
 3. Administration des services de santé
 4. Politique de santé
 5. Afrique
- I. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique

ISBN : 978 929 031 2024

(Classification NLM : WA 541 HA1)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2014

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole n° 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de la Bibliothèque du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; +242 065 081 114; télécopie : +47 241 39501; courriel : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Conception graphique et impression au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique en
République du Congo

Avant-propos



Le Directeur régional a l'honneur de présenter au Comité régional le rapport d'activités de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine pour la période biennale 2012-2013.

A handwritten signature in black ink, reading "Luis Gomes Sambo".

Dr Luis Gomes Sambo
Directeur régional

Sommaire

	Page
AVANT-PROPOS	i
ABRÉVIATIONS	vii
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	ix
	Paragraphe
1. INTRODUCTION	1–5
2. CONTEXTE	6–15
3. EXÉCUTION DU BUDGET PROGRAMME 2012-2013	16–21
4. RÉALISATIONS NOTABLES, PAR OBJECTIF STRATÉGIQUE	22–179
4.1 OS1 : Maladies transmissibles	22–38
4.2 OS2 : VIH/sida, tuberculose et paludisme	39–62
4.3 OS3 : Maladies chroniques non transmissibles, troubles mentaux, violence et traumatismes	63–69
4.4 OS4 : Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la mère, et vieillissement	70–80
4.5 OS5 : Situations d'urgence, catastrophes, crises et conflits	81–90
4.6 OS6 : Facteurs de risque pour la santé	91–101
4.7 OS7 : Déterminants sociaux et économiques de la santé	102–109
4.8 OS8 : Un environnement plus sain	110–120
4.9 OS9 : Nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire	121–126
4.10 OS10 : Services de santé	127–134
4.11 OS11 : Technologies et produits médicaux	135–146
4.12 OS12 : Rôle moteur, gouvernance et partenariat	147–164
4.13 OS13 : Une OMS efficiente et efficace	165–179

5. PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE RÉSOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL	180–196
5.1 AFR/RC51/R3 – Santé de l'adolescent : Stratégie de la Région africaine	181–182
5.2 AFR/RC58/R1 – Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Appel à l'action	183–185
5.3 AFR/RC56/R2 – Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine	186–188
5.4 AFR/RC61/R2 – Cadre pour l'adaptation de la santé publique au changement climatique dans la Région africaine	189–190
5.5 AFR/RC61/R4 – Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine	191–193
5.6 AFR/RC61/R1 – Élimination de la rougeole d'ici 2020 : Stratégie pour la Région africaine	194–196
6. DÉFIS, CONTRAINTES ET LEÇONS APPRISSES	197–206
6.1 Défis et contraintes	197–201
6.2 Leçons apprises	202–206
7. CONCLUSION	207–209
ANNEXES	Page
Tableau 1 – Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 de l'OMS : énoncé des objectifs stratégiques	67
Tableau 2 – Budget programme 2012-2013 approuvé : allocation par objectif stratégique, source de financement et répartition entre les bureaux de pays et le Bureau régional de l'OMS (en milliers de dollars des États-Unis)	68
8. NOTES DE FIN DE DOCUMENT	69

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Taux de couverture par la troisième dose du vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3) dans la Région africaine en 2012 et 2013	12
Figure 2 : État de l'éradication de la maladie du ver de Guinée dans les États Membres de la Région africaine de l'OMS en décembre 2013	15
Figure 3 : Personnes vivant avec le VIH ayant accès à la thérapie antirétrovirale entre 2005 et 2012	18
Figure 4 : Tendances de l'élargissement des interventions de lutte contre le paludisme dans la Région africaine de l'OMS, 2000-2012	23
Figure 5 : Comparaison du nombre estimatif de décès en 2010 et des projections concernant les décès et traumatismes imputables aux MNT en 2025 dans la Région africaine	24
Figure 6 : Progrès réalisés vers l'atteinte du quatrième objectif du Millénaire pour le développement dans la Région africaine, rapports de 2007 et de 2012	27
Figure 7 : Répartition des fonds en réponse aux catastrophes avant l'élaboration de la stratégie de gestion des risques de catastrophe	30

Abréviations

AACHRD	Comité consultatif africain pour la recherche et le développement en santé	EAIP	Équipe d'appui interpays
ACD	Atteindre chaque district	ERF	Cadre d'action d'urgence
ACLEM	Centre africain pour l'entretien des équipements de laboratoire	eTME	Élimination de la transmission mère-enfant
AFRO	Bureau régional de l'Afrique	EVIPNet	Réseau de politiques reposant sur des bases factuelles
AHO	Observatoire africain de la Santé	FANC	Soins prénatals focalisés
AMM	Administration massive de médicaments	FAUSP	Fonds africain pour les urgences de santé publique
ANI	Accélération des améliorations de la nutrition	GAPPD	Plan d'action mondial pour la pneumonie et la diarrhée
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant	GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
ANRP	Autorité nationale de réglementation pharmaceutique	GDF	Service pharmaceutique mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux
APOC	Programme africain de lutte contre l'onchocercose	GLAAS	Analyse et évaluation mondiales sur l'assainissement et l'eau potable
ARV	Médicaments antirétroviraux	GLP	Programme mondial d'apprentissage
AVS	Activités de vaccination supplémentaires	GNUD	Groupe des Nations Unies pour le développement
CCLAT	Convention-cadre pour la lutte antitabac	GRC	Gestion des risques de catastrophe
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest	GSWS	Enquête mondiale sur la santé à l'école
CER	Communautés économiques régionales	GTCE	Groupe de travail consultatif d'experts pour le financement et la coordination de la recherche-développement
CF	Contributions fixées	HELDS	Système de gestion des données sur les liens entre la santé et l'environnement
CoIA	Commission de l'Information et de la Redevabilité en matière de Santé de la Femme et de l'Enfant	HHA	Harmonisation pour la Santé en Afrique
CT-MTN	Chimiothérapie préventive des MTN	iCCM	Prise en charge communautaire intégrée
CV	Contributions volontaires	IMPACT	Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement
DTC3	3 ^{ème} dose du vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche dans le PEV systématique		

IPSAS	Normes comptables internationales du secteur public	PVS	Poliovirus sauvage
ISO	Organisation internationale de normalisation	rGLC	Mécanisme «feu vert» régional
MeTA	Alliance pour la transparence des médicaments	RRC	Réduction des risques de catastrophe
mhGAP	Programme d'action Comblant les lacunes en matière de santé mentale	RSI	Règlement sanitaire international (2005)
MII	Moustiquaires imprégnées d'insecticide	rSIS	Système d'information stratégique en temps réel
MNT	Maladies non transmissibles	SANA	Analyses de situation et évaluation des besoins
MOSS	Normes minimales de sécurité opérationnelle	SAV	Semaine africaine de la vaccination
MTN	Maladies tropicales négligées	SGMNE	Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et génésique
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement	SHPPS	Étude sur les politiques et programmes de santé à l'école
OMS	Organisation mondiale de la Santé	SIMR	Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte
OMS/AFRO	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique	SLIPTA	Processus graduel d'amélioration d'un laboratoire en vue de son accréditation
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé	SMNE	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
OS	Objectif stratégique	STEPS	Approche par étapes de surveillance des facteurs de risque de MNT
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance	TARV	Thérapie antirétrovirale
PEID	Petits États insulaires en développement	TME	Transmission mère-enfant
PEV	Programme élargi de vaccination	TMN	Tétanos maternel et néonatal
PFA	Paralysie flasque aiguë	UNDAF	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
PGT	Programme général de travail	VAR	Vaccin contenant une valence rougeole
PHE	Événements d'importance en santé publique	VPH	Virus du papillome humain
PMDT	Prise en charge programmatique de la tuberculose à bacilles multirésistants		
PSMT	Plan stratégique à moyen terme		
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant		

Résumé d'orientation

1. Les activités de l'OMS dans la Région africaine au cours de la période biennale écoulée ont été régies par le onzième programme général de travail 2006-2015, le Plan stratégique à moyen terme (PSMT) 2008-2013, les Stratégies de Coopération avec les Pays (SCP) et les Orientations stratégiques pour l'OMS 2010-2015 dans la Région africaine. Le présent rapport couvre le budget programme 2012-2013 et analyse chacun des objectifs stratégiques, à savoir : OS1 – Maladies transmissibles; OS2 – VIH/sida, tuberculose et paludisme; OS3 – Maladies chroniques non transmissibles, troubles mentaux, violence et traumatismes; OS4 – Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la mère, et vieillissement; OS5 – Situations d'urgence, catastrophes, crises et conflits; OS6 – Facteurs de risque pour la santé; OS7 – Déterminants sociaux et économiques de la santé; OS8 – Un environnement plus sain; OS9 – Nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire; OS10 – Services de santé; OS11 – Technologies et produits médicaux; OS12 – Rôle moteur, gouvernance et partenariat; OS13 – Une OMS efficiente et efficace.
2. En vue de mieux comprendre les prestations de l'OMS, le présent résumé d'orientation fait ressortir les réalisations pour chacun des 13 objectifs stratégiques (OS), en vertu des six fonctions essentielles de l'Organisation, qui consistent à : a) jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire; b) fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles; c) fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application; d) définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes; e) fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles; et f) surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances.
3. Le budget programme a été exécuté dans un contexte marqué par une relance progressive de la situation financière et économique mondiale. Un certain nombre de pays de la Région africaine ont enregistré un taux de croissance économique moyen de 5-6 % et la majorité des gouvernements ont fait des efforts pour accroître l'investissement dans le secteur de la santé afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé. La réduction du taux de mortalité des moins de cinq ans et de la charge de morbidité due aux maladies évitables par la vaccination, au paludisme, à l'infection à VIH et aux maladies tropicales négligées (MTN) atteste des progrès réalisés pour atteindre les OMD. Toutefois, l'investissement modeste dans la santé ne s'est pas encore traduit par de meilleurs résultats sanitaires et les progrès ont été lents et insuffisants pour réaliser les objectifs fixés pour 2015.

4. Un rôle fondamental de l’OMS consiste à jouer le rôle de chef de file et à collaborer avec les partenaires pour une action conjointe. Par le biais de ses Représentants dans les pays, l’Organisation mondiale de la Santé a facilité le dialogue entre les autorités nationales, les parties prenantes à la santé et les partenaires au développement. Conformément à la Déclaration de Paris sur l’efficacité de l’aide, l’harmonisation et l’alignement, l’OMS a également favorisé la coordination entre les partenaires au développement sanitaire, sous la houlette des ministères de la Santé. Des programmes menés conjointement avec d’autres institutions du système des Nations Unies ont permis d’améliorer la cohérence de l’action des Nations Unies en matière de santé, dans le contexte des équipes de pays des Nations Unies et du Plan-cadre des Nations Unies pour l’aide au développement (UNDAF).
5. La collaboration des dirigeants politiques, des chefs traditionnels, des responsables religieux des pays et des partenaires internationaux au développement a permis d’obtenir de meilleurs résultats sanitaires, en particulier dans le domaine de la vaccination. Ainsi, pour la deuxième année consécutive, on n’a enregistré aucune transmission du poliovirus sauvage dans les pays où la transmission avait été rétablie (Angola, République démocratique du Congo et Tchad) et l’on a assisté à l’élimination de la menace d’épidémie de méningite à méningocoque A dans la ceinture africaine de la méningite.
6. Les partenariats avec les organisations bilatérales et multilatérales, les communautés économiques régionales, l’Union européenne, les initiatives mondiales en faveur de la santé, les fondations, la société civile, les organisations non gouvernementales et les institutions académiques ont été renforcés. Grâce au rôle moteur et à la coordination de l’OMS, le mécanisme de partenariat dénommé Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) a été utilisé pour promouvoir davantage le dialogue entre les ministères des Finances et les ministères de la Santé. Cette action a abouti à une collaboration plus étroite entre les ministères des Finances et les ministères de la Santé, ainsi qu’à la définition de mécanismes plus innovants pour accroître le financement de la santé et la prestation de services, en vue d’accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle.
7. Un rôle important dévolu à l’OMS est de fixer les priorités du programme de recherche et d’inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles pour étayer les politiques et l’action de santé. Le Comité consultatif africain pour la recherche et le développement en santé (AACHRD) fournit des conseils très utiles et contribue à façonner le programme de recherche pour la santé dans la Région africaine. Grâce à la formation de jeunes investigateurs et aux projets de démonstration, d’importantes lacunes dans l’action de santé de la Région ont été comblées. Un appui a été fourni aux pays pour qu’ils utilisent les résultats de la recherche et de nouveaux outils pour renforcer les programmes prioritaires. Par exemple, la prise en charge communautaire intégrée des

cas de paludisme, de pneumonie et de diarrhée a été rendue possible grâce aux bases factuelles et connaissances scientifiques récentes. Les lignes directrices pour la mise en œuvre des programmes à assise communautaire de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ont été élaborées grâce à la recherche. La capacité nationale à réaliser la surveillance par étapes des facteurs de risque de MNT a été renforcée dans 34 pays, qui génèrent désormais des données pour orienter l'action.

8. En ce qui concerne l'établissement des normes et des standards, l'OMS a fourni un appui aux États Membres pour élaborer ou adapter des lignes directrices dans plusieurs programmes prioritaires. D'autres lignes directrices et outils ont été révisés pour les rendre plus efficaces et susceptibles de répondre aux besoins des pays. Par exemple, l'OMS a lancé ses lignes directrices consolidées pour l'utilisation des antirétroviraux dans le traitement et la prévention des infections par le VIH. Un cadre qui intègre la tuberculose pédiatrique dans le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) a été élaboré. De plus, des outils de mise en œuvre de la stratégie de gestion des risques de catastrophe (GRC) ont été mis au point.
9. L'OMS a facilité l'élaboration et l'adoption de stratégies régionales reposant sur des bases factuelles, dont s'inspirent les États Membres pour définir des politiques et stratégies nationales permettant de s'attaquer aux priorités de santé publique. En 2012, la soixante-deuxième session du Comité régional a adopté la stratégie pour la gestion des risques de catastrophe, la feuille de route pour augmenter les ressources humaines pour la santé, la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles, la stratégie de promotion de la santé, la stratégie renouvelée de lutte contre le VIH/sida, une stratégie pour la consolidation de l'Observatoire africain de la Santé, une politique sur la santé et les droits de l'homme, tout comme un document d'orientation sur l'optimisation des initiatives mondiales en faveur de la santé pour renforcer les systèmes nationaux de santé. En 2013, les politiques et stratégies ci-après ont été adoptées : politiques et plans pour des interventions dans la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et génésique, et dans la sécurité nationale des patients; promotion de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé; renforcement de la capacité de réglementation des produits médicaux; utilisation de la cybersanté pour améliorer les systèmes de santé; et lutte contre les maladies tropicales négligées.
10. Dans le cadre de l'exercice de ses fonctions de fourniture d'appui technique et de catalyseur du changement, l'OMS a apporté son concours aux États Membres pour qu'ils puissent formuler des politiques nationales grâce à des groupes de travail multisectoriels, promouvoir la santé dans toutes les politiques et légiférer sur des risques spécifiques tels que l'usage nocif de l'alcool et le tabagisme. Un appui technique a été fourni en vue de

la mise en œuvre d'activités de vaccination supplémentaire (AVS) antipoliomyélitique, ce qui a permis de toucher plus de 300 millions d'enfants de moins de cinq ans. En outre, le vaccin conjugué contre la méningite à méningocoque A (MenAfriVac™) a été administré à plus de 153 millions d'individus dans les quatre années qui ont suivi son introduction.

11. Les États Membres ont bénéficié d'un appui pour mettre en œuvre des interventions d'un bon rapport coût-efficacité visant à alléger la charge de morbidité due au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme. Quatorze pays prioritaires ont intensifié les interventions de circoncision masculine, afin de réduire l'incidence de l'infection à VIH. L'OMS a également soutenu l'élargissement de la thérapie antirétrovirale, afin de prévenir et de traiter le VIH/sida, de même que l'accès aux médicaments de la tuberculose, grâce au Service pharmaceutique mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux (GDF). Cela a abouti à une réduction de 24 % de l'incidence des nouvelles infections par le VIH pédiatrique; à l'extension de la thérapie antirétrovirale (TARV) pour la prévention et le traitement du sida; à la régression du paludisme; et à l'amélioration du taux de guérison de la tuberculose dans la Région.
12. Quarante-trois pays ont évalué leurs capacités essentielles concernant l'application du Règlement sanitaire international, avec le concours de l'OMS. La capacité de surveillance de la maladie s'est nettement renforcée dans les pays de la Région. De manière cumulée, 36 pays avaient bénéficié d'une assistance en fin d'année 2012 pour formuler des plans directeurs nationaux intégrés de lutte contre les MTN et débiter leur mise en œuvre. La capacité des pays à s'attaquer aux maladies non transmissibles s'est améliorée grâce aux orientations et à l'appui de l'OMS. Vingt pays ont désormais érigé en priorité la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles en créant des unités, des programmes ou des départements au sein de leurs ministères de la Santé.
13. L'OMS a poursuivi le renforcement de l'appui stratégique, technique et logistique qu'elle fournit aux États Membres dans le cadre de la riposte aux urgences survenues dans la Région. L'Organisation a coordonné le soutien au volet santé lors des conflits armés survenus en République centrafricaine, au Soudan du Sud et au Mali, de la sécheresse dans les pays sahéliens et des flambées épidémiques dans plusieurs autres pays, ce qui a permis de réduire largement la morbidité et de sauver des vies. De plus, l'OMS, en partenariat avec d'autres parties prenantes clés, s'est occupée des volets alimentation et nutrition de la crise au Sahel et dans d'autres parties de la Région.
14. En vue de renforcer les systèmes de santé, un appui technique a été fourni aux pays pour l'élaboration ou la révision des politiques et plans stratégiques nationaux de santé. Les pays ont également bénéficié d'une assistance technique qui leur a permis d'élaborer

des plans d'action stratégiques concernant les politiques nationales des médicaments, de laboratoires et de sécurité transfusionnelle, ainsi des plans de développement institutionnel des autorités nationales de réglementation pharmaceutique (ANRP). L'Observatoire africain de la Santé est devenu opérationnel : 23 profils analytiques de pays et quatre atlas statistiques de pays sont désormais accessibles via son portail afin de faciliter le suivi de la situation sanitaire et l'évaluation des tendances en matière de santé. De plus, un Atlas des statistiques sanitaires africaines 2012 et 2013 recelant des informations nécessaires à la prise de décision a été produit et diffusé dans les pays. Des enquêtes sur la prévalence de la tuberculose ont été réalisées en Éthiopie, au Nigéria, au Rwanda et en Tanzanie, et leurs résultats ont été utilisés pour améliorer le contrôle et la surveillance. Les pays ont bénéficié d'un appui pour utiliser un système électronique de données sur la tuberculose, dans le cadre de la collecte de données devant alimenter le Rapport mondial sur la tuberculose 2012-2013.

15. L'OMS a mis au point un système régional d'information stratégique (rSIS) avec des données rétrospectives et des projections sur les maladies et les affections transmissibles et non transmissibles. La base de données du rSIS est en train d'être lancée et permettra de disposer de données en temps réel pour l'action. En collaboration avec le Réseau africain sur la résistance des vecteurs (ANVR), l'OMS a collecté des données sur la résistance aux insecticides dans la Région au cours de la période biennale 2012-2013. Ces données sont utilisées pour rendre opérationnel le Plan mondial sur la gestion de la résistance aux insecticides (GPIRM).
16. D'une manière globale, l'exécution du budget programme 2012-2013 dans tous les 13 objectifs stratégiques (OS) a été soutenue par les fonctions d'appui et les services institutionnels du Secrétariat de l'OMS. La mise en œuvre de l'approche de gestion axée sur les résultats et du cadre y afférent était évidente dans l'alignement des résultats techniques, des ressources financières et des dépenses connexes de la période biennale 2012-2013 sur les plans opérationnels. La délégation de pouvoir accordée par le Directeur régional aux principaux responsables de la Région a placé au même niveau la prise de décision et la responsabilité de produire des résultats, et renforcé la conformité, tout comme les fonctions de supervision. En outre, le Système mondial de gestion continue d'améliorer l'établissement de rapports financiers par rapport aux résultats techniques présentés dans ce rapport.
17. Le programme de réforme de l'OMS fournit l'opportunité d'améliorer les performances tout en permettant à l'Organisation de s'adapter au contexte de la santé mondiale en mutation et aux nouvelles priorités émergentes. Lors de la mise en œuvre du douzième programme général de travail 2014-2019, l'OMS axera essentiellement son action sur les priorités suivantes :

- a) **faire progresser la couverture sanitaire universelle** – permettre aux pays de maintenir ou d'élargir l'accès aux services de santé essentiels et à la protection financière, et promouvoir la couverture sanitaire universelle en tant que concept unificateur de l'action sanitaire mondiale;
- b) **objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé** – s'attaquer au travail inachevé et aux défis à venir, accélérer la réalisation des OMD actuels liés à la santé d'ici à 2015 et au-delà. Dans cette priorité est inclus l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite et de certaines maladies tropicales négligées;
- c) **relever le défi des maladies non transmissibles** et de la santé mentale, de la violence, des traumatismes, et des handicaps;
- d) **appliquer les dispositions du Règlement sanitaire international** : veiller à ce que tous les pays puissent satisfaire aux prescriptions en matière de capacités prévues par le Règlement sanitaire international (2005);
- e) améliorer l'accès à des produits médicaux essentiels, de grande qualité et abordables (médicaments, vaccins, produits diagnostiques et autres technologies sanitaires);
- f) agir sur les déterminants **sociaux, économiques et environnementaux** de la santé en tant que moyen de réduire les inégalités en santé au sein des pays et entre ceux-ci.

1. Introduction

1. Le présent rapport couvre les activités menées par l'OMS dans la Région africaine au cours de la période biennale 2012-2013 (de janvier 2012 à décembre 2013). Il montre les réalisations dans l'exécution du budget programme 2012-2013, qui est le dernier exercice biennal du Plan stratégique à moyen terme (PSMT) 2008-2013.
2. Chaque budget programme biennal prend en compte les enseignements tirés des précédents budgets programmes, tout en garantissant la continuité des efforts menés en vue d'atteindre les résultats du PSMT 2008-2013, tout comme la comparabilité. Dans le contexte de la relance financière et économique mondiale, le budget programme 2012-2013 a été ajusté pour être davantage axé sur les priorités essentielles.
3. Le rapport reflète les activités réalisées par les bureaux de pays, l'appui technique fourni par les trois équipes d'appui inter pays (EAIP), ainsi que le soutien à l'élaboration des politiques et stratégies apporté par le Bureau régional. Ce rapport reflète également les conclusions de l'examen à mi-parcours et du suivi subséquent de l'exécution du budget programme, qui font partie du cadre d'évaluation des performances de l'Organisation.
4. Le présent rapport comprend sept chapitres :
 1. Introduction;
 2. Contexte;
 3. Exécution du budget programme 2012-2013;
 4. Réalisations notables, par objectif stratégique;
 5. Progrès réalisés dans la mise en œuvre des résolutions du Comité régional;
 6. Défis, contraintes et leçons apprises;
 7. Conclusion.
5. Deux tableaux sont annexés au présent rapport. Le tableau 1 est intitulé «Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 de l'OMS : énoncé des objectifs stratégiques». Le tableau 2 est intitulé «Budget programme 2012-2013 approuvé : allocation par objectif stratégique, source de financement et répartition entre les bureaux de pays et le Bureau régional de l'OMS (en milliers de dollars des États-Unis)».

2. Contexte

6. La mise en œuvre du onzième programme général de travail 2006-2015 a commencé pendant une période d'optimisme résultant de la rapidité de la croissance économique mondiale et de la disponibilité de ressources financières considérables. Depuis 2008, les budgets programmes biennaux successifs ont été exécutés dans un contexte de crise financière et économique mondiale. Cependant, la Région africaine a enregistré un taux moyen de croissance économique de 5-6 % et la majorité des gouvernements ont fait des efforts pour accroître l'investissement dans le secteur de la santé, en vue de réaliser les OMD liés à la santé. Les réductions du taux de mortalité infantile et de la charge de morbidité due aux maladies évitables par la vaccination, au paludisme et au VIH constituent des exemples de progrès accomplis vers l'atteinte des OMD. L'investissement modeste dans la santé ne s'est pas encore traduit par des résultats sanitaires et les progrès restent lents et insuffisants pour réaliser les OMD d'ici 2015.
7. La crise financière a eu un impact négatif sur la situation socioéconomique et le financement de la santé par les pays et les partenaires internationaux. Malgré ces contraintes, la majorité des partenaires ont fait des efforts pour s'acquitter de leurs engagements en faveur du financement de la santé. Certains pays de la Région africaine enregistrent des améliorations sensibles de leurs taux de croissance économique annuels, et nombre de ces pays commencent à refléter cette embellie par un financement accru de la santé. En dépit de ces acquis, la majorité des pays n'ont pas encore atteint la cible d'Abuja, qui est d'allouer 15 % du budget national à la santé, tout comme la cible de financement des OMD, fixée à US \$44 de dépense de santé par habitant. La recherche d'un financement plus flexible et plus prévisible de l'OMS a abouti à la réforme de l'Organisation, et à l'intensification des efforts pour mobiliser les ressources et répondre aux priorités sanitaires régionales.
8. Même si certains pays continuent d'investir dans la santé, un certain nombre de domaines ont un besoin critique d'amélioration, plus particulièrement : le financement; le renforcement des effectifs sanitaires; l'amélioration des systèmes d'information et de la surveillance des maladies; l'amélioration de l'accès aux médicaments essentiels, aux vaccins et à d'autres produits sanitaires; et l'investissement dans la recherche et l'innovation.

9. La mondialisation a eu un impact majeur sur la santé publique, en particulier du point de vue de la promotion de la consommation de certains biens nocifs pour la santé et de la migration de personnels de santé vers les pays développés, en quête de meilleures opportunités. De plus, le développement sanitaire dans les pays de la Région est influencé par une multitude de facteurs, tels que la diversité des nouveaux acteurs dans l'arène mondiale de la santé, la disponibilité de nouveaux outils et les changements démographiques, épidémiologiques et environnementaux.
10. En dépit des progrès réalisés au fil des ans vers l'allègement du fardeau des maladies évitables par la vaccination, du paludisme, de la tuberculose, du VIH/sida et de certaines maladies tropicales négligées (MTN), la charge de morbidité due à ces maladies transmissibles reste anormalement élevée, ce qui est inacceptable. Avec l'appui technique de l'OMS, les pays ont fait des efforts pour introduire de nouveaux vaccins et améliorer la couverture de la vaccination systématique, ce qui a abouti à la réduction de la charge de morbidité due aux maladies évitables par la vaccination. Cependant, plusieurs pays continuent d'enregistrer des flambées épidémiques de rougeole, alors que la poliomyélite reste endémique au Nigéria. Plusieurs pays caractérisés par une immunité sous-optimale de la population subissent des épidémies de poliomyélite dues à l'importation du poliovirus sauvage. En 2013, le Cameroun, l'Éthiopie et le Kenya ont connu des flambées de poliomyélite dues à des importations de poliovirus sauvage.
11. La Région enregistre une hausse du fardeau des maladies non transmissibles (problèmes de santé mentale, violence et traumatismes compris) et devrait connaître une augmentation de 15 % de la mortalité liée aux maladies non transmissibles au cours des deux prochaines décennies.
12. Les catastrophes naturelles et celles provoquées par l'homme, les troubles sociopolitiques et d'autres crises sont récurrentes dans la Région, causant des décès, des traumatismes, des déplacements de population, la destruction d'infrastructures – dont des établissements de santé – et la sollicitation excessive des systèmes de santé de pays voisins qui accueillent des réfugiés. La sécheresse qui a touché les pays du Sahel en Afrique de l'Ouest, les troubles sociaux en République centrafricaine, les guerres au Mali et au Soudan du Sud et la crise humanitaire à la Corne de l'Afrique constituent certains des exemples les plus marquants.
13. Malgré ces contraintes, les perspectives de la santé publique sont reluisantes. Des opportunités sont créées par les réformes du secteur de la santé dans les pays, l'entrée en scène de nouveaux acteurs, les nouveaux médicaments, les nouveaux vaccins, les avancées dans les technologies de l'information et les nouvelles interventions. L'Union

africaine, les regroupements économiques régionaux, les initiatives mondiales en faveur de la santé, ainsi que les alliances, les coalitions et les partenariats ont influé sur les progrès accomplis pour résoudre des problèmes de santé publique tels que la mortalité infantile, les maladies évitables par la vaccination, les MTN, le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Le volume de fonds disponibles au niveau mondial pour la santé a également augmenté au cours des 15-20 dernières années, traduisant une priorité plus élevée accordée à la santé dans le programme mondial de développement.

14. L'impact de la crise financière et les mutations globales qui s'opèrent sont les facteurs sous-jacents de la réforme de l'OMS, qui a défini de nouvelles orientations et priorités. Une attention plus importante devra être accordée aux besoins des pays lorsqu'il faudra définir les priorités au niveau des organes directeurs tels que le comité régional et l'Assemblée mondiale de la Santé. Aussi, le rôle de supervision des organes directeurs a été largement renforcé et harmonisé dans toute l'Organisation.
15. En dépit des difficultés posées par l'affectation des financements, la réforme en cours, y compris le dialogue avec les partenaires sur le financement de l'OMS, devrait permettre à cette dernière de mobiliser des ressources financières suffisantes et flexibles pour répondre aux priorités sanitaires convenues par les États Membres.

3. Exécution du budget programme 2012-2013

16. Le budget programme de l'OMS 2012-2013 a été adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé, par sa résolution WHA64.3, avec une allocation du budget approuvé se chiffrant à US \$3 958 979 000. La Région africaine a reçu une dotation s'élevant à US \$1 093 066 000, dont US \$209 600 000 (19 %) au titre des contributions fixées (CF) et US \$883 466 000 (81 %) au titre des contributions volontaires (CV). Le budget programme a été entériné par les États Membres au cours de la soixante et unième session du Comité régional tenue à Yamoussoukro (Côte d'Ivoire).
17. Le budget de la Région africaine de l'OMS pour le compte de l'exercice biennal 2012-2013 était de 13,4 % inférieur à celui de la période biennale 2010-2011. L'une des conséquences de la réduction de l'allocation budgétaire était une diminution du budget de certains programmes de santé prioritaires dans la Région. Les programmes dont l'allocation budgétaire a sensiblement baissé étaient les suivants : Nutrition et sécurité sanitaire des aliments; Systèmes de santé; VIH/sida, tuberculose et paludisme; Santé de la mère et de l'enfant; et Protection de l'environnement humain. Parallèlement, l'OMS a engagé un train de réformes, œuvré avec les pays pour définir les priorités et se recentrer sur les enjeux, tout en consentant des efforts ardues pour mobiliser des ressources additionnelles et garantir une exécution réussie du budget programme.
18. Le total des fonds reçus pour l'exécution du budget programme 2012-2013 dans la Région s'élevait à US \$1 283 408 000, soit une augmentation de 17 % par rapport au budget approuvé. D'une manière générale, les chiffres de l'exécution font ressortir des différences importantes entre les 13 objectifs stratégiques, en termes de fonds alloués, rendus disponibles ou utilisés.
19. Les variations dans les allocations du budget approuvé et dans le financement des 13 objectifs stratégiques ont persisté en dépit des efforts qui ont été faits pour atténuer l'inadéquation entre les priorités sanitaires et les ressources disponibles. Par exemple, si le financement de l'OS1 (y compris la lutte contre la polio) s'est raisonnablement étendu au-delà de l'allocation pour s'établir à 162 %, tandis que celui de l'OS9 s'étendait à 152 %, le financement de l'OS2 (Maladies transmissibles) représentait uniquement 58 % de

l'allocation approuvée, dans une Région caractérisée par une charge de morbidité élevée due au VIH/sida, à la tuberculose, au paludisme et à d'autres maladies transmissibles. Le tableau 1 ci-après montre comment le budget programme 2012-2013 a été financé et exécuté par objectif stratégique au 31 décembre 2013.

OBJECTIF STRATÉGIQUE (OS)	TABLEAU 1 : TAUX D'EXÉCUTION DU BUDGET PROGRAMME 2012-2013 PAR OBJECTIF STRATÉGIQUE, AU 31 DÉCEMBRE 2013 (EN MILLIERS DE DOLLARS DES ÉTATS-UNIS)						
	BUDGET APPROUVÉ PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ (ALLOCATION INITIALE)	BUDGET ALLOUÉ	FINANCEMENT TOTAL DISPONIBLE	POURCENTAGE DES FONDS DISPONIBLES PAR RAPPORT AU BUDGET APPROUVÉ	EXÉCUTION DU BUDGET (FONDS ENGAGÉS)	POURCENTAGE D'EXÉCUTION DU BUDGET PAR RAPPORT AU BUDGET APPROUVÉ PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ	POURCENTAGE D'EXÉCUTION DU BUDGET PAR RAPPORT AUX FONDS DISPONIBLES
	(1)	(2)	(3)	(4)=(3/1)	(5)	6=(5/1)	7=(5/3)
OS1	484 082	789 061	777 032	161 %	698 225	144 %	90 %
OS2	147 467	127 458	85 774	58 %	76 084	52 %	89 %
OS3	18 948	20 380	17 490	92 %	16 164	85 %	92 %
OS4	77 084	80 569	79 340	103 %	67 284	87 %	85 %
OS5	91 271	106 268	79 418	87 %	74 690	82 %	94 %
OS6	20 286	20 277	18 144	89 %	17 138	84 %	94 %
OS7	10 746	12 741	9 512	89 %	9 068	84 %	95 %
OS8	12 719	13 711	11 434	90 %	9 673	76 %	85 %
OS9	10 633	15 630	16 195	152 %	11 871	112 %	73 %
OS10	71 791	74 424	59 142	82 %	52 060	73 %	88 %
OS11	25 823	26 017	18 659	72 %	16 671	65 %	89 %
OS12	45 968	46 928	43 192	94 %	42 849	93 %	99 %
OS13	76 248	78 251	68 076	89 %	67 219	88 %	99 %
TOTAL	1 093 066	1 411 715	1 283 408	117 %	1 156 173	106 %	90 %

Source : Rapport GSM sur la mise en œuvre dans toute l'Organisation, budget programme 2012-2013

20. Le taux d'exécution budgétaire global était de 106 % du budget approuvé. Le taux d'exécution pour les fonds effectivement reçus était de 90 %. Sur le total des fonds reçus pour la Région, une proportion de 35 % a été allouée aux dépenses de personnel, tandis que 65 % du budget ont été utilisés pour les activités. Malgré le niveau élevé d'exécution des fonds disponibles dans tous les OS, on peut toujours améliorer la gestion quotidienne et la mise en œuvre des activités, en utilisant les plans de travail comme base pour l'utilisation des fonds.

21. D'une manière globale, avec l'atteinte de 63 % des résultats escomptés au niveau de chaque bureau, le taux de réalisation des résultats planifiés a augmenté par rapport à l'exercice biennal précédent (2010-2011), où il était de 54 %. Malgré les efforts faits, l'Organisation demeure confrontée à des défis dans l'exécution du budget programme. Ces défis comprennent une meilleure adéquation des ressources disponibles par rapport aux priorités régionales et des liens clairs entre les résultats planifiés et les résultats sanitaires au niveau des pays.



4. Réalisations notables, par objectif stratégique

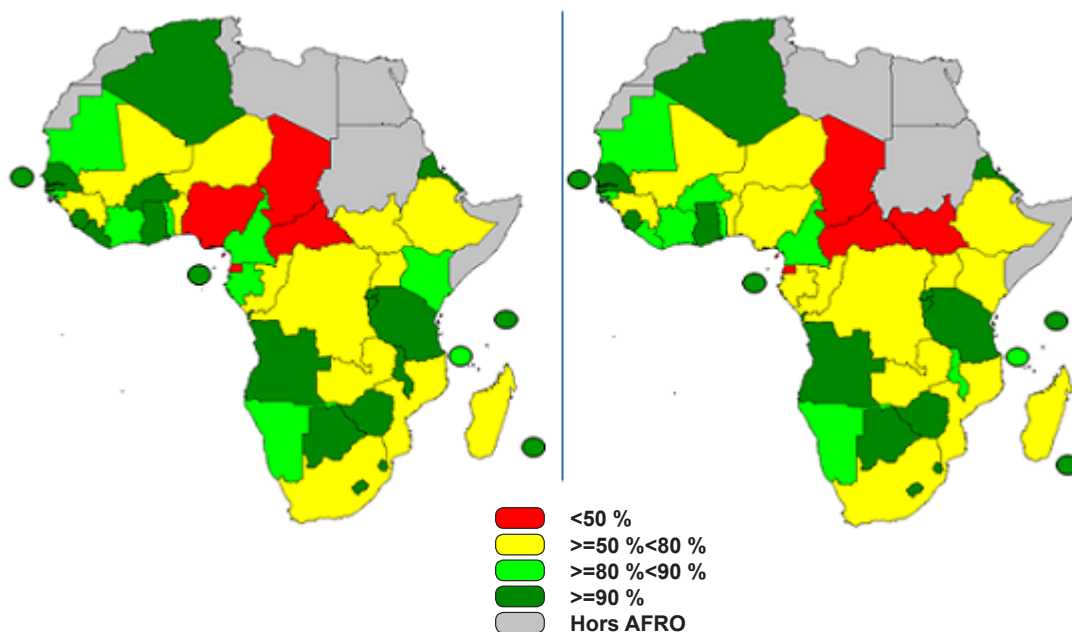
4.1 OS1 – Maladies transmissibles

22. L'objectif stratégique 1 vise à réduire la charge sanitaire, sociale et économique imputable aux maladies transmissibles. La vaccination systématique, l'éradication de la poliomyélite, les maladies tropicales négligées, la surveillance intégrée des maladies, la recherche, le Règlement sanitaire international, ainsi que la préparation et la riposte aux épidémies ont tous contribué à cet objectif stratégique.
23. L'éradication, l'élimination et le contrôle des maladies évitables par la vaccination dépendent du maintien d'une couverture vaccinale élevée au moyen de vaccins de la plus haute efficacité, sécurité et qualité. Selon les estimations OMS/UNICEF, les taux de couverture par l'administration de trois doses du vaccin renfermant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3) sont passés de 68 % en 2012 à 75 % en 2013 (figure 1) et le taux de couverture du vaccin contenant une valence rougeole (MCV1) a augmenté de 71 % en 2012 à 74 % en 2013. Le taux de couverture de la troisième dose du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO3) est passé de 74 % en 2012 à 77 % en 2013. À la fin de 2013, 18 États Membres¹ avaient atteint la couverture cible d'au moins 90 % pour le DTC3. Ces chiffres sont inférieurs au taux de couverture escompté au niveau national, soit 90 %, en raison de plusieurs facteurs tels que le financement insuffisant de la vaccination systématique, les problèmes liés à l'infrastructure, les ruptures de stock de vaccins, et l'insuffisance des ressources humaines pour la prestation des services de vaccination. Les activités de vaccination supplémentaires (AVS) jouent également un rôle crucial dans le renforcement de l'immunité de la population et contribuent à éradiquer, éliminer et combattre les maladies évitables par la vaccination.
24. La Semaine mondiale de la vaccination et la Semaine africaine de la vaccination (SAV) ont offert la possibilité de mener des activités de plaidoyer et de faire prendre conscience aux communautés de l'importance de la vaccination. Ces événements ont été célébrés par 35 pays en 2012 et par 43 pays² en 2013. Plus de 75 millions de personnes dans 13 pays ont été vaccinées contre la poliomyélite par administration du VPO et elles ont bénéficié d'autres interventions de santé publique au cours de la deuxième édition de la SAV en 2012. En 2013, lors de la troisième édition de la SAV, organisée sur le thème : «Sauvons des vies. Prévenons des infirmités. Vaccinons.», le vaccin antipoliomyélitique oral a été administré à plus de 36 millions de personnes dans dix pays³, parallèlement

à l'administration de vermifuges et à la supplémentation en vitamine A, conjuguées au dépistage de la malnutrition, à la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et au traitement préventif du paludisme chez les femmes enceintes.

25. La soixante et unième session du Comité régional a demandé instamment aux États Membres dans lesquels le poliovirus sauvage (PVS) continue de circuler de déclarer que la persistance de la maladie constitue une urgence nationale de santé publique et de réaliser et maintenir une couverture vaccinale systématique d'au moins 90 %⁴ avec administration de trois doses du vaccin antipoliomyélitique oral. Cette action est conforme à la déclaration, par l'Assemblée mondiale de la Santé, que la poliomyélite constitue une urgence de santé publique à l'échelle mondiale.
26. Les efforts des États Membres, conjugués à l'appui technique de l'OMS et à l'investissement des partenaires, ont permis de réduire la transmission de la poliomyélite dans la Région. Cent vingt-huit cas de poliovirus sauvage avaient été notifiés en 2012, représentant un recul de 63 % de cette maladie, et ces cas ont été rapportés par trois pays uniquement, à savoir le Niger, le Nigéria et le Tchad, contre 350 cas dans 12 pays⁵ en 2011. Au mois de décembre 2013, trois pays dans lesquels la transmission avait été rétablie (Angola, République démocratique du Congo et Tchad) n'avaient confirmé aucun cas de poliovirus sauvage sur une période de 29 mois, 24 mois et 18 mois respectivement. Le Nigéria a continué de notifier des cas, mais en nombre plus limité, soit 53 cas à la fin de décembre 2013, contre 122 cas pendant la même période en 2012.

Figure 1 : Taux de couverture par la troisième dose du vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3) dans la Région africaine en 2012 et 2013



27. Avec l'appui de l'OMS, 31 pays ont mené des activités de vaccination supplémentaire antirougeoleuse en 2012-2013, touchant en tout 133 millions d'enfants. Lors de ces AVS, le vaccin contre la rougeole et la rubéole a été administré pour la première fois au Cap-Vert, au Ghana, au Rwanda et au Sénégal. Dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques, le vaccin contre la rougeole a été administré à plus de 6,9 millions d'enfants en République démocratique du Congo.
28. Pour contribuer à éliminer et à combattre d'autres maladies évitables par la vaccination, l'anatoxine tétanique a été administrée, dans le cadre des AVS, à 7,7 millions de femmes en âge de procréer dans cinq pays⁶. À la fin de décembre 2013, l'élimination du tétanos maternel et néonatal avait été validée dans 30 pays⁷ de la Région.
29. En vue de garantir l'élimination de la méningite à méningocoque causée par le séro groupe A de *Neisseria meningitides*, le vaccin conjugué contre la méningite à méningocoque A (MenAfriVac™) a été administré à plus de 98 millions de personnes dans sept pays⁸ en 2012 et 2013, portant le nombre total de personnes vaccinées à plus de 153 millions en quatre ans depuis l'introduction de ce vaccin. À la suite de l'introduction du MenAfriVac™ dans la Région, aucun cas de méningite à méningocoque A confirmé en laboratoire n'a encore été détecté chez les personnes vaccinées. À la fin de décembre 2013, un certain nombre d'autres pays avaient introduit le vaccin antipneumococcique conjugué (VPC) et le vaccin antirotavirus. Quatre pays ont introduit le vaccin antipneumococcique conjugué, tandis que le Burundi et l'Éthiopie ont introduit le vaccin antirotavirus. Au total, 27 pays⁹ avaient introduit le vaccin antipneumococcique conjugué avant la fin de la période biennale 2012-2013. Pendant la même période, 11 pays¹⁰ au total avaient introduit des vaccins antirotavirus.
30. Dans le cadre du suivi des tendances des maladies et de l'impact des vaccins, l'OMS a fourni des orientations, de même qu'un appui financier et technique à 30 États Membres pour leur permettre d'établir et de renforcer des systèmes de surveillance des maladies ciblées par ces nouveaux vaccins. Les laboratoires de 30 États Membres ont été dotés de capacités suffisantes pour la confirmation et le diagnostic des rotavirus et des maladies bactériennes invasives. Par conséquent, les données mensuelles notifiées par ces laboratoires sont utilisées pour renforcer les programmes de lutte contre la maladie.
31. La Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR) et le Règlement sanitaire international (RSI) 2005 revêtent une importance cruciale pour la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles dans la Région. Les capacités des pays de la Région se sont améliorées en matière de surveillance des maladies. Entre janvier 2012 et décembre 2013, trente-quatre pays ont adapté les lignes directrices révisées et les modules de formation SIMR. Huit de ces pays¹¹ ont entamé la formation aux niveaux

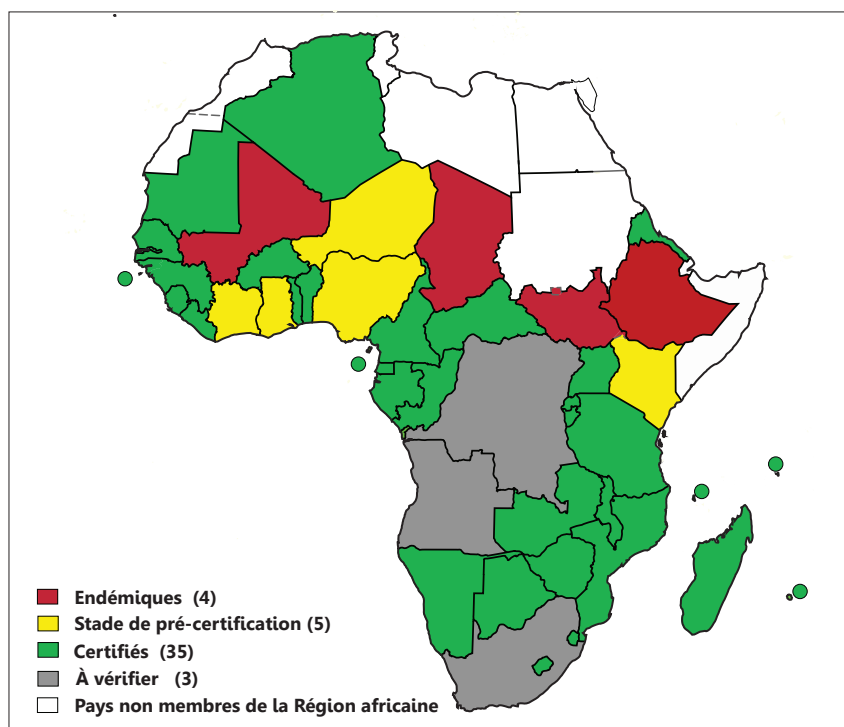
national et de district, ce qui a permis l'établissement de rapports en temps voulu et la publication périodique de bulletins épidémiologiques, un meilleur suivi des tendances sanitaires avec, à la clé, l'amélioration de la détection des épidémies et de la riposte, tout comme la prise de décisions fondées sur des bases factuelles relatives à la santé publique.

32. Quarante-trois pays¹² avaient procédé, avant décembre 2013, à une évaluation des capacités essentielles requises en vertu du RSI. Cependant, à la date butoir du 15 juin 2012, aucun d'entre eux ne s'était encore pleinement doté de toutes les capacités essentielles minimales requises. Par conséquent, les pays de la Région ont demandé une prorogation de deux ans. Au cours de la soixante-deuxième session du Comité régional, les États Membres ont adopté une résolution qui préconise d'accélérer l'application du RSI dans la Région. En conséquence, l'OMS a convoqué deux réunions consultatives des partenaires, des donateurs et des pays pour évaluer les exigences non satisfaites eu égard à l'application du RSI. Les plans d'action élaborés par les pays pendant ces réunions servent à la mobilisation de ressources en vue de l'application du RSI. L'OMS a soutenu le Réseau de laboratoires des agents pathogènes émergents et dangereux¹³ qui a permis le diagnostic des fièvres hémorragiques virales au Nigéria, en Mauritanie et en République démocratique du Congo.
33. Soixante-sept et 72 événements de santé publique se sont produits dans la Région en 2012 et 2013 respectivement. Il s'agissait pour la plupart de flambées de choléra, de méningite, de fièvres hémorragiques virales et de zoonoses. Une consultation régionale, réunissant les secteurs de la santé animale, humaine et environnementale a été organisée. Au cours de cette consultation, les pays ont élaboré des feuilles de route pour l'accélération de la mise en œuvre de l'approche «Une seule santé». Ces feuilles de route sont utilisées pour renforcer les partenariats entre les secteurs de la santé animale, humaine et environnementale, et pour assurer la coordination harmonieuse de la riposte aux zoonoses.
34. Le manque de ressources financières est resté une source de préoccupation majeure dans les situations d'urgence et la lutte contre les flambées épidémiques. Conscient de cet état de choses, le Comité régional a adopté à sa soixante-deuxième session le cadre opérationnel du Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP). Toutefois, au 31 décembre 2013, seuls six États Membres s'étaient acquitté de leur contribution annuelle à ce Fonds.
35. La Région africaine de l'OMS supporte près de la moitié de la charge de morbidité mondiale due aux maladies tropicales négligées (MTN) et la plupart des pays de la Région sont coendémiques pour au moins quatre MTN. L'administration massive de médicaments (AMM) contre les MTN se prêtant à la chimiothérapie préventive (CP-MTN) a fortement augmenté pendant la période biennale sous revue. À titre d'exemple, 113 millions de

personnes ont bénéficié de l'AMM contre la filariose lymphatique en 2012, contre 69 millions en 2009. Pour autant, à l'exception de l'onchocercose, les niveaux de couverture sont inférieurs aux étapes fixées pour atteindre les cibles de l'élimination et de la lutte d'ici 2020.

36. L'incidence annuelle de la maladie du ver de Guinée, une maladie tropicale négligée qu'on cherche à éradiquer, a baissé de plus de 99 % depuis 2005, passant de 10 690 cas (dont 5565 au Soudan du Sud) en 2005 à 145 cas (dont 113 au Soudan du Sud) en décembre 2013. Seuls quatre pays¹⁴ étaient encore endémiques en décembre 2013 (figure 2). Bien que la lèpre ait été éliminée au niveau national dans tous les pays de la Région, sa transmission demeure intense dans un petit nombre de districts aux Comores, en Éthiopie et au Nigéria. La prévalence de la trypanosomiase humaine africaine a baissé, passant de 9875 à 6314 cas en 2013. Un essai clinique réalisé au Ghana a confirmé l'efficacité d'une dose unique d'azithromycine pour le traitement du pian, ouvrant la voie à son utilisation en vue de l'éradication de cette maladie.

Figure 2 : État de l'éradication de la maladie du ver de Guinée dans les États Membres de la Région africaine de l'OMS en décembre 2013



Source : États Membres de la Région africaine de l'OMS et Programme MTN

37. À l'aide du guide de la Région africaine de l'OMS, 36 pays¹⁵ ont reçu un appui pour élaborer des plans directeurs nationaux intégrés de lutte contre les MTN à la fin de 2012. Ces plans ont fourni un cadre pour la planification et la hiérarchisation harmonisées, la budgétisation et la mobilisation des ressources en faveur des programmes nationaux de lutte contre les MTN dans la Région. En outre, les réunions des parties prenantes regroupant les États Membres et les partenaires ont formulé des recommandations concernant la création de structures de coordination nationales et régionales de la lutte contre les MTN, et la mise en place de mécanismes de financement pour mobiliser des ressources additionnelles devant financer les plans directeurs nationaux de lutte contre le MTN. Ces recommandations sont conformes à l'Appel à l'action d'Accra qui a été adopté lors de la réunion sur les MTN des parties prenantes en juin 2012. La Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Plan mondial de lutte contre les MTN et une résolution générale portant sur les 17 maladies tropicales négligées (résolution WHA66.12). Le Comité régional a adopté à sa soixante-troisième session une stratégie régionale de lutte contre les MTN, ainsi qu'un plan stratégique régional couvrant la période 2014-2020.
38. Au titre de l'objectif stratégique 1, l'OMS a continué à fournir un appui aux États Membres pour leur permettre d'élargir leurs interventions moyennant l'élaboration de plans, de stratégies et de politiques, le renforcement des capacités et la mobilisation de ressources, en vue de soutenir les efforts visant à alléger la charge des maladies transmissibles. Des progrès importants ont été réalisés dans le cadre de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite, les trois pays dans lesquels la transmission du poliovirus avait été rétablie n'ayant pas enregistré de circulation du virus sur de longues périodes au mois de décembre 2013. Des progrès ont été réalisés dans d'autres domaines, à savoir : l'élaboration d'une stratégie régionale et d'un plan stratégique de lutte contre les MTN; l'amélioration de la surveillance de la maladie; et le lancement des activités du Fonds africain pour les urgences de santé publique.

4.2 OS2 – VIH/sida, tuberculose et paludisme

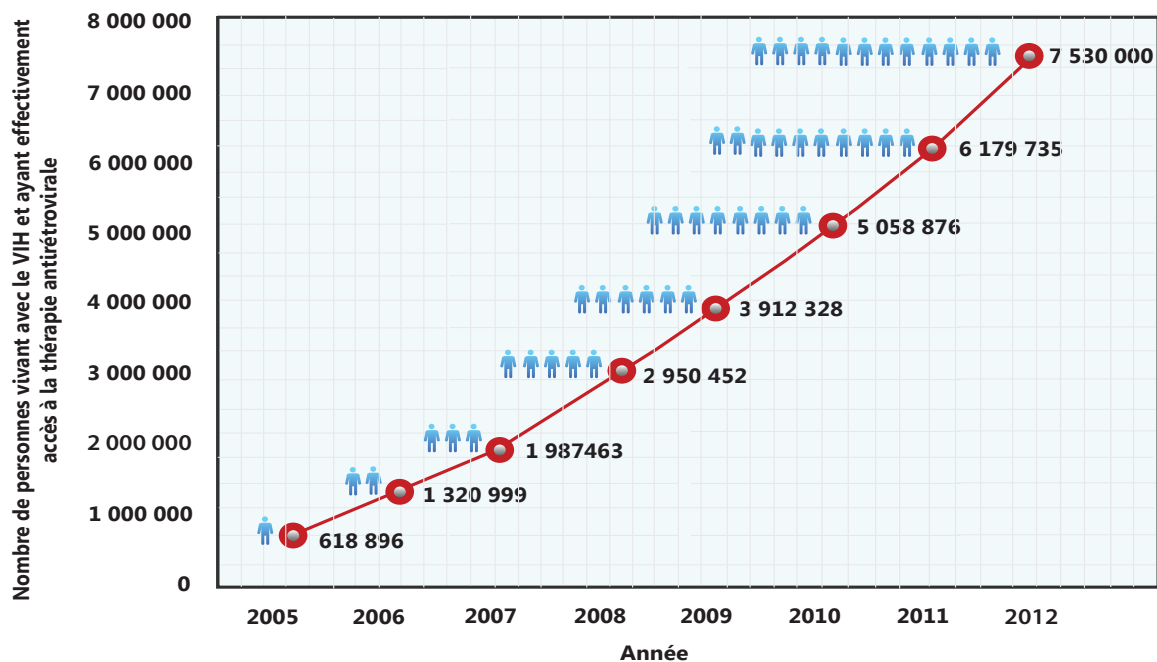
39. L'objectif stratégique 2 vise à combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, trois maladies qui suscitent des problèmes importants de santé publique dans la Région africaine de l'OMS. Bien que la Région n'abrite que 10 % de la population mondiale, sa contribution à la charge de morbidité mondiale imputable au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme est de 71 %, 27 % et 80 % respectivement, selon les rapports de 2013.
40. En 2012 et 2013, les États Membres, avec l'appui de l'OMS, ont adopté et mis en œuvre des interventions axées sur la prévention, le traitement, les soins et le soutien visant à réduire la charge de ces trois maladies. La disponibilité de ressources pour les pays, au titre de diverses initiatives mondiales en faveur de la santé, a permis aux États Membres d'étendre la couverture des interventions rentables permettant d'atteindre les cibles de l'OMD 6.

41. L'OMS a fourni un appui aux États Membres pour leur permettre d'adapter les lignes directrices, de renforcer leur capacité à généraliser les interventions hautement efficaces et de mobiliser des ressources, y compris auprès du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, afin d'accélérer les progrès vers l'accès universel aux interventions essentielles contre ces affections. Grâce à cet appui, la qualité et la couverture de la prévention et du traitement du VIH se sont améliorées.
42. Il ressort du Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2013 que, sur les 35,3 millions de personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde, 25 millions se trouvent en Afrique subsaharienne, dont 2,9 millions d'enfants, soit 88 % de la charge mondiale de VIH/sida pédiatrique. En outre, sur les 2,3 millions de nouvelles infections par le VIH, en tout 1,6 million (70 %) sont survenues en Afrique subsaharienne, et, si la prévalence globale du VIH diminue, elle se maintient néanmoins à un niveau élevé de 4,7 % avec de fortes variations d'un pays à l'autre. Le même rapport fait état d'une baisse générale des nouvelles infections de 38 % entre 2001 et 2012. Trente et un pays¹⁶ de la Région africaine de l'OMS ont enregistré des baisses de plus de 25 %, et 13 de ces pays signalent des baisses de plus de 50 %¹⁷.
43. En vue d'orienter la mise en œuvre de la stratégie mondiale OMS du secteur de la santé contre le VIH/sida 2011-2015, le Comité régional a adopté, à sa soixante-deuxième session, une stratégie de lutte pour la Région africaine. Cette stratégie est utilisée pour accélérer la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH afin de contribuer à la réalisation de l'accès universel et à celle des OMD, tout en tenant compte des déterminants de la santé. À la fin de 2013, quarante pays disposaient de politiques nationales et de plans à moyen terme actualisés contre le VIH/sida. La capacité des administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le sida à diriger et coordonner leurs programmes a été renforcée grâce à l'élaboration d'un manuel de formation subdivisé en 11 modules et à l'organisation d'ateliers en faveur de 22 administrateurs de programmes.
44. Un appui technique a été fourni à 14 pays prioritaires pour qu'ils puissent généraliser¹⁸ la circoncision masculine dans le cadre des efforts visant à réduire l'incidence du VIH. À la fin de 2013, en tout 5 822 924 circoncisions médicalisées avaient été pratiquées, et le taux de couverture est passé de 7 % à la fin de 2011 à 28 % à la fin de 2013. Cette intervention contribuera à réduire l'incidence du VIH dans ces pays. Deux consultations portant sur les principales populations ont été organisées en 2012 et 2013 pour mettre en lumière les besoins de ces populations et y répondre. L'accès aux services VIH des principales populations devrait s'en trouver amélioré.
45. En 2013, l'OMS a publié les premières lignes directrices consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. En conséquence, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté, à sa soixante-troisième session, une résolution visant à fournir des orientations générales pour la mise

en œuvre des lignes directrices consolidées de l’OMS sur l’utilisation des ARV. Celles-ci préconisent que le traitement antirétroviral débute chez tout adulte, adolescent ou enfant plus âgé dont la numération des cellules CD4 est inférieure ou égale à 500 cellules/mm³. Les États Membres ont été informés, au moyen de deux ateliers de diffusion, des changements opérationnels, des coûts et des besoins en ressources humaines pour la pleine mise en œuvre de ces lignes directrices.

46. Un cadre stratégique pour l’élimination des nouvelles infections chez les enfants d’ici 2015 et pour la survie des mères a été élaboré pour aider les pays à réduire de 90 % le nombre des nouvelles infections par le VIH. Vingt des 21 pays prioritaires¹⁹ ont formulé, avec le concours de l’OMS, des plans pour l’élimination de la transmission mère-enfant (eTME). À la fin de 2011, le pourcentage des femmes enceintes VIH-positives ayant accès à une thérapie antirétrovirale pour prévenir la transmission mère-enfant du virus a atteint 63 %, contre 49 % en 2009. Douze pays²⁰ avaient des taux de couverture PTME de 80 % ou plus, et cinq²¹ avaient atteint la cible de l’accès universel fixée à 90 % d’ici 2015. Ceci a considérablement contribué à la réduction de 24 % des nouvelles infections pédiatriques à VIH dans la Région entre 2009 et 2011.

Figure 3 : Personnes vivant avec le VIH ayant accès à la thérapie antirétrovirale entre 2005 et 2012



Source : ONUSIDA, Rapport sur l’épidémie de sida dans le monde, 2012

47. L'OMS a fourni un appui aux États Membres pour élargir l'accès à la thérapie antirétrovirale (TARV) aux fins de prévention et de traitement du VIH/sida. De ce fait, plus de 7,5 millions de patients ont eu accès à la TARV à la fin de 2012 (figure 3). Le taux de couverture de la TARV est ainsi passé de 49 % en 2010 à 64 % à la fin de 2012. Dix pays²² ont atteint le taux de couverture de plus de 80 % fixé pour l'accès universel, conformément aux lignes directrices de l'OMS. L'amélioration de l'accès à la TARV a réduit la mortalité liée au sida, le nombre de décès attribuables à cette affection étant tombé de 1,3 million de décès par sida en 2009 à 1,2 million de décès par sida en 2012.
48. Deux rapports régionaux ont été publiés sur le VIH/sida. Ils font état des progrès remarquables réalisés vers l'élargissement et l'intensification des interventions et services du secteur de la santé en matière de prévention, de traitement, de soins et de soutien dans le domaine du VIH. Ces rapports ont servi de documents de sensibilisation pour motiver les actions nationales de riposte au VIH.
49. La charge élevée de tuberculose en Afrique est liée à la pauvreté, à la coïnfection VIH/tuberculose et à la tuberculose multirésistante. Plus de 75 % des patients atteints de tuberculose dans la Région africaine ont subi un dépistage pour le VIH et 55 % des patients tuberculeux éligibles au traitement ont reçu des antirétroviraux en 2012²³. C'est donc dire que la proportion a considérablement augmenté par rapport à l'année 2010, au cours de laquelle 59 % seulement des patients tuberculeux avaient subi un test de dépistage du VIH. Selon le Rapport 2013 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, l'augmentation du dépistage du VIH et de l'accès aux antirétroviraux a permis de réduire la mortalité imputable à la tuberculose, qui s'établit actuellement à 26 décès pour 100 000 habitants dans la Région africaine.
50. En se fondant sur un examen systématique des données fournies par les pays, l'OMS a évalué les résultats et les progrès accomplis vers l'atteinte des cibles nationales et régionales de lutte contre la tuberculose. Sur la base également des résultats publiés en 2013, la Région africaine de l'OMS a enregistré 1 282 355 nouveaux cas de tuberculose en 2012, soit 27 % de tous les nouveaux cas notifiés dans le monde cette année-là. À la fin de la période biennale, 10 pays²⁴ avaient atteint un taux de dépistage des cas de 70 %, et 18 pays²⁵ avaient atteint la cible du taux de guérison, fixée à 85 %. Le taux de guérison de la tuberculose dans la Région était de 91 % en 2012, ce qui représente une amélioration considérable.
51. L'OMS a fourni un appui pour le renforcement de la mise en œuvre de la stratégie DOTS, des interventions communes contre la coïnfection VIH/tuberculose, et des programmes de lutte contre la tuberculose pharmacorésistante. L'Organisation a élaboré un cadre pour intégrer la tuberculose pédiatrique dans la stratégie DOTS, qui a été adapté par les États

Membres. Un appui a été fourni à 37 pays pour leur donner accès aux médicaments antituberculeux par le biais du Service pharmaceutique mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux (GDF). Ces interventions ont permis de renforcer les capacités des ressources humaines, de réduire les ruptures de stock de médicaments antituberculeux et d'améliorer la performance des programmes de lutte contre la tuberculose, d'où une réduction de la transmission de cette maladie, et, partant, un allègement de la charge de morbidité tuberculeuse.

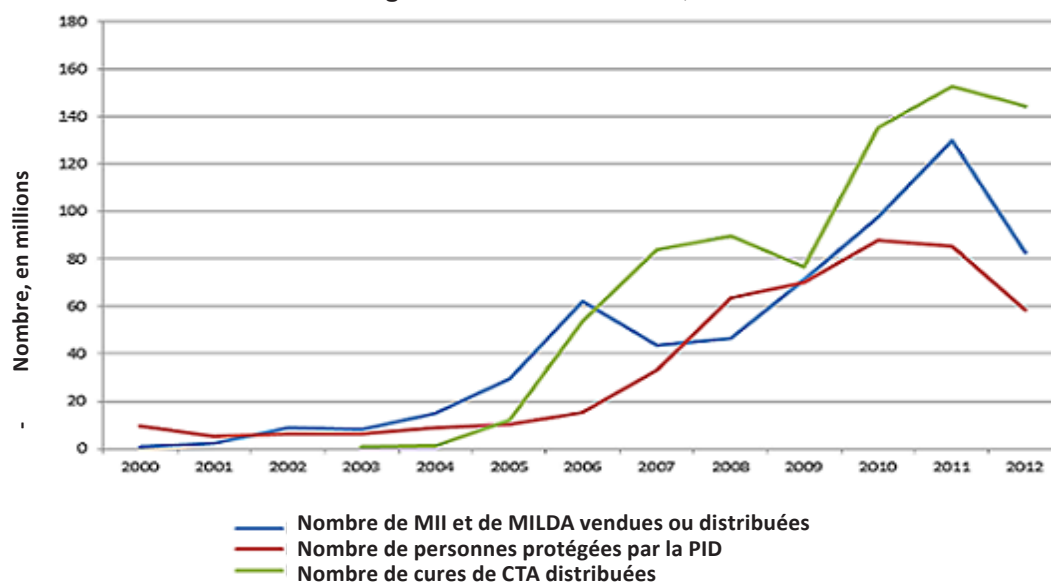
52. Conformément à la stratégie Halte à la tuberculose recommandée par l'OMS en 2006, les pays doivent faire de la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante une composante à part entière des programmes de lutte contre cette maladie. L'OMS a fourni un appui aux pays pour qu'ils puissent mettre en place des systèmes de gestion programmatique de la tuberculose polypharmacorésistante. Au cours de la période biennale 2012-2013, l'OMS a aussi apporté son concours à 16 pays²⁶ pour leur permettre de renforcer les capacités de leurs laboratoires en matière de tests de culture et de sensibilité aux antituberculeux. Dix pays²⁷ ont bénéficié d'un appui à la mise en œuvre de la surveillance de la pharmacorésistance et une assistance a été fournie à neuf pays pour mener des enquêtes de prévalence de la tuberculose. La mise en œuvre continue néanmoins à rencontrer des difficultés, car elle se heurte notamment à l'insuffisance des capacités de laboratoire en matière de diagnostic et au coût élevé des médicaments antituberculeux de deuxième intention.
53. Le Secrétariat du Comité feu vert régional a été créé en 2012 et les membres de ce comité nommés en février 2013. La tâche principale du comité consiste à appuyer la gestion programmatique de la tuberculose polypharmacorésistante en améliorant l'accès aux médicaments antituberculeux de deuxième intention et en organisant des missions d'assistance technique en faveur des pays.
54. En 2012, une proportion de 80 % des 207 millions de cas de paludisme et 90 % des 627 000 décès imputables au paludisme dans le monde sont survenus en Afrique. Il est estimé que 77 % des décès concernaient les enfants de moins de cinq ans.
55. Des données ont été collectées pour le Rapport 2013 sur le paludisme dans le monde, et un appui a été fourni à sept pays²⁸ pour mener des enquêtes sur les indicateurs du paludisme. Des bulletins de surveillance ont été produits par dix pays et une équipe d'appui interpays. Six pays ont bénéficié d'un appui pour répertorier les meilleures pratiques de lutte contre le paludisme. Le pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) a atteint 60 %, et la proportion de la population dormant sous une MII a été estimée à 36 %. En 2012, les populations de 40 pays de la Région africaine avaient recours à la pulvérisation intradomiciliaire

- d'insecticides à effet rémanent pour se protéger du paludisme.
56. En 2012, grâce à l'appui fourni par l'OMS, 41 des 44 pays où la transmission du paludisme se poursuit ont adopté la politique du diagnostic parasitologique pour toutes les tranches d'âge. Par conséquent, 61 % des cas suspects de paludisme ont été soumis à un test diagnostique dans le secteur public. Ces avancées sont attribuables à une utilisation accrue des tests diagnostiques rapides et à leur extension au niveau communautaire. La politique des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine avait été adoptée par 42 pays à la fin de 2013 et la proportion de patients dans le secteur public traités selon ce mode avait atteint 60 % en 2012.
 57. L'incidence estimative globale du paludisme a reculé de 31 % de 2000 à 2010, et la tendance à la hausse de l'incidence de cette maladie a été inversée. En outre, 12 pays de la Région africaine sont en bonne voie pour réduire l'incidence du paludisme d'au moins 50 %, jusqu'à 75 % d'ici 2015. Sept pays²⁹ mettent en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme et des mesures de préélimination de cette maladie. Par ailleurs, un certain nombre d'initiatives nationales et sous-régionales de lutte ont été mises en œuvre, notamment l'Initiative des pays du Sahel contre le paludisme, le Forum pour l'élimination du paludisme au Rwanda, l'Initiative de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) pour l'élimination du paludisme, l'Initiative de la Communauté de l'Afrique de l'Est pour l'élimination du paludisme, l'Engagement des petits États insulaires en développement (PEID) pour la lutte contre le paludisme, et des initiatives analogues aux Comores, en Guinée équatoriale (île de Bioko) et à Madagascar.
 58. L'examen des programmes de lutte antipaludique a été effectué avec des partenaires dans 16 pays³⁰ au cours de la période biennale sous revue. Cet examen a fourni des informations utiles devant servir à l'élaboration de plans stratégiques, et à celle de plans de suivi et d'évaluation. Le processus d'examen et d'élaboration des plans a permis de renforcer le dialogue avec les principaux partenaires et d'accroître les engagements en matière de financement.
 59. Des orientations sur la lutte antivectorielle intégrée ont été fournies aux pays, y compris le recours aux larvicides en tant qu'intervention complémentaire. Les directives pour le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse ont été mises à jour et diffusées. En moyenne, 38 % des femmes enceintes de 34 pays³¹ ont reçu deux doses de traitement préventif intermittent. Les lignes directrices pour la chimioprévention saisonnière du paludisme ont été publiées en 2012 et sont utilisées pour soutenir l'élaboration de plans de mise en œuvre au niveau des pays³². Le manuel sur l'initiative Tester, Traiter, Surveiller

et le manuel sur la surveillance³³ des mesures de lutte et d'élimination, lancés par le Directeur général de l'OMS en 2012 à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le paludisme, ont été diffusés. Un appui a été fourni aux États Membres pour la mise en place de tests de l'efficacité thérapeutique des antipaludéens.

60. Afin de renforcer les capacités dans le domaine de la surveillance du paludisme, l'OMS a pris en charge les participants de 10 pays³⁴ à une session de formation avancée à la surveillance du paludisme qui a eu lieu en 2012. Grâce à cette formation, les interventions des programmes de lutte contre le paludisme ont été actualisées ou complétées par de nouvelles connaissances, pour un impact accru. Par ailleurs, 11 pays³⁵ ont bénéficié d'une assistance technique pour la mise en œuvre de la prise en charge communautaire intégrée des cas, y compris le renforcement des capacités des tradipraticiens de santé, ce qui a donné lieu à la participation de nouveaux partenaires aux activités relatives à l'élargissement des interventions de lutte antipaludique et à la réalisation de la couverture universelle.
61. En vue d'établir une planification reposant sur des bases factuelles, l'OMS a élaboré un manuel opérationnel pour éclairer la mise en œuvre d'interventions par les États Membres. Seize pays ont reçu un appui pour mener l'examen des programmes de lutte antipaludique et mettre au point leurs plans stratégiques nationaux de troisième génération. Des cours sur la planification et la gestion des programmes de lutte antipaludique, auxquels 209 personnes ont participé, ont été dispensés au Bénin et en Éthiopie. Le Bénin, le Mali et le Niger ont bénéficié d'un appui pour le renforcement des capacités des tradipraticiens de santé en matière de lutte contre le paludisme et d'autres maladies, et un concours a été apporté à cinq pays³⁶ pour rassembler des informations sur les meilleures pratiques de lutte contre le paludisme.
62. Au titre de l'objectif stratégique 2, l'OMS a fourni un appui aux États Membres pour intensifier les interventions, par l'élaboration de plans, de stratégies et de politiques, ainsi que par le renforcement des capacités et la mobilisation de ressources à l'appui des efforts visant à réduire la charge de morbidité due au paludisme, au VIH et à la tuberculose. Les progrès enregistrés portent notamment sur la réduction de l'incidence du paludisme, et sur l'élaboration et la diffusion des premières lignes directrices consolidées de l'OMS pour l'utilisation des antirétroviraux dans le traitement et la prévention de l'infection à VIH.

Figure 4 : Tendances de l'élargissement des interventions de lutte contre le paludisme dans la Région africaine de l'OMS, 2000-2012

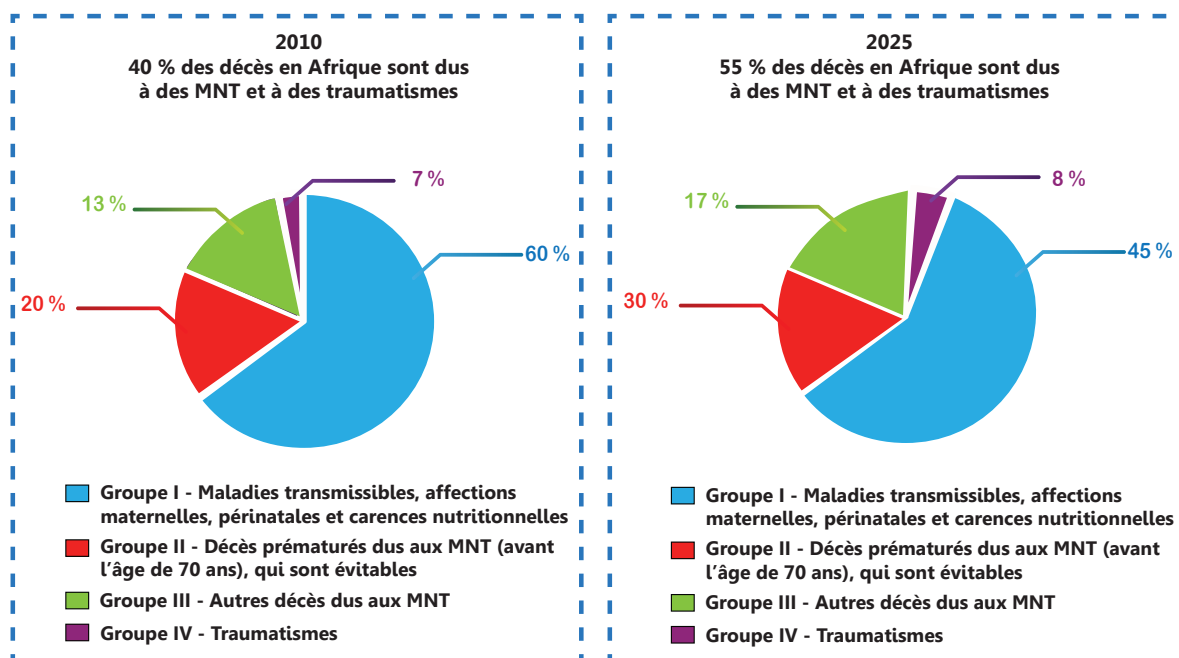


Source : Rapport sur le paludisme 2013

4.3 OS3 – Maladies chroniques non transmissibles, troubles mentaux, violence et traumatismes

63. L'objectif stratégique 3 porte sur la prévention et la prise en charge des maladies cardiovasculaires, du cancer, du diabète, des affections respiratoires chroniques, de la drépanocytose, de la violence, des traumatismes et des incapacités, des affections bucco-dentaires, des déficiences visuelles et auditives, et des troubles mentaux, ainsi que sur la lutte contre ces affections. Les maladies non transmissibles (MNT) posent un problème croissant de santé publique qui fait peser une lourde charge sociale et économique sur les pays. Ces affections sont étroitement associées à un certain nombre de facteurs de risque tels que le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, la mauvaise alimentation et la sédentarité, sans oublier des facteurs environnementaux. Si les tendances actuelles se maintiennent, l'on prévoit que le nombre de décès imputables aux maladies non transmissibles augmentera de 15 % au cours des dix prochaines années (figure 5).

Figure 5 : Comparaison du nombre estimatif de décès en 2010 et des projections concernant les décès et traumatismes imputables aux MNT en 2025 dans la Région africaine



Source : Rapport sur la situation des maladies non transmissibles dans le monde, 2010

64. La principale réalisation stratégique concernant les MNT a été l'approbation de la Déclaration de Brazzaville sur les MNT et l'adoption de la résolution y afférente par les ministres de la Santé des pays de la Région africaine lors de la soixante-deuxième session du Comité régional tenue en novembre 2012 à Luanda. Trente-cinq pays ont réorienté leurs politiques et accéléré la mise en œuvre des interventions de prévention et de lutte. En outre, les recommandations formulées lors des réunions consultatives régionales sur les MNT et la santé mentale ont servi de base à l'élaboration de quatre documents de stratégie mondiale³⁷.
65. La surveillance des MNT a été renforcée grâce à la mise au point d'une base de données régionale couvrant 21 pays³⁸. Cette base de données informatisée sera incorporée dans l'Observatoire africain de la Santé et le système stratégique d'information en temps réel (rSIS). Le nombre de pays dotés de systèmes nationaux d'information sanitaire fournissant

des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des MNT a augmenté, passant de 10 pays à 20 en décembre 2012. La capacité des pays à saisir les paramètres mentionnés a éclairé la prise de décisions des autorités sanitaires nationales.

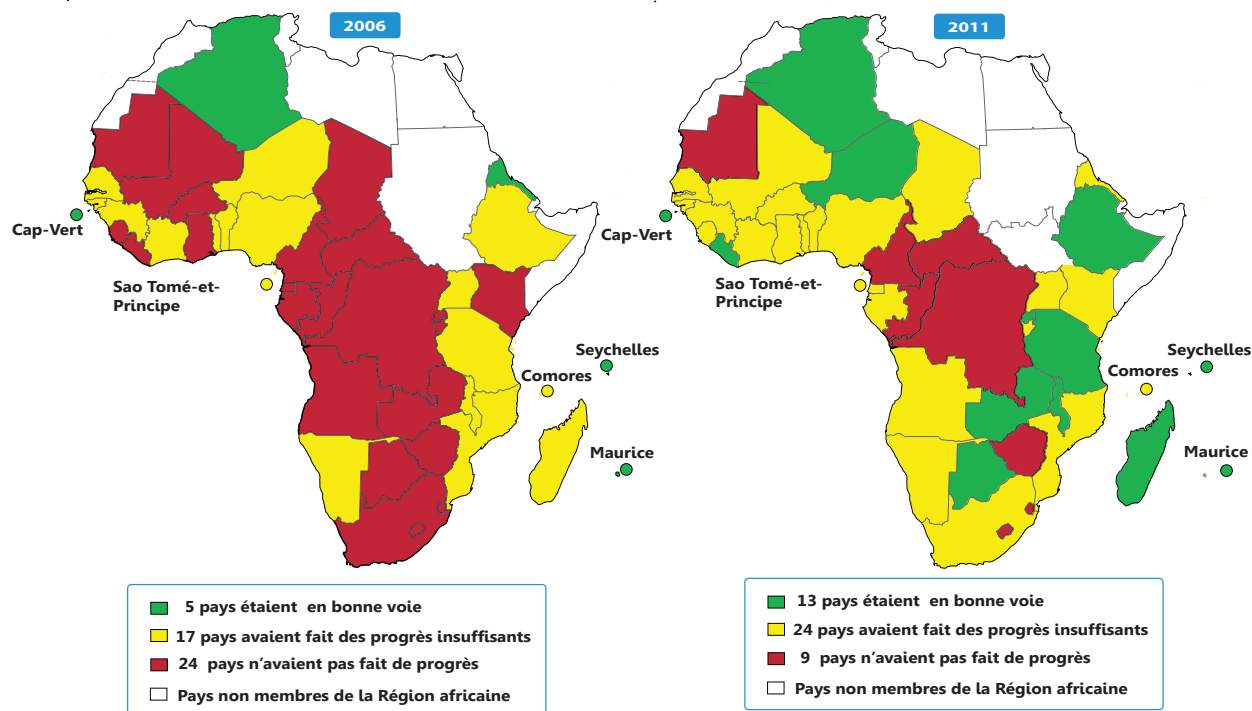
66. Une base de données régionale et la fiche documentaire régionale de la sécurité routière, avec des données émanant de 44 pays, ont été produites en 2012 en vue de servir d'orientation normative avisée pour les États Membres et de base pour le suivi de la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020. En outre, les capacités de six pays³⁹ ont été renforcées en ce qui concerne la collecte de données sur la violence et les traumatismes. Les participants de la plupart des pays ont été formés à la manière de réaliser des enquêtes sur les déficiences auditives.
67. Les capacités des pays à lutter contre les MNT se sont renforcées, grâce aux orientations et à l'appui de l'OMS. Vingt pays accordent désormais une priorité plus élevée aux actions de prévention et de contrôle des MNT, en créant des unités, des programmes ou des départements au sein de leurs ministères de la Santé. Vingt-sept pays sont en bonne voie pour finaliser les plans d'action intégrés pour la prévention et la prise en charge des MNT. Un appui a été fourni à quatre pays⁴⁰ pour évaluer la situation de la prévention et de la prise en charge des MNT au niveau des soins de santé primaires. Des politiques et des plans pour d'autres affections non transmissibles telles que les déficiences auditives, la surdité, le noma, ainsi que la question de la sécurité rout re, ont été élaborés et sont mis en œuvre dans huit pays⁴¹. Par ailleurs, cinq pays⁴² ont bénéficié d'un appui leur permettant d'élaborer des plans d'action nationaux de lutte contre le cancer, et quatre pays⁴³ ont reçu une assistance dans le domaine de la santé bucco-dentaire.
68. Les autres réalisations au titre de la lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région comprennent : l'élaboration d'algorithmes pour la prévention intégrée des affections bucco-dentaire et du noma et la lutte contre ces affections, les déficiences visuelles et le cancer au niveau des soins primaires en faveur de sept pays⁴⁴; la consolidation des bases factuelles et l'enregistrement de l'information concernant les meilleures pratiques dans l'instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale de l'OMS (WHO-AIMS); la recherche sur la drépanocytose et sur les h moglobinoopathies au Bénin, en Guinée et en Zambie; et la conduite d'études de faisabilité et d'efficacité du Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP).
69. Au titre de l'objectif stratégique 3, l'OMS a plaidé pour un changement d'orientation et pour la mobilisation de ressources; a élaboré des outils et des lignes directrices; et fourni un appui technique aux  tats Membres en matière de renforcement de la surveillance, dans

le cadre des efforts visant à accélérer la lutte contre les MNT. La réalisation stratégique majeure a été l'approbation de la Déclaration de Brazzaville sur les MNT et l'adoption de la résolution y afférente par les ministres africains de la Santé lors de la soixante-deuxième session du Comité régional qui s'est tenue à Luanda (Angola) en novembre 2012.

4.4 OS4 – Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la mère, et vieillissement

70. L'objectif stratégique 4 vise à réduire la morbidité et la mortalité, et à améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique, et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.
71. L'OMS a fourni un appui aux États Membres pour qu'ils puissent surmonter les difficultés liées à l'intensification des interventions dans le domaine de la santé génésique, de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. L'assistance fournie a consisté à entreprendre le plaidoyer pour un aménagement des politiques, l'élaboration de lignes directrices et d'outils, et la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions d'importance vitale. Cet appui a contribué de manière notable aux progrès accomplis par les pays vers l'atteinte des cibles des OMD 4 et 5.
72. Le rapport 2012 sur les «Niveaux et tendances de la mortalité infantile» a révélé que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans la Région est passé de 109 décès pour 1000 naissances vivantes en 2010 à 95 décès pour 1000 naissances vivantes en 2012. La mortalité néonatale dans la Région africaine a diminué, passant de 44 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 32 décès pour 1000 naissances vivantes en 2012⁴⁵. Quinze pays sont sur la bonne voie pour atteindre la cible de l'OMD 4, qui vise à réduire de deux tiers les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2015. Vingt-cinq pays réalisent des progrès, certes insuffisants, vers l'atteinte de cet objectif, et six pays n'ont pas fait de progrès en la matière (figure 6).

Figure 6 : Progrès réalisés vers l'atteinte du quatrième objectif du Millénaire pour le développement dans la Région africaine, rapports de 2007 et de 2012



Source : United Nations Children Fund, Progress for Children; a world fit for children statistical review; Numéro 6, UNICEF, New York, décembre 2007.

Source : UNICEF, OMS, Banque mondiale, DAES. Niveau et tendance de la mortalité infantile : Rapport 2012 – Estimations développées par le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité de l'enfant. UNICEF, New York, 2012.

73. Selon les estimations de la mortalité maternelle établies en 2013, quatre pays⁴⁶ sont sur la bonne voie pour atteindre leurs cibles relatives à l'ODM 5, et 17 pays⁴⁷ ont réduit leur taux de mortalité maternelle de plus de 50 %. Trente-quatre pays ont aussi réalisé des progrès, tandis que neuf pays n'ont guère progressé. Le taux d'utilisation de la contraception est passé de 19 % en 1990 à 27 % en 2012.
74. La pneumonie et la diarrhée sont les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Pour faire face à ces maladies et suite à l'introduction et à la mise en œuvre dans la Région africaine de l'OMS du Plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre la pneumonie et la diarrhée, le Kenya et la Zambie ont reçu en 2012 de nouvelles visites de suivi conjoint dans le cadre du suivi de la mise en œuvre des plans d'action. Ces actions ont abouti, d'une part, à l'acquisition de capacités pour la recherche sur la

mise en œuvre au Kenya avec le concours de l'OMS et des partenaires et, d'autre part, à l'appui conjoint de l'OMS et des partenaires en faveur de la Zambie. On peut également mentionner l'élaboration de lignes directrices pour la mise en œuvre de programmes communautaires de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en mettant un accent particulier sur la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire.

75. Le plaidoyer en faveur de la santé des femmes a été renforcé avec l'élaboration d'un rapport intitulé *Relever le défi de la santé des femmes en Afrique : Rapport de la Commission sur la santé des femmes dans la Région africaine*. Le rapport a été lancé en décembre 2012 par Son Excellence Mme Ellen Johnson-Sirleaf, Présidente de la République du Libéria, en sa qualité de présidente d'honneur de la Commission de l'OMS sur la santé de la femme dans la Région africaine. Le rapport a depuis été diffusé dans les pays et ventilé aux principaux partenaires. Les pays de la Région africaine doivent appliquer les recommandations de ce rapport en se fondant sur leur contexte spécifique.
76. L'OMS a continué à soutenir les États Membres dans la mise en œuvre des recommandations de la Commission de haut niveau pour la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Les dix recommandations de la Commission de haut niveau sur l'information et la responsabilisation (CoIA) ont été appliquées. Tous les 42 pays prioritaires⁴⁸ ont reçu des orientations et un soutien pour l'organisation de consultations des parties prenantes nationales sur la CoIA. Trente-sept pays⁴⁹ ont bénéficié de financements catalytiques et ont élaboré leurs feuilles de route nationales destinées à orienter la mise en œuvre des recommandations. En réponse aux recommandations de la Commission de haut niveau sur les produits d'importance vitale pour les femmes, l'OMS a permis à 11 pays⁵⁰ d'élaborer et de soumettre des propositions de solutions aux problèmes qui entravent l'accès à 13 produits d'importance vitale. Huit propositions ont ainsi été financées par le Secrétariat de la Commission et sont en cours d'application.
77. En vue de rallier toutes les parties prenantes autour des mêmes plans, l'OMS a fourni un appui à 28 pays⁵¹ pour qu'ils puissent réviser leurs feuilles de route visant à accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ces actions ont été menées sous la direction des gouvernements, et les partenaires ont coordonné leurs efforts afin d'œuvrer conjointement à la mise en œuvre de certaines stratégies et interventions hautement efficaces. Après le sommet mondial sur la planification familiale qui s'est tenu à Londres en 2012, vingt et un pays⁵² au total ont renouvelé leur plan en matière de planification familiale, alors que treize pays⁵³ ont élaboré et mis en œuvre des plans nationaux détaillés de planification familiale. En outre, quatre pays⁵⁴ ont élaboré des stratégies pour la santé génésique et quatre autres pays⁵⁵ ont actualisé leurs stratégies nationales de santé de l'enfant.

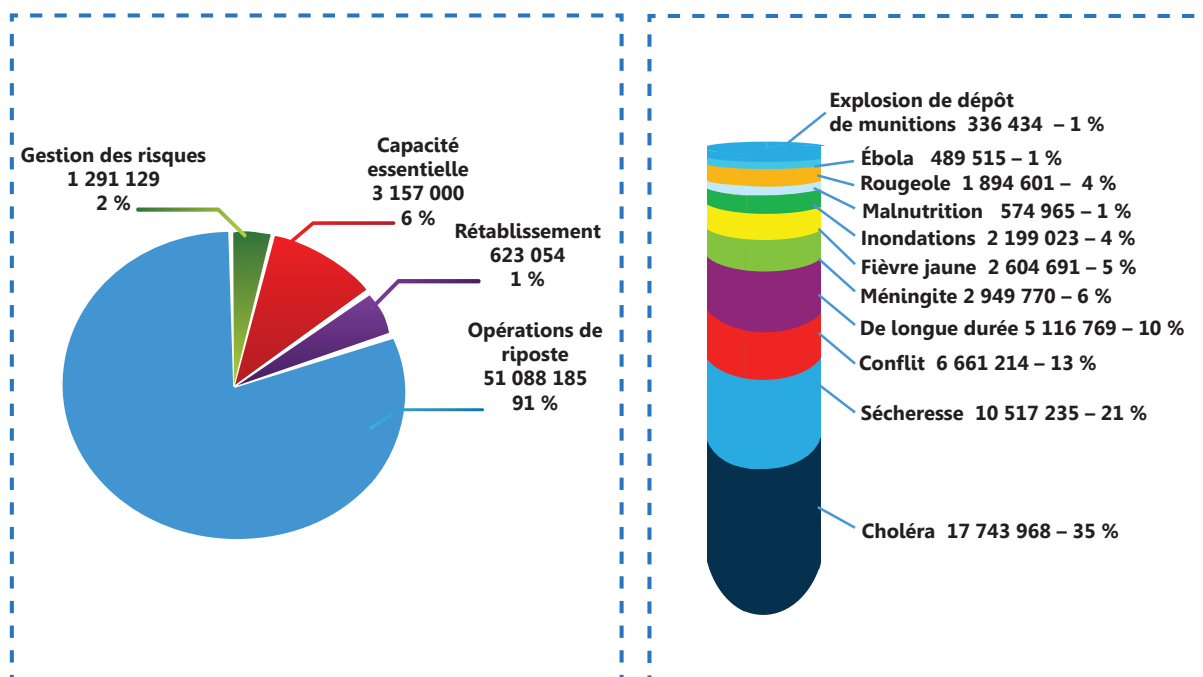
78. Afin de réduire la mortalité maternelle et infantile et d'aider à accélérer les progrès des pays vers la réalisation des OMD, un fort accent a été mis sur le soutien à l'amélioration de la qualité des soins à travers l'élaboration de lignes directrices et le renforcement des capacités. À cet égard, les capacités de 11 pays⁵⁶ pour l'utilisation des outils informatisés d'adaptation et de formation à la PCIME ont été renforcées. En outre, des outils et des lignes directrices notamment relatifs aux matériels de formation sur les soins prénataux ciblés (SPC); à la gestion intégrée des maladies touchant les adolescents/adultes; à la gestion intégrée de la grossesse et de l'accouchement; à la prévention de la transmission mère-enfant (IMAI/IMPAC/PTME); et au Programme régional pour l'accélération de l'accès universel aux services de santé sexuelle et génésique, ont tous été élaborés et diffusés.
79. Eu égard à la forte incidence du cancer du col de l'utérus et à sa contribution au taux élevé de mortalité chez les femmes dans la Région, 26 pays⁵⁷ ont reçu des orientations pour l'introduction du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) comme stratégie essentielle dans l'approche globale de la prévention et du traitement du cancer du col de l'utérus. Ce nouveau vaccin, qui est destiné aux filles âgées de neuf à 13 ans, pourrait réduire le nombre de décès dus au cancer du col de l'utérus pendant et après les années de procréation des femmes. L'OMS, en collaboration avec l'UNICEF et l'UNFPA, a mis au point des outils susceptibles d'aider les pays à évaluer et à identifier les interventions de santé ciblant les adolescents qui doivent être dispensées parallèlement à la vaccination contre le VPH.
80. Au titre de l'OS4, l'OMS a, outre la fourniture d'un soutien technique, plaidé pour un aménagement des politiques, a fourni des lignes directrices et des outils, a renforcé les capacités des États Membres, toutes ces actions ayant pour objectif de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile en vue de l'atteinte des OMD.

4.5 OS5 – Situations d'urgence, catastrophes, crises et conflits

81. L'objectif stratégique 5 est axé essentiellement sur les interventions visant à réduire les effets nuisibles sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des conflits et autres crises humanitaires, en répondant convenablement aux besoins sanitaires et nutritionnels des populations vulnérables touchées par de tels événements. Ces interventions comprennent une préparation appropriée, une riposte en temps voulu aux catastrophes et aux urgences, ainsi que des efforts de rétablissement.

82. L'une des principales réalisations au titre de l'objectif stratégique 5 aura été l'adoption par la soixante-deuxième session du Comité régional tenue en novembre 2012 à Luanda de la stratégie régionale pour la gestion des risques de catastrophe, ainsi que de la résolution AFR/RC62/R1 y afférente, qui invitait instamment les États Membres à entreprendre les actions ci-après, entre autres : jouer le rôle de chef de file, mobiliser les partenaires en vue de l'élaboration de feuilles de route nationales pour la mise en œuvre des principales interventions mentionnées dans la stratégie régionale; mobiliser et allouer les ressources humaines, matérielles et financières qui sont nécessaires à la mise en œuvre des interventions. La stratégie pour la gestion des risques de catastrophe introduit un changement dans l'approche de gestion des catastrophes, et constitue une rupture avec l'approche qui consiste à riposter à la catastrophe n'étant plus mis exclusivement sur la riposte (figure 7), car elle met également l'accent sur le renforcement de la résilience nationale en ce qui concerne la prévention et la réduction des risques.

Figure 7 : Répartition des fonds en réponse aux catastrophes avant l'élaboration de la stratégie de gestion des risques de catastrophe



Source : Rapport de suivi mensuel des projets EHA de l'OMS-AFRO/DPR/DPC

83. Entre janvier 2012 et décembre 2013, on a enregistré en tout 18 événements importants dans la Région africaine, notamment des événements liés aux conditions météorologiques (49 %), des épidémies (30 %), des conflits armés (20 %) et des accidents (1 %). Ces événements ont entraîné, outre des pertes en vies humaines, la paralysie des systèmes de santé et une perturbation des activités socioéconomiques dans la majorité des pays touchés. Près de 100 millions de personnes, dans 35 pays de la Région, ont été touchés par ces situations d'urgence. Les événements les plus importants comprenaient la crise alimentaire au Sahel, les inondations en Afrique de l'Ouest et du Centre, les épidémies de choléra qui ont sévi dans huit pays⁵⁸, les épidémies de maladie à virus Ébola en République démocratique du Congo et en Ouganda, la fièvre de Marburg en Ouganda et la dengue aux Seychelles. Des conflits armés ont éclaté en République centrafricaine et au Mali, et se poursuivent en République démocratique du Congo. Un dépôt de munitions a explosé à Brazzaville (Congo), et ses effets ont été dévastateurs.
84. Les violences intercommunautaires qui se sont déclenchées en République centrafricaine le 5 décembre 2013 ont fait 610 morts en l'espace d'une semaine, entraînant le déplacement de près de 600 000 personnes dans la seule ville de Bangui, et environ 935 000 personnes ont été déplacées dans tout le pays. Depuis le 15 décembre 2013, le Soudan du Sud est déchiré par un conflit armé qui a commencé dans la capitale, Juba, et s'est rapidement propagé à sept États du pays, occasionnant le déplacement de 205 000 civils et faisant 1000 décès, selon des estimations.
85. L'OMS a fourni un appui stratégique, technique, logistique et financier aux pays touchés pour leur permettre de mettre en place une riposte aux situations d'urgence et de sauver des vies humaines. À titre d'exemple, l'OMS a joué un rôle essentiel lors de l'élaboration d'un document-cadre d'intervention pour guider la coordination des interventions de santé durant la crise alimentaire au Sahel. Le cadre a été utilisé pour entreprendre le plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources devant être allouées aux pays affectés. Mettant en application le Cadre mondial d'action d'urgence (ERF), l'OMS a déployé rapidement une équipe d'intervention rapide en République centrafricaine suite à la déclaration de l'urgence sanitaire de niveau 3 par le Directeur général de l'OMS. Grâce aux mécanismes de coordination du groupe sectoriel de la santé dans l'action humanitaire au niveau des pays, l'OMS a coordonné la riposte sanitaire aux événements notifiés, ce qui s'est soldé par des interventions plus adaptées et plus rapides dans la gestion des catastrophes.
86. Conformément à la résolution AFR/RC62/R1, la Région africaine de l'OMS a pris l'initiative d'élaborer six outils pour la mise en œuvre de la stratégie de gestion des risques de catastrophe. Ces outils comprennent a) le dispositif d'évaluation des capacités des pays; b) l'indice de sécurité des hôpitaux; c) des lignes directrices pour l'évaluation et la cartographie des risques de vulnérabilité; d) les modes opératoires normalisés; e) les

lignes directrices définissant le cadre pour le cadre de rétablissement et de transition suite à une catastrophe; f) les compétences essentielles pour l'élaboration de modules de formation à l'intention des personnels de santé. Les outils ont été diffusés dans les pays pour qu'ils en fassent usage. En novembre 2013, l'OMS a également contribué à l'organisation de la consultation régionale sur l'élaboration d'un programme de formation sur les situations d'urgence pour les travailleurs de la santé afin d'améliorer la capacité de gestion des situations d'urgence dans la Région.

87. Le processus de renforcement des capacités pour la mise en œuvre de la stratégie régionale de gestion des risques de catastrophe a démarré en 2012. En novembre de la même année, 94 points focaux de l'OMS avaient obtenu des informations sur le cadre mondial d'action d'urgence (ERF) de l'OMS et sur la stratégie régionale de gestion des risques de catastrophe, ainsi que sur la résolution y afférente. Des évaluations des capacités des pays en matière de gestion des risques de catastrophe ont été réalisées dans les pays de la Région, tandis que les feuilles de route élaborées en vue du renforcement des capacités de gestion des risques de catastrophe dans le secteur de la santé sont mises en œuvre dans les pays.
88. Au niveau régional, l'OMS a établi des partenariats solides avec des institutions régionales, notamment le Centre de formation et d'éducation à la gestion des catastrophes pour l'Afrique (DiMTEC) en Afrique du Sud et les communautés économiques régionales (CER). En outre, l'OMS a contribué à l'établissement du rapport de la quatrième plateforme régionale africaine pour la réduction des risques de catastrophe et du cinquième forum africain sur l'adaptation à la sécheresse, dont les conclusions ont été adoptées au cours de la plateforme mondiale qui s'est tenue à Genève en mai 2013.
89. Au titre de l'objectif stratégique 5, l'OMS a forgé et renforcé des partenariats, soutenu l'élaboration de politiques, de plans et de stratégies, mobilisé des ressources et fourni un appui technique aux États Membres pour minimiser l'impact sanitaire des situations d'urgence, des catastrophes, des conflits et d'autres crises humanitaires. La principale réalisation aura été l'adoption par les ministres africains de la Santé, lors de la soixante-deuxième session du Comité régional tenue en novembre 2012 à Luanda, de la stratégie régionale de gestion des risques de catastrophe et de la résolution AFR/RC62/R1 y afférente, ainsi que l'élaboration ultérieure des outils de mise en œuvre de la stratégie dans la Région.
90. Si les pays ont accompli des progrès dans la mise en œuvre de la stratégie régionale de gestion des risques de catastrophe (2012-2022), beaucoup reste à faire pour renforcer les capacités du système de santé et la résilience face aux catastrophes majeures. La

contribution sanitaire des pays aux plateformes nationales de réduction des risques de catastrophe est également faible, et la santé n'est pas toujours considérée comme un secteur clé dans les initiatives visant la réduction des risques de catastrophe.

4.6 OS6 – Facteurs de risque pour la santé

91. L'objectif stratégique 6 porte sur les principaux facteurs de risque et sur leurs déterminants qui augmentent la charge de morbidité due aux maladies non transmissibles dans la Région. Ces facteurs de risque sont le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique, ainsi que des facteurs environnementaux, en particulier les produits chimiques, les rayonnements et les contaminants alimentaires. Les déterminants de ces facteurs de risque sont la transition épidémiologique et économique, la mondialisation des échanges et du commerce, l'urbanisation rapide non planifiée, les modifications dans les modes de consommation alimentaire, tout comme les croyances et valeurs culturelles, entre autres.
92. Une stratégie actualisée de promotion de la santé dans la Région africaine a été adoptée par la soixante-deuxième session du Comité régional. Cette stratégie met l'accent sur la promotion d'interventions multisectorielles pour toutes les affections prioritaires de santé publique et en appelle à un financement innovant pour soutenir la mise en œuvre des politiques et des actions connexes. Deux ateliers d'orientation sur la nouvelle stratégie de promotion de la santé ont été organisés au Botswana et au Sénégal à l'intention des points focaux nationaux des 47 pays de la Région.
93. Un dialogue entre divers partenaires sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles a été organisé à Johannesburg (Afrique du Sud) en mars 2013. Le dialogue a regroupé des participants issus de 43 pays de la Région, notamment des représentants de gouvernements, d'organisations non gouvernementales, de la société civile et d'autres partenaires. Les participants à ce dialogue ont reconnu la tendance croissante de la sédentarité, de la mauvaise alimentation, du tabagisme et de l'usage nocif de l'alcool, soulignant l'importance du travail intersectoriel pour s'attaquer aux principaux facteurs de risque et améliorer les résultats sanitaires aux niveaux des individus et des communautés.
94. L'OMS a poursuivi le renforcement des capacités des pays pour qu'ils puissent évaluer la charge due aux MNT et déterminer les facteurs de risque de ces maladies dans la population, afin de planifier leur prévention et leur contrôle. Au cours de la période biennale sous revue, la capacité nationale de surveillance par étapes des facteurs de risque des MNT a été renforcée dans quatre pays⁵⁹, portant à 35 le nombre total de pays disposant de données de base sur les facteurs de risque des MNT dans la Région. En collaboration

avec les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique, l'OMS a formé des responsables nationaux des ministères de la Santé et de l'Éducation de 12 pays⁶⁰ pour conduire l'enquête mondiale sur la santé à l'école (GSHS), en vue de contrôler le niveau des facteurs de risque comportementaux chez les enfants scolarisés. Un nouvel outil d'enquête, l'étude sur les politiques et programmes de santé à l'école (SHPPS), a également été introduit dans ces pays pour suivre la mise en œuvre des politiques et programmes de santé à l'école, dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.

95. Compte tenu de la nécessité de renforcer les actions intersectorielles pour lutter efficacement contre les facteurs de risque des MNT, l'OMS a organisé cinq ateliers nationaux et un atelier sous-régional à l'intention de 10 pays⁶¹, sur l'utilisation des approches intersectorielles pour la prévention de l'obésité chez les enfants. Les participants venus de huit autres pays⁶² et issus des secteurs de la santé, de la nutrition, de l'éducation et du commerce ont également été formés à l'élaboration de stratégies de réduction de la consommation de sel axées sur la population, en utilisant une approche intersectorielle. Les pays participants ont ensuite bénéficié d'un concours pour lancer le processus d'élaboration de stratégies nationales de réduction de la consommation de sel et/ou de prévention de l'obésité infantile. Les participants venus de huit autres pays⁶³ et issus des secteurs de la santé, de la nutrition, de l'éducation ou du commerce ont également reçu une formation à l'élaboration des stratégies de réduction de la consommation du sel axées sur les personnes, en utilisant une approche intersectorielle. Un atelier de formation des formateurs a été organisé au profit de 12 participants sur les moyens de prévention de l'obésité infantile en se fondant sur l'approche intersectorielle. Les personnels formés permettront aux pays de la Région d'élaborer des stratégies pour la prévention de l'obésité infantile.
96. En vue de renforcer les bases factuelles susceptibles d'orienter la prise de décision dans les domaines clés de la formulation des politiques et de la législation, l'OMS a fourni un appui à cinq pays⁶⁴ pour leur faire participer à un projet de recherche visant à collecter des données sur la publicité en faveur de l'alcool. Il ressort des résultats préliminaires de cette recherche que l'exposition à la publicité en faveur de l'alcool augmente la consommation d'alcool chez les jeunes, d'où la nécessité de renforcer la réglementation sur la promotion de l'alcool. Six pays⁶⁵ bénéficient d'un appui pour élaborer leurs politiques nationales en matière d'alcool, par le biais des groupes de travail multisectoriels; une assistance a été apportée au Mozambique et à l'Afrique du Sud pour leur permettre d'adopter des mesures législatives en faveur de la lutte contre l'usage nocif de l'alcool.

97. L'OMS a renforcé son appui technique aux pays pour améliorer le traitement intégré de la toxicomanie et les systèmes de soins. À cet effet, le programme conjoint Organisation mondiale de la Santé/Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) a fourni un appui à la Côte d'Ivoire et au Sénégal pour qu'ils puissent lancer des activités de contrôle des drogues, en collaboration avec les secteurs de la santé et du contrôle des drogues. Le Kenya a élaboré des lignes directrices complètes fondées sur des bases factuelles pour contrôler la consommation des drogues, notamment des modes opératoires normalisés du traitement de substitution par méthadone, et l'échange d'aiguilles et de seringues. Le Bénin et le Togo ont tenu une session de formation conjointe afin de renforcer la capacité des professionnels de santé à traiter la toxicomanie et un appui est fourni au Sénégal pour qu'il mette en place son observatoire national de la consommation de drogues. Ces initiatives pilotes seront utilisées pour permettre à d'autres pays d'élaborer ou d'améliorer leurs programmes de contrôle des drogues.
98. Les États Membres ont bénéficié d'un appui pour élaborer et promulguer une législation complète en adéquation avec la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT-OMS). Dix autres pays⁶⁶ ont promulgué des législations interdisant de fumer dans les lieux publics et de faire de la publicité en faveur du tabac dans les médias nationaux, et exigeant que les produits du tabac portent des mises en garde sanitaires. Ces mesures ont non seulement permis de protéger plus de personnes des effets nocifs du tabac, mais elles ont également renforcé le respect de la CCLAT-OMS dans les États Membres de la Région.
99. Le Nigéria est le premier pays de la Région à avoir achevé l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes. Cette enquête montre que près de 10 % des hommes et 1,1 % des femmes consomment des produits du tabac, et que 17,3 % des adultes qui travaillent à l'intérieur de locaux sont exposés à la fumée du tabac sur le lieu de travail. Sept autres pays⁶⁷ ont produit de nouvelles données sur la lutte antitabac, portant à 45 le nombre de pays disposant de données sur la consommation du tabac chez les jeunes et leur exposition à la cigarette. Cinq autres pays⁶⁸ ont produit des données comparables sur la prévalence de la consommation du tabac. Actuellement, vingt-cinq pays⁶⁹ au total disposent de données conjoncturelles sur la consommation du tabac. Celles-ci sont utilisées comme bases factuelles pour renforcer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et introduire de nouvelles lois et règles conformes au Traité.
100. Cinq pays⁷⁰ ont bénéficié d'un appui dans le domaine émergent de la taxation du tabac, et deux d'entre eux, le Kenya et le Sénégal, ont accru les taxes sur les produits du tabac pour réduire la demande de tabac. Des plans de travail conjoints ont été élaborés avec deux

blocs économiques régionaux, à savoir l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) et la Communauté de l'Afrique de l'Est (EAC), afin d'étudier les questions liées à la taxation du tabac, à l'élimination du commerce illicite des produits du tabac et à la promotion des moyens de subsistance alternatifs en faveur des cultivateurs de tabac.

101. Au titre de l'objectif stratégique 6, l'OMS a amorcé un dialogue qui a mis en évidence une approche intersectorielle pour faire face à la tendance croissante à la sédentarité, à la mauvaise alimentation, au tabagisme et à l'usage nocif de l'alcool. Parallèlement, un appui a été fourni aux États Membres pour renforcer la surveillance des maladies non transmissibles, améliorer le suivi des programmes de lutte contre les MNT et accroître les interventions, y compris les systèmes de traitement de la toxicomanie et ceux de soins.

4.7 OS7 – Déterminants sociaux et économiques de la santé

102. L'objectif stratégique 7 vise à traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé afin de générer de bons résultats sanitaires pour tous les groupes de population. Les interventions prioritaires de cet objectif stratégique sont mises en exergue dans la stratégie visant à agir sur les principaux déterminants de la santé dans la Région africaine, adoptée par la soixantième session du Comité régional de l'OMS tenue à Malabo (Guinée équatoriale) en 2010.
103. Les activités de l'OMS au cours de la période biennale sous revue ont consisté essentiellement à sensibiliser les États Membres à l'importance d'entreprendre une action sur les principaux déterminants en vue d'améliorer les résultats sanitaires, d'aider les pays à faire des analyses de l'équité en santé, de répertorier les expériences de l'action intersectorielle et de renforcer les capacités de mise en œuvre de la stratégie régionale visant l'action sur les principaux déterminants de la santé.
104. Un appui a été fourni à onze pays⁷¹ pour organiser des ateliers de formation nationaux devant permettre d'accélérer la mise en œuvre de la stratégie régionale. La formation portait essentiellement sur les rôles de chef de file et d'encadrement des ministères de la Santé; les mécanismes de coordination des actions multisectorielles, en particulier la mise en place de groupes de travail sur les déterminants sociaux de la santé; et l'établissement de partenariats pour mobiliser les ressources techniques et financières nécessaires.
105. En vue d'analyser les déterminants proximaux et structurels des disparités en matière de santé au sein de chaque pays, l'OMS a fourni un appui à six pays⁷², dont quatre petits États insulaires en développement (PEID), dans l'analyse de l'équité en santé. Les rapports de

l'analyse ont mis en évidence l'impact sur la santé de certains principaux déterminants sociaux dans les divers pays. Maurice, Sao Tomé-et-Principe et les Seychelles ont partagé leurs conclusions au cours de la réunion de ministres de la Santé des petits États insulaires en développement qui s'est tenue à Sao Tomé-et-Principe en avril 2013. Le Libéria et Madagascar ont organisé des consultations nationales pour explorer la possibilité d'appliquer les résultats à l'élaboration des politiques et des programmes de santé. Les rapports serviront également d'outils de plaidoyer pour permettre aux gouvernements d'agir sur les principaux déterminants de la santé et d'adopter une approche de la santé dans toutes les politiques.

106. Une analyse de l'état d'avancement de la mise en œuvre des actions intersectorielles choisies a été effectuée, comprenant l'inclusion de la santé dans toutes les politiques mises en œuvre dans la Région africaine. Les conclusions ont été appliquées en vue : a) de l'élaboration d'un cadre analytique pour l'action intersectorielle en faveur de la santé; b) de la déclaration de principe de la Région africaine de l'OMS sur la santé dans toutes les politiques; et c) de la préparation de neuf études de cas⁷³ sur l'action intersectorielle. Ces produits ont été examinés par la 8^{ème} conférence mondiale sur la promotion de la santé qui s'est tenue à Helsinki (Finlande) en juin 2013.
107. Les neuf études de cas de pays ont pris en compte les expériences de la mise en œuvre d'actions intersectorielles pour agir sur les principaux déterminants de certaines affections en santé publique. Cela démontre l'importance de l'action intersectorielle pour obtenir des résultats sanitaires, et la nécessité d'engager des secteurs autres que celui de la santé afin de s'attaquer aux affections prioritaires en santé publique. Huit études de cas ont été publiées sur la mise en œuvre de cinq actions prioritaires contenues dans la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé adoptée en 2011 lors de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé.
108. Pour la toute première fois, l'OMS a organisé un atelier d'orientation à l'intention des gestionnaires de programmes de neuf pays⁷⁴ d'Afrique centrale sur l'intégration de l'équité, de l'égalité et des droits de l'homme dans les programmes de santé. En conséquence, la République du Congo et la République démocratique du Congo ont commencé à collecter des données ventilées selon le sexe et selon l'âge, avant de les intégrer dans leurs systèmes d'information sanitaire de routine. Ces données permettront de fournir des informations utiles pour un certain nombre de programmes de santé essentiels et faciliteront l'analyse de l'équité en santé. Un atelier similaire sur l'intégration du genre, de l'équité et des droits de l'homme dans les programmes a été organisé à Harare (Zimbabwe) en 2013, à l'intention des gestionnaires de programmes issus de six pays anglophones⁷⁵.

109. Au titre de l'objectif stratégique 7, l'OMS a entrepris le plaidoyer en faveur d'une action sur les principaux déterminants de la santé afin d'améliorer les résultats sanitaires, et elle a renforcé la capacité des pays au moyen de la formation, de l'appui technique et du partage des meilleures pratiques. Toutes ces actions avaient pour but d'aider les États Membres à obtenir de bons résultats sanitaires dans tous les groupes de population.

4.8 OS8 – Un environnement plus sain

110. L'objectif stratégique 8 vise à promouvoir un environnement plus sain, à intensifier la prévention primaire et à infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs, de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement. Dans la Région africaine, cet objectif est poursuivi à travers la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique.

111. Au cours de la période sous revue, l'OMS a fourni un appui aux pays pour leur permettre de réaliser des analyses de situation et l'évaluation des besoins (SANA), en vue de mettre en œuvre la Déclaration de Libreville et d'élaborer des plans d'action communs nationaux. À cet effet, 12 autres pays⁷⁶ ont bénéficié de l'appui technique et financier de l'OMS. Actuellement, 34 pays⁷⁷ au total ont soit amorcé soit achevé ce processus.

112. Des informations par pays générées par des analyses de situation et des évaluations des besoins sur les déterminants environnementaux de la santé humaine et l'état des systèmes de gestion nationaux ont continué à être traitées *via* un système informatisé régional appelé «système de gestion des données sur les liens entre la santé et l'environnement» (HELDS). Pour améliorer la fonctionnalité et la performance du HELDS, une deuxième version (HELDS 2.0) a été produite et diffusée aux fins d'utilisation par les pays. Des experts nationaux de onze pays⁷⁸, en collaboration avec le personnel des bureaux de pays de l'OMS, ont été formés à l'utilisation de ce système HELDS.

113. Une évaluation de la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville, cinq années après son adoption, a été entreprise en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour l'environnement et la Banque africaine de développement. Cette évaluation comportait une auto-évaluation par les pays à travers l'élaboration de profils nationaux, une évaluation approfondie de cinq pays choisis au hasard, et une évaluation de l'appui fourni par les partenaires.

114. En outre, des informations détaillées sur les projets intersectoriels sur la santé et l'environnement portant sur les OMD ont été recueillies dans six pays⁷⁹. Il ressort des conclusions initiales de ces évaluations que la collaboration et le nombre de projets conjoints se sont accrus entre les ministères de la Santé, les ministères de l'Environnement et d'autres départements ministériels concernés.
115. Un plan d'action régional pour l'adaptation de la santé publique au changement climatique a été élaboré en collaboration avec tous les 46 États Membres. Des lignes directrices pour la préparation des plans nationaux d'adaptation ont été élaborées, et tous les pays africains ont bénéficié d'un appui technique pour élaborer leurs plans nationaux d'adaptation au changement climatique conformément à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC).
116. L'OMS a établi un consortium international des institutions techniques et scientifiques (Clim-HEALTH Africa) en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre de systèmes d'alerte précoce et de réaction rapide à l'impact du changement climatique sur la santé publique. Clim-HEALTH Africa contribuera à l'objectif de santé du Programme «Climat pour le développement» en Afrique établi par l'Union africaine. Dans le cadre de la mise en œuvre de leurs plans nationaux d'adaptation, cinq pays⁸⁰ ont reçu une aide financière pour réaliser des projets à grande échelle concernant l'impact des changements climatiques sur la malnutrition, les maladies diarrhéiques et les maladies à transmission vectorielle. En outre, l'OMS soutient depuis 2012 une initiative de recherche sur cinq ans relative aux facteurs qui exposent les populations aux maladies à transmission vectorielle et à la résilience des communautés face au changement climatique dans cinq pays. Ces projets permettront d'accroître la compréhension des effets locaux du changement climatique sur la santé, de générer des bases factuelles et de diffuser des connaissances sur les mesures d'adaptation appropriées au niveau local.
117. L'OMS a intensifié ses efforts visant à mobiliser des ressources financières pour soutenir des projets spécifiques liés à la santé et à l'environnement au niveau des pays. Une «Approche stratégique visant à stimuler les investissements sur les liens entre la santé et l'environnement en tant que contribution au développement durable» a été expérimentée au Cameroun, en République démocratique du Congo et au Gabon. En conséquence, le Cameroun a produit un plan national d'investissement quinquennal, qui constitue une contribution commune des secteurs de la santé et de l'environnement à l'atteinte des objectifs de développement durable dans ce pays. Le plan en question, qui a été inscrit dans les budgets publics à partir de 2013, met l'accent sur l'amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, la saine gestion des produits chimiques et l'adaptation au

changement climatique. La République démocratique du Congo, le Gabon et le Kenya ont élaboré des propositions de projets pour élargir la couverture des interventions sur la santé et l'environnement.

118. En septembre 2013, l'OMS a lancé le rapport «Analyse et évaluation mondiales sur l'assainissement et l'eau potable» (GLAAS)⁸¹ de l'année 2013, en utilisant les données produites par 74 pays en développement, dont 35 de la Région africaine. Ce rapport montre que les pays en développement et les donateurs accordent peu d'attention à l'exploitation et à l'entretien des infrastructures relatives à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène (WASH) et aux systèmes d'information pour la planification et le suivi du programme WASH.
119. En collaboration avec l'UNICEF dans le cadre de leur programme de suivi conjoint⁸², l'OMS a fourni une assistance technique aux États membres pour leur permettre de suivre les progrès réalisés vers l'atteinte de l'objectif du Millénaire pour le développement relatif à l'eau potable et l'assainissement (OMD 7, cible 7c)⁸³. Selon le rapport de suivi conjoint 2014 établi à partir des données de 2012⁸⁴, la proportion de la population totale de l'Afrique subsaharienne ayant accès à une source d'eau potable améliorée a augmenté, passant de 63 % en 2011 à 64 % en 2012. Les niveaux d'accès variaient de 46 % en République démocratique du Congo à 100 % à Maurice. La couverture est supérieure à 90 % dans huit pays⁸⁵. On constate également une disparité dans l'accès à l'eau potable entre les zones urbaines (85 %) et les zones rurales (53 %). Selon le même rapport, en 2013, seulement 30 % de la population de la Région utilisaient des installations d'assainissement améliorées. L'accès à l'eau potable et à de meilleurs services d'assainissement est resté inchangé de 2011 à 2012, variant entre 9 % au Soudan du Sud, 10 % au Niger et 97 % aux Seychelles. Seuls l'Algérie et le Cap-Vert ont atteint la cible OMD relative à l'assainissement de base, et cinq pays⁸⁶ sont en bonne voie pour l'atteindre. L'Angola, le Bénin et l'Éthiopie font partie des 10 premiers pays⁸⁷ au monde à avoir réalisé les plus fortes réductions de la défécation en plein air.
120. Au titre de l'objectif stratégique 8, l'OMS a donné des orientations politiques et fourni un appui technique aux États Membres tout en renforçant leur capacité à mettre en œuvre la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique.

4.9 OS9 – Nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire

121. L'objectif stratégique 9 vise à améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires, tout au long de la vie, et en appui à la santé publique et au développement durable dans la Région. En 2011, l'on a estimé que la malnutrition était une cause sous-jacente de 45 % des décès d'enfants survenus dans le monde, et la Région africaine demeure la seule où la proportion d'enfants présentant un retard de croissance s'est accrue au cours de la dernière décennie, l'Afrique de l'Est et de l'Ouest⁸⁸ enregistrant la prévalence la plus élevée d'enfants présentant un retard de croissance.
122. En vue de contribuer à l'atteinte de l'OMD 4 qui vise à réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans, l'OMS a fourni un appui aux pays pour qu'ils puissent protéger et promouvoir des pratiques appropriées d'alimentation du nourrisson. Cela a été fait essentiellement par la fourniture d'une assistance en vue de la révision des plans stratégiques et des politiques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) dans sept pays⁸⁹, et par des activités de renforcement des capacités d'ANJE dans quatre autres pays⁹⁰. Six pays⁹¹ ont bénéficié d'un concours pour renforcer leur capacité de mise en œuvre de la Charte de croissance de l'OMS, tandis qu'un appui a été fourni au Kenya et à l'Afrique du Sud pour promulguer des lois nationales visant à créer un environnement favorable à l'allaitement optimal, appliquant ainsi le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
123. En partenariat avec d'autres acteurs clés réunis dans le cadre de l'Équipe des directeurs régionaux (RDT) pour l'Afrique de l'Ouest et centrale, l'OMS a traité les aspects alimentaires et nutritionnels de la crise au Sahel et dans d'autres parties de la Région, en axant son action sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère. Le Manuel sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (2000) a été révisé et douze pays⁹² ont adopté les lignes directrices pertinentes. Le Cap-Vert et le Mali ont participé au projet conjoint des institutions du système des Nations Unies (OMS, UNICEF, FAO et PAM) portant sur le programme consolidé d'alimentation et de jardins scolaires en faveur de la sécurité alimentaire, de la sécurité sanitaire des aliments, de la nutrition et de l'exercice physique.
124. Un autre domaine d'intervention clé de l'OMS au titre de l'objectif stratégique 9 aura été la fourniture d'un appui aux pays pour renforcer leurs systèmes de surveillance de la nutrition. À cet égard, 11 pays⁹³ ont exécuté le projet «Accélération des améliorations de la nutrition», qui vise à accroître la surveillance de la nutrition de routine, et ils ont

renforcé les équipes de coordination multisectorielles de la nutrition. De plus, le Tchad, les Comores et Madagascar ont reçu un appui pour renforcer la surveillance de la nutrition dans des situations d'urgence.

125. La sécurité sanitaire des aliments constitue une source de préoccupation majeure pour les pays de la Région. L'OMS a réagi à ce problème en publiant et diffusant sept manuels, lignes directrices et instruments sur la surveillance des maladies d'origine alimentaire, la sécurité sanitaire des aliments et l'hygiène alimentaire à l'école, la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, en tenant compte de la composante de la sécurité sanitaire des aliments. En outre, le concept des Cinq clés pour des aliments plus sûrs a été appliqué dans sept pays⁹⁴, dans le cadre de l'éducation à l'hygiène alimentaire, et il a été intégré dans les manuels de formation afin d'assurer la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans six autres pays.
126. Au titre de l'objectif stratégique 9, les États Membres ont bénéficié d'un appui leur permettant d'améliorer la nutrition, en particulier les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, d'élaborer des politiques sur la sécurité sanitaire des aliments, de renforcer la sécurité alimentaire et de consolider leurs systèmes de surveillance de la nutrition.

4.10OS10 – Services de santé

127. L'objectif stratégique 10 porte essentiellement sur la fourniture d'un appui normatif et technique aux pays en vue de renforcer les services de santé par l'amélioration de la gouvernance, du financement, du recrutement du personnel et de la gestion, en s'appuyant sur des bases factuelles fiables et accessibles provenant de la recherche et des systèmes d'information sanitaire. Les mesures prises découlent des Orientations stratégiques pour l'OMS 2010-2015, des cadres de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé et de la Déclaration d'Alger sur la réduction du déficit des connaissances.
128. Un appui technique a été fourni à six pays⁹⁵ pour leur permettre de réviser leurs politiques et plans stratégiques de santé, afin d'orienter leur processus national de développement sanitaire et son financement. Le Programme mondial d'apprentissage (GLP) sur le renforcement des capacités des personnels de l'OMS en planification stratégique et dialogue sur les politiques a permis de former 18 autres équipes de bureaux de pays de l'OMS⁹⁶, portant ainsi à 46 le nombre total des équipes de bureaux de pays de l'OMS formées, et renforçant la participation de l'OMS à la mise en place de systèmes et de services au moyen de politiques et de plans nationaux viables.

129. Un guide pour l'évaluation des coûts des plans stratégiques nationaux de santé (NHSP) a été élaboré et utilisé pour évaluer le coût des NHSP dans 13 pays⁹⁷ et pour ajuster le contenu de ces plans aux ressources prévues pour leur mise en œuvre. Le premier «Atlas des dépenses» de la Région africaine a été publié. Ce document a présenté un tableau synoptique des dépenses nationales de santé dans tous les pays et permis d'effectuer des comparaisons entre pays. Des capacités ont été renforcées en ce qui concerne la méthodologie d'établissement des comptes nationaux de la santé dans 26 pays⁹⁸. En conséquence, plusieurs pays utilisent les données collectées pour suivre les dépenses de santé et élaborer des stratégies de financement de la santé. Un appui technique a été fourni à 19 pays⁹⁹ qui ont commencé à mettre en œuvre les interventions visant à assurer la couverture sanitaire universelle.
130. Une feuille de route pour accroître les effectifs sanitaires dans la Région africaine (2012-2025) a été adoptée par le Comité régional. Un cadre de mise en œuvre de cette feuille de route régionale pour combler les besoins en matière de couverture sanitaire universelle a été adopté lors de la quatrième consultation régionale sur les ressources humaines pour la santé (RHS) qui s'est tenue à Brazzaville en décembre 2013. Pour faire face à la grave pénurie de personnels de santé et atténuer son impact sur la prestation des services sanitaires, sept États Membres¹⁰⁰ ont formulé des politiques et plans stratégiques nationaux sur les ressources humaines pour la santé, avec l'appui de l'OMS. Des observatoires nationaux des RHS ont été créés dans six pays¹⁰¹ afin d'améliorer les bases factuelles concernant les RHS. En collaboration avec les associations professionnelles de la Région, les institutions universitaires, les centres collaborateurs de l'OMS, les ministères de la Santé, les communautés économiques régionales et d'autres partenaires, l'OMS a mis en place un cadre de réglementation professionnelle pour favoriser une approche commune de réglementation et de formation des personnels infirmiers et obstétricaux dans la Région.
131. La base de données intégrée, les plateformes de données et statistiques, les profils analytiques, les publications et les réseaux de l'Observatoire africain de la Santé sont pleinement opérationnels. Des profils analytiques de 22 pays et un profil régional ont été ajoutés au portail¹⁰² de l'Observatoire africain de la Santé pour améliorer la base des données factuelles susceptibles d'éclairer la prise de décision nationale. Quatre atlas statistiques de pays¹⁰³ et quatre numéros du magazine *Moniteur de la Santé en Afrique* ont été publiés, couvrant des sujets tels que les systèmes de santé, la santé génésique, la lutte contre la maladie et les déterminants de la santé. En outre, l'Atlas des statistiques sanitaires africaines 2012 a été produit et diffusé dans les pays.

132. Cinq pays ont élaboré des stratégies et politiques nationales en matière de cybersanté. Afin de renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire, des prototypes d'observatoire national de la santé (ONS) ont été élaborés pour le Cap-Vert et le Congo, alors que le Cameroun et le Rwanda ont commencé à concevoir leurs ONS. Pour améliorer le suivi du renforcement des systèmes de santé, le tableau de bord du système de santé a été évalué au Libéria et au Sénégal, tout comme le système d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil au Burkina Faso et au Libéria. Les capacités institutionnelles des États Membres ont été renforcées en ce qui concerne l'enregistrement et l'utilisation du programme HINARI pour améliorer l'accès à l'information sanitaire dans la Région africaine.
133. Le Réseau de politiques reposant sur des bases factuelles (EVIPNet), plateforme d'application des connaissances de l'OMS dans sept pays, a encouragé la recherche et la collecte de bases factuelles qui ont influé sur les changements des politiques nationales relatives aux pratiques essentielles en santé publique. Le Comité consultatif africain pour la recherche et le développement en santé (AACHRD) prodigue de précieux conseils et contribue à façonner la recherche sur le programme d'action sanitaire. Des projets de démonstration ont été identifiés pour combler les besoins de santé qui se posent avec acuité dans les pays en développement. Pour améliorer les capacités nationales de recherche pour la santé, 70 jeunes chercheurs africains de 16 pays ont reçu une formation à la rédaction des demandes de bourses de recherche en 2013.
134. Au titre de l'objectif stratégique 10, les États Membres ont bénéficié d'un appui pour réviser leurs politiques nationales, ainsi que leurs plans stratégiques de santé, définir les programmes de recherche, renforcer les ressources humaines pour la santé et améliorer leurs systèmes d'information sanitaire grâce à l'Observatoire africain de la Santé et aux observatoires nationaux de la santé.

4.11 OS11 – Technologies et produits médicaux

135. L'objectif stratégique 11 vise principalement à élargir l'accès aux technologies et produits médicaux, et à en améliorer la qualité et l'utilisation dans les États Membres, grâce à un appui technique et à des orientations politiques pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politiques et stratégies nationales complètes.
136. En vue de contribuer à l'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de l'utilisation rationnelle des médicaments essentiels, six pays¹⁰⁴ ont actualisé leurs politiques pharmaceutiques nationales, avec l'appui de l'OMS. En outre, le Burkina Faso et le

Swaziland ont élaboré des plans stratégiques sur les médicaments nationaux; le Zimbabwe a formulé une stratégie quinquennale sur les médicaments et les fournitures médicales; et le Bénin a évalué son plan national de mise en œuvre de sa politique pharmaceutique (2006-2010).

137. Quinze pays ont bénéficié d'un appui pour renforcer leurs systèmes pharmaceutiques et améliorer l'accès aux médicaments de qualité, par le biais du partenariat CE/ACP/OMS sur les politiques pharmaceutiques. En outre, le Ghana, l'Ouganda et la Zambie ont élaboré un plan de travail pour mettre en œuvre des activités visant à promouvoir l'Alliance pour la transparence des médicaments (MeTA), qui est une initiative mondiale axée sur l'amélioration de l'accès aux médicaments de qualité assurée dans les pays en développement grâce au renforcement de la transparence et à la responsabilisation dans le secteur pharmaceutique.
138. L'OMS et le PNUD ont fourni un appui à la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), par le biais de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), pour qu'elle élabore une politique et des lignes directrices régionales sur les flexibilités offertes par les Accords sur les droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). Cet appui permettra aux États Membres d'actualiser leurs politiques et réglementations nationales, et d'utiliser au maximum les opportunités fournies par les flexibilités offertes par les ADPIC pour améliorer l'accès aux médicaments. De même, l'OMS a fourni un appui aux communautés économiques régionales¹⁰⁵ de l'Afrique de l'Ouest, centrale, australe et de l'Est pour la mise en œuvre de l'Initiative en faveur de l'harmonisation de l'homologation des médicaments en Afrique. L'OMS a constitué un groupe de travail sur les médicaments de qualité inférieure, faux, faussement étiquetés, falsifiés et contrefaits qui a pour mission de mieux comprendre les implications pour la Région et de contribuer au débat mondial en cours sur ce sujet.
139. Sous la coordination de l'OMS, les lignes directrices et outils importants ci-après ont été mis au point : a) le cadre pour la réglementation des tradipraticiens de santé, des pratiques et produits de la médecine traditionnelle; b) le cadre de collaboration entre les tradipraticiens de santé et les praticiens de la médecine conventionnelle; c) un outil pour documenter les pratiques de la médecine traditionnelle; d) des orientations politiques pour la protection des connaissances autochtones dans le domaine de la médecine traditionnelle africaine; et e) un cadre législatif *sui generis* pour la protection des connaissances autochtones dans le domaine de la médecine traditionnelle africaine. Ces outils éclairent les pays, en les guidant dans la mise en œuvre de leurs politiques et stratégies nationales de médecine traditionnelle.

140. Avec la collaboration de l’OMS, l’Union africaine a élaboré le plan d’action pour la mise en œuvre de la deuxième Décennie de la médecine traditionnelle africaine (2011-2020) et le Plan de fabrication de produits pharmaceutiques pour l’Afrique, qui ont été adoptés par les chefs d’État et de gouvernement de l’Union africaine lors de leur sommet tenu en juillet 2012 à Addis-Abeba. Ces outils sont utilisés pour renforcer le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé et encourager la production locale. En 2013, l’Organisation Oueest Africaine de la Santé a élaboré la pharmacopée à base de plantes médicinales pour la sous-région de la CEDEAO pour guider l’harmonisation des spécifications techniques et des normes de contrôle de la qualité.
141. Quarante-cinq pays ont élaboré des politiques nationales sur la qualité des laboratoires et la sécurité transfusionnelle. Sur ces 45 pays, six¹⁰⁶ ont adopté des politiques au cours de la période biennale sous revue, ce qui leur a permis de réaliser des progrès sur la qualité et la quantité des dons de sang. La Région a désormais pu combler plus de la moitié des besoins en poches de sang sécurisé destiné à la transfusion sanguine et répondant aux normes de l’OMS. L’Organisation a contribué à la révision de la politique transfusionnelle nationale au Burkina Faso. L’évaluation de la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la sécurité transfusionnelle montre que la situation des services de transfusion sanguine est connue dans 42 pays¹⁰⁷, et que plus de 80 % des dons de sang sont volontaires et non rémunérés dans 21 pays¹⁰⁸. Quarante-deux pays¹⁰⁹ ont pu procéder à des tests de dépistage du sida pour 100 % des poches de sang, alors que 40 pays¹¹⁰ faisaient des tests de VHB et de syphilis et 39 des tests de VHC¹¹¹. Des programmes de renforcement des capacités en termes de sécurité des injections ont été lancés dans 20 pays¹¹².
142. Les directives OMS relatives au processus graduel d’amélioration d’un laboratoire en vue de son accréditation (SLIPTA) ont été publiées, et des partenariats établis avec la Société africaine pour la médecine de laboratoire (ASLM) et CDC/GAP-Atlanta en vue de la mise en œuvre de ces directives. En 2013, un total de 56 laboratoires de huit pays¹¹³ appliquaient le processus SLIPTA et trois laboratoires de santé publique avaient déjà été accrédités dans quatre pays¹¹⁴. Vingt experts de laboratoire travaillant aussi bien dans des laboratoires vétérinaires que dans des laboratoires de santé publique de huit pays d’Afrique centrale¹¹⁵ ont reçu une formation aux normes ISO 15189.
143. Des responsables de la biosécurité de quatre pays¹¹⁶ ont été formés à la gestion des biorisques et au transport des substances infectieuses, conformément aux réglementations de l’IATA et de l’OMS sur les expéditions. Pour soutenir les pays dans le renforcement de leurs services de laboratoire de santé et passer des systèmes centrés sur des maladies spécifiques à des systèmes de laboratoire intégrés et coordonnés, le Guide du réseau de laboratoire national de santé (NHLS) a été diffusé dans les pays. Le Congo a élaboré une feuille de route pour le renforcement du NHLS, tandis que l’Érythrée et Sao Tomé-

et-Principe ont mis au point leurs politiques et plans stratégiques nationaux sur les laboratoires. Avec l'appui des CDC, le Centre africain d'entretien des équipements de laboratoire (ACLEM) d'Enugu (Nigéria) a été créé en tant que centre d'excellence pour assurer l'entretien, la certification et la réparation des installations de biosécurité.

144. Les lignes directrices pour l'élaboration des politiques et plans nationaux de sécurité des patients ont été finalisées. Des partenariats africains pour la sécurité des patients (APPS) ont été établis dans cinq pays¹¹⁷, qui ont désormais intégré la sécurité des patients dans leurs plans nationaux de développement sanitaire. Avec l'appui de l'OMS, une réunion ministérielle sur la sécurité des patients a été organisée à l'intention de 20 pays¹¹⁸ pour faire comprendre cette notion et intensifier les interventions dans ce domaine.
145. Les capacités des autorités nationales de réglementation pharmaceutique (ANRP) ont été renforcées par l'élaboration de plans de développement institutionnels et la formation de professionnels dans le cadre du réseau du Forum africain de réglementation des vaccins (AVAREF). De plus, la capacité de 21 États Membres¹¹⁹ à contrôler les essais cliniques de vaccins a été renforcée. Ainsi, sept pays assurent désormais le contrôle éthique et réglementaire, et la sécurité des participants à l'essai clinique de phase 3 du vaccin contre le paludisme.
146. Au titre de l'objectif stratégique 11, l'OMS a fourni une orientation politique générale, élaboré des outils et lignes directrices pour des situations spécifiques aux pays, et contribué au renforcement de la capacité des États Membres à formuler des politiques, des stratégies et des plans visant à améliorer l'accès aux technologies et produits médicaux, tout comme la qualité de ces technologies et produits et leur utilisation rationnelle.

4.12 OS12 – Rôle moteur, gouvernance et partenariat

147. L'objectif stratégique 12 concerne le rôle de chef de file de l'OMS, le renforcement de la gouvernance et la promotion de partenariats en vue du développement sanitaire, et pour assurer la cohérence entre les différents niveaux de l'Organisation.
148. L'OMS a poursuivi son plaidoyer en faveur de l'accroissement de l'investissement dans le renforcement des systèmes nationaux de santé et la promotion la santé, par des missions de haut niveau effectuées par ses principaux responsables dans 29 pays de la Région comme à l'étranger. En outre, dans le cadre de sa participation participé à 14 conférences internationales importantes, le Directeur régional a sensibilisé la communauté internationale aux besoins, priorités et stratégies de la Région en matière de santé, ainsi

qu'à la qualité de l'appui que l'OMS doit fournir à ses États Membres. Ces conférences étaient centrées sur des thématiques telles que les approches futures du financement, les partenariats et l'accès aux soins de santé en Afrique; les progrès réalisés vers l'équité en santé dans le monde; l'initiative sauver les mères – donner la vie; la nouvelle donne en matière de traitement et de prévention du VIH/sida; les facteurs de risque des maladies non transmissibles; la vaccination; les ressources humaines pour la santé; et l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité pour la santé. Ces activités ont permis aux partenaires de fournir un appui soutenu aux activités menées par l'OMS dans la Région africaine et aux investissements intérieurs dans le développement sanitaire.

149. Les responsables des bureaux de pays de l'OMS dans tous les pays de la Région ont veillé à ce que la santé demeure une partie intégrante du développement national et de la coordination de l'aide. Ils ont facilité le dialogue entre les gouvernements, les parties prenantes à la santé et les partenaires au développement. Conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, les Représentants de l'OMS ont assuré la coordination des partenaires au développement sanitaire, sous l'égide des ministères de la Santé. Ils ont aussi été à l'avant-garde de la mise en œuvre des programmes de santé publique au sein des équipes de pays des Nations Unies, tout en veillant à ce que les programmes et cadres des Nations Unies pour l'aide au développement reflètent les priorités nationales de santé. Les programmes menés conjointement avec d'autres institutions du système des Nations Unies dans 21 pays ont permis d'améliorer la cohérence de l'action sanitaire des Nations Unies, l'harmonisation, l'alignement sur les plans nationaux et les autres efforts des partenaires, et la coordination du secteur de la santé.
150. La réforme de l'OMS met l'accent sur la réponse aux besoins des pays et souligne l'importance de la Stratégie de Coopération avec les Pays (SCP) en tant que principal instrument de coopération de l'OMS avec les États Membres. Un appui technique a été fourni à trente-neuf pays pour qu'ils révisent leurs documents de SCP. En fin 2013, tous les pays disposaient d'une SCP valide. Les quarante-six bureaux de pays ont été restructurés pour accroître l'efficacité et renforcer davantage la présence de l'OMS dans les pays. Grâce à un accord conclu avec le Gouvernement de l'Algérie, le bureau de liaison de l'OMS dans ce pays est devenu un Bureau de représentation à part entière. Différentes réunions, notamment celles du Programme régional, ont fourni l'occasion d'informer l'ensemble du personnel sur la réforme actuelle de l'OMS, ainsi que sur la planification, la mise en œuvre et le suivi des programmes de l'Organisation. La cohérence dans l'orientation des politiques et l'imputabilité ont ainsi été améliorées à tous les niveaux.
151. La quatrième réunion des ministres de la santé des petits États insulaires en développement (PEID) qui comprennent le Cap-Vert, les Comores, Maurice, Sao Tomé-et-Principe, et les Seychelles, s'est tenue en avril 2013 à Sao Tomé-et-Principe, avec, à la clé, l'adoption d'un communiqué. Ce communiqué contient les engagements pris par ces États Membres

pour agir sur les déterminants sociaux de la santé, les maladies transmissibles et leurs facteurs de risque, de même que le paludisme et pour parvenir à la couverture sanitaire universelle. Le SIDS Network Web Community pour le travail en synergie a été établi en 2013 avec l'appui de l'Observatoire africain de la Santé afin de faciliter le partage continu des expériences.

152. Une évaluation des activités des équipes d'appui inter pays de l'OMS a été effectuée en 2012. Les principales recommandations, toutes en cours de mise en œuvre, comprennent le renforcement de la capacité des équipes d'appui inter pays à accélérer l'appui technique fourni aux pays; la dotation de ces équipes en personnel suffisant pour répondre aux besoins des pays; le renforcement des capacités des administrateurs de programmes nationaux; l'application de mesures pour que le recours aux consultants offre un bon rapport coût-efficacité; et une meilleure coordination des missions programmées dans les pays.
153. La soixante-deuxième session du Comité régional a longuement planché sur différents points, et notamment sur la réforme en cours de l'OMS et adopté des résolutions concernant la gestion des risques de catastrophe; l'accélération de la lutte contre le VIH/sida; la feuille de route pour accroître les effectifs sanitaires; la stratégie de promotion de la santé; le renforcement des systèmes nationaux d'information sanitaire par le biais de l'Observatoire africain de la Santé; la santé et les droits de l'homme; la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles; et l'application du Règlement sanitaire international (2005). Le Comité régional a salué la demande de transfert de la République du Soudan du Sud à la Région africaine de l'OMS et y a accédé. Cette demande a été entérinée par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé. La soixante-troisième session du Comité régional a adopté six résolutions¹²⁰, dont une résolution portant sur les amendements du Règlement intérieur du Comité régional le nouveau mandat du Sous-Comité du Programme. Cette résolution met ainsi en œuvre la Décision 9 de la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé qui invitait instamment les États Membres à harmoniser les règles et pratiques des comités régionaux, au titre de la réforme de l'OMS. La mise en œuvre des résolutions devrait améliorer les capacités nationales de prévention, de prise en charge et de suivi des maladies prioritaires.
154. L'OMS a renforcé les partenariats en prenant part à des réunions, missions et activités conjointes avec des partenaires. Elle a poursuivi le renforcement et la diversification des partenariats avec des organisations bilatérales (USAID, CDC, ACIDI, DFID, Coopération française, Suisse), des organisations multilatérales (Banque mondiale, Union européenne, GAVI, Fonds mondial, Banque africaine de développement, Union africaine), des communautés économiques régionales (COMESA, SADC, CEDEAO, CEEAC, IGAD, CEN-SAD) et des fondations (Bill & Melinda Gates, Rotary, Hewlett), en vue d'assurer

une meilleure santé aux populations africaines. Le mécanisme régional de coordination a été amélioré, grâce à des consultations, au dialogue, aux avis et synergies, encourageant ainsi de nouveaux partenariats en vue d'une meilleure santé des populations africaines. L'OMS a aussi signé des protocoles d'accord avec six nouveaux partenaires, dont des ONG. Des partenariats avec la société civile, des ONG, le secteur privé et des institutions universitaires ont été créés et/ou renforcés.

155. L'OMS a dirigé et coordonné l'action de 16 membres (dont deux membres associés) du mécanisme Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA), une initiative de partenariat visant à renforcer le dialogue entre les ministres des Finances et les ministres de la Santé pour améliorer le financement de la santé dans les pays. HHA a organisé une réunion interministérielle qui a adopté la Déclaration de Tunis sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité pour la santé, cadre qui orientera l'action des pays et des partenaires en vue de l'accélération des progrès vers la couverture sanitaire universelle. Un groupe d'experts de HHA a reçu une formation pour apporter une réponse intégrée et harmonisée à travers les organismes membres de la Région dans le domaine de la planification et de la budgétisation (NHSP), à l'aide de l'outil OneHealth.
156. Dans le cadre du suivi de la réunion de Tunis, la Banque mondiale et le Bureau de la diplomatie sanitaire mondiale du Département d'État américain ont abrité conjointement, en collaboration avec les autres partenaires de HHA, une réunion de concertation de haut niveau entre ministres des Finances et ministres de la Santé, pour étudier les différentes possibilités de s'assurer que les investissements réalisés dans le domaine de la santé aboutissent à des systèmes et des résultats fiables, adossés davantage sur les ressources intérieures. À cet égard, une collaboration plus étroite entre les ministères de la Santé et les ministères des Finances, des mesures plus innovantes permettant d'accroître le financement de la santé, notamment l'imposition de taxes sur l'alcool, la téléphonie mobile, le tabac, etc., et l'usage rationnel des ressources, seront nécessaires pour assurer un accès universel à la santé. Les pays dotés de ressources naturelles précieuses ont été invités à les utiliser au profit du développement sanitaire et social.
157. La coordination au sein du mécanisme HHA a été renforcée par des conférences téléphoniques des membres du Comité directeur, des réunions biennales du Comité directeur et la réunion annuelle des directeurs régionaux de HHA. Cette coordination l'a également été au niveau national, où les activités de HHA ont été facilitées par les Représentants de l'OMS en tant que coordonnateurs, sur la base de la décision prise par les Directeurs régionaux de HHA en octobre 2012. Les activités de HHA au niveau des pays sont maintenant planifiées, mises en œuvre et présentées par des membres de HHA ne connaissant pas les politiques, objectifs et activités de ce mécanisme. Le résultat en a été l'harmonisation et l'efficacité de l'appui des partenaires de HHA au renforcement du système de santé.

158. L'OMS a poursuivi sa participation aux actions menées conjointement au niveau régional, dans le cadre du Groupe des Nations Unies pour le développement (GNUD), en fournissant un appui aux équipes de pays des Nations Unies, spécialement dans le cadre de l'élaboration des plans cadres des Nations Unies pour l'aide au développement et pour une action harmonisée et plus efficace en faveur du développement sanitaire. L'OMS a dirigé le groupe sectoriel Santé dans l'action humanitaire et entrepris une action conjointe pour la nutrition, les urgences et les interventions humanitaires. Les capacités des acteurs du secteur de la santé à prendre en charge la malnutrition sévère et aiguë ont été renforcées pendant la crise de la sécheresse au Sahel. En outre, l'OMS a joué un rôle prépondérant dans la lutte sous-régionale contre le choléra dans trois pays d'Afrique de l'Ouest.
159. La collaboration avec la Commission de l'Union africaine (CUA) et la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) a été renforcée. Un accord entre l'OMS et la CUA a été approuvé par la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et signé en 2012 en remplacement du précédent, qui avait établi entre l'OMS et l'Organisation de l'Unité africaine. Un plan d'action conjoint OMS/CUA 2012-2013 a été élaboré et mis en œuvre. L'OMS a soutenu la préparation de la publication de la Commission de l'Union africaine intitulée *50 ans de santé et de développement*.
160. L'OMS a apporté son appui à l'élaboration des statuts de la Fédération africaine d'obstétrique et de gynécologie (AFOG) et à son lancement lors du Congrès mondial de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique en octobre 2012. À cette occasion, le Directeur régional a prononcé le discours d'ouverture dans lequel il a souligné les différents rôles potentiels de l'AFOG dans le plaidoyer pour l'allocation de ressources supplémentaires par les gouvernements en faveur de la santé maternelle et néonatale, le renforcement des capacités dans le cadre des soins qualifiés de la mère et du nouveau-né, l'appui à la recherche opérationnelle visant à intensifier les interventions clés pour la santé maternelle et néonatale, ainsi que le suivi de la qualité des soins de la mère et du nouveau-né dans les pays. Les membres du Bureau de la Fédération africaine des associations de santé publique (AFPHA) ont bénéficié d'un appui pour élaborer un plan stratégique et participer au 13^{ème} Congrès de la Fédération mondiale des associations de santé publique qui s'est tenu à Addis-Abeba en 2012.
161. Cent-vingt agents issus de 12 pays¹²¹ ont reçu une formation en communication avec les donateurs et en mobilisation des ressources, ce qui a contribué à accroître le volume des ressources mobilisées, comparativement à l'exercice biennal précédent.
162. La production et la diffusion régulières de documents d'information ont permis au grand public de mieux comprendre l'action menée par l'OMS, ainsi que les questions de santé en général. Grâce à la disponibilité en ligne de la majorité de ces documents, le nombre

des visites sur le site Internet de la Région africaine de l'OMS est passé de 38 484 visites en 2010-2011 à 53 681 visites en 2012-2013. L'introduction de bulletins d'information en ligne par les bureaux de l'OMS partout dans la Région a amélioré l'image de marque et la visibilité de l'Organisation. L'OMS a établi sa présence sur des plateformes de médias sociaux telles que *Twitter* et *YouTube*, et ces plateformes ont été utilisées pour fournir plus d'informations sur les activités de l'Organisation dans la Région.

163. Des ateliers de renforcement des capacités ont permis d'améliorer les connaissances et d'inculquer au personnel des techniques efficaces de communication et de mobilisation des ressources. Un réseau de chargés de la communication a été institué et il a apporté son appui au Soudan du Sud et à la République centrafricaine lors de la crise humanitaire qui a sévi dans ces pays. Les interventions de ce réseau ont permis d'accroître la sensibilisation des populations touchées par des flambées épidémiques et des situations d'urgence, amélioré la santé et limité la propagation des maladies et d'autres risques sanitaires.
164. En résumé, au titre de l'objectif stratégique 12, l'OMS a : entrepris le plaidoyer en faveur de l'augmentation des investissements intérieurs et extérieurs dans les systèmes nationaux de santé; amélioré la coordination entre les partenaires au développement sanitaire; favorisé les partenariats et la mobilisation des ressources avec les acteurs concernés par la santé et fourni une assistance aux pays pour qu'ils puissent réviser leurs stratégies de coopération.

4.13 OS13 – Une OMS efficiente et efficace

165. L'objectif stratégique 13 vise la fourniture d'un appui efficace et efficient aux programmes techniques en vue d'atteindre les résultats escomptés. Cet appui est fourni dans des domaines fonctionnels tels que la gestion des programmes; le budget et les finances; les services administratifs; les ressources humaines; les technologies de l'information; les achats et approvisionnements; et les services de traduction, d'interprétation et d'impression.
166. La fonction de gestion des programmes a été renforcée par la formation de 94 membres du personnel en charge de la planification et de l'aide directe et quotidienne à tous les centres budgétaires. Ce soutien continu a permis de mieux utiliser le cadre de gestion axé sur les résultats et a amélioré la gestion des plans de travail grâce à un usage judicieux du Système mondial de gestion (GSM).

167. Le rapport d'évaluation en fin d'exercice biennal a montré que les activités planifiées avaient été correctement mises en œuvre en 2012-2013, ce qui a engendré un plus grand nombre de résultats mesurables et qui a notamment accru la responsabilisation et la transparence de l'OMS. La publication systématique de rapports de suivi périodiques, tels que le rapport de suivi budgétaire et le rapport sur la répartition des contributions, a fait office d'outil d'alerte pour les centres budgétaires. Ces rapports ont permis une meilleure surveillance de l'exécution du budget programme, et ils ont de ce fait simplifié la reprogrammation des plans de travail, afin de mieux harmoniser les fonds disponibles d'une part, les coûts planifiés et les allocations budgétaires révisés d'autre part, selon la nécessité.
168. La Région s'est conformée aux exigences révisées en matière de rapports pour la clôture de l'exercice biennal 2012-2013. Les changements effectués visaient à garantir la conformité des rapports financiers de l'OMS aux normes comptables internationales du secteur public (IPSAS). Ils comprenaient notamment une obligation d'établissement de rapports et de certification d'éléments spécifiques - comme indiqué dans la lettre de déclaration du Directeur régional -, fondée sur les éléments soumis par les 47 directions des bureaux de pays de la Région. Ces changements ont amélioré la transparence, l'imputabilité et les normes appliquées en matière d'information financière. Les rapports d'exécution, de conformité et d'exécution sont désormais soumis au Sous-Comité du Programme, selon les préconisations du programme de réforme de l'OMS.
169. Les principaux comptes bancaires ont fait l'objet d'un rapprochement complet. Cependant, huit des 270 comptes d'avance de pays affichent des éléments en circulation depuis plus de 90 jours. L'amélioration est significative comparée aux années précédentes. Les niveaux de réapprovisionnement des comptes d'avance des pays ont été révisés afin de maintenir des avoirs en caisse/banque minimaux au niveau national et de réduire ainsi le plus possible le risque de perte de pouvoir d'achat dû aux fluctuations des taux de change ou aux situations d'urgence.
170. Le suivi et le soutien continus accordés aux centres budgétaires ont débouché sur une meilleure gestion des plans de travail relatifs aux salaires et une meilleure répartition des dépenses de personnel en fonction des sources de financement. La répartition et le suivi des contributions ont été efficacement gérés afin de garantir une utilisation des fonds dans les limites de temps accordées et d'éviter des pertes.
171. Une orientation et un appui ont été fournis aux équipes d'appui interpays et aux bureaux de pays, afin de mettre en œuvre les politiques en matière de ressources humaines. Le taux d'application des exercices d'évaluation du personnel au moyen du système de gestion et de développement des prestations du personnel (ePMDS) a sensiblement

augmenté, s'établissant à 82 % en 2013, suite au lancement de cet outil cette même année. Des efforts ont été accomplis pour recruter davantage de femmes dans les bureaux de la Région africaine de l'OMS et appliquer ainsi la politique de parité au sein de l'Organisation, et ce malgré des problèmes persistants, notamment la difficulté des lieux d'affectation et le manque d'opportunités d'emploi pour les conjoints. Le Directeur général de l'OMS et le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique ont décerné des certificats de reconnaissance à neuf membres du personnel ayant dépassé 30 ans de service à l'OMS. Des cours de mise à niveau ont été organisés dans divers secteurs de l'administration, et la formation continue a été prise en compte.

172. Dans le cadre du programme de réforme de l'OMS, les conditions d'emploi du personnel ont été révisées afin d'aligner les pratiques d'établissement des engagements sur la réalité du financement de l'Organisation. En outre, des centaines de membres du personnel ont été formés au plan régional afin de renforcer leurs capacités à réaliser des opérations de ressources humaines et de gestion dans le GSM.
173. Les équipes régionales œuvrent avec le Siège de l'OMS pour appliquer la gestion globale des postes de travail et des courriers électroniques dans la Région africaine. Cette intégration et cette mutualisation des services devraient réduire les coûts de maintenance informatique et permettre au personnel de remplir des fonctions plus analytiques.
174. Les capacités du personnel en charge des technologies de l'information et de la communication ont été renforcées pour faciliter l'action de l'OMS. Cela a permis d'assurer que les membres du personnel étaient en accord et engagés vis-à-vis du lancement de projets mondiaux. Le soutien aux programmes techniques devrait ainsi gagner en efficacité. Un système mondial de courrier électronique de l'OMS a été introduit; tout le personnel de la Région africaine relève à présent d'un unique domaine de courrier électronique (@who.int). Les travaux ont débuté en vue d'instituer l'environnement de travail Global Synergy (configuration standard et commune des postes de travail de l'OMS). Le nouveau système CISCO de communications unifiées (Cisco Unified Communications Manager) est en cours de déploiement. Ces initiatives amélioreront sensiblement les communications et réduiront encore les dépenses résultant des déplacements et des réunions.
175. Des actions sont en cours pour mieux optimiser les ressources au sein de l'Organisation; le principal objectif demeure de réaliser des achats à des prix compétitifs, de qualité maximale et de garantir leur livraison en temps voulu à tous les centres budgétaires de la Région africaine. Des inventaires ont été réalisés pour compiler des données d'inventaire sur les actifs immobilisés. Cette importante obligation au titre des normes IPSAS a été

mentionnée, dans plusieurs rapports d'audit de l'OMS établis précédemment, comme l'une des faiblesses de l'Organisation. Les immobilisations corporelles de l'OMS étaient estimées à US \$39 749 527 au 31 décembre 2013.

176. Les services d'édition, de traduction et d'interprétation dans les trois langues de la Région, de même que les services d'impression, ont tous été fournis pour soutenir les programmes techniques. Des services linguistiques ont également été fournis au cours des sessions du Comité régional. Un aide-mémoire pour l'usage du français a été publié et diffusé; la liste des linguistes consultants a été élargie afin de faire face à la demande croissante. Pour essayer de réaliser des économies, les capacités de publication internes ont été accrues.
177. Les services administratifs et logistiques ont fourni un soutien efficace aux conférences et aux réunions statutaires organisées au cours de la période biennale sous revue, et particulièrement aux soixante-deuxième et soixante-troisième sessions du Comité régional.
178. Grâce à des investissements ciblés dans les infrastructures, les conditions de vie et de travail des membres du personnel et de leurs familles se sont améliorées, malgré des ressources budgétaires limitées. La sécurité des personnes a été consolidée au Bureau régional, grâce au renforcement des barrières de sécurité de périmètre et à l'installation de caméras de surveillance.
179. La situation de la sécurité, qui évolue rapidement, et les niveaux de menace ont été contrôlés dans de nombreux bureaux de pays de l'OMS, et des conseils appropriés ont été diffusés. La sensibilisation des employés aux questions de sécurité personnelle s'est donc accrue. Le niveau d'observation des normes minimales de sécurité opérationnelle (MOSS) a augmenté de 70 %. Grâce à une liste d'agents de sécurité, il a été possible de fournir un appui efficace en tant que de besoin. Cinq bureaux de pays de l'OMS¹²² ont reçu un financement approprié pour se conformer aux MOSS. Avec les crises récentes survenues en République centrafricaine et au Soudan du Sud, un soutien a été fourni aux pays pour assurer la sécurité des membres du personnel de l'OMS, tout en maintenant la mise en œuvre des programmes dans un contexte sécuritaire instable.

5. Progrès réalisés dans la mise en œuvre des résolutions du Comité régional

180. Plusieurs résolutions ont été adoptées par les États Membres, et les progrès réalisés dans la mise en œuvre de ces résolutions sont étroitement suivis par le Secrétariat de l’OMS. Pour chaque résolution, les progrès réalisés sont présentés dans un paragraphe qui en fait l’analyse, et qui est suivi d’un résumé des activités et des résultats obtenus.

5.1 AFR/RC51/R3 – Santé de l’adolescent : Stratégie de la Région africaine

181. Dans sa résolution sur la santé de l’adolescent prise lors de sa session de 2001, le Comité régional priait le Directeur régional de fournir aux États Membres un appui technique pour l’élaboration et l’application de politiques et programmes nationaux concernant la santé de l’adolescent; de continuer à plaider en faveur des programmes pour la santé de l’adolescent et de mobiliser des ressources adéquates pour leur mise en œuvre.
182. Au 31 décembre 2013, un total de 25 pays¹²³ de la Région avaient élaboré ou révisé leurs politiques ou plans stratégiques en faveur de la santé de l’adolescent et des jeunes, ce qui représente cinq pays de plus qu’en 2012. Des instruments, des lignes directrices et des normes permettant d’évaluer et de mettre en œuvre des services de santé adaptés aux adolescents ont été mis au point; ainsi, 23 pays ont pu préparer des normes dans ce domaine et appliquer les plans d’action correspondants. Des analyses de situation et des évaluations de la couverture ont été effectuées dans le cadre du renforcement des capacités dans cinq pays¹²⁴. Des orientations ont été données aux pays pour qu’ils introduisent le vaccin contre le virus du papillome humain, en tant qu’élément clé de l’approche globale de prévention du cancer du col de l’utérus. L’Alliance GAVI a apporté son concours à vingt pays pour qu’ils commencent à introduire ce vaccin à l’échelle nationale, ou via des projets de démonstration.

5.2 AFR/RC58/R1 – Santé de la femme dans la Région africaine de l’OMS : appel à l’action

183. Préoccupé par le niveau très élevé de la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne, le Comité régional a adopté, en septembre 2008, la résolution AFR/RC/58/R1, qui priait le Directeur régional «de créer une commission de la santé de la femme en vue de

produire des bases factuelles concernant l'effet bénéfique de l'amélioration de la santé des femmes sur le développement socioéconomique». En 2009, le Directeur régional a créé la Commission de la santé de la femme dans la Région africaine, constituée de 16 experts multidisciplinaires dotés de compétences et connaissances étendues dans des disciplines différentes.

184. La Commission a rassemblé des bases factuelles sur des facteurs clés qui influent sur la santé de la femme et recommandé des actions appropriées devant être menées par les gouvernements et tous les secteurs de la société pour parvenir à l'amélioration durable de la santé de la femme. Le rapport, intitulé Relever le défi de la santé de la femme en Afrique : Rapport de la Commission de la santé de la femme dans la Région africaine, a été lancé en décembre 2012 par Son Excellence Ellen Johnson-Sirleaf, Présidente de la République du Libéria, en sa qualité de Présidente honoraire de la Commission. Le rapport a été entériné par les ministres de la Santé lors de la soixante-troisième session du Comité régional de l'Afrique.
185. Il est actuellement diffusé aux pays et aux principaux partenaires pendant des réunions continentales et des forums internationaux.

5.3 AFR/RC56/R2 – Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine

186. Cette résolution prie l'OMS, en collaboration avec les partenaires appropriés, de fournir un appui technique aux pays pour leur permettre de mettre à l'échelle les interventions en faveur de la survie de l'enfant, en renforçant les capacités nationales à planifier des politiques, des stratégies et des plans de manière efficace, et à mettre en œuvre et surveiller des activités couvrant la survie de l'enfant, dans le contexte des systèmes de prestation des soins de santé.
187. En termes d'adoption de politiques, jusqu'à présent, 38 pays ont élaboré des politiques, des stratégies et des plans nationaux de survie de l'enfant, et 17 pays mettent en œuvre la prise en charge communautaire intégrée de la pneumonie, de la diarrhée et du paludisme. S'agissant de l'intensification de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), il convient de souligner que 27 pays appliquaient la PCIME dans plus de 75 % des districts ciblés en 2011, contre 22 pays en 2009.
188. Ces mesures ont permis de réduire la mortalité des moins de cinq ans de 175 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 107 décès pour 1000 naissances vivantes en 2011. En 2012, quinze pays de la Région africaine de l'OMS étaient en bonne voie pour

atteindre l'objectif de la réduction de la mortalité infantile de deux tiers entre 1990 et 2015, contre cinq en 2006, année d'adoption de la stratégie régionale pour la survie de l'enfant. Vingt-cinq pays enregistrent des progrès, certes insuffisants, tandis que neuf pays n'ont pas fait de progrès du tout.

5.4 AFR/RC61/R2 – Cadre pour l'adaptation de la santé publique au changement climatique dans la Région africaine

189. Le Cadre pour l'adaptation de la santé publique au changement climatique a été adopté par les ministres africains de la Santé lors de la soixante et unième session du Comité régional tenue en septembre 2011. Dans cette résolution, les ministres ont prié le Directeur régional de plaider en faveur de l'utilisation du Cadre pour l'adaptation de la santé publique au changement climatique comme base de coordination de l'actions de partenaires; et de faciliter l'accès des États Membres aux ressources financières mises à la disposition des pays en développement, particulièrement les fonds pour l'adaptation au changement climatique, dans le but d'obtenir les financements nécessaires à la mise en œuvre des plans d'action nationaux.
190. L'OMS a fourni un appui technique aux pays pour la mise en œuvre du programme panafricain; à cet effet, l'Organisation a créé un consortium international pour le changement climatique et la santé en Afrique, afin de soutenir les pays africains dans la gestion des effets néfastes du changement climatique sur la santé publique. Pour accroître la représentation du secteur de la santé dans l'élaboration de politiques et de stratégies sur le changement climatique, des experts en santé publique issus de dix pays ont été formés à la diplomatie appliquée au changement climatique, et parrainés pour prendre part à la Conférence des Nations Unies sur le changement climatique (COP19). À ce jour, 42 pays de la Région ont élaboré leurs plans nationaux d'adaptation de la santé publique au changement climatique. Quatre pays¹²⁵ mettent en œuvre actuellement des projets pilotes à grande échelle concernant l'impact du changement climatique sur l'alimentation, les maladies diarrhéiques et les maladies à transmission vectorielle.

5.5 AFR/RC61/R4 – Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine

191. La résolution AFR/RC61/R4 demandait instamment aux États Membres dans lesquels le poliovirus continue de circuler de faire de la persistance de la poliomyélite une urgence de santé publique nationale; et d'impliquer tous les dirigeants politiques et chefs traditionnels, à tous les niveaux, dans toutes les initiatives engagées pour s'assurer que tous les enfants

ciblés sont touchés pendant les campagnes de vaccination systématique et les activités de vaccination supplémentaires, et que tous les derniers foyers de transmission du poliovirus sont éteints le plus tôt possible. En outre, cette résolution demandait instamment aux pays endémiques de polio (Nigéria) et aux pays où la transmission du poliovirus sauvage s'est rétablie (Angola, République démocratique du Congo et Tchad) de mettre en œuvre les actions prioritaires définies dans les plans d'urgence en vue de l'interruption de la transmission du poliovirus dans les plus brefs délais. Par ailleurs, tous les États Membres étaient invités instamment à mobiliser des ressources suffisantes; à renforcer la collaboration transfrontalière en améliorant la qualité des activités de vaccination et de surveillance; à améliorer la qualité des activités de vaccination supplémentaires et à renforcer le suivi indépendant; à réaliser une couverture vaccinale systématique d'au moins 90 % par l'administration de trois doses du vaccin antipoliomyélitique oral; à améliorer la surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA); et à veiller à ce que les activités de lutte soient mises en place dans les quatre semaines suivant la confirmation de tout cas de poliomyélite.

192. Dans la Région africaine, 24 États Membres au total, comprenant une population de près de 300 millions d'enfants de moins de cinq ans, ont mis en œuvre au moins deux séries d'activités de vaccination supplémentaire. Quatre pays¹⁰⁸ ont préparé et mettent en œuvre avec détermination leur plan d'urgence national pour l'éradication de la poliomyélite, avec le concours de l'OMS. La qualité des campagnes de vaccination supplémentaire s'est améliorée, grâce à l'implication des responsables politiques, des dirigeants traditionnels et religieux aux plans national et infranational; à l'attention accrue accordée à la grande qualité de la microplanification, de la formation et de la supervision des équipes de vaccination; et à des activités innovantes de mobilisation sociale et de communication. L'accent mis sur une plus forte responsabilisation des acteurs principaux, notamment au niveau opérationnel dans les zones à très haut risque, a également contribué à relever la qualité des activités prioritaires d'éradication de la poliomyélite (vaccination et surveillance) dans ces zones.
193. En conséquence, le nombre de cas confirmés de poliovirus sauvage dans la Région africaine de l'OMS a régressé de 350 cas notifiés dans 12 États Membres en 2011 à 80 cas notifiés dans quatre États Membres en 2013. L'Angola, la République démocratique du Congo et le Tchad, dans lesquels la transmission des poliovirus avait été rétablie, ont pu interrompre la transmission du virus¹²⁶. D'après des estimations OMS/UNICEF, à la fin de 2013, seize États Membres¹²⁷ avaient atteint la cible d'un taux de couverture d'au moins 90 % par la troisième dose du vaccin antipoliomyélitique oral; par ailleurs, 38 États Membres avaient atteint la cible d'un taux de dépistage d'au moins deux cas de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique pour 100 000 habitants dans la population des moins de 15 ans.

5.6 AFR/RC61/R1 – Élimination de la rougeole d’ici 2020 : Stratégie pour la Région africaine

194. La résolution AFR/RC61/R1 a fixé un objectif d’élimination de la rougeole pour 2020 et demandé instamment aux États Membres d’élaborer et de mettre en œuvre des plans stratégiques nationaux pour réaliser cet objectif conformément au plan stratégique régional. Le Comité régional a demandé instamment aux États Membres d’allouer des ressources suffisantes; de mobiliser les parties prenantes nationales et internationales issues des secteurs public et privé, ainsi que les communautés locales; et de coordonner tous les efforts d’élimination de la rougeole. Les États Membres ont été aussi encouragés de manière spécifique des données démographiques fiables et actualisées pour assurer le suivi de la couverture vaccinale contre la rougeole.
195. Trente-deux pays¹²⁸ ont bénéficié d’un concours pour l’élaboration de plans stratégiques pour l’élimination de la rougeole en vue d’atteindre la cible de l’élimination de la rougeole en 2020. L’OMS a fourni un appui aux pays pour leur permettre d’améliorer les activités de coordination et de mobilisation de ressources, et une enveloppe totale de US \$21 millions a été mobilisée localement dans 26¹²⁹ des 31 États Membres¹³⁰ ayant effectué des activités de vaccination supplémentaire de suivi en 2012 et 2013, lorsque 133 021 154 enfants ont été vaccinés. Un appui a été fourni à 22 de ces 31 États Membres pour réaliser des enquêtes sur la couverture vaccinale et en vue de la validation de leurs données chiffrées relatives à la couverture administrative. Toutes les AVS comprenaient des interventions essentielles de survie de l’enfant comme la fourniture d’antihelminthiques, la supplémentation de vitamine A et la distribution de moustiquaires imprégnées d’insecticide.
196. À la fin d’année 2013, huit États Membres¹³¹ (soit 17 % des pays de la Région) avaient atteint la cible d’au moins 95 % de couverture par la première dose du vaccin contenant une valence rougeole, dans le cadre de la vaccination systématique. Vingt-quatre des 31 pays (77 %) ayant organisé des AVS de suivi en 2012-2013 ont atteint un taux de couverture de 95 %. L’incidence confirmée de la rougeole a été réduite à moins d’un cas par million d’habitants dans 16¹³² des 44 États Membres (36 %) qui établissaient des rapports, sur la base de l’utilisation des systèmes de surveillance des cas. Sur ces 44 États Membres ayant transmis des rapports, vingt, soit 45 %¹³³ d’entre eux, ont atteint les deux cibles relatives à la qualité de la surveillance de la rougeole en 2013 (c’est-à-dire un taux d’infections éruptives fébriles non rougeoleuses d’au moins deux cas pour 100 000 habitants et au moins 80 % des districts qui notifient au moins un cas suspect de rougeole par an).

6. Défis, contraintes et leçons apprises

6.1 Défis et contraintes

197. Le principal défi auquel sont confrontés le Secrétariat de l'OMS et les États Membres dans l'exécution du budget programme est de savoir comment intensifier les interventions efficaces disponibles et contribuer ainsi aux résultats sanitaires escomptés, compte tenu de la faiblesse des systèmes de santé et de la crise financière internationale qui a affecté certains programmes prioritaires.
198. Dans de nombreux pays, la situation actuelle ne permet pas d'accroître sensiblement la couverture des services essentiels liés aux programmes prioritaires tels que la vaccination, les maladies tropicales négligées, le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, la santé de la mère et de l'enfant, et les maladies non transmissibles. Là où des progrès considérables ont été réalisés, le défi consiste à pérenniser les acquis.
199. Des troubles sociopolitiques et des guerres sont survenus en République centrafricaine, au Mali, au Soudan du Sud et au Nigéria, provoquant des pertes en vies humaines, des traumatismes, des déplacements de population et la destruction d'infrastructures, y compris des établissements de santé. Le climat d'insécurité ainsi créé posait un formidable défi pour les activités menées par l'OMS en vue de l'exécution de son budget programme. À titre d'exemple, la vaccination et la surveillance des maladies ont été affectées, entraînant des difficultés dans la mise en œuvre des activités d'éradication de la poliomyélite.
200. Une contrainte majeure aura été la crise financière mondiale, qui a entraîné la diminution des ressources mises à la disposition de l'OMS et s'est traduite par l'incapacité à obtenir des résultats tangibles dans certains secteurs de programme importants. L'affectation des contributions volontaires a réduit la marge de manœuvre du Secrétariat de l'OMS pour ce qui est de l'allocation systématique des ressources pour financer les priorités convenues avec les États Membres, ce qui s'est traduit par un sous-financement de certains aspects tels que le renforcement des systèmes de santé, ainsi que l'élimination des facteurs de risque et des principaux déterminants de la santé. Si l'augmentation du nombre et de la diversité des acteurs impliqués dans le développement sanitaire a permis de mobiliser des moyens financiers et techniques additionnels, elle a aussi abouti dans certains cas à un émiettement des efforts, à un double emploi et à une mauvaise coordination de l'appui fourni aux pays, ce qui a augmenté les coûts des opérations.

201. Les autres contraintes auxquelles l'OMS était confrontée dans la Région comprenaient l'identification de nouvelles possibilités de mobilisation de ressources, notamment le renforcement des capacités et l'établissement en temps voulu des rapports destinés aux donateurs, tout comme des variations dans les coûts des opérations et des difficultés liées à la collaboration avec des partenaires ayant des mandats et des intérêts différents. En outre, la contribution efficace des États Membres au FAUSP est un moyen innovant permettant de mobiliser des ressources dans la Région, et l'opérationnalisation de ce Fonds doit être accélérée.

6.2 Leçons apprises

202. Une collaboration étroite et une communication appropriée aux trois niveaux de l'OMS, conjuguées à une définition claire des rôles et responsabilités, ont permis d'améliorer la cohésion interne et l'efficacité, de même que la capacité de l'Organisation à fournir un appui diligent aux pays. Grâce au travail en collaboration, des synergies ont été développées dans l'utilisation des moyens techniques et financiers de tous les programmes et unités. Par exemple, plusieurs programmes de l'OMS permettent conjointement aux pays de mettre en œuvre une approche globale de prévention et de traitement du cancer du col de l'utérus, notamment par l'introduction d'un vaccin contre le VPH.
203. La collaboration avec les institutions du système des Nations Unies et d'autres partenaires via des mécanismes tels que l'UNDAF, au niveau des pays, et le mécanisme Harmonisation pour la Santé en Afrique, au niveau régional, ont favorisé la fourniture d'un appui plus harmonisé et plus cohérent aux États Membres. On peut citer par exemple la réduction de la menace d'épidémies dues à la méningite à méningocoque de type A en Afrique de l'Ouest grâce à l'introduction du MenAfriVac™, et l'interruption de la transmission du poliovirus dans les trois pays où la transmission du poliovirus sauvage a été rétablie. Un autre exemple est l'action coordonnée menée par le mécanisme de partenariat Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA), qui a fait progresser le dialogue entre les ministres des Finances et les ministres de la Santé, et renforcé des mécanismes efficaces de financement de la santé et la prestation des services. Ces recommandations sont conformes à l'Appel à l'Action d'Accra adopté lors de la réunion des parties prenantes à la lutte contre les MTN qui s'est tenue en juin 2012. On peut citer d'autres exemples tels que l'Appel à l'Action d'Accra lancé par les parties prenantes, le plan d'action mondial de lutte contre les MTN adopté par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, ainsi que le plan stratégique régional de lutte contre les MTN adopté au cours de la soixante-troisième session du Comité régional au titre des efforts de lutte contre les MTN.

204. L'OMS continuera donc de nouer et d'élargir des partenariats et des alliances, y compris en intensifiant sa collaboration avec les organisations de la société civile, les associations professionnelles et les institutions académiques afin de s'attaquer aux priorités sanitaires de la Région.
205. Des mesures d'austérité ont été adoptées face aux déficits de ressources financières causés par la crise financière. Ces mesures comprennent la réduction du nombre de réunions organisées; la diminution du nombre de voyages de membres du personnel et le recours accru aux technologies de communication; de même que la soumission en temps voulu des demandes de voyage, qui a permis de réaliser des économies sur les frais de voyage. Toutes ces mesures ont donné des résultats positifs et renforcé la culture de la responsabilisation collective au sein du personnel, et seront élargies puis poursuivies aux niveaux national, sous-régional et régional.
206. Par ailleurs, le travail de l'Équipe chargée de la vérification de la conformité du Bureau régional a renforcé la responsabilisation, amélioré le respect des délais de mise en œuvre des recommandations d'audit, ainsi que la conformité au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OMS. La culture de l'audit, de la conformité et de la supervision améliore la gestion globale de l'OMS dans la Région. Parallèlement, le dialogue sur le financement engagé avec les partenaires dans le contexte du financement de l'exécution du budget programme devrait améliorer à la fois le financement et l'efficacité de l'OMS.

7. Conclusion

207. Le budget programme 2012-2013, le dernier exécuté au titre du onzième programme général de travail, a débuté dans une période caractérisée par une disponibilité accrue de ressources pour la santé, qui a malheureusement été interrompue par la crise financière mondiale. L'OMS et ses États Membres ont dû s'adapter à cette réalité et à l'évolution du contexte sanitaire au niveau mondial. Parallèlement, ils devaient accélérer les actions visant à alléger la lourde charge de morbidité due aux maladies transmissibles et à faire régresser les taux élevés de mortalité infantile et maternelle. Les priorités émergentes telles que les maladies non transmissibles ont été prises en compte, et des efforts supplémentaires sont faits pour renforcer les systèmes de santé.
208. Le présent rapport montre que des progrès considérables ont été réalisés, dans les divers objectifs stratégiques, en vue de la fourniture d'un appui à l'élaboration des normes et politiques, de la production de bases factuelles et de données devant éclairer la prise

de décision et l'action, et de la fourniture d'un appui technique pour la mise à l'échelle des interventions efficaces. Cet effort a contribué aux résultats sanitaires obtenus dans les pays. Les États Membres ont décidé de mobiliser des ressources financières additionnelles en mettant en place le Fonds africain pour les urgences de santé publique, qui est désormais opérationnel. Des efforts supplémentaires s'avèrent nécessaires pour améliorer le financement du secteur de la santé, la prestation des services et l'équité, en vue d'assurer la couverture sanitaire universelle.

209. En conclusion, l'action de l'OMS a permis, grâce à ses fonctions essentielles, de générer des résultats et un impact sanitaires aux niveaux mondial et régional. Le rôle fondamental des gouvernements et les contributions importantes des partenaires internationaux et nationaux à la santé méritent d'être soulignés ici. Le prochain budget programme sera exécuté dans un contexte marqué par la réforme de l'OMS, tel que décrit dans le douzième programme général de travail. Les initiatives visant l'atteinte des OMD seront accélérées, en collaboration avec les partenaires, en faisant fond sur les progrès réalisés dans des domaines tels que la réduction de la mortalité infantile. Les réformes gestionnaires en cours seront consolidées, notamment l'amélioration de la conformité et une utilisation plus efficiente des ressources. L'OMS collaborera avec les États Membres et les partenaires au développement sanitaire afin d'entreprendre le plaidoyer pour qu'une attention appropriée soit accordée à la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 et l'Organisation fournira un appui aux pays pour leur permettre d'atteindre leurs objectifs en matière de santé.

Annexes

TABLEAU 1 - PLAN STRATÉGIQUE À MOYEN TERME 2008–2013 DE L'OMS :
ÉNONCÉ DES OBJECTIFS STRATÉGIQUES

1	Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.
2	Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.
3	Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence, au traumatisme et aux déficiences visuelles.
4	Réduire la morbidité et la mortalité, et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.
5	Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.
6	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque.
7	Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.
8	Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.
9	Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et en appui à la santé publique et au développement durable.
10	Renforcer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des bases factuelles et des recherches fiables et accessibles.
11	Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation.
12	Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail.
13	Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.

TABLEAU 2 - BUDGET PROGRAMME 2012-2013 APPROUVÉ : ALLOCATION PAR OBJECTIF STRATÉGIQUE, SOURCE DE FINANCEMENT ET RÉPARTITION ENTRE LES BUREAUX DE PAYS ET LE BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS (EN MILLIERS DE DOLLARS DES ÉTATS-UNIS)

OS	Bureau régional/EAIP			Bureaux de pays			Total Région africaine		
	CF	CV	TOTAL	CF	CV	TOTAL	CF	CV	TOTAL GÉNÉRAL
OS1	7225	124 815	132 040	13 594	338 448	352 042	20 819	463 263	484 082
OS2	5858	54 592	60 450	5827	81 190	87 017	11 685	135 782	147 467
OS3	4375	3106	7481	6692	4775	11 467	11 067	7881	18 948
OS4	7382	22 021	29 403	13 679	34 002	47 681	21 061	56 023	77 084
OS5	2306	20 436	22 742	1994	66 535	68 529	4300	86 971	91 271
OS6	4364	3950	8314	6986	4986	11 972	11 350	8936	20 286
OS7	3219	1918	5137	3110	2499	5609	6329	4417	10 746
OS8	1994	3130	5124	4079	3516	7595	6073	6646	12 719
OS9	2345	2557	4902	3443	2288	5731	5788	4845	10 633
OS10	10 865	14 190	25 055	14 949	31 787	46 736	25 814	45 977	71 791
OS11	3071	5073	8144	3533	14 146	17 679	6604	19 219	25 823
OS12	5455	9194	14 649	31 319	0	31 319	36 774	9194	45 968
OS13	18 213	31 490	49 703	23 723	2822	26 545	41 936	34 312	76 248
Total	76 672	296 472	373 144	132 928	586 994	719 922	209 600	883 466	1 093 066

NOTES DE FIN DE DOCUMENT

1. Algérie, Angola, Botswana, Burundi, Cap-Vert, Érythrée, Gambie, Ghana, Lesotho, Maurice, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland et Zimbabwe.
2. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
3. Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Libéria, Mali, Mozambique, Sierra Leone et Tchad.
4. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Résolution AFR/RC61/R4, Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine. Dans : Rapport final de la soixante et unième session du Comité régional de l'Afrique, Yamoussoukro, Côte d'Ivoire, 29 août-2 septembre 2011, pp. 12-14 (AFR/RC61/14). Brazzaville, 2011.
5. Angola, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Kenya, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Tchad.
6. Angola, Éthiopie, Guinée, Madagascar et Niger.
7. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Lesotho, Libéria, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
8. Bénin, Cameroun, Ghana, Nigéria, Sénégal, Soudan du Sud et Tchad.
9. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
10. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Éthiopie, Gambie, Ghana, Malawi, Rwanda, Tanzanie et Zambie.
11. Cameroun, Ghana, Guinée, Ouganda, République centrafricaine, Seychelles, Tchad et Zimbabwe.
12. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Maurice, Mauritanie, Madagascar, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Sénégal, Seychelles, Soudan du Sud, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
13. Afrique du Sud, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Kenya, Madagascar, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal et Sierra Leone.
14. Éthiopie, Mali, Soudan du Sud et Tchad.
15. Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Tchad, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.

16. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
17. Botswana, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Libéria, Malawi, Namibie, Niger, Nigéria, Sénégal, Togo et Zambie.
18. Afrique du Sud, Botswana, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
19. Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Swaziland, Tchad, Zambie et Zimbabwe.
20. Afrique du Sud, Botswana, Ghana, Libéria, Mozambique, Namibie, Rwanda, Sierra Leone, Swaziland, Togo, Zambie et Zimbabwe.
21. Botswana, Ghana, Namibie, Sierra Leone et Zambie.
22. Afrique du Sud, Botswana, Cap-Vert, Érythrée, Kenya, Namibie, Rwanda, Swaziland, Zambie et Zimbabwe
23. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la tuberculose 2013.
24. Angola, Botswana, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Tanzanie et Zambie.
25. Algérie, Bénin, Burundi, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Maurice, Nigéria, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie et Zambie.
26. Afrique du Sud, Bénin, Congo, Érythrée, Ghana, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Soudan du Sud, Swaziland, Zambie, et Zimbabwe.
27. Afrique du Sud, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Tanzanie et Zambie
28. Botswana, Burundi, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Tchad et Zimbabwe.
29. Afrique du Sud, Botswana, Cap-Vert, Namibie, Swaziland, Tanzanie (Zanzibar) et Zimbabwe.
30. Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Congo, Érythrée, Gabon, Ghana, Guinée équatoriale, Mauritanie, Mali, Libéria, Niger, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Tchad et Zimbabwe.
31. Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
32. http://www.who.int/malaria/publications/atoz/smc_policy_recommendation_en_032012.pdf.
33. http://www.who.int/malaria/test_treat_track/en/.
34. Côte d'Ivoire, Éthiopie, Guinée équatoriale, Libéria, Malawi, Mozambique, Nigéria, République centrafricaine, Tanzanie et Togo.
35. Angola, Bénin, Congo, Côte d'Ivoire, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo et Sénégal.
36. Érythrée, Éthiopie, Gambie, Sierra Leone et Togo.
37. Le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020); le cadre mondial complet de suivi et les cibles de la lutte contre les maladies non transmissibles; le Plan d'action global actualisé pour la santé mentale (2013-2020) et Vers la santé oculaire universelle : plan d'action mondial 2014-2019.

38. Algérie, Bénin, Burkina Faso, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Guinée équatoriale, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Namibie, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe et Zambie.
39. Afrique du Sud, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda et Sierra Leone.
40. Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée et Sierra Leone.
41. 4Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Mali, Niger, Sénégal et Togo.
42. Burkina Faso, Mozambique, Niger, Tanzanie et Zimbabwe.
43. Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Mozambique et Rwanda.
44. Bénin, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Sierra Leone et Togo.
45. «Niveaux et tendances de la mortalité infantile». Rapport 2012 compilé par le Groupe interinstitutionnel des Nations Unies pour les estimations de la mortalité de l'enfant. UNICEF 2010.
46. Cap-Vert, Érythrée, Guinée équatoriale et Rwanda.
47. Gambie (50 %), Guinée (50 %), Togo (51 %), Mali (51 %), Niger (52 %), Sao Tomé-et-Principe (54 %), Bénin (55 %), Algérie (56 %), Burkina Faso (57 %), Malawi (59 %), Cap-Vert (61 %), Madagascar (62 %), Angola (62 %), Rwanda (63 %), Éthiopie (64 %), Érythrée (73 %), et Guinée équatoriale (81 %).
48. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
49. Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
50. Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Guinée, Kenya, Lesotho, Malawi, Ouganda, République démocratique du Congo, Swaziland et Tanzanie.
51. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
52. Angola, Bénin, Botswana, Cameroun, Comores, Congo, Éthiopie, Guinée, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Tanzanie (partie continentale), Togo et Zimbabwe.
53. Burkina Faso, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Mali, Niger, Swaziland, Tanzanie, Tchad et Zambie.
54. Angola, Burundi, Nigéria et Swaziland.
55. Burundi, Comores, Lesotho et Malawi.
56. Afrique du Sud, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Ouganda, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
57. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Gambie, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.

58. Congo, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo et Sierra Leone.
59. Burkina Faso, Lesotho, Rwanda et Tanzanie.
60. Ghana, Kenya, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
61. Botswana, Ghana, Kenya, Lesotho, Maurice, Namibie, Seychelles, Togo, Zambie et Zimbabwe.
62. Afrique du Sud, Éthiopie, Ghana, Kenya, Maurice, Namibie, Nigéria et Seychelles.
63. Afrique du Sud, Éthiopie, Ghana, Kenya, Maurice, Namibie, Nigéria et Seychelles.
64. Burundi, Kenya, Malawi, Namibie et Zambie.
65. Ghana, Lesotho, Malawi, Namibie, Zambie et Zimbabwe.
66. Burkina Faso, Congo, Ghana, Guinée, Madagascar, Mali, Niger, Rwanda, Seychelles et Togo.
67. Côte d'Ivoire, Kenya, Mozambique, Niger, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal et Zambie.
68. Afrique du Sud, Côte d'Ivoire, Namibie, Ouganda et Zambie.
69. Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
70. Ghana, Kenya, Ouganda, Sénégal et Zambie.
71. Botswana, Cameroun, Guinée équatoriale, Kenya, Madagascar, Namibie, Ouganda, Sénégal, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.
72. Libéria, Madagascar, Maurice, Sao Tomé-et-Principe et Seychelles.
73. Botswana, Kenya, Lesotho, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Swaziland et Zimbabwe.
74. Burundi, Cameroun, Congo, Gabon, Guinée équatoriale, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe et Tchad.
75. Botswana, Kenya, Lesotho, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.
76. Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée, Namibie, Niger, Rwanda, Sénégal, Seychelles et Togo.
77. Afrique du Sud, Angola, Botswana, Bénin, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Mali, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie et Togo.
78. Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Guinée, Kenya, Lesotho et Mali.
79. Éthiopie, Gabon, Kenya, Lesotho, Mali et Sierra Leone.
80. Éthiopie, Kenya, Malawi, Mali et Tanzanie.
81. L'analyse et évaluation mondiales sur l'assainissement et l'eau potable (GLAAS) d'ONU-Eau qui fait le point sur les progrès accomplis et les situations de blocage concernant les contributions à l'eau potable et à l'assainissement.
82. Le programme de suivi conjoint OMS/UNICEF pour l'eau et l'assainissement (JMP) met l'accent sur le suivi des résultats du secteur – le nombre de personnes qui ont accès à l'eau potable et à l'assainissement de base.
83. Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base.

84. OMS/UNICEF. Progress on Sanitation and Drinking-water: 2014 Update. OMS, Genève et UNICEF, New York.
85. Afrique du Sud, Botswana, Comores, Gambie, Maurice, Namibie, Sao Tomé-et-Principe et Seychelles.
86. Afrique du Sud, Angola, Botswana, Maurice et Rwanda.
87. Angola, Bangladesh, Bénin, Cambodge, Éthiopie, Haïti, Népal, Pakistan, Pérou et Viêt Nam.
88. Black RE, Victoria CG, Walker SP, et Maternal and Child Nutrition Study Group. Maternal and child under-nutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet 2013; publié en ligne le 6 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X).
89. Botswana, Burundi, Ghana, Niger, République centrafricaine, Sierra Leone et Tchad.
90. République centrafricaine, Tanzanie, Tchad et Zambie.
91. Cameroun, Guinée-Bissau, Kenya, Malawi, Sierra Leone et Zimbabwe.
92. Angola, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, Sierra Leone, Tanzanie et Tchad.
93. Burkina Faso, Éthiopie, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
94. Cinq clés pour des aliments plus sains – www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys.pdf.
95. Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambie, Kenya, Libéria et Sierra Leone.
96. Afrique du Sud, Angola, Botswana, Cap-Vert, Comores, Guinée équatoriale, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Libéria, Namibie, République centrafricaine, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal et Swaziland.
97. Burkina Faso, Cap-Vert, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Libéria, Mauritanie, Mozambique, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Zambie.
98. Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Seychelles, Sierra Leone, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
99. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Tchad et Zambie.
100. Burundi, Guinée-Bissau, Mali, Mozambique, Ouganda, Sénégal et Zambie.
101. Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Nigéria et Sénégal.
102. Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Guinée équatoriale, Libéria, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, Sierra Leone, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.
103. Cap-Vert, Congo, Rwanda et Sierra Leone.
104. Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Libéria, Mali et Swaziland.
105. Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest/Organisation Ouest Africaine de la Santé (CEDEAO/OOAS), Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA), Communauté économique des États d'Afrique centrale (CEEAC), Communauté de l'Afrique de l'Est (EAC) et Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC).
106. Burkina Faso, Burundi, Érythrée, Maurice, République démocratique du Congo et Seychelles.

107. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Botswana, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
108. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burundi, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Malawi, Maurice, Namibie, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
109. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Botswana, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
110. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Botswana, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
111. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Botswana, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
112. Afrique du Sud, Burkina Faso, Cameroun, Comores, Congo, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Sénégal, Tchad et Togo.
113. Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Mozambique, Nigéria et Tanzanie.
114. Kenya, Rwanda, Tanzanie et Togo.
115. Burundi, Cameroun, Congo, Gabon, Guinée équatoriale, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe et Tchad.
116. Algérie, Gambie, Rwanda et Sénégal.
117. Burundi, Côte d'Ivoire, Mozambique, Rwanda et Zambie.
118. Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Comores, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Tunisie.
119. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
120. Vieillesse en bonne santé; Stratégie régionale pour renforcer le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé; Relever le défi de la santé de la femme en Afrique; Exploiter les solutions en matière de cybersanté pour améliorer les systèmes nationaux de santé; Stratégie régionale sur les maladies tropicales négligées; Lignes directrices consolidées de l'OMS sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH.
121. Afrique du Sud, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Kenya, Malawi, Nigéria, République démocratique du Congo, Sénégal et Tanzanie.
122. Bénin, Burkina Faso, Guinée-Bissau, Mali et Nigéria.

123. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Comores, Congo, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Madagascar, Malawi, Mali, Namibie, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
124. Éthiopie, Malawi, Ouganda, Tanzanie et Tchad.
125. Éthiopie, Kenya, Malawi et Tanzanie.
126. Au mois de juin 2013, l'Angola avait passé 23 mois sans notifier un cas confirmé de poliovirus sauvage, le Tchad avait passé 12 mois et la République démocratique du Congo 18 mois.
127. Algérie, Botswana, Burundi, Cap-Vert, Érythrée, Gambie, Ghana, Lesotho, Maurice, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland et Zimbabwe.
128. Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mauritanie, Maurice, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
129. Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Madagascar, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Togo, Zambie et Zimbabwe.
130. Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Togo et Zimbabwe.
131. Algérie, Cap-Vert, Érythrée, Malawi, Maurice, Rwanda, Seychelles et Swaziland.
132. Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap-Vert, Comores, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Swaziland et Zimbabwe.
133. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Lesotho, Madagascar, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Togo et Zimbabwe.