

# Activités de l'OMS dans la Région africaine 2012–2013

## Rapport du Directeur régional

à la soixante-troisième session du Comité régional de l'Afrique,  
Brazzaville, Congo, 2–6 septembre 2013

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 publics
4. Politique de santé
5. Afrique
- I. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique II. Titre

ISBN : **978 929 031194 2**

(Classification NLM : **WA 541 HA1**)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2013

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, appearing to read 'Luis Gomes Sambo', enclosed in a light gray rectangular box.

Dr Luis Gomes Sambo  
Directeur régional



# SOMMAIRE

	<b>Page</b>
ABRÉVIATIONS	vii
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	ix
	<b>Paragraphes</b>
1. INTRODUCTION	1 – 5
2. CONTEXTE	6 – 15
3. MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2012–2013	16 – 21
4. RÉALISATIONS NOTABLES, PAR OBJECTIF STRATÉGIQUE	22 – 167
4.1 OS1 : Maladies transmissibles	22 – 38
4.2 OS2 : VIH/sida, tuberculose et paludisme	39 – 59
4.3 OS3 : Maladies chroniques non transmissibles, troubles mentaux, violence et traumatismes	60 – 66
4.4 OS4 : Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la mère, et vieillissement	67 – 77
4.5 OS5 : Situations d'urgence, catastrophes, crises et conflits	78 – 85
4.6 OS6 : Facteurs de risque pour la santé	86 – 96
4.7 OS7 : Déterminants sociaux et économiques de la santé	97 – 104
4.8 OS8 : Un environnement plus sain	105 – 115
4.9 OS9 : Nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire	116 – 121
4.10 OS10 : Services de santé	122 – 129
4.11 OS11 : Technologies et produits médicaux	130 – 141
4.12 OS12 : Rôle moteur, gouvernance et partenariat	142 – 154
4.13 OS13 : Une OMS efficiente et efficace	155 – 167

5. PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE RÉSOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL	168–184
5.1 AFR/RC51/R3 : Santé de l'adolescent : Stratégie de la Région africaine	169 – 170
5.2 AFR/RC58/R1 : Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Appel à l'action	171 – 173
5.3 AFR/RC56/R2 : Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine	174 – 176
5.4 AFR/RC61/R2 : Cadre pour l'adaptation pour l'adaptation de la santé publique au changement climatique dans la Région africaine	177 – 178
5.5 AFR/RC61/R4 : Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine	179 – 181
5.6 AFR/RC61/R1 : Élimination de la rougeole d'ici 2020 : Stratégie pour la Région africaine	182 – 184
6. DÉFIS, CONTRAINTES ET LEÇONS APPRISSES	185–194
6.1 Défis et contraintes	185 – 189
6.2 Leçons apprises	190 – 194
7. CONCLUSION	195–197
	<b>Page</b>
ANNEXES	54–55
Tableau 1 : Plan stratégique à moyen terme 2008–2013 de l'OMS : Énoncé des objectifs stratégiques	54
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 US \$000)	55
NOTES DE FIN DE DOCUMENT	56

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1 :	Taux de couverture notifiés de la troisième dose du vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3) dans la Région africaine en 2011 et 2012	10
Figure 2 :	État de l'éradication de la maladie du ver de Guinée dans les États Membres de la Région africaine de l'OMS au mois de juillet 2013	13
Figure 3 :	Nombre de personnes vivant avec le VIH et ayant effectivement accès à la thérapie antirétrovirale en Afrique subsaharienne entre 2005 et 2012	16
Figure 4 :	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	20
Figure 5 :	Progrès réalisés vers l'atteinte du quatrième objectif du Millénaire pour le développement dans la Région africaine, rapports 2007 et 2012	23
Figure 6 :	Répartition des fonds en réponse aux catastrophes avant la mise en œuvre de la stratégie de gestion des risques de catastrophe	26





# ABRÉVIATIONS

AACHRD	Comité consultatif africain pour la recherche et le développement en santé	CCNUCC	Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques
AC	Contributions fixées	CoIA	Commission sur l'Information et la Redevabilité en matière de Santé de la Femme et de l'Enfant
ACLEM	Centre africain pour l'entretien des équipements de laboratoire	CP-MTN	Chimiothérapie préventive des MTN
ADPIC	Accords sur les droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce	DFID	Département du développement international (Royaume-Uni)
AHO	Observatoire africain de la Santé	ERF	Cadre d'action d'urgence
AMM	Administration massive de médicaments	eTME	Élimination de la transmission mère-enfant
ANI	Accélération des améliorations de la nutrition	EVIPNet	Réseau de politiques reposant sur des bases factuelles
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant	DiMTEC	Centre de formation et d'éducation à la gestion des catastrophes pour l'Afrique
ANRP	Autorités nationales de réglementation pharmaceutique	FANC	Soins prénatals focalisés
APOC	Programme africain de lutte contre l'onchocercose	FAUSP	Fonds africain pour les urgences de santé publique
APPS	Partenariats africains pour la sécurité des patients	GAPPD	Plan d'action mondial pour la pneumonie et la diarrhée
ARV	Antirétroviraux	GDF	Service pharmaceutique mondial
ASLM	Société africaine pour la médecine de laboratoire	GLAAS	Analyse et évaluation mondiales sur l'assainissement et l'eau potable
AVAREF	Forum africain pour la réglementation des vaccins	GLP	Programme mondial d'apprentissage
AVS	Activités de vaccination supplémentaires	GNUD	Groupe des Nations Unies pour le développement
CCLAT	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	GRC	Gestion des risques de catastrophe
CER	Communautés économiques régionales	GSHS	Enquête mondiale sur la santé à l'école
CEWG	Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement	GSM	Système mondial de gestion
		HELDS	Système de gestion des données sur les liens entre la santé et l'environnement
		HHA	Harmonisation pour la Santé en Afrique

iCCM	Prise en charge communautaire intégrée	rGLC	Comité «feu vert» régional
IGAD	Autorité intergouvernementale pour le développement	RHS	Ressources humaines pour la santé
IMPACT	Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement	RMNCH	Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et génésique
IST	Équipe d'appui interpays	RRC	Réduction des risques de catastrophe
MCV	Vaccin renfermant une valence rougeole	RSI	Règlement sanitaire international (2005)
MeTA	Alliance pour la transparence des médicaments	rSIS	Système d'information stratégique en temps réel
mhGAP	Programme d'action Comblant les lacunes en matière de santé mentale	SANA	Analyse de situation et évaluations des besoins
MII	Moustiquaires imprégnées d'insecticide	SAV	Semaine africaine de la vaccination
MNT	Maladies non transmissibles	SHPPS	Étude sur les politiques et programmes de santé à l'école
MTN	Maladies tropicales négligées	SIMR	Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte
MOSS	Normes minimales de sécurité opérationnelle	SLIPTA	Processus graduel d'amélioration d'un laboratoire en vue de son accréditation
NHSP	Plans stratégiques nationaux de santé	SMNE	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
ONS	Observatoires nationaux de la santé	STEPS	Approche par étapes de la surveillance des facteurs de risque des MNT
OS	Objectif stratégique	TARV	Thérapie antirétrovirale
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	TME	Transmission mère-enfant
PEID	Petits États insulaires en développement	TMN	Tétanos maternel et néonatal
PFA	Paralysie flasque aiguë	VPH	Virus du papillome humain
PGT	Programme général de travail	VC	Contributions volontaires
PMDT	Prise en charge programmatique de la tuberculose à bacilles multirésistants	WASH	Eau, Assainissement, Hygiène
PSMT	Plan stratégique à moyen terme	WHO-AIMS	Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale de l'OMS
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant		
PVS	Poliovirus sauvage		

# RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Les activités de l'OMS dans la Région africaine au cours de la période biennale 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 du Directeur régional couvrant le budget programme 2012–2013 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 efficace et efficace.
2. En vue d'une meilleure compréhension des prestations de l'OMS, les réalisations pour chacun des 13 objectifs stratégiques (OS) sont présentées dans ce résumé d'orientation, en vertu des six fonctions essentielles de l'Organisation mondiale de la Santé, 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 mis en œuvre dans un contexte marqué par une crise financière et économique mondiale qui a affecté la disponibilité des ressources allouées à la santé, notamment à l'OMS. Dans les pays de la Région africaine, le taux de croissance économique moyen se situait à 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 infantile et de la charge de morbidité due au paludisme et au VIH constitue un exemple des progrès accomplis vers l'atteinte des OMD. Cependant, les progrès ont été lents et n'ont pas été suffisants pour réaliser les objectifs fixés pour 2015.

4. Un rôle fondamental de l'OMS est de fournir du leadership et d'amener les partenaires à entreprendre une action conjointe. À travers 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, les Représentants de l'OMS ont 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. L'engagement des dirigeants politiques, des chefs traditionnels, des responsables religieux des pays et des partenaires au développement international a permis d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires, en particulier dans le domaine de la vaccination, ce qui a notamment abouti à l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans les pays où cette transmission a été rétablie (Angola, République démocratique du Congo et Tchad) et à la réduction de la menace d'épidémie de méningite à méningocoque A en Afrique de l'Ouest.
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 consolidés. L'OMS a dirigé et coordonné l'action engagée au titre du mécanisme de partenariat dénommé Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) et encouragé le dialogue entre les ministères des Finances et les ministères de la Santé. Cette action a renforcé l'accent mis sur les mécanismes efficaces de 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) a été reconstitué et fournit des conseils très utiles à la recherche pour la santé dans la Région africaine.
8. Un appui a été fourni aux pays pour qu'ils utilisent les résultats de la recherche et de nouveaux outils en vue de renforcer les programmes prioritaires. À titre d'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 aux connaissances scientifiques récentes. La recherche menée au Kenya dans le cadre de la lutte contre les principales causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans a permis d'élaborer des lignes directrices pour la mise en œuvre des programmes à base communautaire de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Les capacités nationales de 34 pays ont été renforcées en ce qui concerne la surveillance par étapes des facteurs de risque des maladies non transmissibles (MNT), et ces pays sont en train de générer des données devant permettre d'orienter les interventions.

9. En ce qui concerne l'établissement des normes et des standards, l'OMS a fourni un appui aux États Membres pour formuler ou adapter les lignes directrices dans plusieurs programmes prioritaires. À titre d'exemple, l'OMS a lancé ses lignes directrices consolidées pour l'utilisation des antirétroviraux dans le traitement et la prévention de l'infection à 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.
10. 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 réduction des risques de catastrophe, la feuille de route pour accroître l'effectif des ressources humaines pour la santé, la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles, la stratégie de promotion de la santé, la stratégie renouvelée sur 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, ainsi qu'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 élaborées, examinées par le Sous-Comité du Programme, et sont soumises à l'attention de la soixante-troisième session du Comité régional : les politiques et plans pour les interventions dans la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et génésique, ainsi que dans la sécurité nationale des patients; la stratégie pour la promotion de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé; le renforcement de la capacité de réglementation des produits médicaux; l'utilisation de la cybersanté pour améliorer les systèmes de santé; et la lutte contre les maladies tropicales négligées.
11. En ce qui concerne ses fonctions de fourniture d'un appui technique et de catalyseur du changement, l'OMS a apporté son soutien aux États Membres pour leur permettre de formuler des politiques nationales grâce à un groupe de travail multisectoriel, de promouvoir la santé dans toutes les politiques et de 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. Le vaccin conjugué contre la méningite à méningocoque A (MenAfriVac™) a été administré à plus de 103 millions d'individus dans les deux années qui ont suivi son introduction.

12. Les États Membres ont reçu 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 passé à l'échelle les interventions de circoncision masculine, dans le cadre des efforts visant à réduire l'incidence du VIH. L'OMS a également apporté son concours à l'intensification de la thérapie antirétrovirale afin de prévenir et de traiter le VIH/sida, et à l'élargissement de l'accès aux médicaments de la tuberculose, grâce au Service pharmaceutique mondial du Partenariat Halte à la tuberculose (GDF).
13. Quarante-trois pays ont évalué leurs capacités essentielles concernant l'application du Règlement sanitaire international, grâce à l'appui de l'OMS. Cependant, aucun pays n'a pu acquérir les capacités essentielles minimales requises en vertu du Règlement sanitaire international à l'échéance de juin 2012, d'où la soumission d'une demande de prorogation de deux ans. Les capacités de surveillance de la maladie dans les pays de la Région se sont nettement renforcées. En fin d'année 2012, 36 pays en tout avaient bénéficié d'une assistance pour formuler des plans directeurs nationaux intégrés de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN). La capacité des pays à s'attaquer aux maladies non transmissibles a été renforcée 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.
14. 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 à la composante sanitaire lors des conflits armés, de la sécheresse qui a frappé les pays sahéliens et des flambées épidémiques survenues dans plusieurs pays, ce qui a ainsi permis de réduire largement la morbidité et de sauver des vies. De plus, l'OMS, en partenariat avec les autres parties prenantes clés, s'est occupée des aspects alimentation et nutrition de la crise au Sahel et dans d'autres parties de la Région.
15. En vue de renforcer les systèmes de santé, un appui technique a été fourni aux pays pour l'élaboration et la révision des politiques et plans stratégiques nationaux de santé. Les pays ont également bénéficié d'un appui 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 (ARNP). 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 Nigeria, 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.

16. 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 en 2012–2013. Ces données sont utilisées pour rendre opérationnel le Plan mondial sur la gestion de la résistance aux insecticides (GPIRM).
17. D'une manière globale, l'exécution du budget programme 2012–2013 à travers 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 effectuées au titre 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, en tant qu'outil de gestion de projets, le Système mondial de gestion a amélioré l'établissement de rapports financiers par rapport aux résultats techniques présentés dans ce rapport.
18. 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 se focalisera sur les priorités suivantes :
  - a) **promouvoir la couverture sanitaire universelle** - permettre aux pays de soutenir 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 la santé mondiale;
  - b) **s'efforcer d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé** – s'attaquer aux défis qui restent à relever et aux défis futurs : il s'agira d'accélérer l'atteinte des objectifs liés à la santé actuels jusqu'en 2015 et au-delà. Pour ce faire, il faudra parachever l'éradication de la poliomyélite et des maladies tropicales négligées sélectionnées;
  - c) **relever le défi des maladies non transmissibles** et de la santé mentale, de la violence, des traumatismes et des incapacités;

- d) appliquer le [Règlement sanitaire international](#) – faire en sorte que tous les pays puissent acquérir les capacités essentielles requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005);
- e) accroître l'accès à des [produits médicaux](#) essentiels de qualité et d'un prix abordable (médicaments, vaccins, diagnostics et autres technologies sanitaires);
- f) agir sur les [déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé](#) en tant que moyen de réduire les inégalités dans le domaine de la santé au sein et entre les pays.



# 1. INTRODUCTION

1. Le présent rapport couvre les activités menées par l'OMS dans la Région africaine de janvier 2012 à août 2013, au titre de la période biennale 2012–2013. Il montre les réalisations dans la mise en œuvre 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 leçons tirées des précédents budgets programmes, tout en garantissant la continuité des efforts menés en vue de l'atteinte des résultats du PSMT 2008–2013, ainsi que la comparabilité. Au regard du contexte de crise financière 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 interpays (IST) et le soutien à l'élaboration des politiques et stratégique fourni par le Bureau régional. Ce rapport reflète également les conclusions de la revue à mi-parcours et des exercices subséquents de suivi 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. Mise en œuvre 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 : Énoncé des objectifs stratégiques». Le tableau 2 est intitulé «Allocation du budget programme approuvé pour 2012–2013, par objectif stratégique, source de financement et répartition entre les bureaux de pays et le Bureau régional de l'OMS (en US \$000)».



## 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 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 l’atteinte des OMD liés à la santé. Les réductions du taux de mortalité infantile et de la charge de morbidité due au paludisme et au VIH constituent des exemples de progrès réalisés vers l’atteinte des OMD. Ces progrès restent néanmoins lents et insuffisants pour atteindre les objectifs fixés pour 2015.
7. La crise financière a eu un impact négatif sur les conditions socioéconomiques et le financement de la santé par les pays et les partenaires internationaux. En dépit de ces contraintes, la majorité des partenaires ont fait des efforts pour tenir leurs engagements en faveur du financement de la santé. Certains pays de la Région africaine enregistrent des améliorations sensibles des taux annuels de croissance économique, et quantité d’entre eux commencent à refléter cette embellie par l’accroissement du financement de la santé. Malgré 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, qui a intensifié les efforts pour mobiliser les ressources et s’attaquer aux priorités de santé 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; 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 comme 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 années vers l'allègement du fardeau 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, tandis que la poliomyélite reste endémique au Nigeria et le poliovirus sauvage (PVS) circule au Tchad et au Niger, et est apparu plus récemment au Kenya, en particulier chez des réfugiés somaliens.
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, l'agitation sociopolitique 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, la guerre au Mali et la crise humanitaire à la Corne de l'Afrique en constituent les exemples les plus marquants.
13. En dépit de ces contraintes, les perspectives semblent reluisantes en matière de santé publique. 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 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 faire face aux problèmes de santé publique tels que la mortalité infantile, 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, ce qui traduit une priorité plus élevée accordée à la santé dans le programme mondial de développement, en dépit de la stagnation enregistrée lors des deux dernières années.
14. L'impact de la crise financière et les mutations qui s'opèrent dans l'environnement global sont les facteurs sous-jacents de la réforme de l'OMS, au cours de laquelle de nouvelles orientations et priorités ont été définies. Une attention plus importante devra être accordée

aux besoins des pays lorsqu'il faudra définir les priorités au niveau des organes directeurs tels que les comités régionaux et l'Assemblée mondiale de la Santé. Le rôle de supervision des organes directeurs a ainsi été renforcé de manière importante, 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 financier avec les partenaires, devrait permettre à l'OMS de mobiliser un financement suffisant et flexible pour faire face aux priorités sanitaires convenues par les États Membres.

### 3. MISE EN ŒUVRE 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 \$207 600 000 au titre des contributions fixées (AC) et US \$883 466 000 au titre des contributions volontaires (VC). 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 pour le compte de l'exercice biennal 2012–2013 est de 13,4 % inférieur à celui de la période biennale 2010–2011. L'une des conséquences de la réduction de l'allocation budgétaire est la 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 en veillant à une exécution réussie du budget programme. D'une manière générale, les chiffres de la mise en œuvre établissent des différences importantes entre les 13 objectifs stratégiques, en termes de fonds alloués, rendus disponibles ou exécutés.
  
18. Comme le montre le tableau ci-dessous, le budget actuel, qui se chiffre à US \$1 341 989 639, est de 23 % supérieur à l'allocation budgétaire initiale approuvée, ce qui s'explique par une augmentation importante des financements destinés à la lutte contre la poliomyélite approuvés au titre de l'objectif stratégique 1, et d'autres financements mobilisés dans les pays en faveur des programmes relatifs à l'OS1 et à l'OS9. Avec l'augmentation de l'allocation budgétaire, la répartition relative des allocations traduit une transition importante au profit des pays, qui ont reçu une dotation de 77 % du budget, contre une allocation budgétaire de 23 % pour le Bureau régional. Cette répartition contraste avec les allocations initiales de 66 % pour les bureaux de pays et 34 % pour le Bureau régional.

**Exécution du budget programme par objectif stratégique, au 31 juillet 2013  
(en US \$000)**

Objectif stratégique (OS)	Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé*	BP alloué	Total des fonds disponibles	% des fonds disponibles par rapport au budget approuvé	Exécution du budget (à l'exception des traitements du mois de juillet)	% de l'exécution du budget par rapport au budget approuvé	% de l'exécution du budget par rapport aux contributions disponibles
	(1)	(2)	(3)	(4)=(3/1)	(5)	6=(5/1)	7=(5/3)
OS1	484 082	716 061	686 242	142 %	502 750	104 %	73 %
OS2	147 467	127 458	91 224	62 %	56 848	39 %	62 %
OS3	18 948	19 999	16 984	90 %	9836	52 %	58 %
OS4	77 084	83 068	75 261	98 %	46 601	60 %	62 %
OS5	91271	106 268	81 835	90 %	57 631	63 %	70 %
OS6	20 286	20 277	18 215	90 %	11 141	55 %	61 %
OS7	10 746	13 090	9 628	90 %	6239	58 %	65 %
OS8	12 719	13 721	11 283	89 %	6760	53 %	60 %
OS9	10 633	16 635	15 971	150 %	6907	65 %	43 %
OS10	71 791	75 416	60 843	85 %	36 301	51 %	60 %
OS11	25 823	25 818	17 651	68 %	9920	38 %	56 %
OS12	45 968	46 928	43 473	95 %	31 870	69 %	73 %
OS13	76 248	77 251	68 011	89 %	47 785	63 %	70 %
<b>Total</b>	<b>1 093 066</b>	<b>1 341 990</b>	<b>1 196 621</b>	<b>109 %</b>	<b>830 588</b>	<b>76 %</b>	<b>69 %</b>

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

\*Voir le tableau 2 à l'annexe pour la répartition du budget approuvé, par fonds et niveau d'organisation.

19. Le total des fonds mobilisés pour la mise en œuvre s'élevait à US \$1 196 620 766, soit 109 % du budget approuvé et 89 % de l'allocation budgétaire actuelle. Des analyses complémentaires montrent que les fonds disponibles pour le Bureau régional représentent 71 % du budget initial approuvé, alors que les fonds disponibles pour les bureaux de pays représentent 130 % du budget initial approuvé.
20. La composante des «contributions volontaires» des fonds disponibles s'élève à US \$993 341 766, soit 83 % du financement total, tandis que la composante des «contributions fixées» se chiffre à US \$203 279 000, ce qui représente 17 % du financement total. Cela confirme le niveau élevé de dépendance à l'égard des contributions volontaires, généralement à objet désigné au profit de programmes spécifiques. Cet état de dépendance restreint la redistribution des fonds pour faire face aux priorités sanitaires régionales de manière équilibrée. Les deux objectifs stratégiques les moins financés sont l'OS2 et l'OS11, qui ont reçu 62 % et 68 % respectivement de leur budget approuvé. Le déficit de financement moyen des objectifs stratégiques, à l'exception des fonds destinés à la lutte contre la poliomyélite, était de 36 %.
21. Le taux d'exécution budgétaire global est de 76 % du budget approuvé. Le taux d'exécution pour les fonds effectivement reçus est de 69 %. Par conséquent, il a été demandé aux centres budgétaires d'accélérer la mise en œuvre de tous les fonds disponibles avant la fin de l'exercice biennal 2012–2013.



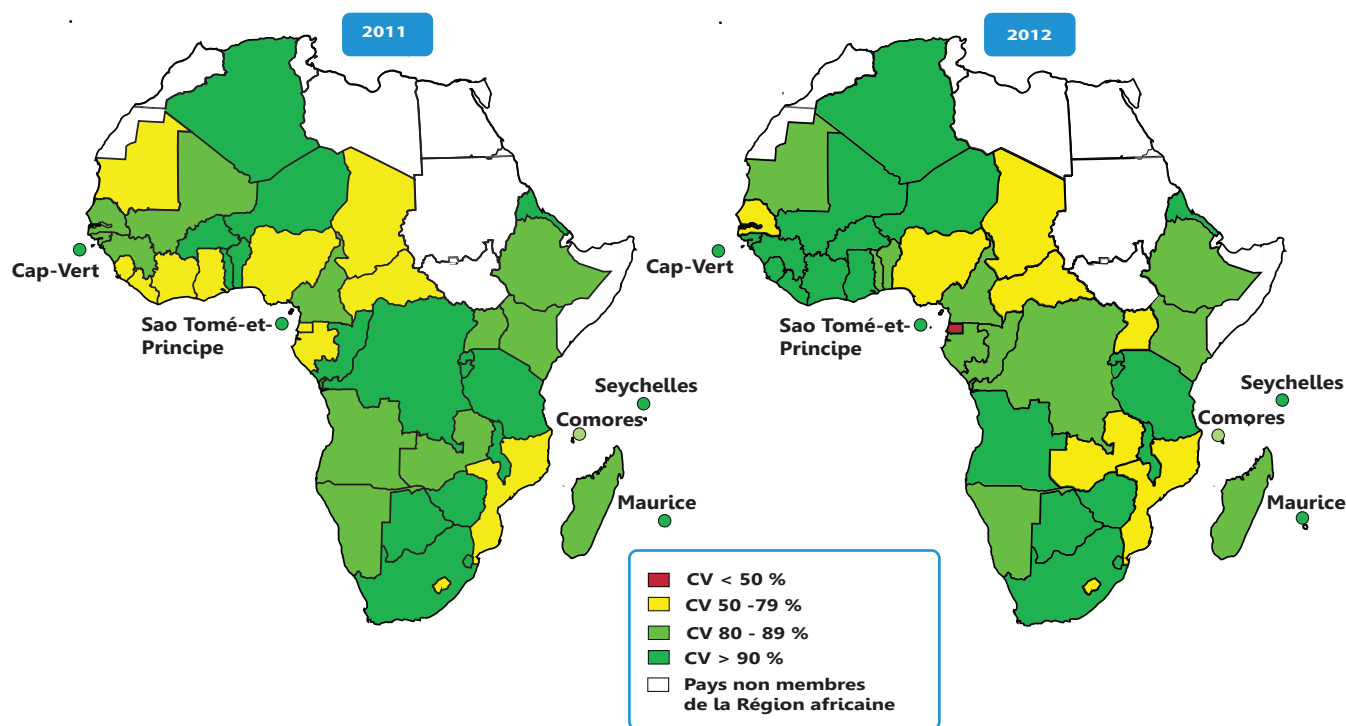
# 4. RÉALISATIONS NOTABLES, PAR OBJECTIF STRATÉGIQUE

## 4.1 OS1 : Maladies transmissibles

22. L'objectif stratégique 1 vise à réduire la charge sanitaire, sociale et économique due 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 constituent les cibles de cet objectif stratégique.
23. Le fondement de l'éradication, de l'élimination et du contrôle des maladies évitables par la vaccination est le maintien d'un taux de couverture élevé, grâce à l'introduction de vaccins de la plus haute efficacité, sécurité et qualité dans les programmes de vaccination. Les taux de couverture de la vaccination systématique, par administration de trois doses du vaccin renfermant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3), et de la première dose du vaccin contenant une valence rougeole dans la Région s'établissaient respectivement à 81 % et 85 % à la fin du mois de décembre 2012, contre 85 % et 86 % en 2011 (figure 1). Selon les estimations OMS/UNICEF, le taux de couverture du DTC3 s'est établi à 72 % en 2011 et 2012, alors que la couverture du vaccin contre la rougeole est tombée de 74 % en 2011 à 73 % en 2012. En revanche, le taux de couverture de la troisième dose du vaccin antipoliomyélitique oral est passé de 74 % en 2011 à 77 % en 2012. Ces chiffres sont inférieurs au taux de couverture escompté au niveau national pour les deux vaccins, 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 stocks de vaccins et l'insuffisance des ressources humaines pour la prestation de services de vaccination. Outre la vaccination systématique, les activités de vaccination supplémentaires (AVS) ont continué à jouer un rôle crucial dans l'éradication, l'élimination et le contrôle des maladies évitables par la vaccination.
24. La Semaine mondiale de la vaccination et la Semaine africaine de la vaccination (SAV) constituent des événements importants qui servent de plateformes pour entreprendre un vigoureux plaidoyer et sensibiliser les communautés à la valeur et à l'importance de la vaccination, ainsi que pour améliorer l'accès aux vaccins. Les deux événements ont enregistré la participation de 35 pays<sup>1</sup> en 2012 et de 40 pays en avril et mai 2013. Au cours de la deuxième édition de la SAV, le vaccin antipoliomyélitique oral a été administré à plus de 75 millions de personnes dans 13 pays<sup>2</sup>, en plus d'autres interventions de santé publique à haut impact. 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 32 millions de personnes dans huit pays<sup>3</sup>, parfois en même temps que l'administration de vermifuges, la supplémentation de vitamine A, le dépistage de la malnutrition, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et le traitement préventif du paludisme chez les femmes enceintes.

25. La soixante et unième session du Comité régional a souligné l'importance de l'éradication de la poliomyélite en lançant un appel à tous les États Membres dans lesquels le poliovirus sauvage (PVS) continue de circuler pour qu'ils déclarent la persistance de la maladie comme une urgence nationale de santé publique et parviennent à des taux de couverture soutenus d'au moins 90 %<sup>4</sup>, avec administration de trois doses du vaccin antipoliomyélitique oral dans le cadre de la vaccination systématique. Cet appel fait suite à la déclaration, par l'Assemblée mondiale de la Santé, de la poliomyélite comme une urgence de santé publique à l'échelle mondiale.
  
26. Conjugués à l'appui technique de l'OMS et à l'investissement des partenaires, les efforts des États Membres ont permis de réduire sensiblement la transmission de la poliomyélite dans la Région. Le nombre de cas de poliovirus sauvage (PVS) notifiés en 2012 représentait un recul de 63 % de cette maladie (128 cas dans trois pays seulement, à savoir le Niger, le Nigeria et le Tchad, contre 350 cas dans 12 pays<sup>5</sup> en 2011). Au mois de juin 2013, trois pays dans lesquels la transmission du poliovirus sauvage avait été rétablie (Angola, République démocratique du Congo et Tchad) n'avaient confirmé aucun cas de PVS sur une période de 23 mois, 12 mois et 18 mois, respectivement. Le Nigeria a continué de notifier des cas de PVS, mais en nombre plus limité, soit 26 cas à la fin du mois de juin 2013, contre 52 cas à la fin du mois de juin 2012.

**Figure 1 : Taux de couverture notifiés de la troisième dose du vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3) dans la Région africaine en 2011 et 2012**



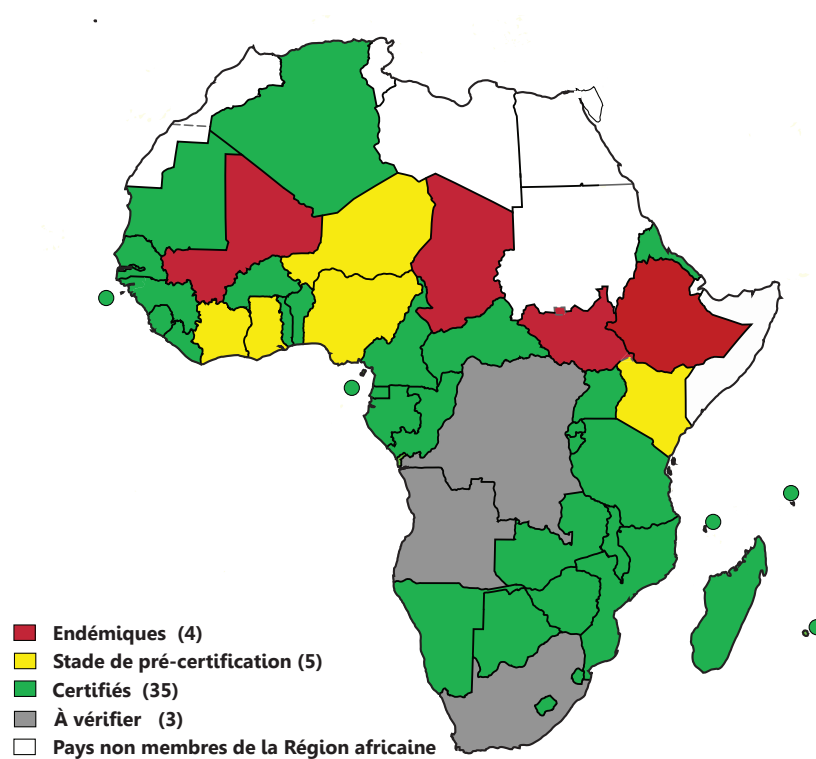
Source : Données des États Membres de la Région africaine de l'OMS.

27. Avec l'appui de l'OMS, 15 pays<sup>6</sup> ont conduit des AVS contre la rougeole en 2012, touchant un total de 42,7 millions d'enfants. Ces AVS comprenaient l'administration de la première dose du vaccin contre la rougeole et la rubéole au Rwanda. 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 l'élimination et au contrôle des autres maladies évitables par la vaccination, l'anatoxine tétanique a été administrée à 7,7 millions de femmes en âge de procréer dans cinq pays<sup>7</sup>, dans le cadre des AVS. À la fin du mois de décembre 2012, l'élimination du tétanos maternel et néonatal avait déjà été validée dans 30 pays<sup>8</sup> de la Région.
29. Afin de garantir l'élimination de la méningite à méningocoque causée par le sérogroupe A de *Neisseria meningitidis*, le vaccin conjugué contre la méningite à méningocoque A (MenAfriVac™) a été administré à plus de 48 millions de personnes dans sept pays<sup>9</sup> en 2012, portant le nombre total de personnes vaccinées à plus de 103 millions en deux 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 notifié chez les personnes vaccinées. En fin d'année 2012, le vaccin antipneumococcique conjugué et le vaccin antirotavirus avaient déjà été introduits dans 23 et 7 États Membres, respectivement<sup>10</sup>.
30. Dans le cadre du suivi des tendances des maladies et de l'impact des vaccins pour la prise de décision, l'OMS a fourni des orientations, ainsi qu'un appui financier et technique, à 30 États Membres, pour leur permettre d'instituer et de renforcer des systèmes de surveillance des maladies ciblées par ces nouveaux vaccins. Dans 30 États Membres, les laboratoires se sont dotés de capacités suffisantes pour la confirmation et le diagnostic du rotavirus et des maladies bactériennes invasives. Avec l'appui de l'OMS, 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) de 2005 revêtent une importance cruciale pour la lutte contre les maladies transmissibles dans la Région. Les capacités des pays de la Région dans le domaine de la surveillance des maladies se sont renforcées. Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et le 31 mars 2013, 14 pays<sup>11</sup> ont adapté les lignes directrices révisées pour la SIMR et les modules de formation connexes. Huit de ces pays<sup>12</sup> ont débuté la formation aux niveaux national et du district, ce qui a permis de garantir l'établissement de rapports en temps voulu et la publication régulière des bulletins épidémiologiques, ainsi que le renforcement de la surveillance des événements de santé publique, avec, à la clé, l'amélioration de la détection des épidémies et de la riposte, tout comme la prise de décisions de santé publique fondées sur des bases factuelles.

32. Au total, 43 pays avaient déjà procédé à une évaluation des capacités essentielles nationales au mois de mars 2013. Cependant, à la date butoir du 15 juin 2012, aucun de ces pays ne s'était encore pleinement doté de toutes les capacités essentielles minimales requises en vertu du RSI. C'est la raison pour laquelle 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 invitant à accélérer l'application du RSI dans la Région. En conséquence, l'OMS a convoqué deux réunions consultatives avec les partenaires, les donateurs et les pays pour recenser les exigences non encore satisfaites dans l'application du RSI. Les plans d'action élaborés par les pays au cours de ces réunions sont utilisés pour mobiliser des ressources en vue de la mise en œuvre du RSI.
33. Entre janvier 2012 et juillet 2013, plus de 100 événements de santé publique ont été notifiés dans la Région. Ces événements étaient dus en majorité au choléra, à la méningite, aux fièvres hémorragiques virales et aux zoonoses. Une consultation régionale consacrée à la santé animale, humaine et environnementale s'est tenue sur le thème «Une seule santé». Au cours de cette consultation, des feuilles de route nationales pour l'accélération de la mise en œuvre de l'approche «Une seule santé» ont été élaborées. Ces feuilles de route sont utilisées pour renforcer les partenariats entre les secteurs de la santé animale, humaine et environnementale, ainsi que pour garantir la coordination harmonieuse de la riposte aux zoonoses.
34. L'insuffisance des ressources financières est demeurée un défi majeur face aux urgences et aux flambées de maladies. Reconnaisant ce défi, la soixante-deuxième session du Comité régional a adopté le cadre opérationnel du Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP). Toutefois, au 31 mars 2013, seuls cinq États Membres de la Région avaient payé leurs contributions annuelles au FAUSP.
35. La Région africaine de l'OMS supporte près de la moitié de la charge de morbidité due aux maladies tropicales négligées (MTN) à l'échelle mondiale, 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 s'est considérablement intensifiée au cours de la période sous revue. À titre d'exemple, l'AMM contre la filariose lymphatique a touché 113 millions de personnes en 2012, contre 69 millions en 2011. Cependant, sauf dans le cas de l'onchocercose, les niveaux de couverture sont inférieurs aux repères fixés 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 ciblée pour éradication, a enregistré une baisse de plus de 95 %, tombant de 10 690 cas (dont 5565 au Soudan du Sud) en 2005 à 542 cas (dont 521 au Soudan du Sud) en décembre 2012. Seuls quatre pays<sup>13</sup> étaient encore endémiques en juillet 2013 (figure 2). Au mois de mai 2013, le nombre de cas notifiés s'établissait à 68 (dont 55 au Soudan du Sud), soit une réduction de 80 %

par rapport à mai 2012. La lèpre a certes été éliminée au niveau national dans tous les pays de la Région, mais sa transmission demeure intense dans quelques districts aux Comores, en Éthiopie et au Nigeria. La prévalence de la trypanosomiase humaine africaine a baissé, tombant de 9875 cas à 7197 cas en 2012. 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 au mois de juillet 2013**



Source : États Membres de la Région africaine et Programme de lutte contre les MTN.

37. Un appui a été fourni à 36 pays<sup>14</sup>, en utilisant le guide de la Région africaine de l'OMS, pour leur permettre d'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 harmonisée, et pour la définition des priorités, la budgétisation et la mobilisation de ressources en faveur des programmes nationaux de lutte contre les MTN dans la Région. Par ailleurs, les réunions des parties prenantes regroupant les États Membres et les partenaires ont formulé des recommandations sur la création de structures de coordination nationales et régionales de lutte contre les MTN, et la mise en place de mécanismes de financement pour mobiliser des

ressources additionnelles en faveur des plans directeurs nationaux de lutte contre les MTN. Ces recommandations sont conformes à l'Appel à l'Action d'Accra adopté lors de la réunion des parties prenantes de juin 2012. La Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le plan d'action mondial pour la lutte contre les MTN, et la soixante-troisième session du Comité régional devrait adopter une stratégie régionale de lutte contre les MTN, tout comme un plan stratégique régional de lutte contre les MTN couvrant la période 2014–2020, ainsi qu'une résolution sur les MTN.

38. Au titre de l'objectif stratégique 1, l'OMS a continué à fournir un appui aux États Membres pour leur permettre de mettre à l'échelle les interventions, moyennant l'élaboration de plans, stratégies et politiques, ainsi que le renforcement des capacités et la mobilisation des ressources, afin de soutenir les efforts visant à alléger le fardeau des maladies transmissibles. Des progrès notables ont été accomplis 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 juin 2013. Des progrès ont été réalisés dans d'autres domaines, notamment : l'élaboration d'une stratégie régionale et d'un plan stratégique pour la lutte contre les MTN; l'amélioration de la surveillance des maladies; et l'opérationnalisation du Fonds africain pour les urgences de santé publique.

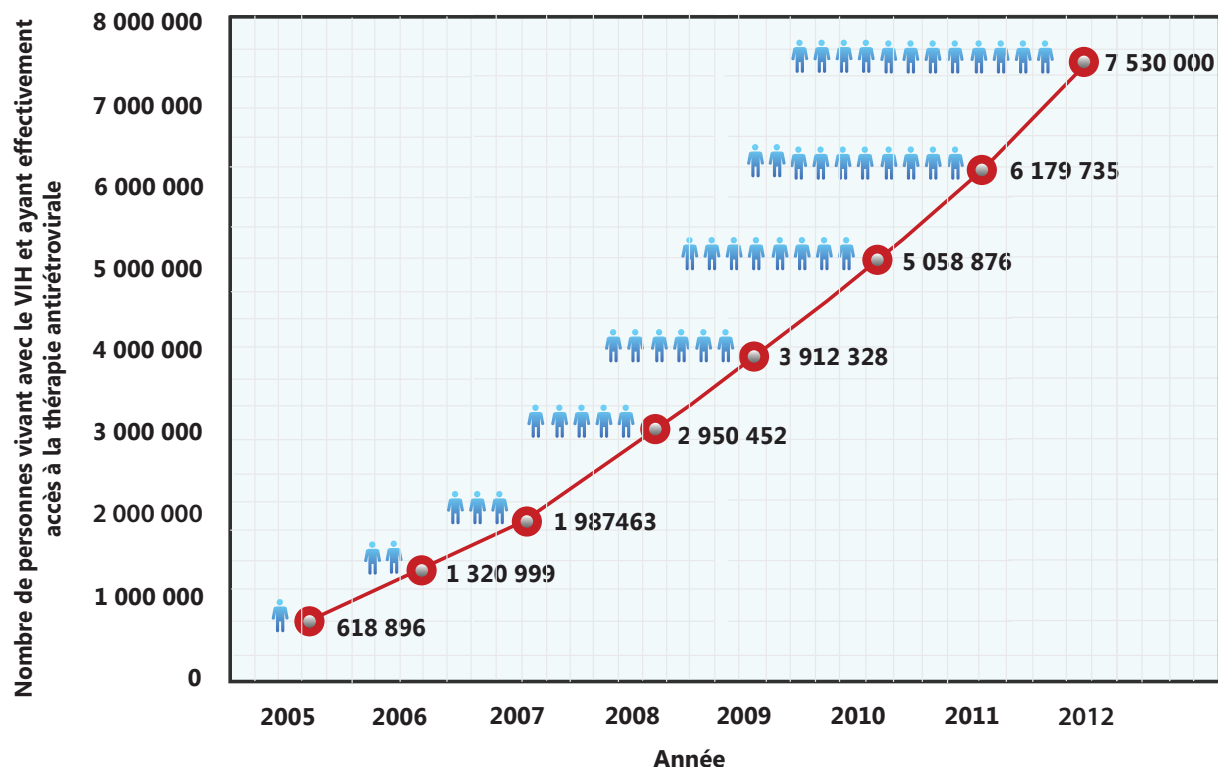
## 4.2 OS2 : VIH/sida, tuberculose et paludisme

39. L'objectif stratégique 2 vise à combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, trois maladies qui posent des défis majeurs pour la 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 due au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme est de 66 %, 26 % et 80 %, respectivement, selon les rapports de 2012.
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, qui visaient à réduire la charge de morbidité due à 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 d'un bon rapport coût-efficacité, afin 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 leurs capacités à mettre à l'échelle les interventions à haut impact et à 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 le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Trente-sept pays<sup>15</sup> mettent en œuvre les interventions de lutte contre le VIH/sida en s'inspirant des lignes directrices de l'OMS, avec,

à la clé, l'amélioration de la qualité et de la couverture des interventions de prévention et de traitement de l'infection à VIH. En 2013, les premières lignes directrices consolidées de l'OMS pour l'utilisation des antirétroviraux dans le traitement et la prévention de l'infection à VIH ont été lancées. Ces lignes directrices ont élargi l'éligibilité à la thérapie antirétrovirale, le seuil étant fixé à 500 cellules CD4 par mm<sup>3</sup> ou moins pour les adultes, les adolescents et les enfants plus âgés. Dans le cadre de deux ateliers de diffusion, des informations ont été fournies aux États Membres sur les changements opérationnels, les coûts et les ressources humaines requises pour la pleine mise en œuvre de ces lignes directrices.

42. Il ressort du Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2012 que, sur les 34,2 millions de personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde, 23,5 millions se trouvent en Afrique subsaharienne, dont 3,1 millions d'enfants, soit 80 % de la charge mondiale due au VIH/sida pédiatrique. En outre, sur les 2,5 millions de nouvelles infections par le VIH, 1,7 million (68 %) sont survenues en Afrique subsaharienne, et, s'il est vrai que la prévalence globale du VIH baisse, il n'en demeure pas moins qu'elle se maintient à un niveau élevé de 4,9 %, avec de fortes variations d'un pays à l'autre. Le même rapport fait état d'une baisse de 25 % des nouvelles infections par le VIH entre 2001 et 2011. Vingt-deux pays<sup>16</sup> de la Région africaine ont enregistré des baisses de plus de 25 %, et 13 de ces pays signalent des baisses de plus de 50 %<sup>17</sup>.
43. En vue d'orienter la mise en œuvre de la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida pour 2011–2015 de l'OMS, la soixante-deuxième session du Comité régional a adopté une stratégie de lutte contre le VIH/sida 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 l'atteinte des OMD, tout en couvrant les déterminants de la santé.
44. Un appui technique a été fourni à 14 pays prioritaires<sup>18</sup> pour qu'ils puissent mettre à l'échelle la circoncision masculine, dans le cadre des efforts visant à réduire l'incidence du VIH. Plus de 2 millions de circoncisions masculines ont ainsi été réalisées, et le taux de couverture est passé de 7 % en 2011 à 10 % en 2012.
45. Un cadre stratégique pour l'élimination des nouvelles infections par le VIH chez les enfants d'ici 2015 et pour la survie des mères a été élaboré afin d'aider les pays à réduire de 90 % le nombre des nouvelles infections. Vingt des 21 pays prioritaires<sup>19</sup> ont formulé des plans visant l'élimination de la transmission mère-enfant (eTME), avec le concours de l'OMS. En fin d'année 2011, le pourcentage des femmes enceintes vivant avec le VIH et ayant effectivement accès à la thérapie antirétrovirale pour prévenir la transmission mère-enfant (TME) du virus avait atteint 59 %, contre 49 % en 2009, et oscillait entre 75 % et 100 % dans six pays<sup>20</sup>, selon les estimations. Cette tendance a considérablement contribué à la baisse de 24 % des nouvelles infections pédiatriques à VIH dans la Région entre 2009 et 2011.

Figure 3 : Nombre de personnes vivant avec le VIH et ayant effectivement accès à la thérapie antirétrovirale en Afrique subsaharienne entre 2005 et 2012



Source : ONUSIDA, Rapport mondial; Rapport ONUSIDA sur l'épidémie de sida dans le monde 2012.

46. L'OMS a fourni un appui aux États Membres pour leur permettre d'élargir l'accès à la thérapie antirétrovirale (TARV), aux fins de prévention et de traitement. C'est ainsi que plus de 7,5 millions de personnes avaient effectivement accès à la TARV en fin d'année 2012 (figure 3). La couverture de la TARV est ainsi passée de 49 % en 2010 à 64 % en fin d'année 2012. Cette couverture dépassait 80 % dans cinq pays<sup>21</sup> et oscillait entre 50 % et 79 % dans 17 autres pays<sup>22</sup>. L'amélioration de l'accès à la TARV a conduit à une réduction de la mortalité liée au sida, le nombre de décès dus à cette maladie étant tombé de 1,3 million en 2009 à 1,2 million en 2011.
47. La charge de morbidité élevée due à la tuberculose (TB) en Afrique s'explique par la pauvreté, la coinfection TB/VIH et la tuberculose à bacilles multirésistants. En tout, 69 % des patients souffrant de tuberculose dans la Région africaine ont subi le test de dépistage du VIH, et 46 % des patients éligibles ont reçu des antirétroviraux<sup>23</sup> en 2011. C'est donc dire que la proportion a considérablement augmenté par rapport à l'année 2010, au cours de laquelle 59 % seulement des patients souffrant de tuberculose avaient subi le test de dépistage du VIH. Selon le Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, l'augmentation



du dépistage du VIH et l'amélioration de l'accès aux antirétroviraux ont permis de réduire la mortalité due à la tuberculose, qui s'établit actuellement à 26 décès pour 100 000 habitants dans la Région africaine.

48. En se fondant sur un examen systématique des données fournies par les pays, l'OMS a évalué les performances, tout comme les progrès réalisés vers l'atteinte des cibles nationales et régionales de lutte contre la tuberculose. Les résultats publiés en 2012 établissent que la Région africaine de l'OMS a enregistré 1 367 000 nouveaux cas de tuberculose en 2011, soit 26 % de tous les nouveaux cas notifiés à l'échelle mondiale en 2011. Au cours de la même année, 10 pays<sup>24</sup> ont atteint un taux de dépistage des cas de 70 %, et 19 pays<sup>25</sup> ont atteint la cible du taux de succès thérapeutique, fixée à 85 %. Le taux de succès du traitement de la tuberculose dans la Région s'est établi à 82 % en 2011, ce qui représente une amélioration.
49. L'OMS a fourni un appui pour le renforcement de la mise en œuvre de la stratégie DOTS, des interventions communes contre la coinfection TB/VIH et des programmes de lutte contre la tuberculose pharmacorésistante. Un cadre pour intégrer la tuberculose pédiatrique dans la stratégie DOTS a été élaboré par l'OMS et adapté ensuite par les États Membres. Un appui a été fourni à trente-sept pays pour leur permettre d'avoir accès aux médicaments antituberculeux, par le biais du Service pharmaceutique mondial du Partenariat Halte à la tuberculose (GDF). Ces interventions ont permis de renforcer les capacités en termes de ressources humaines, de réduire les ruptures des stocks de médicaments antituberculeux et d'améliorer la performance des programmes de lutte, avec, à la clé, la réduction de la transmission de la tuberculose, et, en fin de compte, l'allègement de la charge de morbidité due à cette maladie.
50. Conformément à la stratégie Halte à la tuberculose recommandée par l'OMS en 2006, les pays doivent transformer la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante en une composante à part entière de la mise en œuvre des programmes de lutte antituberculeuse. L'OMS a fourni aux pays un appui pour la mise en place de systèmes de prise en charge programmatique de la tuberculose à bacilles multirésistants. Au cours de la période biennale 2012–2013, l'OMS a apporté son concours à 13 pays pour leur permettre de renforcer les capacités de leurs laboratoires en ce qui concerne la culture et les tests de sensibilité aux médicaments antituberculeux, ainsi que l'accès aux médicaments antituberculeux de deuxième intention, à travers le Comité «feu vert» régional (rGLC). Il subsiste néanmoins des défis dans la mise en œuvre, à cause notamment de la faiblesse des capacités des laboratoires en matière d'établissement des diagnostics, et du coût élevé des médicaments antituberculeux de deuxième intention.
51. Le Secrétariat du Comité feu vert régional a été créé en 2012, et les membres de ce comité nommés en février 2013. Il incombe au Comité feu vert régional de soutenir la prise en charge effective de la tuberculose à bacilles multirésistants par la promotion d'un meilleur accès aux médicaments antituberculeux de deuxième intention et la coordination des missions d'appui

technique dans les pays. Treize pays<sup>26</sup> ont bénéficié d'un tel soutien depuis janvier 2012. Un appui a été fourni au laboratoire central de référence de la tuberculose de l'Ouganda, au titre du renforcement de ses capacités, pour lui permettre d'accéder au statut de laboratoire supranational de référence en 2013. Ce laboratoire deviendra ainsi membre du réseau des laboratoires soutenant le contrôle externe de la qualité du diagnostic de la tuberculose dans la Région.

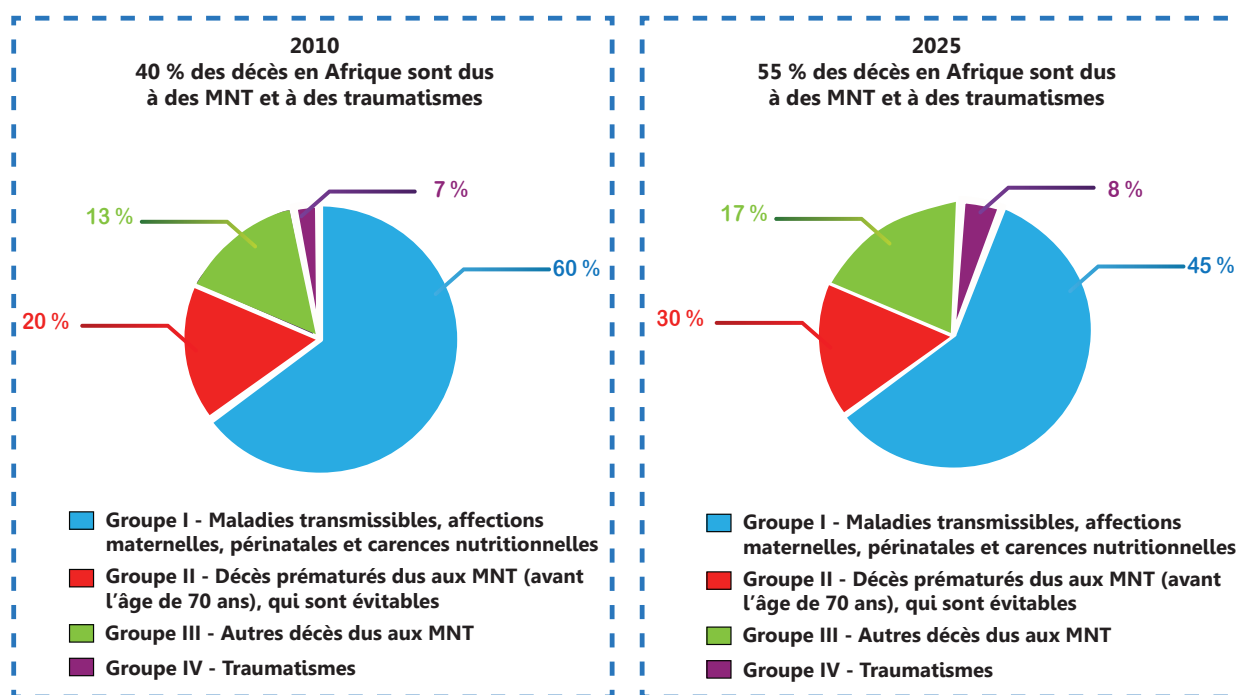
52. En 2012, 80 % des 219 millions de cas de paludisme et 90 % des 660 000 décès dus au paludisme dans le monde étaient enregistrés en Afrique. Selon les estimations, 86 % de ces décès survenaient chez les enfants de moins de cinq ans.
53. L'OMS a soutenu la collecte et la validation des données pour le tableau de bord de l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme<sup>27</sup>. Ce tableau de bord a été utilisé dans tous les pays d'endémie palustre en Afrique pour suivre l'adoption des politiques, la mise en œuvre des interventions, la couverture, la monothérapie et le financement des interventions de lutte contre le paludisme par le secteur public. Un appui a été fourni pour la surveillance de la résistance aux insecticides et de l'efficacité des antipaludéens, par le biais de la formation du personnel national travaillant pour les programmes de lutte contre le paludisme.
54. Des données ont été collectées pour le Rapport 2012 sur le paludisme dans le monde, et un appui a été fourni à sept pays pour les enquêtes sur les indicateurs du paludisme<sup>28</sup>. Les bulletins de surveillance ont été produits pour 10 pays et une équipe d'appui inter pays (IST)<sup>29</sup>. Six pays ont bénéficié d'un appui pour répertorier les meilleures pratiques de lutte contre le paludisme<sup>30</sup>. Le pourcentage des ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est passé à 53 %. Une proportion de 47 % des cas présumés de paludisme a fait l'objet d'un test de diagnostic dans le secteur public. Les tests de diagnostic rapide représentaient 40 % de tous les cas dépistés dans la Région en 2011. En moyenne, 44 % des femmes enceintes dans 25 pays ont reçu deux doses du traitement préventif intermittent pendant la grossesse.
55. Selon les estimations, l'incidence globale du paludisme a baissé de 33 % entre 2000 et 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 % à 75 % d'ici 2015. Sept pays mettent en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme et des mesures de pré-élimination de cette maladie<sup>31</sup>. Par ailleurs, un certain nombre d'initiatives sous-régionales de lutte contre le paludisme 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'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<sup>32</sup>.

56. Des revues des programmes de lutte contre le paludisme ont été conduites avec les partenaires dans 24 pays<sup>33</sup> au cours de la période biennale 2012–2013. Ces revues ont fourni des informations utiles pour l'élaboration de plans stratégiques, ainsi que de plans de suivi et d'évaluation. Le processus de conduite des revues des programmes de lutte contre le paludisme et d'élaboration de plans a permis de renforcer le dialogue avec les principaux partenaires et d'accroître les engagements en matière de financement.
57. Des orientations pour la gestion vectorielle 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. Les lignes directrices pour la chimioprévention saisonnière du paludisme ont été lancées en 2012 et sont utilisées pour soutenir l'élaboration de plans de mise en œuvre au niveau des pays<sup>34</sup>. Le manuel sur l'initiative Tester, Traiter, Surveiller et le manuel sur la surveillance du contrôle et de l'élimination du paludisme, qui ont été 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<sup>35</sup>. Un appui a été fourni aux États Membres pour l'institution de tests de l'efficacité thérapeutique des antipaludéens.
58. Afin de renforcer les capacités dans le domaine de la surveillance du paludisme, l'OMS a pris en charge les participants de 10 pays à une session de formation avancée à la surveillance du paludisme<sup>36</sup> qui a eu lieu en 2012. En conséquence, les programmes de lutte contre le paludisme ont été mis à jour ou ont été complétés par de nouvelles connaissances pour en garantir un plus fort impact. Une assistance technique a également été fournie à 11 pays pour mettre en œuvre la prise en charge communautaire intégrée des cas, y compris le renforcement des capacités des tradipraticiens de santé<sup>37</sup>, ce qui a facilité l'association de nouveaux partenaires aux activités liées à la mise à l'échelle des interventions de lutte contre le paludisme et à la réalisation de la couverture universelle.
59. Au titre de l'objectif stratégique 2, l'OMS a fourni un appui aux États Membres pour la mise à l'échelle des interventions, par le biais de l'élaboration de plans, de stratégies et de politiques, ainsi que du renforcement des capacités et de la mobilisation des ressources, afin de soutenir les 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, ainsi que 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.

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

60. L'objectif stratégique 3 vise la prévention, le contrôle et la prise en charge des maladies cardiovasculaires, des cancers, du diabète, des affections respiratoires chroniques, de la drépanocytose, de la violence, des traumatismes et incapacités, des affections bucco-dentaires, des déficiences visuelles et auditives, et des troubles mentaux. Les maladies non transmissibles posent un problème croissant de santé publique qui fait peser une lourde charge sociale et économique sur les pays. Ces maladies 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, ainsi qu'à des facteurs environnementaux. Selon les projections, si les tendances actuelles se maintiennent, les décès imputables aux maladies non transmissibles pourraient augmenter de 15 % au cours des dix prochaines années (figure 4).

**Figure 4 : 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.

61. 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 contrôle des MNT. En outre, les recommandations formulées lors des réunions consultatives régionales sur les MNT et la santé mentale ont permis de renforcer la contribution de la Région à l'élaboration de quatre documents stratégiques mondiaux<sup>38</sup>.
62. La surveillance des MNT a été renforcée, à la faveur de la mise en place d'une base de données régionale couvrant 21 pays<sup>39</sup>. Cette base de données électronique sera utilisée par 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 à 20 en décembre 2012. La capacité des pays à saisir les paramètres mentionnés a aidé les autorités sanitaires nationales dans la prise de décision.
63. Une base de données régionale et un profil régional de la sécurité routière, avec des données de 44 pays, ont été produits en 2012 en vue de servir d'orientations normatives avisées 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 pays<sup>40</sup> pour la collecte de données sur la violence et les traumatismes ont été renforcées. Les participants de la plupart des pays ont suivi une formation à la conduite d'enquêtes sur les déficiences auditives.
64. Les capacités des pays à s'attaquer aux MNT se sont renforcées, à la suite des orientations et de l'appui de l'OMS. Vingt pays accordent désormais une plus haute priorité à la prévention et au 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 pays<sup>41</sup> pour leur permettre d'évaluer la situation de la prévention et du contrôle des MNT au niveau des soins 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 pays<sup>42</sup>. Par ailleurs, cinq pays<sup>43</sup> ont bénéficié d'un appui pour leur permettre d'élaborer des plans d'action nationaux de lutte anticancéreuse, et quatre pays<sup>44</sup> ont reçu une assistance dans le domaine de la santé bucco-dentaire.
65. Les autres réalisations au titre de la lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région comprennent : l'élaboration d'algorithmes pour la prévention des affections bucco-dentaires et la lutte contre ces affections et contre le noma, les déficiences visuelles et les cancers au niveau des soins primaires<sup>45</sup>, la consolidation des bases factuelles, ainsi que la

documentation des meilleures pratiques concernant l'instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale de l'OMS (WHO-AIMS); la recherche sur la drépanocytose et sur les hémoglobinopathies au Bénin, en Guinée et en Zambie; et la conduite d'études de faisabilité et d'efficacité du Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP).

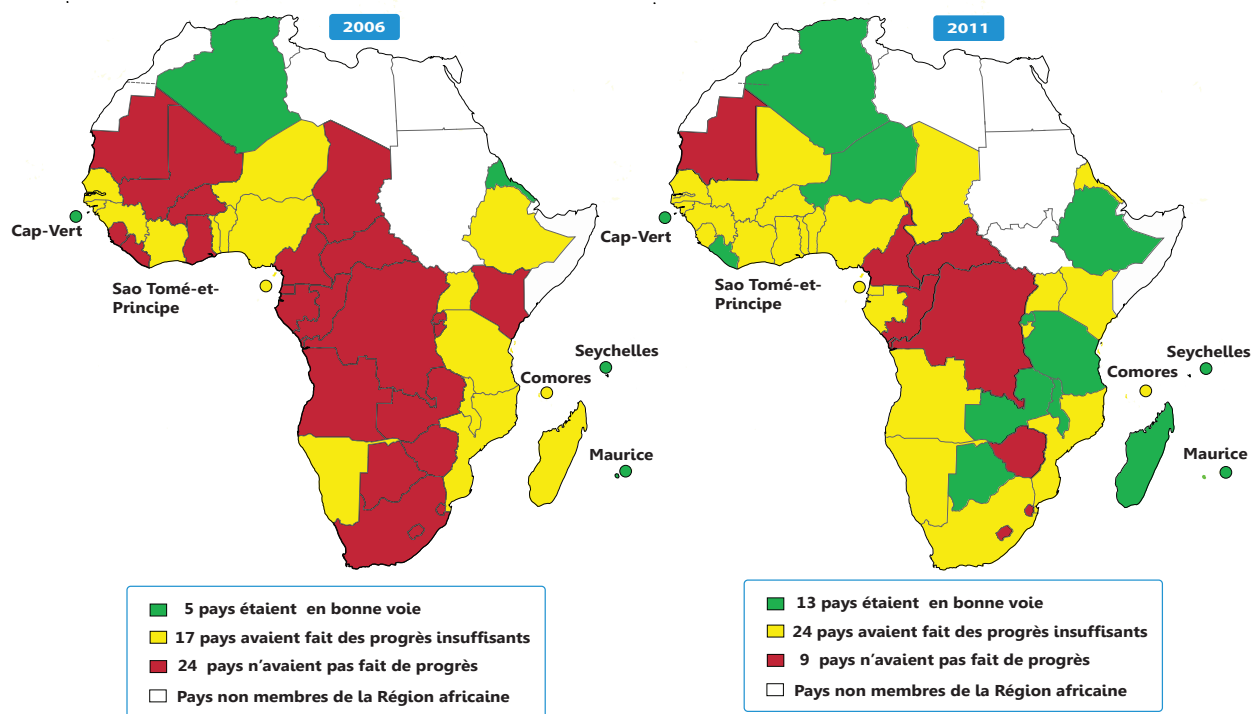
66. Au titre de l'objectif stratégique 3, l'OMS a entrepris le plaidoyer en faveur d'un changement d'orientation et de la mobilisation de ressources, en plus d'élaborer des outils et des lignes directrices, tout en fournissant aux États Membres un appui technique pour leur permettre de renforcer la surveillance, 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 tenue en novembre 2012 à Luanda.

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

67. 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.
68. L'OMS a fourni un appui aux États Membres dans le cadre des efforts visant à porter à l'échelle les interventions axées sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et génésique. Cet appui comprenait le plaidoyer pour le changement d'orientation, l'élaboration de lignes directrices et d'outils, ainsi que la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions d'importance vitale. Cela a grandement contribué aux progrès réalisés par les pays vers l'atteinte des OMD 4 et 5.
69. Il ressort du rapport 2012 sur les niveaux et les tendances de la mortalité infantile que la mortalité des enfants de moins de cinq ans a baissé, passant de 175 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 107 décès pour 1000 naissances vivantes en 2011<sup>46</sup>. Treize pays<sup>47</sup> sont en bonne voie pour atteindre la cible de l'ODM 4, qui est de réduire de deux tiers la mortalité des moins de cinq ans entre 1990 et 2015. Vingt-quatre pays réalisent des progrès vers cet objectif, certes insuffisants, et neuf pays n'ont pas réalisé de progrès (voir figure 5 ci-après).
70. Selon les estimations de la mortalité maternelle en 2012, l'Érythrée et la Guinée équatoriale sont en bonne voie pour atteindre leurs cibles pour l'ODM 5, et 17 pays<sup>48</sup> ont réduit leur taux de mortalité maternelle de plus de 50 %.

71. La pneumonie et la diarrhée sont les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. En vue de lutter contre ces maladies et d'assurer le suivi de l'introduction et de la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la pneumonie et la diarrhée (GAPPD) dans la Région africaine de l'OMS, le Kenya et la Zambie ont reçu, en 2012, de nouvelles visites conjointes de suivi visant à superviser la mise en œuvre des plans d'action. Ces visites ont permis à l'OMS et aux partenaires de renforcer les capacités de recherche sur la mise en œuvre au Kenya, et de fournir un appui conjoint à la Zambie. En fin de compte, les visites ont favorisé l'élaboration de lignes directrices sur la mise en œuvre des programmes à assise communautaire de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, avec un accent marqué sur la prise en charge communautaire intégrée (iCCM).

**Figure 5 : Progrès réalisés vers l'atteinte du quatrième objectif du Millénaire pour le développement dans la Région africaine, rapports 2007 et 2012**



Source : United Nations Children's 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. New York, UNICEF 2012

72. Le plaidoyer en faveur de la santé de la femme a été amplifié par l'élaboration d'un rapport intitulé *Relever le défi de la santé de la femme en Afrique : rapport de la Commission sur la santé de la femme dans la Région africaine*. Le rapport a été lancé en décembre 2012 par Son Excellence Ellen Johnson Sirleaf, Présidente de la République du Liberia, en sa qualité de

Présidente honoraire de la Commission de la Santé de la Femme dans la Région africaine de l'OMS. Depuis lors, le rapport a été diffusé dans les pays et auprès des principaux partenaires. Les pays de la Région africaine sont invités à mettre en œuvre les recommandations pertinentes du rapport en fonction de leurs contextes particuliers.

73. L'OMS a activement soutenu les États Membres dans la mise en œuvre des recommandations de la commission de haut niveau convoquée pour promouvoir la santé de la femme et de l'enfant. Dans le cadre de la mise en œuvre des dix recommandations de la Commission de haut niveau sur l'Information et la Redevabilité en matière de Santé de la Femme et de l'Enfant (CoIA), des orientations et un appui ont été fournis à 39 pays prioritaires<sup>49</sup> sur 41 pour mener des consultations sur la CoIA auprès de parties prenantes nationales. Vingt-deux pays<sup>50</sup> ont reçu un financement catalytique et élaboré leurs feuilles de route nationales pour orienter la mise en œuvre des recommandations. À la suite des recommandations de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants, l'OMS a apporté une assistance à onze pays<sup>51</sup> pour leur permettre d'élaborer et de soumettre des propositions visant à éliminer les obstacles à l'accès à 13 produits d'importance vitale. Ces propositions sont examinées par le secrétariat de la Commission.
74. Compte tenu de l'objectif de fédérer l'ensemble des parties prenantes autour des mêmes plans, les gouvernements jouant le rôle de chef de file et les partenaires mutualisant leurs efforts autour de quelques stratégies et interventions efficaces convenues, l'OMS a fourni un appui à 13 pays<sup>52</sup> pour leur permettre de réviser leurs feuilles de route visant à accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. En outre, quatre pays<sup>53</sup> ont élaboré des stratégies pour la santé génésique et quatre autres pays<sup>54</sup> ont actualisé leurs stratégies nationales en matière de santé de l'enfant.
75. En vue de réduire la mortalité maternelle et infantile et d'aider les pays à accélérer les progrès vers l'atteinte des OMD, un accent important a été mis sur l'amélioration de la qualité des soins à travers l'élaboration des recommandations et le renforcement des capacités. À cet égard, les capacités ont été renforcées dans onze pays<sup>55</sup> en ce qui concerne l'utilisation des outils informatisés d'adaptation et de formation à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). En outre, des outils et recommandations ont été préparés et diffusés, notamment : le matériel de formation en soins prénatals focalisés; la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent/de l'adulte, conjuguée à la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement et à la prévention de la transmission mère-enfant; et le programme régional d'accélération de l'accès universel aux services de santé sexuelle et génésique.
76. Ayant pris note de la lourde charge de morbidité due au cancer du col de l'utérus et de sa contribution à la forte mortalité des femmes de la Région, l'OMS a fourni des orientations à 26 pays<sup>56</sup> concernant l'introduction du vaccin contre le papillomavirus humain (VPH) en tant que stratégie essentielle de l'approche holistique de prévention et de traitement du cancer



du col de l'utérus. Ce nouveau vaccin, qui cible les filles âgées de neuf à treize ans, peut réduire le nombre de décès imputables au cancer du col de l'utérus pendant et après les années de fécondité.

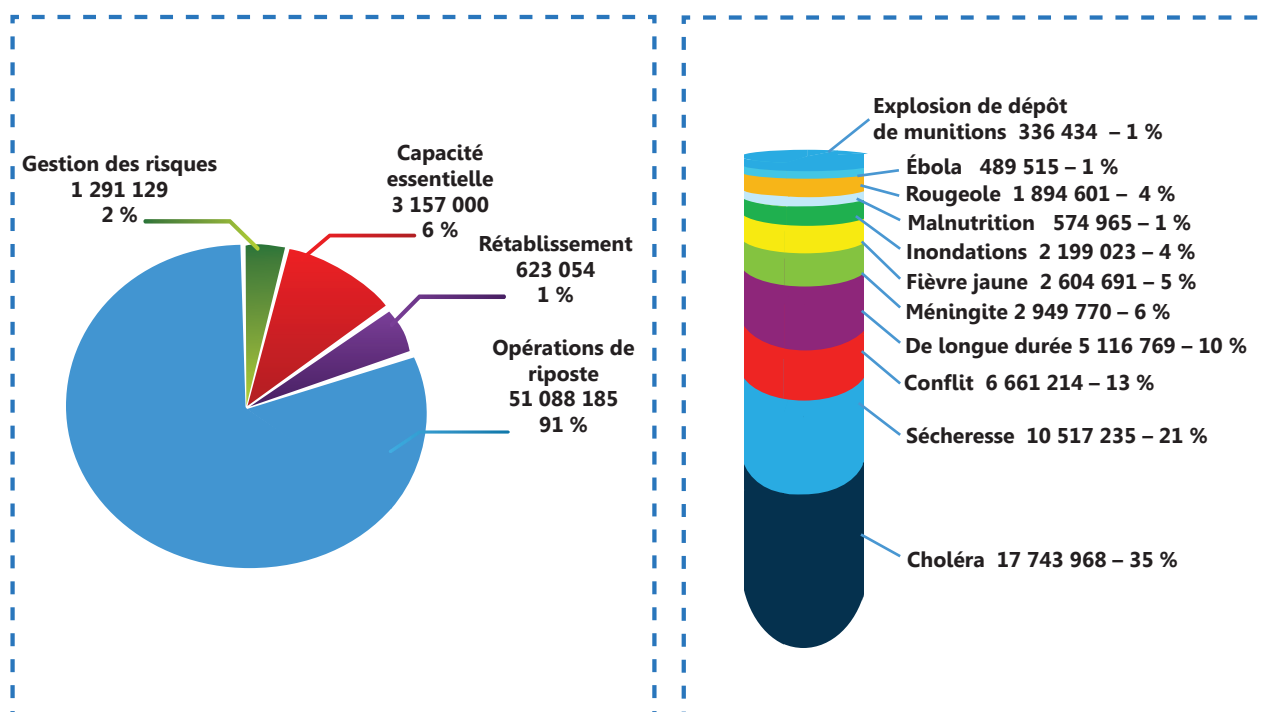
77. Au titre de l'objectif stratégique 4, l'OMS a entrepris le plaidoyer en faveur d'une modification des politiques. L'Organisation a formulé des recommandations, mis au point des outils, et renforcé les capacités des États Membres tout en leur fournissant un appui technique. Toutes ces actions visaient à réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile en vue de l'atteinte des OMD.

#### 4.5 OS5 : Situations d'urgence, catastrophes, crises et conflits

78. 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.
79. 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 interventions clés 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, l'accent n'étant plus mis exclusivement sur la riposte (figure 6), mais également sur le renforcement de la résilience nationale en ce qui concerne la prévention et la réduction des risques.
80. Entre le mois de janvier 2012 et le début d'année 2013, 17 événements importants ont été notifiés dans la Région africaine, notamment la sécheresse, des inondations, des flambées épidémiques, des conflits armés et l'explosion d'une soule à munitions. Plus de 60 millions de personnes ont été affectées par ces urgences dans 33 pays de la Région. Parmi les événements importants qui se sont produits, figurent : la crise alimentaire au Sahel, les inondations en Afrique de l'Ouest et centrale; les épidémies de choléra dans huit pays<sup>57</sup>; la fièvre hémorragique Ébola en République démocratique du Congo et en Ouganda; la fièvre de Marburg en Ouganda et la fièvre dengue aux Seychelles. Des conflits armés ont éclaté

en République centrafricaine et au Mali, et se sont prolongés en République démocratique du Congo. Une explosion d'un dépôt de munitions s'est produite à Brazzaville (Congo), avec des conséquences extrêmement graves. Ces événements, qui pourraient être classés comme liés au climat (60 %), à des flambées épidémiques (30 %), à des conflits armés (9 %) et à des accidents (1 %), ont perturbé l'activité socioéconomique et provoqué des pertes en vies humaines dans de nombreux pays affectés.

**Figure 6 : Répartition des fonds en réponse aux catastrophes avant la mise en œuvre de la stratégie de gestion des risques de catastrophe**



Source : Suivi mensuel des projets et rapports EHA par DPR/DPC de l'OMS/AFRO.

81. L'OMS a fourni aux pays affectés un appui stratégique, technique, logistique et financier pour mettre en place une riposte en cas d'urgence et sauver des vies. À titre d'exemple, l'OMS a joué un rôle essentiel dans l'élaboration d'un document-cadre stratégique visant à orienter la coordination de l'action sanitaire lors de la crise alimentaire qui a touché le Sahel. Le cadre a été utilisé pour entreprendre le plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources devant être allouées aux pays affectés. À travers les 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 l'amélioration et l'accélération des actions liées à la gestion des risques.

82. Conformément à la résolution AFR/RC62/R1, la Région africaine de l'OMS a pris la tête des efforts visant à élaborer six outils pour la mise en œuvre de la stratégie de gestion des risques de catastrophe. Ces outils comprennent le dispositif d'évaluation de la capacité des pays; l'indice de sécurité des hôpitaux; les lignes directrices pour l'évaluation et la cartographie des risques de vulnérabilité; les modes opératoires normalisés; les lignes directrices pour le cadre de rétablissement et de transition; et les compétences essentielles pour l'élaboration des modules de formation à l'intention des personnels de la santé. Les outils ont été diffusés dans les pays en vue de leur utilisation.
83. Le processus de renforcement des capacités pour la mise en œuvre de la stratégie de gestion des risques de catastrophe (GRC) a démarré en 2012. En novembre de la même année, les points focaux de 34 pays avaient obtenu des informations sur le cadre mondial d'action d'urgence et sur la stratégie régionale de gestion des risques de catastrophe, ainsi que sur une résolution y afférente. Des évaluations de la capacité des pays en matière de gestion des risques de catastrophe ont été réalisées, 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 en Tanzanie et en Ouganda.
84. 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.
85. Au titre de l'objectif stratégique 5, l'OMS a établi 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 des situations d'urgence, des catastrophes, des conflits et des autres crises humanitaires sur la santé. 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, ainsi que de la résolution AFR/RC62/R1 y afférente, et l'élaboration ultérieure des outils de mise en œuvre de la stratégie dans la Région.

#### 4.6 OS6 : Facteurs de risque pour la santé

86. L'objectif stratégique 6 porte sur les principaux facteurs de risque et sur leurs déterminants qui alourdissent la charge de morbidité des maladies non transmissibles dans la Région. Ces facteurs de risque sont le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, une alimentation déséquilibrée et la sédentarité, ainsi que des facteurs environnementaux, en particulier les produits chimiques,

les rayonnements et les contaminants alimentaires. Les déterminants de ces facteurs de risque comprennent 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, de même que les croyances et valeurs culturelles.

87. 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.
88. 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, de l'usage nocif de l'alcool et du tabagisme, et ils ont souligné l'importance du travail intersectoriel pour faire face aux principaux facteurs de risque et améliorer les résultats sanitaires pour les individus et les communautés.
89. L'OMS a poursuivi le renforcement des capacités des pays pour qu'ils puissent évaluer la charge de morbidité due aux MNT et les facteurs de risque de ces maladies dans la population, afin de planifier la prévention et le contrôle de ces maladies. Au cours de la période sous revue, la capacité nationale de surveillance par étapes des facteurs de risque des MNT a été renforcée au Lesotho, au Rwanda et en Tanzanie, portant à 34 le nombre total des 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 pays<sup>58</sup> 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.
90. Compte tenu de la nécessité de renforcer les actions intersectorielles pour agir efficacement sur les facteurs de risque des MNT, trois ateliers ont été organisés, à l'intention de 10 pays<sup>59</sup>, sur la coordination des approches intersectorielles de la prévention de l'obésité chez les enfants. Les pays participants ont bénéficié ensuite d'un appui pour commencer à élaborer des stratégies nationales de réduction de la consommation du sel et/ou de prévention de l'obésité infantile. Les participants de huit autres pays<sup>60</sup>, issus des secteurs de la santé, de la nutrition, de l'éducation et du commerce, ont reçu une formation sur les stratégies de réduction de la consommation de sel axées sur la population en utilisant une approche intersectorielle.

91. 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, cinq pays<sup>61</sup> ont participé 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 fait accroître la consommation d'alcool chez les jeunes, d'où la nécessité de renforcer la réglementation sur la promotion de l'alcool. Six pays<sup>62</sup> bénéficient d'un appui pour élaborer leurs politiques nationales en matière d'alcool, par le biais des groupes de travail multisectoriels. De même, une assistance a été apportée au Mozambique et à l'Afrique du Sud pour leur permettre d'élaborer des mesures législatives en faveur de la lutte contre l'usage nocif de l'alcool.
92. L'OMS a renforcé son appui technique aux pays pour améliorer le traitement intégré de la toxicomanie, ainsi que 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. En outre, 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.
93. 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. Dix autres pays<sup>63</sup> 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 également renforcé le respect de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans les États Membres de la Région.
94. Le Nigeria est le premier pays de la Région à avoir achevé l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes. Il ressort de cette enquête 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 pays<sup>64</sup> 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 pays<sup>65</sup> ont produit des données comparables sur la prévalence de la consommation du tabac. Actuellement, 24 pays 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.

95. Cinq pays<sup>96</sup> ont bénéficié d'un appui dans le nouveau domaine de la taxation du tabac, et deux d'entre eux, le Kenya et le Sénégal, ont accru les taxes sur les produits du tabac afin de 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 pour les cultivateurs de tabac.
96. Au titre de l'objectif stratégique 6, l'OMS a amorcé un dialogue qui a identifié l'approche intersectorielle comme un moyen de faire face à la tendance croissante à la sédentarité, à la mauvaise alimentation, à l'usage nocif de l'alcool et au tabagisme. Parallèlement, un appui a été fourni aux États Membres pour renforcer la surveillance des maladies non transmissibles et accroître les interventions, y compris la mise à disposition du traitement de la toxicomanie et de systèmes de soins.

#### 4.7 OS7 : Déterminants sociaux et économiques de la santé

97. 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, qui a été adoptée par la sixième session du Comité régional de l'OMS tenue à Malabo (Guinée équatoriale) en 2010.
98. Les activités de l'OMS au cours de la période biennale sous revue ont porté essentiellement sur la nécessité de faire prendre davantage conscience aux États Membres de l'importance d'agir 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.

99. Un appui a été fourni à onze pays<sup>67</sup> 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 afin de mobiliser les ressources techniques et financières nécessaires.
100. Pour analyser les déterminants proximaux et structurels des disparités en matière de santé au sein de chaque pays, l'OMS a fourni un appui à cinq pays<sup>68</sup>, dont trois petits États insulaires en développement, 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. Les deux autres pays, le Liberia 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 santé et d'adopter une approche de santé pour tous.
101. Une analyse a été effectuée sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des actions intersectorielles choisies, notamment l'inclusion de la santé dans toutes les politiques 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 cas<sup>69</sup> sur l'action intersectorielle. Ces produits ont été examinés par la 8<sup>ème</sup> conférence mondiale sur la promotion de la santé qui s'est tenue à Helsinki (Finlande) en juin 2013.
102. Les neuf études de cas de pays ont pris en compte les expériences de la mise en œuvre des actions intersectorielles pour agir sur les principaux déterminants des problèmes de santé publique sélectionnés. 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.
103. Pour la toute première fois, l'OMS a organisé, à l'intention des gestionnaires de programmes de neuf pays<sup>70</sup> d'Afrique centrale, un atelier d'orientation sur l'intégration de l'équité, du genre 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 fourniront des informations utiles pour un certain nombre de programmes de santé essentiels et faciliteront l'analyse de l'équité en santé.

104. 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

105. L'objectif stratégique 8 vise à promouvoir un environnement plus sain, à développer 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.

106. Au cours de la période sous revue, l'OMS a fourni un appui aux pays pour leur permettre de réaliser leurs analyses de situation et l'évaluation de leurs besoins, en vue de mettre en œuvre la Déclaration de Libreville et d'élaborer des plans d'action communs nationaux. À cet effet, 12 autres pays<sup>71</sup> ont bénéficié de l'appui technique et financier de l'OMS. Actuellement, 34 pays au total<sup>72</sup> ont amorcé ou achevé ce processus.

107. 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 à travers 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 pays<sup>73</sup>, en collaboration avec le personnel des bureaux de pays de l'OMS, ont été formés à l'utilisation de ce système HELDS.

108. 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.

109. En outre, des informations détaillées sur les projets intersectoriels sur la santé et l'environnement portant sur les OMD ont été recueillies dans six pays<sup>74</sup>. 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.



110. 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). Avec l'appui technique de l'OMS, le Canada, l'Allemagne, la Norvège et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ont financé la mise en œuvre de projets d'adaptation au changement climatique, et celle de projets d'adaptation de la santé, conformément aux plans convenus. Ces projets visent à renforcer la résilience au changement climatique dans les domaines de l'eau et de l'assainissement, de la nutrition et des maladies à transmission vectorielle.
111. 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 mis en place par l'Union africaine.
112. L'OMS a intensifié ses efforts visant à mobiliser des ressources financières afin de soutenir des projets spécifiques liés à la santé et à l'environnement au niveau des pays. Une «Approche stratégique pour stimuler les investissements sur les liens entre la santé et l'environnement en tant que contribution au développement durable» a fait l'objet d'un essai pilote 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 porter à l'échelle la couverture des interventions sur la santé et l'environnement.
113. En 2012, l'OMS a publié le rapport d'ONU-Eau intitulé «Analyse et évaluation mondiales sur l'assainissement et l'eau potable» (GLAAS), sur la base des données produites par 74 pays en développement, dont 35 de la Région africaine. Il ressort de ce rapport 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.
114. En collaboration avec l'UNICEF, l'OMS a publié le rapport 2013 sur le Programme commun de surveillance de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, en se fondant sur les données de 2010. Le rapport a montré que l'accès à l'eau potable s'est amélioré légèrement dans la Région, passant de 62 % en 2008 à 63 % en 2011. Il est également ressorti de ce rapport

que la couverture des zones rurales en eau potable (52 %) est nettement inférieure à celle des zones urbaines (85 %). De même, l'utilisation d'installations d'assainissement améliorées est passée de 33 % à 34 % au cours de la même période, une fois encore avec de grandes disparités entre les zones urbaines (47 %) et les zones rurales (26 %).

115. 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

116. L'objectif stratégique 9 vise à 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 dans la Région. En 2011, la malnutrition était, selon les estimations, 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'Ouest<sup>75</sup> enregistrant la prévalence la plus élevée d'enfants présentant un retard de croissance.
117. En vue de contribuer à l'atteinte de l'ODM 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 à travers la fourniture d'une assistance pour la révision des plans stratégiques nationaux d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) au Botswana, en République centrafricaine et au Tchad, et à travers les activités de renforcement des capacités en matière d'ANJE dans quatre autres pays<sup>76</sup>. Six pays<sup>77</sup> ont bénéficié d'un soutien 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 leur permettre d'adopter des lois nationales visant à créer un environnement propice à l'allaitement optimal, appliquant ainsi le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
118. En partenariat avec d'autres acteurs clés à travers l'Équipe des directeurs régionaux (RDT) pour l'Afrique de l'Ouest et centrale, l'OMS a examiné 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 pays<sup>78</sup> ont adopté les lignes directrices. Le Cap-Vert et le Mali ont participé au projet conjoint des agences 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'activité physique.

119. 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 leur permettre de renforcer leurs systèmes de surveillance de la nutrition. À cet égard, 10 pays<sup>79</sup> ont mis en œuvre 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.
120. 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 élaborant deux manuels, notamment *La surveillance intégrée des maladies d'origine alimentaire dans la Région africaine et Comment élaborer des politiques et des plans stratégiques de sécurité alimentaire*. Le premier manuel a été utilisé pour former des techniciens des secteurs de l'agriculture et de la santé de quatre pays<sup>80</sup> à la surveillance des maladies d'origine alimentaire. En outre, le concept des *Cinq clés pour des aliments plus sûrs*<sup>81</sup> a été mis en œuvre dans sept pays<sup>82</sup>, 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<sup>83</sup>.
121. 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 des approvisionnements alimentaires, de renforcer la sécurité alimentaire et de consolider leurs systèmes de surveillance de la nutrition.

#### 4.10 SO10 : Services de santé

122. 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 et des recherches fiables et accessibles, ainsi que sur les systèmes d'information sanitaire. Les mesures prises découlent des Orientations stratégiques pour l'OMS 2010–2015 dans la Région africaine, 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.
123. Un appui technique a été fourni à six autres pays<sup>84</sup> 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'OMS<sup>85</sup>, portant 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.

124. 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 pays<sup>86</sup> 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 donné une vue d'ensemble des dépenses nationales de santé dans tous les pays et permis d'effectuer des comparaisons entre pays. Dans 26 pays<sup>87</sup>, des capacités ont été renforcées concernant la méthodologie d'établissement des comptes nationaux de la santé. 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 pays<sup>88</sup> qui ont commencé à mettre en œuvre les interventions visant à assurer la couverture sanitaire universelle.
125. Une feuille de route pour accroître les effectifs sanitaires dans la Région africaine (2010–2015) a été préparée et adoptée par le Comité régional. Pour faire face à la grave pénurie de personnels de santé et atténuer son impact sur la prestation des services sanitaires, l'OMS a fourni un appui à sept États Membres<sup>89</sup> pour qu'ils puissent formuler des politiques et plans stratégiques nationaux sur les ressources humaines pour la santé. Des observatoires nationaux de ressources humaines pour la santé ont été créés dans six pays<sup>90</sup>. En collaboration avec les associations et organismes professionnels de la Région, ainsi que les institutions universitaires et les communautés économiques régionales, un cadre de réglementation professionnelle a été mis en place pour favoriser une approche commune de réglementation et de formation des personnels infirmiers et obstétricaux dans la Région.
126. La base de données intégrée, ainsi que 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 au total et un profil régional ont été ajoutés au portail de l'Observatoire africain de la Santé<sup>91</sup>. L'Ouganda et l'Éthiopie ont élaboré des stratégies et politiques nationales en matière de cybersanté. Le Cap-Vert, le Congo et la Sierra Leone se sont dotés d'observatoires nationaux de la santé (ONS). Une résolution sur les ONS a été adoptée par la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique afin de soutenir les systèmes nationaux d'information sanitaire.
127. Quatre atlas statistiques de pays<sup>92</sup> 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, les Atlas des statistiques sanitaires africaines 2012 et 2013 ont été produits et largement diffusés dans les pays de la Région, et recèlent des informations susceptibles d'éclairer la prise de décision.

128. Le Réseau de politiques reposant sur des bases factuelles (EVIPNet), plateforme de traduction des connaissances de l’OMS dans sept pays, a encouragé la recherche et la collecte de bases factuelles qui ont infléchi les changements des politiques nationales sur des pratiques d’importance en santé publique. Le Comité consultatif africain pour la recherche et le développement en santé (AACHRD) a été reconstitué et prodigue de précieux conseils en matière de recherche sur le programme d’action sanitaire dans la Région africaine de l’OMS. Au cours de la réunion de l’AACHRD tenue en 2012 dans la ville du Cap, l’Afrique du Sud a insisté sur la nécessité pour la Région de conjuguer les efforts afin de renforcer la recherche et l’innovation, en tant que principaux piliers de la santé, de l’équité et du développement. Ce pays a également pris l’engagement d’abriter et de financer la prochaine réunion d’un forum africain annuel sur la recherche destiné à approfondir le débat sur ce sujet.
129. 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, pour 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

130. 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, à travers un appui technique et des orientations politiques pour l’élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politiques et stratégies nationales exhaustives.
131. En vue de contribuer à l’amélioration de la disponibilité, de la qualité et de l’utilisation rationnelle des médicaments essentiels, six pays<sup>93</sup> 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, tandis que le Zimbabwe a élaboré 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).
132. 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), une initiative mondiale axée sur l’amélioration de l’accès aux médicaments de qualité dans les pays en développement grâce au renforcement de la transparence et de l’imputabilité dans le secteur pharmaceutique.

133. L'OMS et le PNUD ont fourni un appui à la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), via 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). Cela permettra aux États Membres d'actualiser leurs politiques et réglementations nationales, et d'utiliser au maximum les opportunités fournies par les flexibilités des ADPIC pour améliorer l'accès aux médicaments. De même, l'OMS a fourni un appui aux communautés économiques régionales<sup>94</sup> de l'Afrique de l'Ouest, centrale, australe et de l'Est en ce qui concerne la mise en œuvre de l'Initiative en faveur de l'harmonisation de l'homologation des médicaments en Afrique. Le Directeur régional 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.
134. Sous la coordination de l'OMS, les lignes directrices et outils importants ci-après ont été examinés et finalisés par des groupes multidisciplinaires d'experts : a) le cadre régional pour la réglementation des tradipraticiens de santé, des pratiques et produits de la médecine traditionnelle; b) le cadre régional de collaboration entre les tradipraticiens de santé et les praticiens de la médecine conventionnelle; et c) un outil pour documenter les pratiques de la médecine traditionnelle. Ces outils éclairent les pays, en les guidant dans la mise en œuvre de leurs politiques et stratégies nationales de médecine traditionnelle.
135. 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. Grâce au concours de l'OMS, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé a élaboré la pharmacopée à base de plantes médicinales pour la sous-région de la CEDEAO afin de guider l'harmonisation des spécifications techniques et des normes de contrôle de la qualité.
136. Quarante-trois pays ont adopté des politiques nationales sur les laboratoires et la sécurité transfusionnelle. Sur ces 43 pays, six ont adopté des politiques au cours de la présente période biennale<sup>95</sup>, ce qui leur a permis de réaliser des progrès en qualité et en quantité en ce qui concerne les 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. Il ressort de l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la sécurité transfusionnelle que la situation de la transfusion sanguine est connue dans 37 pays, et que plus de 80 % de dons de sang sont volontaires et gratuits dans 21 pays<sup>96</sup>. Des programmes de renforcement des capacités en termes de sécurité des injections ont été lancés dans 20 pays<sup>97</sup>.

137. Les directives de l'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 leur mise en œuvre. En 2012, 32 laboratoires de huit pays<sup>98</sup> appliquaient le processus SLIPTA et trois laboratoires de santé publique avaient déjà été accrédités en Tanzanie, au Togo et en Ouganda. Vingt experts de laboratoire travaillant aussi bien dans des laboratoires vétérinaires que dans des laboratoires de santé publique de huit pays d'Afrique centrale<sup>99</sup> ont reçu une formation aux normes ISO 15189.
138. Des responsables de la biosécurité au Rwanda, au Sénégal et en Zambie 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. L'Érythrée a bénéficié d'un appui pour élaborer ses directives générales sur les services de laboratoire, ainsi que ses protocoles de procédure à différents niveaux des établissements de santé. Avec l'appui de l'OMS et des CDC, le Centre africain d'entretien des équipements de laboratoire (ACLEM) d'Enugu (Nigeria), a été créé en tant que centre d'excellence pour assurer l'entretien, la certification et les services de réparation des installations de biosécurité.
139. Les lignes directrices de l'OMS 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 pays<sup>100</sup>. En conséquence, ces pays ont maintenant 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 dans 20 pays<sup>101</sup> a été organisée pour faire comprendre cette notion et intensifier les interventions dans ce domaine.
140. 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). La capacité de 21 États Membres<sup>102</sup> à contrôler les essais cliniques de vaccins a également été renforcée. Ainsi, sept pays<sup>103</sup> assurent aujourd'hui le contrôle éthique et réglementaire, ainsi que la sécurité des participants à l'essai clinique de phase 3 du vaccin contre le paludisme.
141. 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

142. 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.
143. Le Directeur régional a poursuivi son plaidoyer en faveur de l'accroissement de l'investissement dans le renforcement des systèmes nationaux de santé afin de promouvoir la santé. À ce titre, il a effectué des missions de haut niveau dans 13 pays de la Région et à l'étranger. Il a également participé à 10 conférences internationales afin de sensibiliser la communauté internationale aux besoins, priorités et stratégies de la Région en matière de santé, et sur l'appui que l'OMS fournit à ses États Membres. Ces conférences étaient axées autour de 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.
144. Les chefs de bureaux de pays de l'OMS dans tous les pays de la Région ont mis l'accent sur la santé en tant que 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'effectivité, l'harmonisation et la conformité de l'aide, les Représentants de l'OMS ont fourni leur appui à la coordination des partenaires au développement sanitaire, sous l'égide des ministères de la Santé. Ils ont par ailleurs été à l'avant-garde de la mise en œuvre des programmes de santé publique au sein des équipes de pays des Nations Unies, et ont veillé à ce que les programmes et cadres des Nations Unies pour l'aide au développement reflètent les priorités sanitaires nationales. Les programmes menés conjointement avec d'autres institutions du système des Nations Unies dans 21 pays ont conduit à une amélioration de la cohérence de l'action des Nations Unies en matière de santé.
145. La réforme en cours de l'OMS, qui met l'accent sur la réponse aux besoins des pays, souligne l'importance de la Stratégie de Coopération de l'OMS 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-huit pays pour qu'ils révisent leurs documents de SCP. Quarante-six bureaux de pays ont été restructurés pour accroître plus d'efficacité et pour renforcer 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.



146. Une évaluation des activités des équipes d'appui interpays de l'OMS a été effectuée en 2012. Les principales recommandations, toutes mises en œuvre, comprennent le renforcement de la capacité des équipes d'appui interpays à accélérer l'appui technique fourni aux pays; la dotation de ces équipes en personnel suffisant pour faire face aux besoins des pays; le renforcement des capacités des administrateurs de programmes nationaux; la prise de mesures pour que l'externalisation d'activités à des consultants soit d'un bon rapport coût-efficacité; et une meilleure coordination des missions programmées dans les pays.
147. La soixante-deuxième session du Comité régional a longuement planché sur la réforme en cours de l'OMS et adopté des résolutions de santé publique concernant la gestion des risques de catastrophe; l'accélération de la lutte contre le VIH/sida; la feuille de route pour accroître l'effectif des ressources humaines pour la santé; la stratégie de promotion de la santé; le renforcement des systèmes nationaux d'information sanitaire à travers 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 et accédé à la demande de transfert de la République du Soudan du Sud vers la Région africaine de l'OMS. Cette demande de transfert a été acceptée par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.
148. 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. 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 a augmenté de 12 % entre 2011 et 2012. L'OMS a établi sa présence sur des médias sociaux comme *Twitter* et *YouTube*, et ces plateformes ont été utilisées pour fournir plus d'informations sur les activités de l'Organisation dans la Région. Les capacités des personnels des bureaux de pays et du Bureau régional en matière de communication ont été renforcées par le biais de la formation.
149. Un réseau de chargés de la communication a été institué pour accroître les capacités d'intervention rapide et d'appui aux pays en cas d'urgence de santé publique ou de catastrophes humanitaires. Les interventions de ce réseau contribueront à sensibiliser davantage les populations touchées par des flambées épidémiques et des situations d'urgence de façon à limiter la propagation des maladies et des autres risques sanitaires.
150. L'Organisation a continué de renforcer et de diversifier les partenariats avec des organisations bilatérales telles que l'USAID, les CDC, l'ACDI, le DFID et la Coopération française, 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 et Melinda Gates, Rotary, Hewlett), en vue d'assurer une meilleure santé aux populations africaines. Des partenariats avec la société civile, des ONG, le secteur privé et des institutions académiques ont été créés et/ou renforcés.

151. L'OMS a dirigé et coordonné l'action 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 afin d'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, un cadre qui guidera l'action des pays et des partenaires dans l'accélération des progrès vers la couverture sanitaire universelle.
152. À la suite 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, qui avait pour but d'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.
153. 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.
154. 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; contribué à l'amélioration de la coordination entre les partenaires au développement sanitaire; fourni une assistance aux pays pour la révision de leurs documents de stratégie de coopération; évalué les performances des équipes d'appui interpays; organisé avec succès la soixante-deuxième session du Comité régional, qui a adopté d'importantes stratégies de santé publique; produit et diffusé des documents d'information sur ses activités.

### 4.13 OS13 : Une OMS efficiente et efficace

155. L'objectif stratégique 13 vise à apporter un appui efficient et efficace aux programmes techniques en vue de l'atteinte des résultats escomptés. Cet appui est fourni dans des domaines opérationnels, 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.
156. En ce qui concerne la planification, le Secrétariat a collaboré avec les 56 centres budgétaires afin d'améliorer la gestion des plans de travail au niveau des bureaux de pays de l'OMS, des équipes d'appui interpays et du Bureau régional. Quatre-vingt-quatorze membres du personnel ont été formés pour étendre l'utilisation du cadre de gestion axé sur les résultats. Cela a amélioré l'efficacité de la gestion des plans de travail grâce à l'utilisation du Système mondial de gestion (GSM), et conduit à des résultats plus mesurables, qui, entre autres, renforcent la redevabilité de l'OMS.
157. La revue à mi-parcours effectuée en 2012 a montré que les plans de travail ont été mis en œuvre et gérés de façon harmonieuse. En outre, les rapports mensuels de suivi de l'exécution budgétaire ont renforcé le contrôle de l'exécution du budget programme. La reprogrammation de plans de travail a été simplifiée pour permettre aux centres budgétaires d'aligner les fonds disponibles sur les coûts planifiés, et, le cas échéant, sur les allocations budgétaires ajustées.
158. En 2012, la Région africaine a contribué à la production des états financiers à l'échelle de l'Organisation, qui, pour la toute première fois, sont en adéquation avec les normes comptables internationales du secteur public (IPSAS). Il s'agit là d'une avancée notable, dans la mesure où la conformité des états financiers aux normes IPSAS améliore la transparence et l'imputabilité, et permet d'établir des rapports financiers de meilleure qualité.
159. Les principaux comptes bancaires et plus de 270 comptes d'avance de la Région ont été apurés, ce qui constitue une amélioration par rapport aux années précédentes. Les obligations de l'Organisation vis-à-vis du personnel et des fournisseurs de biens et services sont à jour, et la migration des actifs courants et à long terme de la Région vers le GSM a été effectuée à plus de 90 % à la fin de la période sous revue.
160. La gestion des coûts du personnel dans les plans de ressources humaines et dans l'affectation des dépenses aux sources de financement appropriées s'est nettement améliorée. Les procédures de placement des fonds dans les comptes bancaires des bureaux de pays en vue de l'exécution des programmes en temps voulu ont été révisées. Le réapprovisionnement des comptes d'avance s'est amélioré, de sorte que les excédents ne restent pas oisifs et que le coût des transactions est maintenu à un niveau bas. Le Bureau régional a pu éponger les arriérés de demandes de remboursement de frais d'assurance du personnel et régler les contributions pendantes aux fins de la pension.

161. En ce qui concerne la gestion des ressources humaines, le processus de réduction des effectifs amorcé en 2011 s'est ralenti en 2012 en dépit de la persistance du déficit financier. Depuis le début de la période biennale 2012–2013, la fonction de la gestion des ressources humaines a essentiellement axé son activité sur la mise en œuvre de la nouvelle structure de gestion au Bureau régional, dans les équipes d'appui interpays et dans les bureaux de pays. L'évaluation du rendement des ressources humaines à travers la Région s'est améliorée à la suite du lancement du Système de gestion et de développement des prestations du personnel (PMDS) électronique, un outil plus simple d'évaluation des performances du personnel.
162. Des contributions ont été faites dans la mise en œuvre du programme de réforme de l'OMS pour ce qui concerne les conditions d'engagement du personnel, en vue d'un meilleur alignement des pratiques contractuelles sur la situation financière de l'Organisation. De même, des centaines de personnels ont été formés au niveau régional pour accroître leurs capacités à effectuer des tâches de gestion des ressources humaines et autres dans le GSM.
163. Les équipes régionales travaillent avec le Siège de l'OMS pour assurer la migration vers la gestion centrale des postes de travail et de la messagerie électronique dans la Région africaine. Cette intégration et cette mutualisation des services devraient réduire les coûts de maintenance des technologies de l'information et permettre au personnel de remplir des fonctions plus analytiques.
164. La rénovation de l'infrastructure des TIC est en cours au Bureau régional, en particulier le déploiement d'un réseau sans fil dans le périmètre du Bureau régional. Des murs pare-feu sont aménagés partout, avec pour corollaires l'amélioration de la sécurité et la protection de la bande passante. De nouveaux outils comme «GoToMeeting» ont été introduits pour renforcer la collaboration des membres du personnel.
165. Les services administratifs et logistiques ont fourni un appui efficace aux conférences et aux réunions statutaires organisées en cours d'année, notamment les soixante-deuxième et soixante-troisième sessions du Comité régional. La traduction et l'interprétation ont été assurées dans les trois langues de la Région, et les services d'impression et de documentation ont fourni les prestations escomptées.
166. Des investissements ciblés dans les infrastructures ont amélioré les conditions de vie et de travail de membres du personnel et de leurs familles, en dépit des ressources budgétaires limitées. La sécurité physique a été renforcée au Bureau régional par l'amélioration des barrières du périmètre et l'installation de caméras de surveillance.
167. Le suivi et l'évaluation de la situation rapidement changeante et des degrés de menace qui prévalent dans plusieurs bureaux de pays sont en cours. Les bureaux de pays de l'OMS du Burkina Faso, du Mali et du Nigeria ont obtenu un appui financier pour se conformer aux normes minimales de sécurité opérationnelle (MOSS).

## 5. PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE RÉOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL

168. 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

169. 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.

170. Au 31 décembre 2012, 25 pays<sup>104</sup> de la Région africaine avaient élaboré des stratégies et/ou des plans stratégiques sur la santé de l'adolescent. Un projet de rapport régional sur la situation de la santé de l'adolescent dans la Région africaine de l'OMS a également été préparé en 2012. Des instruments, des lignes directrices et des normes pour la mise en place de services de santé adaptés aux adolescents ont été mis au point. Des analyses de situation et évaluations de la couverture ont été effectuées dans le cadre du renforcement des capacités dans cinq pays<sup>105</sup>. Des orientations ont été données aux pays pour qu'ils introduisent le vaccin contre le papillomavirus humain en tant qu'élément clé de l'approche globale de prévention et contrôle du cancer du col de l'utérus.

### 5.2 AFR/RC58/R1 – Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Appel à l'action

171. 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.

172. 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 Liberia, en sa qualité de Présidente honoraire de la Commission.
173. Ce rapport est distribué aux pays et aux principaux partenaires lors de réunions continentales et de fora internationaux.

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

174. 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 question de survie de l'enfant, dans le contexte des systèmes de prestation des soins de santé.
175. 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<sup>106</sup> 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<sup>107</sup>.
176. 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. Toujours en 2011, 13 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-quatre pays enregistrent des progrès, certes insuffisants; et 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

177. 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.

178. Un plan d'action pour la mise en œuvre du Cadre en Afrique pour la période 2012–2016 a été élaboré et entériné par 38 États Membres. Un comité consultatif scientifique et technique a été créé et s'est déjà réuni une fois. Des évaluations de la vulnérabilité au changement climatique et des activités de mobilisation de ressources ont été entreprises. L'OMS a participé aux 17<sup>ème</sup> et 18<sup>ème</sup> Conférences des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur le changement climatique.

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

179. 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 (Nigeria) 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 % avec 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.
180. Un total de 24 États Membres de la Région africaine représentant une population totale de près de 300 millions d'enfants de moins de cinq ans ont effectué au moins deux cycles d'activités de vaccination supplémentaires (AVS). Quatre pays<sup>108</sup> ont préparé et mettent résolument en œuvre leurs plans nationaux d'urgence pour l'éradication de la poliomyélite, avec l'appui de l'OMS. L'implication des autorités politiques, des chefs traditionnels et des responsables religieux aux niveaux national et infranational, ainsi que l'attention accrue portée à la promotion d'une

microplanification de qualité, à la formation et à l'encadrement des équipes de vaccinateurs, tout comme à l'adoption d'activités innovantes de mobilisation sociale et de communication, ont permis d'améliorer la qualité des AVS. L'accent mis sur une responsabilisation accrue des parties prenantes clés, en particulier au niveau opérationnel dans les zones présentant les risques les plus élevés, a également contribué à une meilleure qualité des activités prioritaires d'éradication de la poliomyélite dans ces zones, notamment sur le plan de la vaccination et de la surveillance.

181. 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 128 cas notifiés dans trois États Membres en 2012. Les trois États Membres de la Région africaine (Angola, République démocratique du Congo et Tchad) où la transmission du poliovirus a été rétablie ont pu interrompre cette transmission<sup>109</sup>. Seize États Membres ont atteint la cible d'un taux de couverture d'au moins 90 % par le vaccin antipoliomyélitique oral de type 3, tandis que 32 États Membres ont atteint la cible d'un taux de détection des paralysies flasques aiguës non poliomyélitiques d'au moins 2 pour 100 000 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

182. 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 à produire de manière spécifique des données démographiques fiables et actualisées pour assurer le suivi de la couverture vaccinale contre la rougeole.
183. Trente<sup>110</sup> pays ont bénéficié d'un appui 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 \$14,9 millions a été mobilisée localement dans 12 États Membres<sup>111</sup> pour financer les AVS de suivi en 2012, année au cours de laquelle 37 927 595 enfants ont été vaccinés. Un appui a été fourni à neuf<sup>102</sup> de ces 12 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 disponibilité de moustiquaires imprégnées d'insecticide.



184. À la fin d'année 2012, huit<sup>112</sup> États Membres (soit 17 % des pays de la Région) avaient atteint la cible d'au moins 95 % de couverture par le vaccin 1 contenant une valence rougeole, dans le cadre de la vaccination systématique. Dix des 12 pays<sup>113</sup> (83 %) qui ont organisé des AVS de suivi ont atteint un taux de couverture de 95 %. L'incidence confirmée de la rougeole a été réduite à moins de un cas par million d'habitants dans dix-sept<sup>114</sup> des 44 États Membres (39 %) qui avaient déclaré appliquer des systèmes de surveillance basés sur des cas. Sur ces 44 États Membres ayant transmis des rapports, vingt-deux<sup>115</sup>, soit 52 % d'entre eux, ont atteint les deux cibles relatives à la qualité de la surveillance de la rougeole (c'est-à-dire un taux d'incidence des maladies fébriles autres que la rougeole d'au moins 2 pour 100 000 habitants, et au moins 80 % des districts qui notifient au moins un cas suspecté de rougeole par an).

## 6. DÉFIS, CONTRAINTES ET LEÇONS APPRISSES

### 6.1 Défis et contraintes

185. Le principal défi auquel sont confrontés le Secrétariat de l'OMS et les États Membres dans la mise en œuvre du budget programme est de savoir comment porter à l'échelle les interventions efficaces disponibles et contribuer ainsi aux résultats sanitaires escomptés au regard de la faiblesse des systèmes de santé et de la crise financière internationale qui a affecté certains programmes prioritaires.
186. 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, 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 véritable défi consiste à pérenniser les acquis.
187. Des troubles sociopolitiques et des guerres sont survenus en République centrafricaine, au Mali et au Nigeria, provoquant des pertes en vies humaines, des traumatismes, des déplacements de population et la destruction d'infrastructures, dont 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 du 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.
188. 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 de transaction.

189. Les autres contraintes auxquelles l'OMS est 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, ainsi que des variations dans les coûts de transaction 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

190. 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 aident conjointement les pays à 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.
191. La collaboration avec les institutions du système des Nations Unies et d'autres partenaires à travers 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 par 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 qui devrait être adopté au cours de la soixante-troisième session du Comité régional au titre des efforts de lutte contre les MTN.

192. 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 faire face aux priorités de la Région en matière de santé.
193. 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 l'utilisation accrue des technologies de communication, 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 et poursuivies aux niveaux national, sous-régional et régional.
194. 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 financier engagé avec les partenaires dans le contexte du financement de la mise en œuvre du budget programme devrait améliorer à la fois le financement et l'efficacité de l'OMS.

## 7. CONCLUSION

195. 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 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 de mortalité infantile et maternelle. Les priorités émergentes telles que les maladies non transmissibles ont été prises en compte, et des efforts supplémentaires ont été déployés afin de renforcer les systèmes de santé.
196. 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.
197. En conclusion, l'action de l'OMS a permis, à travers 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. 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 s'inspirant des 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**

01	Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.
02	Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.
03	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.
04	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.
05	Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.
06	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.
07	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.
08	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.
09	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 US \$000)**

OS	Bureau régional/IST			Bureaux de pays			Bureaux de pays		
	AC	VC	Total	AC	VC	Total	AC	VC	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
<b>Total</b>	<b>76 672</b>	<b>296 472</b>	<b>373 144</b>	<b>132 928</b>	<b>586 994</b>	<b>719 922</b>	<b>209 600</b>	<b>883 466</b>	<b>1 093 066</b>

## NOTES DE FIN DE DOCUMENT

1. Tous les pays, à l'exception du Burkina Faso, du Cap-Vert, des Comores, de la Gambie, de la Guinée-Bissau, du Lesotho, du Mali, de la Mauritanie, du Mozambique, de la Namibie et du Rwanda.
2. Afrique du Sud, Bénin, Burundi, Cameroun, Éthiopie, Gambie, Kenya, Malawi, Mali, Rwanda, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Sierra Leone.
3. Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Liberia, Mali et Sierra Leone.
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, Nigeria, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Tchad.
6. Burundi, Cameroun, Érythrée, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Namibie, Niger, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Tchad, Zambie et Zimbabwe.
7. Angola, Éthiopie, Guinée, Madagascar et Niger.
8. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Lesotho, Liberia, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
9. Bénin, Cameroun, Ghana, Nigeria, Sénégal, Soudan du Sud et Tchad.
10. Vaccin antipneumococcique conjugué (Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burundi, Cameroun, Congo, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Tanzanie, Zimbabwe); vaccin antirotavirus (Afrique du Sud, Botswana, Ghana, Malawi, Rwanda, Tanzanie et Zambie).
11. Burkina Faso, Cameroun, Congo, République démocratique du Congo, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Ouganda, République centrafricaine, Seychelles, Tanzanie, Tchad et Zimbabwe.
12. Cameroun, Ghana, Guinée, Seychelles, Ouganda, République centrafricaine, Tchad et Zimbabwe.
13. Éthiopie, Mali, Soudan du Sud et Tchad.
14. Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
15. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
16. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Éthiopie, Gabon, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Togo, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.
17. Botswana, Burkina Faso, Éthiopie, Gabon, Ghana, Malawi, Namibie, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Togo, Zambie et Zimbabwe.
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, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Swaziland, Tchad, Zambie et Zimbabwe.
20. Afrique du Sud, Botswana, Ghana, Namibie, Swaziland et Zambie.
21. Botswana, Namibie, Rwanda, Swaziland et Zambie.
22. Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Éthiopie, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal et Zimbabwe.



23. Rapport 2012 sur la tuberculose dans le monde.
24. Angola, Botswana, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Tanzanie et Zambie.
25. Algérie, Bénin, Burundi, Comores, Érythrée, Gambie, Ghana, Kenya, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tanzanie et Zambie.
26. Côte d'Ivoire, Érythrée, Ghana, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Mozambique, Nigeria, Swaziland, Sénégal et Zimbabwe.
27. <http://www.alma2015.org/alma-scorecard-accountability-and-action>.
28. Botswana, Burundi, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Tchad et Zimbabwe.
29. Bénin, Burundi, Cameroun, Comores, Ouganda, Kenya, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Tchad et IST/ESA.
30. Bénin, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana et Sierra Leone.
31. Afrique du Sud, Botswana, Cap-Vert, Namibie, Swaziland, Tanzanie (Zanzibar) et Zimbabwe.
32. Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap-Vert, Érythrée, Madagascar, Namibie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Swaziland, Tanzanie et Zambie.
33. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Madagascar, Mali, Mozambique, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Soudan du Sud, Swaziland, Tanzanie et Zimbabwe.
34. [http://www.who.int/malaria/publications/atoz/smc\\_policy\\_recommendation\\_en\\_032012.pdf](http://www.who.int/malaria/publications/atoz/smc_policy_recommendation_en_032012.pdf).
35. [http://www.who.int/malaria/test\\_treat\\_track/en/](http://www.who.int/malaria/test_treat_track/en/).
36. Côte d'Ivoire, Éthiopie, Guinée équatoriale, Liberia, Malawi, Mozambique, Nigeria, République centrafricaine, Tanzanie et Togo.
37. Angola, Bénin, Congo, Côte d'Ivoire, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigeria, République démocratique du Congo et Sénégal.
38. 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.
39. Algérie, Bénin, Burkina Faso, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Guinée équatoriale, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Namibie, Niger, Nigeria, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe et Zambie.
40. Afrique du Sud, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda et Sierra Leone.
41. Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée et Sierra Leone.
42. Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Mali, Niger, Sénégal et Togo.
43. Burkina Faso, Mozambique, Niger, Tanzanie et Zimbabwe.
44. Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Mozambique et Rwanda.
45. Bénin, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Sierra Leone et Togo.
46. «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.
47. Algérie, Botswana, Cap-Vert, Éthiopie, Liberia, Madagascar, Malawi, Maurice, Niger, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles et Zambie.
48. 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 %).
49. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie et Zimbabwe.
50. Angola, Bénin, Botswana, Cameroun, Comores, Congo, Éthiopie, Guinée, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Niger, Nigeria, Rwanda, Ouganda, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Tanzanie (continentale), Togo et Zimbabwe.
51. Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Guinée, Kenya, Lesotho, Malawi, Ouganda, République démocratique du Congo, Swaziland et Tanzanie.

52. Burkina Faso, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Mali, Niger, Swaziland, Tanzanie, Tchad et Zambie.
53. Angola, Burundi, Nigeria et Swaziland.
54. Burundi, Comores, Lesotho et Malawi.
55. Afrique du Sud, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Ouganda, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
56. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Gambie, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
57. Congo, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo et Sierra Leone.
58. Ghana, Kenya, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
59. Botswana, Ghana, Kenya, Lesotho, Maurice, Namibie, Seychelles, Togo, Zambie et Zimbabwe.
60. Afrique du Sud, Éthiopie, Ghana, Kenya, Maurice, Namibie, Nigeria et Seychelles.
61. Burundi, Kenya, Malawi, Namibie et Zambie.
62. Ghana, Lesotho, Malawi, Namibie, Zambie et Zimbabwe.
63. Burkina Faso, Congo, Ghana, Guinée, Madagascar, Mali, Niger, Rwanda, Seychelles et Togo.
64. Côte d'Ivoire, Kenya, Mozambique, Niger, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal et Zambie.
65. Afrique du Sud, Côte d'Ivoire, Namibie, Ouganda et Zambie.
66. Ghana, Kenya, Sénégal, Ouganda et Zambie.
67. Botswana, Cameroun, Guinée équatoriale, Kenya, Madagascar, Namibie, Ouganda, Sénégal, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.
68. Liberia, Madagascar, Maurice, Sao Tomé-et-Principe et Seychelles.
69. Botswana, Kenya, Lesotho, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Swaziland et Zimbabwe.
70. Burundi, Cameroun, Congo, Gabon, Guinée équatoriale, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad et Sao Tomé-et-Principe.
71. Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée, Namibie, Niger, Rwanda, Sénégal, Seychelles et Togo.
72. 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, Nigeria, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie et Togo.
73. Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Guinée, Kenya, Lesotho et Mali.
74. Éthiopie, Gabon, Kenya, Lesotho, Mali et Sierra Leone.
75. 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).
76. République centrafricaine, Tanzanie, Tchad et Zambie.
77. Cameroun, Guinée-Bissau, Kenya, Malawi, Sierra Leone et Zimbabwe.
78. Angola, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, Sierra Leone, Tanzanie et Tchad.
79. Burkina Faso, Éthiopie, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
80. Comores, Madagascar, Maurice et Seychelles.
81. Cinq clés pour des aliments plus sains - [www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual\\_keys.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys.pdf).
82. Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Mali, Maurice, Tchad et Togo.
83. Côte d'Ivoire, Gambie, Mali, Mauritanie, Niger et Sénégal.
84. Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambie, Kenya, Liberia et Sierra Leone.
85. Afrique du Sud, Angola, Botswana, Cap-Vert, Comores, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Lesotho, Liberia, Namibie, République centrafricaine, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal et Swaziland.
86. Burkina Faso, Cap-Vert, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Liberia, Mauritanie, Mozambique, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Zambie.
87. Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Liberia, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Seychelles, Sierra Leone, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.

88. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Liberia, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Tchad et Zambie.
89. Burundi, Guinée-Bissau, Mali, Mozambique, Ouganda, Sénégal et Zambie.
90. Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Nigeria et Sénégal.
91. Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Guinée équatoriale, Liberia, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, Sierra Leone, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.
92. Cap-Vert, Congo, Rwanda et Sierra Leone.
93. Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Liberia, Mali et Swaziland.
94. Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest/Organisation Ouest Africaine de la Santé (CEDEAO/OOAS), Union économique et monétaire d'Afrique de l'Ouest (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).
95. Burkina Faso, Burundi, Érythrée, Maurice, République démocratique du Congo et Seychelles.
96. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burundi, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Malawi, Maurice, Namibie, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
97. Afrique du Sud, Burkina Faso, Cameroun, Comores, Congo, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, Sénégal, Tchad et Togo.
98. Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Mozambique, Nigeria et Tanzanie.
99. Burundi, Cameroun, Congo, Gabon, Guinée équatoriale, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, et Tchad.
100. Burundi, Côte d'Ivoire, Mozambique, Rwanda et Zambie.
101. Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Comores, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Liberia, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Tunisie.
102. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
103. Burkina Faso, Gabon, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique et Tanzanie.
104. 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.
105. Éthiopie, Malawi, Ouganda, Tanzanie et Tchad.
106. Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal et Togo.
107. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo et Zambie.
108. Angola, Nigeria, République démocratique du Congo et Tchad.
109. En juin 2013, l'Angola avait passé 23 mois sans enregistrer le moindre cas confirmé de poliovirus sauvage, la République démocratique du Congo 18 mois et le Tchad 12 mois.
110. Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Mauritanie, Maurice, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
111. Burundi, Cameroun, Érythrée, Guinée-Bissau, Kenya, Namibie, Niger, Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.
112. Algérie, Cap-Vert, Érythrée, Malawi, Maurice, Rwanda, Seychelles et Swaziland.
113. Burundi, Cameroun, Guinée, Kenya, Namibie, Niger, Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Tchad, Zambie et Zimbabwe.
114. Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap-Vert, Comores, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Swaziland et Zimbabwe.
115. Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Togo et Zimbabwe.

