

Une décennie de transformation 2015-2024

Amélioration de la santé
des populations en Afrique



Organisation
mondiale de la Santé

Région africaine

Une décennie de transformation 2015-2024

Amélioration de la santé
des populations en Afrique



Organisation
mondiale de la Santé

Région africaine

Numéro de référence : WHO:AFRO/ARD:2025-06

© Organisation mondiale de la Santé, 2025

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Une décennie de transformation 2015-2024 : amélioration de la santé des populations en Afrique. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Région africaine, 2025. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS 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 traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets 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 ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, 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 précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Toutes les photos : ©OMS

Conception et mise en page : Brazzaville, République du Congo

Sommaire

Avant-propos	IV
Remerciements	VI
Sigles	VII
Liste des figures et des tableaux	XI
Résumé d'orientation	XIII
Réflexions sur la décennie passée par la D ^{re} Moeti au poste de Directrice régionale	XXXIII

1. Introduction 1

1.1 Aperçu historique de la création de l'OMS et de la situation sanitaire en Afrique	3
1.2 Conceptualisation du Programme de transformation	6
1.3 Portée du rapport et public cible	9

2. Comprendre le Programme de transformation 13

2.1 Le Programme de transformation	15
2.2 Objectif, domaines d'intervention et résultats escomptés	17
2.3 Principales mesures stratégiques lancées par la Directrice régionale au cours des 100 premiers jours de son mandat	21
2.4 Institutionnaliser le Programme de transformation – Le Programme de transformation de la santé en Afrique	23
2.5 Évaluation de la phase 1 du Programme de transformation	25
2.6 Principales réalisations de la phase 2 de la mise en œuvre du Programme de transformation	27
2.7 Consolider le Programme de transformation – Le second mandat de la Directrice régionale	29

3. Transformer le Secrétariat 31

3.1 Développer une culture de l'excellence en santé	33
3.2 Améliorer les capacités des effectifs sanitaires pour impulser un changement durable	37
3.3 Accroître l'efficacité opérationnelle	45
3.4 Améliorer la gouvernance et la responsabilisation	51
3.5 Renforcement des partenariats	53

4. Renforcer les systèmes de santé en vue de la couverture sanitaire universelle 57

4.1 Mesurer les progrès accomplis dans la poursuite de couverture sanitaire universelle	59
4.2 Renforcer les personnels de santé en Afrique pour assurer la prestation de services de santé de qualité	63
4.3 Élargir l'accès aux médicaments, aux vaccins et aux produits de santé essentiels	65
4.4 Lutter contre la résistance aux antimicrobiens	67
4.5 Protéger les populations de l'appauvrissement lié aux dépenses de santé	70
4.6 Renforcer les services de diagnostic et de laboratoire	74
4.7 Renforcer les systèmes et les capacités de production, d'analyse et d'utilisation des données	77
4.8 Renforcer le leadership et de la gouvernance en santé	82
4.9 Renforcer la recherche pour une prise de décision éclairée	85
4.10 Faire progresser la santé grâce aux innovations numériques	88

5. Améliorer la santé et le bien-être tout au long de la vie	91
5.1 Éliminer les cloisonnements dans les soins de santé	93
5.2 Promouvoir la santé des femmes	95
5.3 Promouvoir la santé et le développement de chaque enfant	103
5.4 Améliorer la santé et le bien-être des adolescents	109
5.5 Promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées	114

6. Favoriser les efforts pour maîtriser et éliminer les maladies transmissibles	117
6.1 Intensifier l'appui aux systèmes de lutte contre les maladies et à la gouvernance	119
6.2 Maladies tropicales et maladies à transmission vectorielle	121
6.3 VIH, tuberculose et hépatite	126
6.4 Maladies à prévention vaccinale	132

7. Maladies non transmissibles et santé mentale	141
7.1 Maladies non transmissibles	143
7.2 Santé mentale	154

8. Agir sur les déterminants sociaux de la santé	159
8.1 Le défi de l'équité en santé	161
8.2 Mobiliser les populations pour promouvoir la santé, agir sur les déterminants sociaux et organiser la riposte aux situations d'urgence	163
8.3 S'attaquer au double fardeau de la malnutrition et assurer la sécurité sanitaire des aliments	170
8.4 Prendre en compte les risques pour la santé environnementale et s'adapter de manière anticipative au changement climatique	176
8.5 Prévenir les traumatismes, éliminer la violence faite aux femmes et aux enfants, réduire les inégalités en santé pour les personnes handicapées et renforcer les services de réadaptation	183

9. Améliorer la sécurité sanitaire en Afrique	189
9.1 De la crise à la résilience	191
9.2 Information sanitaire et évaluation des risques	194
9.3 Soutien opérationnel et logistique (OSL)	201
9.4 Préparation aux situations d'urgence : tirer des enseignements du passé, préparer l'avenir	207
9.5 Secours d'urgence : agir rapidement, produire un impact réel	210

10. Difficultés et enseignements	215
---	------------

11. Conclusions et perspectives d'avenir	225
---	------------

Avant-propos

C'est un honneur pour moi de rédiger l'avant-propos de cet ouvrage qui retrace le parcours de la transformation menée la Région africaine de l'OMS sous la direction de la D^{re} Matshidiso Moeti. Au moment où son mandat de dix ans en qualité de Directrice régionale arrive à son terme, cette publication reflète à juste titre son héritage extraordinaire.

La nomination de la D^{re} Moeti en 2015 est intervenue à un moment où les défis et les opportunités étaient immenses. L'épidémie dévastatrice de maladie à virus Ebola qui a sévi en 2014 a mis en évidence les lacunes critiques des systèmes de santé et de la préparation aux situations d'urgence dans toute la Région. Dans le même temps, la dynamique s'amplifiait chez les États Membres et les partenaires en faveur du renforcement des systèmes de santé et de l'accélération des progrès vers la couverture sanitaire universelle.

La D^{re} Moeti a montré que le changement est possible, même face à des défis colossaux, et elle a inspiré une génération de responsables du secteur de la santé en leur prouvant qu'ils peuvent rêver plus grand et viser plus haut.

Grâce à l'attention si caractéristique qu'elle sait porter à la tâche, à sa détermination et à son esprit de collaboration, la D^{re} Moeti a tracé une voie audacieuse vers l'avenir. Le Programme de transformation, qu'elle a lancé au début de son mandat, a fourni la feuille de route pour un changement porteur de transformation fondé sur la responsabilisation, ainsi que sur les résultats et sur des valeurs, positionnant l'OMS dans la Région africaine comme un partenaire crédible et fiable.

Un pilier clé de sa vision aura été un programme de gestion des situations d'urgence plus capable de répondre aux attentes et plus résilient. Cette réforme a fait ses preuves, comme en atteste la capacité accrue de la Région à riposter rapidement et efficacement aux flambées de maladie à virus Ebola, de COVID-19, de variole simienne, de choléra et à d'autres situations d'urgence.

La D^{re} Moeti a compris que le changement durable commence par la personne. Grâce à des initiatives telles que le programme « Les voies du leadership », elle a renforcé les capacités de direction et d'encadrement non seulement chez des membres du personnel de l'OMS, mais aussi chez des responsables de ministères de la santé dans la Région africaine.

L'expérience et les connaissances de la D^{re} Moeti ont aussi été inestimables pour façonner le parcours de la transformation engagée à l'échelle de l'Organisation, laquelle transformation met en avant des principes comme la responsabilisation, l'action axée sur les résultats et le changement de culture institutionnelle.

Au moment où la D^{re} Moeti termine son mandat, nous célébrons ses réalisations et reconnaissons son impact profond sur la santé publique en Afrique et au-delà. La D^{re} Moeti a montré que le changement est possible, même face à des défis colossaux, et elle a inspiré une génération de responsables du secteur de la santé en leur prouvant qu'ils peuvent rêver plus grand et viser plus haut.

Au nom de toute la famille de l'OMS, j'exprime ma profonde gratitude à la D^{re} Moeti. Son héritage perdurera, façonnant l'avenir de l'OMS et la santé des populations dans toute la Région africaine.

D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus
Directeur général de l'OMS



Remerciements

Cet ouvrage, qui porte sur l'héritage de la D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale, a été préparé par une équipe de base au Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, sous la direction de la D^{re} Moeti. L'équipe était coordonnée par Alex Gasasira.

Les auteurs principaux étaient Diana Caelers, Rufaro Chatora et Emil Asamoah-Odei.

Parmi les autres membres de l'équipe de base figuraient Francis Kasolo, Owen Kaluwa, Ambrose Talisuna, Kizito Nsarhaza, Benson Droti, Adeniyi Aderoba, Akpaka Kalu, Kofi Nyarko, Tesfaye Fikru, Helena O'Malley, Egide Rwamatwara et Otto Bakano.

Les membres du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique dont les noms suivent ont également contribué à divers stades du processus de l'établissement de l'ouvrage : Tesfaye Erbetto, Affoué Assohou-Luty, Hyppolite Kalambay, Yahaya Ali Ahmed, Hani Mohamed, Sheick Coulibaly, James Asamani, Ogochukwu Chukwujekwu, Sam Omar, Mohamed Ismail, Yuka Makino, Chido Rwafa Madzvamutse, Kouamivi Agboyibor, Cheick Diallo, Antonio Armando, Issimouha Dille Mahamadou, Sharon Kapambwe, Julius Muron, Kaitesi Mukara, Terence Totah, William Maina, Nivo Ramanandraibe Ravosson Ratsimbazafy, Akudo Ikpeazu, Charles Wiysonge, Dorothy Achu, Elizabeth Juma, Liliane Bizimana, Usman Abdulmumini, Viviane Molokwu, Pamela Drameh, Mariama Bah, Andrea Luciani, Patrick Kabore, Salla Ba, Doris Kirigia, Laetitia Ouedraogo Nikiema, Lusubilo Mwamakamba, Binta Sako, Chiara Retis, Guy Mbayo, Zita Monjoa Monono, Brama Kone, Peter Phori, Auge Ondon, Aminata Kobie, Godwin Akpan, Thierno Balde, Fiona Braka, Dick Chamla, Ishata Conteh, Abdramane Diabate, Sara Hollis, Zinedine Kada, Etien Koua, Charles Okot Lukoya, Charles Njuguna, Joseph Okeibunor, Sabs Quereshi, Patrick Otim Ramadan, Fatima Tafida, Janet Kayita, Triphonie Nkuruynziza, Leopold Ouedraogo, Geoffrey Bisoborwa, Abdoulaye Konate, Zandile Zibwowa, Amaka Onyiah, Irene De'Angelis et Prossy Nakitandwe.

L'édition et la traduction de cet ouvrage ont été assurées par Elisabeth Kouaovi, Damian Foncha, Ntsama Onana et Isabel Gomes Okatha, de l'Unité Traduction, interprétation et impression (TIP) du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Matthias Reichwald s'est occupé de la conception et de la mise en page du document. Les aspects administratifs étaient gérés par N'djah Assali.

Enfin, nous remercions l'équipe de direction du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, composée de Joseph Cabore, Lindiwe Makubalo, Kambou Fofana, Abdou Salam Gueye, Kasonde Mwinga, Adelheid Onyango et Benido Impouma, pour ses orientations et son soutien.

Sigles

AACHRD	Comité consultatif africain pour la recherche et le développement en santé	CDC-Afrique	Centre africain de prévention et de contrôle des maladies
AAS	Académie africaine des sciences	CEA	Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique
ADI	Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination	CER	communautés économiques régionales
AHFP	Programme phare sur la santé de l'adolescent	CFC	Coordination axée sur les pays
AHO	Observatoire africain de la Santé	COP	Conférence des Parties
AHOP	Plateforme de l'Observatoire africain de la santé pour les systèmes et politiques de santé	COUSP	centre d'opérations d'urgence de santé publique
AHSBA	Évaluation des obstacles à l'accès aux services de santé destinés aux adolescents	CPEA	évaluation de l'efficacité interprogrammatique
AHTP	Programme de transformation de la santé en Afrique	CPI	Préparation des pays aux situations d'urgence sanitaire et RSI
AMA	Agence africaine du médicament	CRB	réadaptation à base communautaire
AMVIRA	Introduction et déploiement accélérés de vaccins antipaludiques en Afrique	CRDS	Centre régional de données sanitaires
ANE	acteur non étatique	CRVS	Enregistrement des faits d'état civil et statistiques de l'état civil
ARNm	acide ribonucléique messager	CSU	couverture sanitaire universelle
ARV	antirétroviraux	CTA	combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
ASDI	Agence suédoise de développement international	DCS	dépenses courantes de santé
ATACH	Alliance pour une action transformatrice sur le climat et la santé	DHIS2	logiciel District Health Information System, version 2
AVAREF	Forum africain pour la réglementation des vaccins	Douzième PGT	douzième programme général de travail
AVoHC	Corps africain des volontaires de la santé	DTC3	troisième dose de vaccin contenant des valences diphtérie, tétanos et coqueluche
AVS	activités de vaccination supplémentaires	EAIP	équipes d'appui interpays
AWHC	Championnes de la santé en Afrique	eCHIS	Système d'information sanitaire communautaire électronique
BAD	Banque africaine de développement	EDCTP	Partenariat Europe-Pays en développement pour les essais cliniques
BCP	plans de continuité institutionnelle	EDPLN/AFR	Réseau des laboratoires travaillant sur les agents pathogènes émergents et dangereux dans la Région africaine
BMS	substituts du lait maternel	EIOS	veille épidémique à partir de sources ouvertes
BMSF	Fondation Bill et Melinda Gates	EMO	opérations d'urgence
CBM	Christian Blind Mission	EMP	préparation aux situations d'urgence
CCLAT-OMS	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	EMR	riposte aux situations d'urgence
CCNUCC	Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques		

EPG	[Unité] Relations extérieures, partenariats et organes directeurs	HDC	dispositifs de collaboration sur les données sanitaires
EPR	[groupe organique] Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	HiAP	la « santé dans toutes les politiques »
EPR-TAG	Groupe consultatif technique sur la préparation et la riposte aux situations d'urgence	HIR	informations sur les situations d'urgence sanitaire et d'évaluation des risques
ERF	Cadre d'action d'urgence	HNAP	plans nationaux d'adaptation en matière de santé
ESA	Afrique de l'Est et australe	HSE	sécurité sanitaire et situations d'urgence
ESPEN	Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées	IA	intelligence artificielle
EVIPNet	Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles	IAHO	Observatoire africain de la santé intégré
FENSA	Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques	ICOPE	soins intégrés aux personnes âgées
FHV	fièvre hémorragique virale	IHM	gestion des risques infectieux
GATS	Enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes	INB	organe intergouvernemental de négociation
Gavi	Gavi, l'Alliance du vaccin	INFOSAN	Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments
GBV/SEA	violence sexiste et exploitation et abus sexuels	IST	infections sexuellement transmissibles
GFP	gestion des finances publiques	ITM	[Unité] Gestion des technologies de l'information
GGA	objectif mondial en matière d'adaptation	JEAP	Plan d'action conjoint de gestion des situations d'urgence
GGHE-D	dépenses de santé générales des administrations publiques nationales	JMP	Programme commun de suivi
GISP	Initiative mondiale de soutien aux parents	KPI	principaux indicateurs de résultats ; indicateurs de performance clés
GLASS	Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de leur usage	LME	Liste des médicaments essentiels
GLLP	Programme mondial pour le leadership des laboratoires	MCAT	équipes d'affectation multipays
GMC	[groupe organique] Administration générale et coordination	MCV2	deuxième dose de vaccin à valence rougeole
GROWE	Guide d'évaluation des personnels chargés de la réadaptation	mhGAP	Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale
GS	(catégorie des) services généraux	MII	moustiquaire imprégnée d'insecticide
GTS	systèmes de suivi géospatial	MNT	maladies non transmissibles
HALE	espérance de vie en bonne santé	MOU	mémoire d'accord ; protocole d'accord
HBHI	Initiative « D'une charge élevée à un fort impact »	MPV	maladies à prévention vaccinale
		MSF	Mutilations sexuelles féminines
		MTN	maladies tropicales négligées
		MTN-CP	maladies tropicales négligées à chimioprévention

MTN-PCC	maladies tropicales négligées à prise en charge des cas ; maladies tropicales négligées pouvant être traitées au moyen de la prise en charge des cas	PVH	papillomavirus humain
NITAG	groupes techniques consultatifs nationaux sur la vaccination	PVS1	poliovirus sauvage de type 1
NPO	administrateur recruté sur le plan national	PVVIH	personnes vivant avec le VIH
OBRA	équipe d'évaluation de la riposte aux flambées	R4H	recherche pour la santé
ODD	objectifs de développement durable	RAM	résistance aux antimicrobiens
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement	RCV	vaccin à valence rubéole ; vaccin contenant une valence rubéole
OMS	Organisation mondiale de la Santé	RGA	Guide d'action pour la réadaptation
ONS	observatoires nationaux de la santé	RIFA	Réseau international francophone des aînés
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida	RSI	Règlement sanitaire international
OOPS	débours directs des ménages ; dépenses directes de santé	SAM	surveillance des antimicrobiens
OSL	Soutien aux opérations et logistique	SE	surveillance environnementale
PANLAT	Plan d'action national pour la lutte antitabac	SEA	exploitation et abus sexuels
PANSS	plan d'action national sur la sécurité sanitaire	SGI	système de gestion des incidents
PCIME	prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	SHF	Fonds pour l'assainissement et l'hygiène
PEID	petits États insulaires en développement	SIG	Système d'information géographique
PFA	paralysie flasque aiguë	SIGS	système d'information pour la gestion sanitaire
PHIO	Responsable de la veille sanitaire	SIMR	Surveillance intégrée des maladies et riposte
PrEP	prophylaxie préexposition	SLIPTA	processus graduel d'amélioration d'un laboratoire en vue de son accréditation
PRET	Préparation et résilience face aux menaces émergentes	SMN	santé de la mère et du nouveau-né
PROSE	Favoriser la résilience des systèmes face aux situations d'urgence	SMSPS	santé mentale et soutien psychosocial
PRSEAH	prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels	SNRS	Système national de recherche pour la santé
PSE	collaboration avec le secteur privé	SPAR	rapport annuel d'autoévaluation [de l'application du RSI] par les États Parties
PSNQ	politiques et stratégies nationales relatives à la qualité	SRMNEA	santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
PVDVc2	variant circulant du poliovirus de type 2 (anciennement appelé « poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 »)	SRO	solution de réhydratation orale
		SSP	soins de santé primaires
		SSRDC	santé sexuelle et reproductive et droits connexes
		STAR	boîte à outils stratégique pour l'évaluation des risques
		STEPS	approche par étapes de la surveillance
		SURGE	Renforcer et utiliser les groupes d'intervention en cas d'urgence
		TA	Programme de transformation

TAI	[Unité] Initiatives du Programme de transformation
TARV	traitement antirétroviral ; thérapie antirétrovirale
TASS	Transformer les systèmes de surveillance en Afrique
TB	tuberculose
TB-MR	tuberculose multirésistante
TB-PR	tuberculose pharmacorésistante
TIBA	Lutter contre les infections au bénéfice de l'Afrique
TM	médecine traditionnelle
TME	transmission mère-enfant du VIH
TMM	taux de mortalité maternelle
TrACSS	enquête d'autoévaluation nationale sur le suivi de la résistance aux antimicrobiens
Treizième PGT	treizième programme général de travail
UIP	Union interparlementaire
UIT	Union internationale des Télécommunications
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNHRD	Entrepôt de fournitures humanitaires des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USPPI	urgence de santé publique de portée internationale
VNU	volontaires des Nations Unies
VPOm2	vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2
VPOn2	nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2
WARN-TB	Réseau régional d'Afrique de l'Ouest et centrale pour la lutte contre la tuberculose
WASH	eau, assainissement et hygiène
WCA	Afrique de l'Ouest et (Afrique) centrale
WHA	Assemblée mondiale de la Santé

WHE	Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire
WHO-PEN	ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires dans les milieux à faibles ressources
WHO-TDR	Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales

Liste des figures et des tableaux

Figures

1	Couverture des bureaux de pays par les équipes d'affectation multipays	XIV
2	Tendances en matière d'équilibre entre les sexes (représentation féminine) depuis 2015	XV
3	Tendance à la hausse de la mobilisation des ressources, 2014-2015 à 2022-2023	XVI
4	Dépenses directes de santé, par pays	XVII
5	Taux de mortalité maternelle (décès / 100 000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l'OMS, 2020	XX
6	Tendances des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et des nouveau-nés (pour 1000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l'OMS	XXI
7	Délais d'expédition dans la Région africaine de l'OMS avant et après la mise en service de l'entrepôt temporaire du Centre régional de gestion des situations d'urgence du Kenya	XXVIII
8	Carte des chargés des relations extérieures et des partenariats dans la Région africaine de l'OMS	35
9	Méthodologie des examens fonctionnels	38
10	Couverture des bureaux de pays par les équipes d'affectation multipays	39
11	Tendances en matière d'équilibre entre les sexes (représentation féminine) depuis 2015	41
12	Évolution de l'utilisation des volontaires des Nations Unies 2019-2024	42
13	Tendance à la hausse de la mobilisation des ressources, 2014-2015 à 2022-2023	54
14	Espérance de vie en bonne santé à la naissance par pays	60
15	Évolution de l'indice de couverture universelle des services de santé, par Région de l'OMS	61
16	Taux de dons de sang pour 1000 habitants en 2022	66
17	Dépenses de santé courantes par habitant au niveau des pays	71
18	Dépenses publiques intérieures en pourcentage des dépenses publiques totales	71
19	Dépenses directes de santé, par pays	72
20	Nombre cumulé de pays utilisant le DHIS2, 2011-2023	78
21	Évolution du taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l'OMS	96
22	Taux de mortalité maternelle (décès / 100 000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l'OMS, 2020	97
23	Densité de personnel de santé qualifié par rapport au taux de mortalité maternelle	98
24	Tendances des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et des nouveau-nés (pour 1000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l'OMS	104
25	Évolution de la couverture de certaines interventions importantes pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	105
26	Facteurs de bien-être des adolescents	110
27	Cas de poliomyélite notifiés dans la Région africaine	137
28	Progrès réalisés par les pays dans la poursuite des six cibles relatives à la nutrition à atteindre d'ici à 2025 fixées par l'Assemblée mondiale de la Santé	171

29	Évolution de la prévalence et du nombre d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'un retard de croissance dans la Région africaine de l'OMS	174
30	Accès aux services d'eau, d'assainissement et d'hygiène au niveau des ménages, 2023, selon le Programme commun de suivi OMS-UNICEF	178
31	Évaluations installations d'eau, assainissement et hygiène dans les établissements de santé, 2021	180
32	Proportion de pays ayant réduit le nombre de décès dus aux accidents de la route dans la Région africaine de l'OMS, 2010-2021	184
33	Nombre de pays de la Région africaine disposant de stratégies nationales de sécurité routière, 2021	185
34	Structure du programme informations sur les situations d'urgence sanitaire et d'évaluation des risques (HIR) et adaptations pendant le Programme de transformation	195
35	Délais d'expédition dans la Région africaine de l'OMS avant et après la mise en service de l'entrepôt temporaire du Centre régional de gestion des situations d'urgence du Kenya	203
36	Flux entrants et sortants des 10 principales marchandises dans l'entrepôt du Kenya, par riposte (septembre 2022-juin 2024)	204
37	Flux entrants et sortants des 10 principales marchandises dans l'entrepôt du Sénégal, par riposte (janvier 2024-juin 2024)	206

Tableaux

1	Domaines d'intervention et objectifs du Programme de transformation	18
2	Axes d'intervention stratégiques de la phase 2	28
3	Résultats des examens fonctionnels réalisés dans 47 bureaux de pays : tous postes confondus, par catégorie	38
4	Domaines techniques couverts par les équipes d'affectation multipays	40
5	Progrès accomplis vers les cibles intermédiaires de 2020 et 2025 dans les pays relevant de l'Initiative « D'une charge élevée à un fort impact », avec un intervalle d'incertitude de 95 % entre parenthèses	123
6	Indicateurs de maladies tropicales négligées, 2015-2026	125
7	Charge de morbidité et couverture des services dans les pays cibles de l'OMS en vue de la riposte à l'hépatite virale	130

Résumé d'orientation

Le présent ouvrage, marquant à plus d'un titre, qui retrace une décennie d'accomplissements obtenus par la D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, et par son équipe au Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine au cours de la période allant de 2015 à 2025, rend ainsi hommage au leadership audacieux de la toute première femme à avoir exercé les fonctions de Directeur régional pour l'Afrique. Caractérisée par sa capacité à prendre des décisions difficiles et à exercer l'autorité inhérente à ses fonctions, tout en favorisant des consultations étendues, la D^{re} Moeti a su tenir le gouvernail de l'OMS dans la Région africaine face à une succession de crises de santé publique, telles que l'épidémie de maladie à virus Ebola – qui a sévi en Afrique de l'Ouest – et la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), et, surtout, à un moment où le besoin d'une OMS plus résiliente, plus outillée pour répondre aux besoins et plus efficace était très pressant en Afrique.

[Transformation du Secrétariat](#)

Le Programme de transformation a servi de

feuille de route pour des solutions créatives et pour établir les partenariats qui ont marqué la stratégie de réforme, visant principalement à répondre de façon optimale aux besoins formulés par les États Membres en matière de santé. De l'amélioration de l'appui technique par l'entremise des nouvelles équipes d'affectation multipays (MCAT) jusqu'aux avancées notables accomplies en ce qui concerne la parité hommes-femmes, avec en parallèle le développement du leadership, le Programme de transformation a placé le peuple africain au centre du processus de changement. Le Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine a également joué un rôle essentiel de point d'inspiration dans les efforts de transformation de l'OMS sur le plan mondial, réussissant ainsi à repositionner le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique comme une entité crédible et capable de répondre aux besoins.

Au cours de ses 100 premiers jours à la tête de l'Organisation, la D^{re} Moeti a amorcé un processus de restructuration et entrepris des actions déterminantes, y compris des visites

Axes prioritaires du Programme de transformation :



Des valeurs prônant la production de résultats :

l'accent a été placé sur la responsabilisation, l'équité et l'intégrité au sein de l'Organisation.



Une orientation technique intelligente :

l'action de l'OMS a été alignée sur les priorités régionales, permettant d'accélérer les progrès réalisés dans la lutte contre les épidémies, dans l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD) et dans l'instauration de la couverture sanitaire universelle.



Des opérations stratégiques répondant aux attentes :

cet axe portait essentiellement sur le renforcement de la transparence, de l'efficacité et de la capacité de gestion, en particulier dans la gestion financière et des ressources.



Une communication et des partenariats efficaces :

le renforcement des communications internes et des collaborations extérieures avec les parties prenantes.

Résultats notables en matière de santé publique :



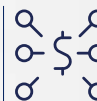
La Région africaine de l'OMS a été certifiée exempte de poliovirus sauvage en août 2020.



La qualité des ripostes aux flambées de maladies s'est améliorée.



Des progrès sont à noter en ce qui concerne la réduction des taux de mortalité maternelle.



L'efficacité opérationnelle a été renforcée, tout comme la gestion des coûts, garantissant ainsi la mise à disposition des ressources pour les opérations prévues au niveau des pays.



50–50

en 2016, pour la première fois dans l'histoire de l'OMS dans la Région africaine, le nombre d'hommes et de femmes occupant des postes de direction était équivalent

29,9 % à 36,7 %

augmentation du pourcentage de femmes dans les catégories professionnelle et de rang supérieur, 2017-2023

officielles dans des pays touchés par la maladie à virus Ebola et la mobilisation de ressources pour lutter contre des épidémies telles que celles de choléra et de méningite. En outre, la D^{re} Moeti a encouragé la création de partenariats renforcés en établissant un Groupe consultatif indépendant chargé de prodiguer des conseils stratégiques sur les politiques. De plus, elle a amélioré les processus internes liés aux finances, aux ressources humaines et aux achats, améliorant par la même occasion l'efficacité opérationnelle de l'OMS.

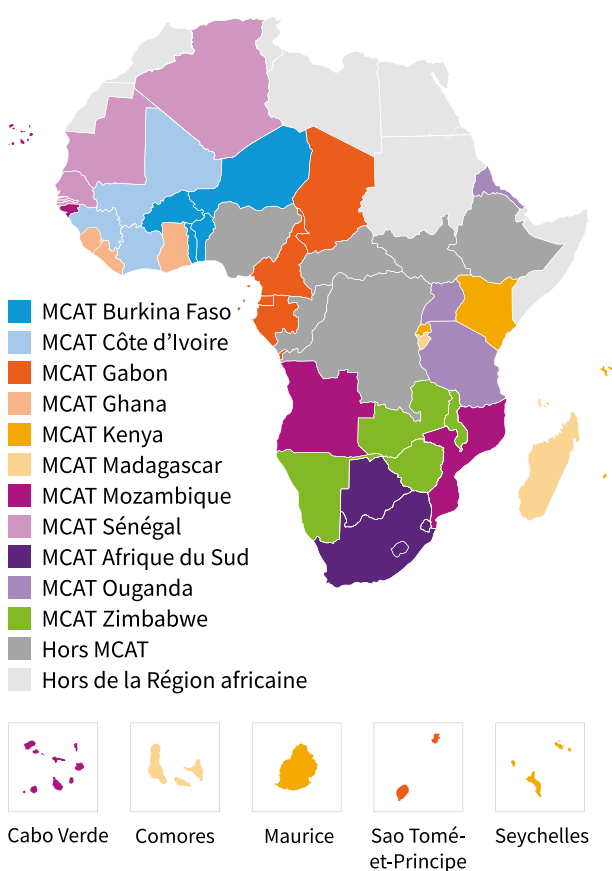
Le Programme de transformation de la santé en Afrique (2015-2020) a été spécifiquement conçu dans le but d'institutionnaliser le Programme de transformation. En plaçant la couverture sanitaire universelle au cœur de ses priorités pour garantir l'accès aux services de santé essentiels à tous les Africains, ce cadre stratégique met aussi en lumière l'urgence de

renforcer la sécurité sanitaire. Cela passe par une meilleure préparation face aux menaces émergentes et par un renforcement des capacités, de sorte à pouvoir préserver le rôle que l'OMS joue dans la promotion des résultats en sanitaires.

La transformation complète du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine a été axée sur l'établissement d'une culture de l'excellence, moyennant des réformes institutionnelles, le développement du leadership, l'optimisation de l'efficacité opérationnelle et l'alignement des ressources humaines sur les priorités sanitaires nationales.

Un changement fondamental dans la culture interne de l'OMS au sein de la Région africaine s'est avéré essentiel, et a été opéré en renforçant les compétences en leadership et en s'attaquant aux questions sensibles, en particulier la parité hommes-femmes et le harcèlement. La D^{re} Moeti

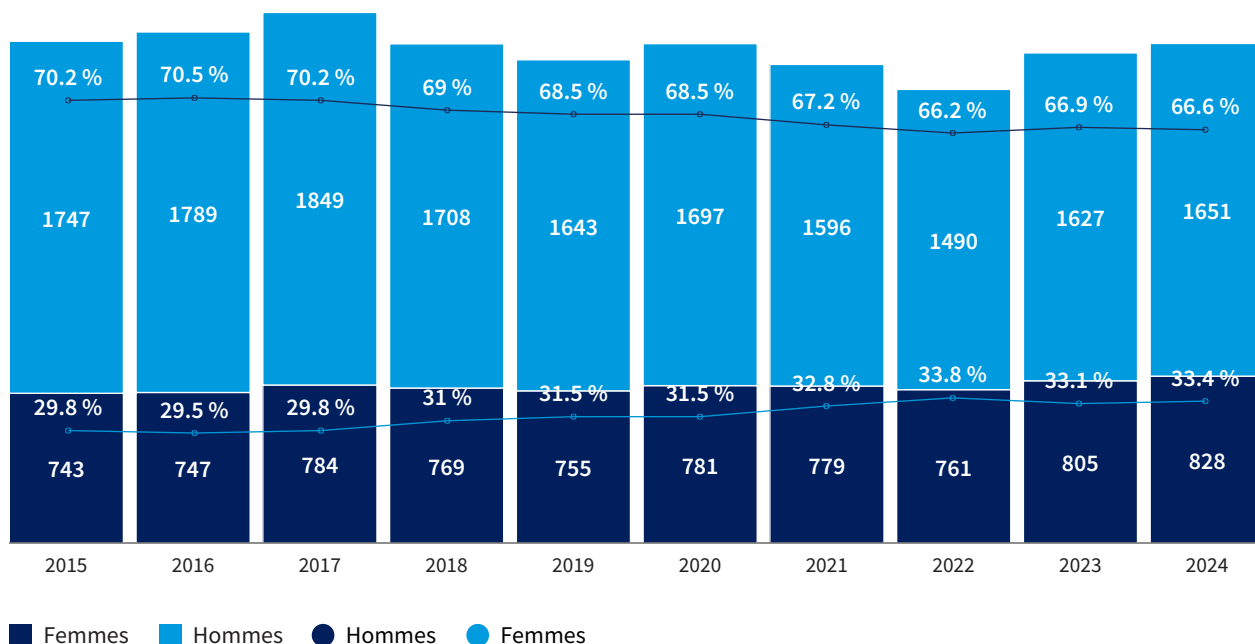
Figure 1 : Couverture des bureaux de pays par les équipes d'affectation multipays



Couverture des équipes d'affectation multipays (MCAT) / Des bureaux de pays

Lieux	Portefeuille	Langues
Burkina Faso	Burkina Faso, Niger, Togo, Bénin	Français
Côte d'Ivoire	Côte d'Ivoire, Guinée, Mali	Français
Gabon	Gabon, Tchad, Cameroun, Guinée équatoriale	Français
Ghana	Ghana, Sierra Leone, Libéria, Gambie	Anglais
Kenya	Kenya, Seychelles, Maurice, Rwanda	Anglais
Madagascar	Madagascar, Comores, Burundi	Français
Mozambique	Angola, Mozambique, Cabo Verde, Sao Tomé-et-Principe, Guinée-Bissau	Portugais
Sénégal	Sénégal, Mauritanie, Algérie	Français
Afrique du Sud	Afrique du Sud, Eswatini, Botswana, Lesotho	Anglais
Ouganda	Ouganda, Tanzanie, Érythrée	Anglais
Zimbabwe	Zimbabwe, Zambie, Malawi, Namibie	Anglais

Figure 2 : Tendances en matière d'équilibre entre les sexes (représentation féminine) depuis 2015



+ 90 %
des recommandations
issues des vérifications
ont été suivies d'effet

45 à 65
nombre de
recommandations
clôturées entre
2016 et 2021

et son équipe de direction ont joué un rôle fondamental dans la promotion de ce changement, en incarnant les valeurs de la transparence et de la collaboration, tout en permettant au personnel d'adopter de nouvelles méthodes de travail.

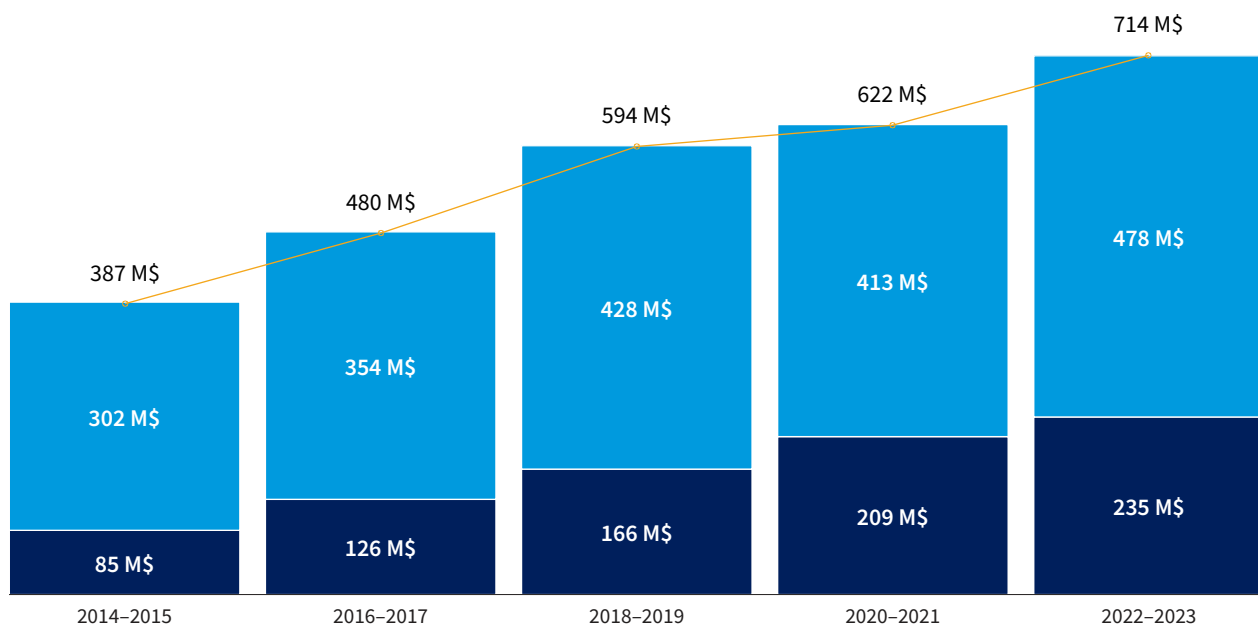
Grâce à l'initiative novatrice de la mise en œuvre des équipes d'affectation multipays, qui ont su relever les défis liés aux ressources en adoptant un modèle permettant à des experts techniques de concentrer leurs compétences sur un nombre réduit de pays simultanément, les interventions visant à promouvoir l'égalité des genres ont considérablement accru la représentation féminine aux postes de direction et aux postes de la catégorie professionnelle. Les réformes en matière de recrutement, ainsi que des initiatives telles que la série de conférences intitulée « Women in Leadership » (axée sur la promotion du leadership féminin) ont ouvert la voie à une représentation accrue des femmes au sein de l'Organisation.

Dans le but d'améliorer l'efficacité opérationnelle, des innovations telles que les transactions d'argent mobile ont révolutionné le financement des initiatives de santé publique, réduisant les délais et augmentant le niveau de transparence.

De plus, l'Organisation mondiale de la Santé s'est tournée vers l'utilisation de plateformes de santé numérique pour collecter des données en temps réel, améliorer la riposte aux flambées épidémiques et renforcer les systèmes de santé nationaux. La pandémie de COVID-19, qui s'est déclarée pendant le second mandat de la D^{re} Moeti, a accéléré cette transformation en facilitant l'introduction des réunions en ligne, de la télémédecine et des programmes de formation en ligne, assurant la continuité des services de santé essentiels.

Les réformes de la gouvernance avaient pour but de renforcer la surveillance financière et d'améliorer la conformité, afin d'accroître la confiance des donateurs et des parties prenantes. S'agissant des principales mesures qui ont été prises, nous pouvons citer la mise en œuvre de nouveaux systèmes de gestion financière et la clôture d'un nombre considérable de recommandations issues de vérifications. Entre 2016 et 2021 particulièrement, le nombre de recommandations clôturées a grimpé, passant de 45 à 65. En effet, ces chiffres correspondaient à un taux de mise en œuvre des recommandations supérieur à 90 %, ce qui témoigne d'une nette

Figure 3 : Tendence à la hausse de la mobilisation des ressources, 2014-2015 à 2022-2023



- \$ mobilisés directement par les bureaux de pays africains de l'OMS
- \$ mobilisés directement par le Bureau régional de l'OMS pour Afrique

46 ans à 55 ans

augmentation de l'espérance de vie dans la Région africaine de l'OMS entre 2000-2019

amélioration au niveau des structures de gouvernance de l'Organisation.

Par ailleurs, grâce au renforcement des partenariats stratégiques, le Programme de transformation a pu contribuer de manière notable à l'amélioration des résultats sanitaires partout en Afrique. Au nombre des stratégies employées figurent la décentralisation des relations extérieures, des échanges avec des acteurs non étatiques et l'organisation du Forum de l'OMS sur la santé en Afrique au Rwanda en 2017 puis à Cabo Verde en 2019. Ces éléments ont permis d'accroître la capacité de l'OMS à mobiliser des ressources et à accompagner les États Membres. En termes pratiques, le succès sur ce front se traduit non seulement par la hausse des financements, mais aussi par une plus grande implication des parties prenantes et des systèmes de santé plus résilients, en particulier pendant la pandémie de COVID-19.

Renforcer les systèmes de santé en vue de l'instauration de la couverture sanitaire universelle

L'une des réalisations les plus marquantes sur le continent, constituant un moment de fierté intense pour la D^e Moeti, a été l'annonce officielle faite par l'OMS en août 2022, qui a révélé que les progrès en matière d'espérance de vie dans la Région africaine avaient surpassé ceux des autres régions du monde, avec une augmentation moyenne de 10 ans par personne au cours des 19 années précédant 2019.

Bien qu'elle demeure nettement inférieure à la moyenne mondiale de 64 ans, cette augmentation constitue une preuve statistique des grandes avancées obtenues dans des domaines majeurs de la santé, tels que l'accès aux services de santé essentiels et à l'infrastructure. À ces avancées s'ajoutent les améliorations en matière de santé reproductive, et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, sans oublier les efforts déployés pour lutter contre les maladies infectieuses et non transmissibles.

1,6 M à 5,1 M

augmentation enregistrée dans les effectifs des professionnels de la santé entre 2013 et 2022

72 %

de l'effectif des agents de santé est désormais constitué de femmes

28 % à 35 %

augmentation de la proportion de femmes médecins entre 2019 et 2022

11 à 27

augmentation du ratio de professionnels de la santé pour 10 000 habitants entre 2019 et 2022

L'élargissement de l'accès aux services de santé, l'amélioration des résultats sanitaires et la lutte contre les défis systémiques sont autant d'aspects indispensables à l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Grâce au rôle de chef de file joué par l'OMS dans cette évolution, la Région a enregistré une modeste augmentation de l'indice de couverture des services aux fins de la couverture sanitaire universelle, qui est passé de 23 à 44 sur 100 entre 2000 et 2021. Aussi convient-il de noter que des investissements substantiels dans les systèmes de santé seront indispensables pour atteindre un indice de 60 sur 100 d'ici à 2030 et garantir l'accès aux services de santé essentiels pour plus de la moitié des populations d'Afrique.

Consciente que les personnels de santé ont un rôle central à jouer pour atteindre la couverture sanitaire universelle, l'OMS a soutenu une augmentation de 70 % des capacités de formation des professionnels de la santé. Entre 2018 et 2022, le nombre de diplômés est passé de 150 000 à plus de 255 000 dans 39 pays, ce qui atteste des investissements conséquents réalisés par les gouvernements pour créer et maintenir plus de 4000 établissements de for-

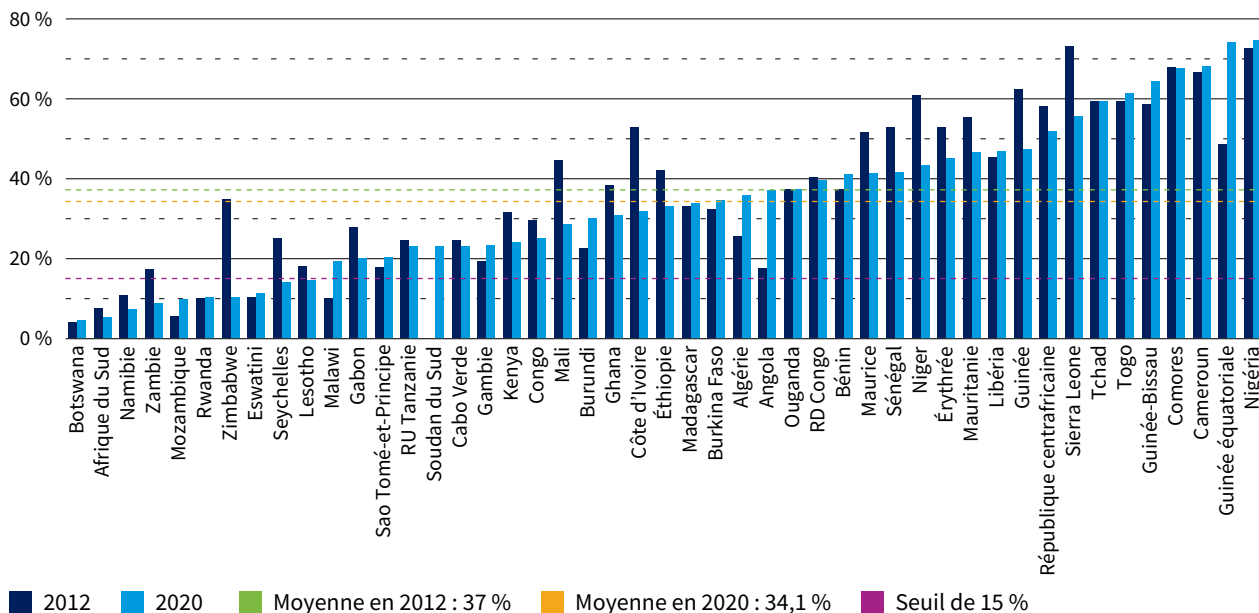
mation en santé.

La Région africaine compte désormais un nombre record de professionnels de la santé, leur effectif ayant triplé entre 2013 et 2022, passant de 1,6 million à 5,1 millions, dont 850 000 agents de santé communautaire. Cette croissance a directement élargi l'accès aux services de santé pour les populations du continent, le ratio de professionnels de la santé pour 10 000 habitants passant de 11 pour 100 000 à 27 pour 100 000 entre 2013 et 2022.

La parité hommes-femmes s'est également notablement renforcée ; en effet, les femmes représentent désormais 72 % des professionnels de la santé. La proportion de femmes médecins a quant à elle progressé, passant de 28 % à 35 % entre 2019 et 2022. Les initiatives visant à corriger les disparités dans les fonctions de direction et d'encadrement demeurent un processus en cours.

La couverture sanitaire universelle requiert que tous les individus aient accès à toute la gamme de services de santé de qualité dont ils ont besoin, quand et où ils en ont besoin. Bien que tous ces aspects restent difficiles à réaliser et que la COVID-19 exacerbe la situation, l'OMS

Figure 4 : Dépenses directes de santé, par pays



Source : Base de données mondiale sur les dépenses de santé



4 à 36

évolution du nombre de pays disposant d'un système de laboratoires organisé entre 2015 et 2023

88 %

des pays ont placé un Directeur ou responsable national à la tête de leurs services de laboratoire

68 %

des pays ont adopté une politique nationale sur les laboratoires

80 %

des pays se sont dotés d'un plan stratégique national pour les laboratoires

a soutenu avec succès l'établissement de listes nationales de médicaments essentiels dans tous les pays africains ; un pas crucial dans cette première étape du processus. Des initiatives comme l'Agence africaine du médicament (AMA) et les programmes d'achats groupés ont également contribué à l'élargissement de l'accès à des fournitures de santé à un prix abordable.

Des normes réglementaires unifiées pour les médicaments, les vaccins et les autres produits de santé seront fondamentales à l'avenir, de même qu'une coordination renforcée entre les parties prenantes, un financement suffisant et des chaînes d'approvisionnement résilientes. L'OMS devra jouer un rôle particulièrement important dans un futur proche afin de combler deux lacunes, à savoir la fabrication locale de produits médicaux et le suivi des systèmes de réglementation pour garantir la conformité des produits.

En vue de faire face à la menace que représente la résistance aux antimicrobiens pour la couverture sanitaire universelle, l'OMS a favorisé une augmentation notable du nombre de pays dotés de plans d'action nationaux connexes, qui est passé de 4 % à 100 % entre 2015 et 2024.

Les dépenses de santé élevées supportées

directement par les ménages restent une source de préoccupation, car elles appauvrissent des millions de personnes en Afrique. Si le montant de ces dépenses a diminué, force est de constater qu'il existe toujours des disparités persistantes entre les pays. Dans le souci d'inverser la tendance, l'OMS a fourni un appui à 32 États Membres, le but étant que ceux-ci améliorent leurs systèmes de financement de la santé en ayant recours à des stratégies reposant sur des bases factuelles. Parallèlement, l'Organisation a organisé une formation pertinente à l'intention des 47 États Membres.

Les services de diagnostic et de laboratoire sont l'un des domaines dans lesquels la COVID-19 a accéléré les progrès accomplis, plutôt que d'entraver les avancées. Au cours de la dernière décennie, l'OMS dans la Région africaine a opté de soutenir la mise en place de directions ou d'unités de laboratoire sous la supervision des ministères de la santé, l'ambition étant d'améliorer la prestation des services de laboratoire au niveau national.

Les services de diagnostic font partie intégrante du renforcement de la surveillance des maladies et des capacités de diagnostic, et par conséquent de la prestation optimale des soins de santé. En 2022, l'Organisation mondiale de

44 % à 91 %

nombre de pays assurant la collecte, la notification, l'analyse et la diffusion des données pour des indicateurs sanitaires principaux entre 2015 et 2023

5 % à 40 %

pourcentage de pays produisant des données de bonne qualité sur la mortalité

la Santé et le CDC-Afrique ont lancé un réseau de laboratoires pour renforcer le séquençage génomique du virus de la COVID-19 et, un an plus tard, l'OMS a officiellement lancé son centre technologique pour les vaccins à ARN messenger en Afrique du Sud.

Entre 2015 et 2023, le nombre de pays disposant d'un système de laboratoires organisé est passé de quatre à 36. En outre, 41 des 47 États Membres de la Région africaine (soit 88 % du total) ont désormais un Directeur ou un responsable national à la tête de leurs services de laboratoire, tandis que 32 pays (soit 68 % du total) ont adopté une politique nationale en matière de laboratoires et 38 pays (soit 80 % du total) se sont dotés d'un plan stratégique national pour les laboratoires.

À mesure que les systèmes d'information sanitaire se perfectionnent, ils s'imposent comme des outils stratégiques permettant de faire progresser les pays sur le chemin qui mène vers la couverture sanitaire universelle, fournissant une feuille de route pour une meilleure allocation des ressources et l'élargissement de la portée des services de santé. Dans cette optique, l'OMS a renforcé les systèmes d'information sanitaire en encourageant l'utilisation d'outils tels que le Système d'information sanitaire au niveau des districts, version 2 (DHIS2), une plateforme logicielle libre et ouverte. Les pays utilisant le DHIS2 pour collecter, notifier, analyser et diffuser des informations sanitaires ont doublé en nombre entre 2015 et 2023, passant de 21 (soit 45 % du total) à 43 (soit 91 % du total). Cela a considérablement amélioré la disponibilité et la fiabilité des données sanitaires courantes, les données courantes de qualité étant désormais accessibles pour au moins 80 % des indicateurs sanitaires principaux.

Grâce à une gouvernance efficace et à un leadership solide, qui sont essentiels pour instaurer la couverture sanitaire universelle et atteindre les objectifs de développement durable liés à la santé, l'OMS dans la Région africaine a axé ses efforts sur l'accompagnement des États Membres dans la mise à jour de leurs politiques et plans stratégiques nationaux de santé. En 2023, trente-quatre pays étaient dotés de politiques ou de plans stratégiques nationaux complets et actualisés pour le secteur de la santé, lesquels plans étaient assortis d'une

vision claire, d'objectifs stratégiques, ainsi que de mesures et d'investissements appropriés.

Le renforcement du leadership au sein des ministères de la santé a constitué un axe central des efforts d'appui aux pays, se traduisant par des initiatives de formation, de mentorat, de renforcement des capacités et de soutien sur le terrain. Ces initiatives visent à établir des mécanismes de coordination multipartites et institutionnalisés au sein du secteur de la santé. L'ensemble de ces activités a favorisé un meilleur alignement des politiques nationales sur les priorités sanitaires mondiales. Parallèlement, les collaborations avec le secteur privé et les partenariats multipartites ont aidé au renforcement de la prestation des services de santé et à la mobilisation des ressources.

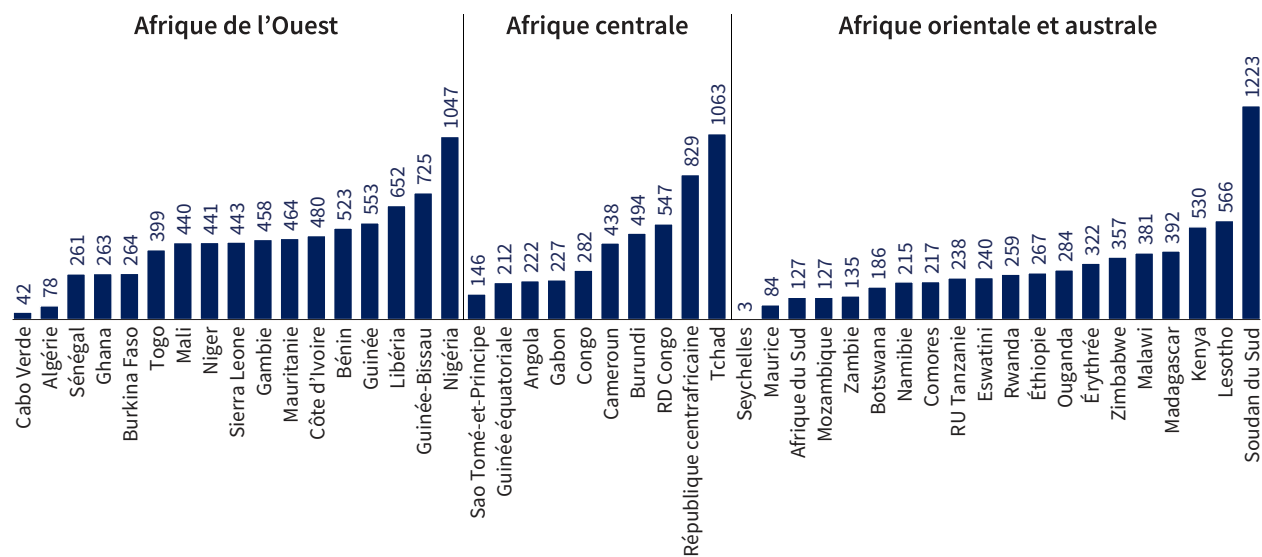
Pour faire progresser les capacités de recherche et soutenir les scientifiques africains, l'OMS s'est associée au Partenariat Europe-Pays en développement pour les essais cliniques (EDCTP), à Tackling Infections to Benefit Africa (TIBA), à l'Académie africaine des sciences (AAS) et au CDC-Afrique, entre autres, pour aider les pays à mener des essais cliniques, à réaliser le séquençage génomique et à mettre au point des mesures de lutte contre la COVID-19 pendant la pandémie. Des partenariats ont également été établis avec des établissements universitaires qui, associés à des cadres pour l'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles, ont donné aux pays africains les moyens de relever les défis sanitaires locaux.

À la fin de 2023, l'OMS avait soutenu l'élaboration de stratégies nationales de cybersanté dans 38 pays africains, 18 pays mettant en œuvre des interventions destinées à améliorer les connaissances en santé numérique. L'OMS, en collaboration avec l'Union internationale des télécommunications (UIT), a également élaboré un programme d'études sur la santé numérique et formé plus de 200 participants dans 47 pays à l'intelligence artificielle.

Améliorer la santé et le bien-être à toutes les étapes de la vie

À l'époque des objectifs du Millénaire pour le développement, la plupart des pays de la Région africaine de l'OMS se concentraient principalement sur des programmes de santé de base ciblant des maladies et des problèmes de santé

Figure 5 : Taux de mortalité maternelle (décès / 100 000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l'OMS, 2020



Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile

Baisse de

38 %

du taux de mortalité maternelle, 2000-2020

54 % à 74 %

augmentation de la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié, 2012-2022

Baisse de

53 %

de la mortalité chez les moins de cinq ans depuis 2000

spécifiques, et avaient recours à des interventions verticales. L'approche de l'OMS prenant en compte toutes les étapes de la vie a marqué un changement de paradigme, qui s'avérait essentiel, pour améliorer les perspectives de l'Afrique d'atteindre les objectifs de développement durable de nouvelle génération entrés en vigueur en 2016.

Intégrant les services de santé à toutes les étapes de la vie – petite enfance, enfance, adolescence, âge adulte et vieillesse –, cette approche vise à assurer la continuité, tout en répondant de manière globale à l'évolution des besoins sanitaires. Le renforcement des soins de santé primaires constitue la base de cette approche, qui s'accompagne de la promotion de comportements sains et d'une meilleure résilience lors de crises telles que celle de la pandémie de COVID-19.

Au début du Programme de transformation en 2015, la Région africaine a été confrontée à des défis importants en ce qui concerne les soins de santé primaires et la santé reproductive, la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, deux éléments essentiels de l'approche prenant en compte toutes les étapes de la vie. En réponse, l'OMS a mené des activités de sensibilisation, élaboré des politiques et

des stratégies, renforcé les capacités, diffusé des lignes directrices et fourni une assistance technique cruciale pour la mise en œuvre des plans stratégiques du secteur de la santé, tout en mobilisant plus de 100 millions de dollars É.-U. pour ce domaine au cours de la dernière décennie.

Ces progrès se sont traduits par une baisse de 38 % du taux de mortalité maternelle entre 2000 et 2020. Entre 2012 et 2022, la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié est passée de 54 % à 74 %, tandis que l'accès aux services de planification familiale et aux méthodes de contraception modernes a été amélioré. Cependant, la mortalité maternelle reste disproportionnée dans les pays d'Afrique de l'Ouest, ce qui nécessite des investissements continus dans la qualité des soins et les innovations sanitaires.

Faire progresser la santé et le développement de chaque enfant était une priorité pour l'OMS, d'autant plus que la croissance rapide de la population des jeunes en Afrique pourrait être le moteur d'une très forte croissance régionale. Des succès notables ont été enregistrés, notamment une réduction de 53 % de la mortalité des enfants de moins de cinq ans depuis 2000, des pays comme le Malawi, le Rwanda et Sao

Tomé-et-Principe ayant réalisé des réductions de plus de 75 %.

Les efforts déployés par l'OMS pour redynamiser les stratégies de santé de l'enfant ont également permis d'améliorer la couverture vaccinale et le diagnostic précoce des maladies. Toutefois, les pays doivent intensifier leurs efforts pour atteindre les cibles des objectifs de développement durable relatives à la mortalité des enfants de moins de cinq ans et à la mortalité néonatale d'ici à 2030.

En vue d'améliorer la santé et le bien-être des 250 millions d'adolescents en Afrique subsaharienne, l'OMS a lancé le Programme phare pour la santé de l'adolescent, qui fournit un appui aux gouvernements dans la mise en œuvre des interventions fondées sur des bases factuelles. L'accès des adolescents aux services de santé s'est amélioré, 40 pays ayant désormais mis en œuvre des plans stratégiques. Cependant, des efforts supplémentaires sont requis pour lutter contre les grossesses chez les adolescentes et les mariages précoces, et pour améliorer l'accès aux services de santé sexuelle.

La croissance rapide de la population âgée, dont la population âgée de 60 ans et plus, devrait tripler en Afrique subsaharienne d'ici à 2050, ce qui pose de nouveaux défis sanitaires. L'OMS a joué un rôle important dans la promotion de programmes visant à améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées,

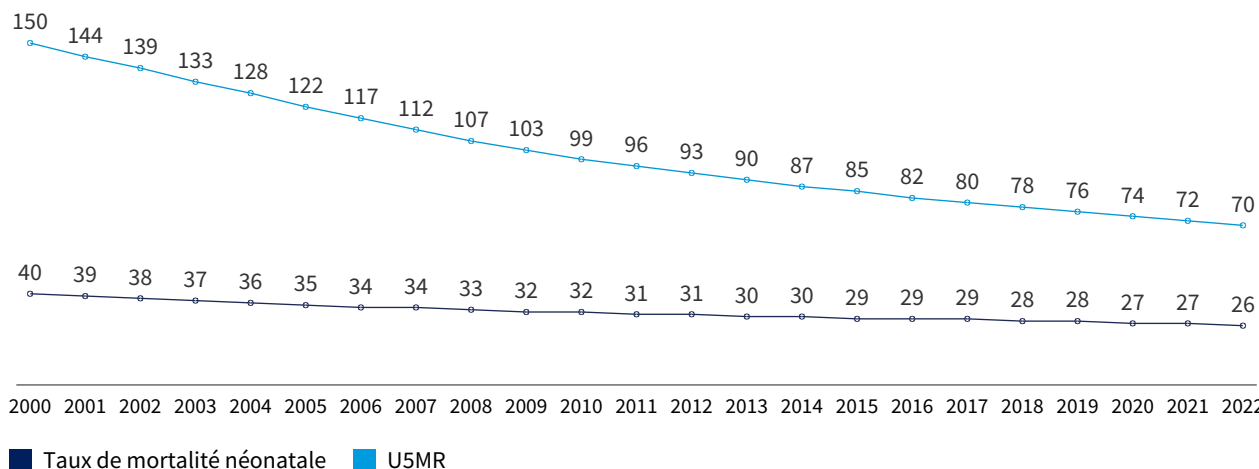
conformément aux principes de la Décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030). Dans le cadre du programme Décennie du vieillissement en bonne santé, l'OMS a fourni un appui aux pays dans la lutte contre la discrimination fondée sur l'âge, la création d'environnements adaptés aux aînés et à fournir des soins intégrés aux personnes âgées (Programme OMS de soins intégrés pour les personnes âgées).

Grâce à son leadership stratégique, à sa collaboration multisectorielle et à sa participation communautaire, l'OMS a impulsé des changements transformateurs dans tous les domaines de la vie. Cependant, pour réaliser des progrès durables, les pays devront relever les défis persistants, garantir l'équité entre les sexes et adopter des innovations numériques pour suivre les résultats sanitaires et améliorer la prestation des soins.

Faire progresser les efforts visant à combattre et à éliminer les maladies transmissibles

La COVID-19 a interrompu une grande partie des progrès réels réalisés dans la Région africaine en matière de prévention et de maîtrise contre les maladies, notamment la réduction de l'incidence du paludisme, de la tuberculose, de la poliomyélite, de l'infection à VIH, de la rougeole et de l'hépatite B, ainsi que l'introduction de nouveaux vaccins et les efforts visant à améliorer

Figure 6 : Tendances des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et des nouveau-nés (pour 1000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l'OMS



Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile

Baisse de

7,3 M à 6,7 M

du nombre d'enfants
« zéro dose », 2022-2023

74 %

de couverture par le
DTC3 au niveau régional

50 M

d'enfants vaccinés
contre la poliomyélite
dans cinq pays

er l'accès à l'eau potable et à l'assainissement.

L'adoption de la couverture sanitaire universelle a été l'occasion de modifier la pensée systémique. L'OMS a réorganisé les groupes organiques de la Région africaine afin de catalyser le rétablissement des services aux niveaux d'avant la pandémie à court terme, mais aussi d'investir dans des systèmes plus robustes et capables de résister aux futures situations d'urgence sanitaire.

Des progrès sensibles ont été accomplis dans la lutte contre les maladies transmissibles grâce à des stratégies innovantes, des partenariats et des efforts de renforcement de la résilience. De nouvelles stratégies et orientations visant à accélérer les actions prioritaires ont été publiées, encourageant les pays à passer de programmes verticaux de lutte contre les maladies à des approches intégrées et transversales.

La lutte antipaludique a connu des avancées considérables avec l'introduction de vaccins comme le RTS,S et le R21, qui ont permis de réduire le paludisme grave de 30 % et les décès d'enfants de 13 % au Ghana, au Kenya et au Malawi (2019-2024). Des pays comme Cabo Verde ont réussi à éliminer le paludisme, démontrant ainsi l'impact des programmes de lutte antivectorielle et des interventions ciblées. Cependant, le paludisme reste un problème dans les pays à forte charge de morbidité, ce qui nécessite des efforts continus.

Dans la lutte contre les maladies tropicales négligées, le Togo est devenu le premier pays au monde à éliminer quatre maladies tropicales négligées, ce qui témoigne du succès du Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN) de l'OMS. En outre, 13 pays ont officiellement obtenu la validation ou la certification de l'élimination d'au moins une maladie tropicale négligée en tant que problème de santé publique (2015-2024). Des engagements financiers, tels que la somme de 1,5 milliard de dollars É.-U. mobilisée lors du Sommet de Kigali en 2022, ont relancé les efforts en vue d'atteindre les cibles d'élimination fixées pour 2030, même si des déficits de financement perdurent.

La Région africaine a fait des progrès dans la lutte contre le VIH, en atteignant dans sept pays les cibles 95-95-95 fixées par l'ONUSIDA. La sous-région de l'Afrique de l'Est et australe a

réduit de plus de moitié le nombre de nouvelles infections par le VIH et de décès liés au sida (57 % et 58 %, respectivement) depuis 2010. La sous-région de l'Afrique de l'Ouest et centrale a également réalisé des progrès notables, réduisant de 49 % les nouvelles infections par le VIH et de 52 % les décès liés au SIDA. Le Botswana et la Namibie ont tous deux été reconnus pour avoir réduit les taux de transmission mère-enfant du VIH, tandis que l'accès au traitement antirétroviral s'est élargi, augmentant l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH. Cependant, des lacunes persistent, exigeant de nouveaux investissements et des réformes politiques.

Les efforts de lutte contre la tuberculose ont quant à eux bénéficié d'outils de diagnostic plus performants et de schémas thérapeutiques plus courts, ce qui a conduit à une baisse de l'incidence de la tuberculose de 23 % entre 2015 et 2022. À l'avenir, les défis persistants comprennent l'augmentation des souches résistantes aux médicaments. L'OMS a encouragé l'intégration des services de lutte contre la tuberculose et le VIH afin d'améliorer les résultats et de garantir des soins holistiques.

En ce qui concerne l'hépatite, les progrès restent inégaux. En effet, seuls 18 % des nouveau-nés reçoivent la dose de vaccin contre l'hépatite B à la naissance. L'OMS a soutenu l'élaboration de plans stratégiques nationaux de lutte contre l'hépatite, mais le programme régional est confronté à un sous-financement important, ce qui nécessite des investissements nationaux plus importants et des mécanismes de financement novateurs.

Les programmes de vaccination ont franchi des étapes importantes, malgré les perturbations causées par la COVID-19. En 2023, la Semaine africaine de la vaccination a été marquée par la campagne intitulée le « Grand rattrapage », une initiative mondiale de l'OMS et de ses partenaires visant à atteindre les enfants sous-vaccinés et les enfants « zéro dose » et à renforcer les programmes de vaccination systématique. À la fin de cette même année, par exemple, la couverture par le DTC3 était passée à 74 % au niveau régional, tandis que le nombre d'enfants « zéro dose » était passé de 7,3 millions à 6,7 millions (2022-2023).

L'amélioration du financement national de la vaccination soutient cette hausse, avec da-



vantage de pays prenant en charge les coûts des vaccins par le biais de ressources publiques. Entre 2018 et 2022, la part des dépenses publiques consacrée aux vaccins utilisés pour la vaccination systématique est passée de 35 % à 59 %, ce qui marque une tendance positive vers un financement durable.

Les progrès ont été soutenus par l'approche globale adoptée par l'OMS pour améliorer les programmes de vaccination, renforcer la surveillance des maladies, promouvoir la recherche et l'innovation et collaborer avec les partenaires. L'assistance aux pays a consisté en une planification et une orientation stratégiques, une surveillance et un suivi des maladies, le déploiement de nouveaux vaccins, des interventions spécifiques à certaines maladies, le suivi de la couverture vaccinale et la mise en place de réseaux de laboratoires, ainsi que l'amélioration de leurs capacités.

L'importation du poliovirus sauvage du Pakistan au Malawi, notifiée en janvier 2022, a exigé une riposte rapide, avec plus de 50 millions d'enfants vaccinés dans cinq pays. Cette riposte a permis l'interruption de la transmission en 2024. L'innovation en matière de vaccins, telle que l'introduction du nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 (VPOn2), le premier vaccin autorisé en vertu de l'homologation d'urgence de l'OMS, reflète l'engagement de l'Organisation en faveur d'efforts de vaccination durables.

Parmi les autres nouveaux vaccins figurent le vaccin à valence rubéole (RCV), introduit par 75 % des pays de la Région africaine, et la deuxième dose du vaccin à valence rougeole (MCV2), introduite par 91 % des pays. Cependant, l'équité et l'accessibilité des vaccins restent des préoccupations majeures, en particulier dans les zones reculées.

Malgré les défis persistants, l'approche intégrée de l'OMS, associée à l'augmentation des investissements des pays et des partenariats stratégiques, offre une voie à des progrès notables vers l'élimination des maladies et la sécurité sanitaire d'ici à 2030.

Aborder la question des maladies non transmissibles et de la santé mentale

Le fardeau croissant des maladies non transmissibles et des problèmes de santé mentale dans la Région africaine, où selon les prévisions de l'OMS, les maladies non transmissibles deviendront la principale cause de décès d'ici à 2030, a exigé la mise en place de stratégies majeures en matière de prévention, de traitement et de réforme des politiques, soutenues par des systèmes de santé intégrés.

En 2019, les maladies non transmissibles étaient responsables de 37 % des décès dus à des facteurs de risque tels que le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, une mauvaise alimentation et la sédentarité. Malgré des

Baisse du tabagisme de

13,5 % à
9,5 %

2015-2023

Baisse des décès
imputables à l'alcool – de

70,6 à 52,2

décès pour 100 000
habitants, 2016-2019

Réduction de

22,1 % à
16 %

de la sédentarité,
2016-2022

améliorations – une légère baisse de la mortalité due aux maladies non transmissibles standardisées selon l'âge, qui est passée de 616 à 587 décès pour 100 000 habitants (2013-2019) – des inégalités persistent. Dans de nombreux pays, les systèmes de santé restent mal équipés, tandis que l'accès limité aux services de diagnostic, aux médicaments et aux soins préventifs affecte de manière disproportionnée les populations vulnérables.

L'OMS a activement appuyé les pays dans la mise en œuvre d'interventions de santé publique ciblant les facteurs de risque modifiables. L'adoption de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et de l'ensemble de politiques MPOWER a fait baisser le tabagisme de 13,5 % à 9,5 % (2015-2023).

Les efforts visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, y compris l'initiative SAFER, enregistrent des progrès. En effet, les décès imputables à l'alcool ont régulièrement diminué, passant de 70,6 à 52,2 décès pour 100 000 habitants (2016-2019). La stratégie SHAKE de l'OMS pour la réduction du sel et les taxes sur les boissons sucrées ont également été mises en œuvre dans plusieurs pays. En outre, la Région a enregistré

une réduction du taux de sédentarité qui est passé de 22,1 % à 16 % entre 2016 et 2022, ce qui en fait la seule Région en bonne voie d'atteindre la cible mondiale de réduction de la sédentarité d'ici à 2030.

Pour remédier aux capacités limitées en matière de soins de santé, l'OMS a soutenu la mise en œuvre de l'ensemble OMS d'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles (WHO-PEN) au niveau des soins primaires, adopté par 34 pays africains. Fort de ce succès, l'initiative PEN-Plus, lancée en 2022, a répondu au besoin croissant de soins plus complets. Grâce à cette initiative, l'OMS a soutenu les pays pour renforcer les capacités des hôpitaux de district et d'autres établissements de premier niveau de recours.

Les services de santé mentale, traditionnellement sous-financés et stigmatisés, suscitent de plus en plus d'intérêt. Les politiques nationales de santé mentale se sont développées et 70 % des pays les ont alignées sur les normes internationales relatives aux droits humains. Le Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale, ainsi que l'Initiative pour les droits de qualité, favorisent l'intégration de la



santé mentale dans les soins primaires et autonomisent les agents de santé non spécialisés.

Agir sur les déterminants sociaux de la santé

Pour aborder le rôle essentiel des déterminants sociaux, économiques et environnementaux qui conditionnent les résultats sanitaires dans la Région africaine, l'OMS a souligné la nécessité d'une collaboration multisectorielle qui tienne compte de facteurs tels que la pauvreté, les inégalités, l'éducation, l'urbanisation et le changement climatique pour parvenir à des améliorations sanitaires durables.

Bien que la Région africaine ait enregistré des améliorations dans le niveau de vie, de profondes inégalités sociales persistent, les populations vulnérables telles que les personnes handicapées étant confrontées à des obstacles disproportionnés dans l'accès aux soins de santé. Par exemple, seuls 17 % à 37 % des personnes qui ont besoin de dispositifs d'assistance comme des prothèses en reçoivent, tandis que l'espérance de vie des personnes en situation de handicap est inférieure de 20 ans à la moyenne.

La pandémie de COVID-19, les conflits et les catastrophes naturelles ont mis et continuent de mettre en évidence la fragilité des systèmes de santé, révélant les inégalités sous-jacentes. Pour relever ces défis, l'OMS a encouragé une approche pangouvernementale et pansociétale, en alignant les efforts entre les secteurs pour améliorer les résultats sanitaires et la résilience face aux crises.

Des pays comme le Botswana ont mis en œuvre l'approche de la santé dans toutes les politiques, favorisant la collaboration entre les secteurs pour intégrer les considérations sanitaires dans des domaines tels que les transports et l'application de la loi. L'OMS a également lancé le Réseau des villes-santé, où les villes du continent ont mis en œuvre des interventions visant à prévenir les maladies non transmissibles et les traumatismes, notamment les politiques alimentaires, la lutte antitabac, la sécurité routière, la mobilité sûre et active ou la surveillance de la qualité de l'air. Abidjan et Dakar par exemple ont élaboré des normes nutritionnelles pour réduire la consommation excessive de sel dans les écoles publiques, tandis que Freetown a sensibilisé les vendeurs aux

dangers de la consommation excessive de sel puis les a formés afin qu'ils transmettent le message à leurs clients.

La Région est confrontée à un double fardeau de malnutrition, avec à la fois la dénutrition et l'augmentation des taux d'obésité et de maladies liées à l'alimentation telles que le diabète. Malgré les efforts déployés, l'insécurité alimentaire continue de menacer les populations vulnérables et est exacerbée par le changement climatique et les conflits. Cependant, les initiatives soutenues par l'OMS, telles que le programme d'allaitement maternel exclusif de la Sierra Leone, illustrent le potentiel de changement. La Sierra Leone a dépassé l'objectif de 50 % d'allaitement maternel, grâce à des efforts soutenus impulsés par des campagnes communautaires et des réformes juridiques. En outre, l'OMS a contribué à promouvoir la sécurité alimentaire en collaborant avec les pays pour améliorer l'hygiène sur les marchés traditionnels et surveiller les risques de contamination des aliments.

Le changement climatique constitue une menace importante pour la santé publique en Afrique, les phénomènes météorologiques extrêmes, la pollution de l'air et la pénurie d'eau contribuent aux crises sanitaires sur tout le continent. L'OMS a soutenu les pays dans l'élaboration de plans d'adaptation sanitaire et la conception de systèmes de santé résilients face aux changements climatiques. Au total, ce sont 29 pays qui se sont engagés à mettre en place des systèmes de santé résilients dans le cadre de l'Initiative pour la santé de la COP26 (à partir de décembre 2024).

Afin de réduire les accidents de la route, principale cause de décès imputables aux traumatismes en Afrique, l'OMS a fourni un appui aux États Membres dans la mise en œuvre des interventions solides, multisectorielles et fondées sur des données probantes en matière de sécurité routière, qui ont permis de réduire la mortalité dans un tiers des pays.

La prévention de la violence à l'égard des enfants figure parmi les priorités de l'OMS, et s'appuie sur les interventions fondées sur des données probantes contenues dans le cadre INSPIRE, qui a été conçu par l'OMS et ses partenaires en 2016. La République-Unie de Tanzanie est le chef de file de la Région et dispose de

stratégies globales de prévention de la violence dans les systèmes de santé, d'éducation et de services sociaux, tandis que la Namibie est dotée d'un cadre politique et législatif solide pour la protection des enfants contre la violence et les abus, ainsi que d'un plan d'action national 2022-2025 pour prévenir et combattre la violence à l'égard des enfants.

La violence sexiste, tout comme l'exploitation et les abus sexuels restent des menaces majeures pour la santé publique. L'OMS a appuyé 20 pays de la Région dans la mise en œuvre de ses lignes directrices pour lutter contre ces fléaux grâce au cadre RESPECT, lancé en 2019, qui fournit des orientations aux décideurs politiques pour renforcer et intensifier les efforts de prévention de la violence à l'égard des femmes.

Améliorer la sécurité sanitaire en Afrique

Grâce à des partenariats stratégiques, à des systèmes de données innovants et à une logistique renforcée, l'OMS fournit un appui aux États Membres afin qu'ils puissent réaliser des progrès substantiels dans la préparation et la réponse aux urgences de santé publique, tout en renforçant la capacité de leurs systèmes à résister aux crises.

La Région, qui supporte le plus lourd fardeau

des crises de santé publique à l'échelle mondiale, signale chaque année plus de 100 épidémies et situations d'urgence provoquées par des maladies, des conflits et des catastrophes naturelles. Outre la maladie à virus Ebola et la COVID-19, on peut notamment citer le choléra, la rougeole, la fièvre jaune, la poliomyélite, la méningite et la variole. Les populations vulnérables sont les plus touchées et les systèmes de soins de santé sont durement éprouvés.

Le Cadre de collaboration visionnaire de 2016 entre l'OMS et la Commission de l'Union africaine relatif à la création et la mise en service du CDC-Afrique en vue d'améliorer la sécurité sanitaire en Afrique, ainsi que les différentes itérations de ce qui est devenu le groupe organique Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (EPR) en 2019, dont le domaine d'action est essentiellement le renforcement des défenses de la Région contre les menaces sanitaires et les crises humanitaires, ont fini par changer la façon dont la Région répond aux épidémies et aux flambées de maladie.

Trois initiatives phares du groupe organique EPR annoncées en 2022, à savoir « Favoriser la résilience des systèmes face aux situations d'urgence » (PROSE), « Transformer les systèmes



Amélioration de

50 %

des délais de détection
des épidémies

Réduction de

60 %

du temps nécessaire
pour enrayer des
épidémies

24 heures

heures pour déployer
des équipes de gestion
d'incidents

de surveillance en Afrique » (TASS) et « Renforcer et utiliser les groupes d'intervention en cas d'urgence » (SURGE), ont fourni une aide concrète afin que les pays puissent se préparer aux urgences de santé publique, les détecter et y faire face.

Des systèmes de données et de surveillance fiables sont essentiels pour suivre les maladies et éclairer la préparation d'une riposte rapide. Associé au nouveau centre d'analyse des données et d'innovation appelé Data Sphere, le programme d'information sur les urgences sanitaires et d'évaluation des risques (HIR) liés à la préparation et à la riposte aux situations d'urgence lancé en 2024 a permis de réduire considérablement le temps nécessaire à la détection des flambées épidémiques.

Alors que l'épidémie de maladie à virus Ebola en 2014 a dépassé 28 000 cas et 11 000 morts, une épidémie similaire en République démocratique du Congo en 2022 a été détectée en seulement 29 jours. Celle-ci a été maîtrisée en un laps de temps remarquablement bref de 37 jours, ayant fait un seul cas et un seul décès. Entre 2015 et 2023, dix-sept des 18 épidémies de maladie à virus Ebola et de maladie à virus Marburg ont été maîtrisées sans propagation transfrontalière. Les délais de détection des épidémies ont été améliorés de 50 %, ce qui permet d'éviter des maladies et de sauver des vies, tandis que le temps nécessaire de manière générale pour enrayer les épidémies a été réduit de 60 %, passant de 156 jours à 63 jours (2017-2023).

Les équipes de gestion des incidents sont désormais déployées en 24 heures pour plus de 90 % des événements classés, et plus de 1700 intervenants ont reçu une formation aux secours d'urgence afin de remédier au déficit de compétences et de mettre en place une capacité de réponse plus solide.

Des progrès importants ont aussi été réalisés en ce qui concerne l'intégration des innovations et de la technologie pour améliorer les activités de veille en santé publique, grâce au lancement de la plateforme EIOS (Epidemic Intelligence from Open Sources) de veille épidémiologique. La plateforme EIOS contribue à la détection de plus du tiers de l'ensemble des événements de santé publique dans la Région.

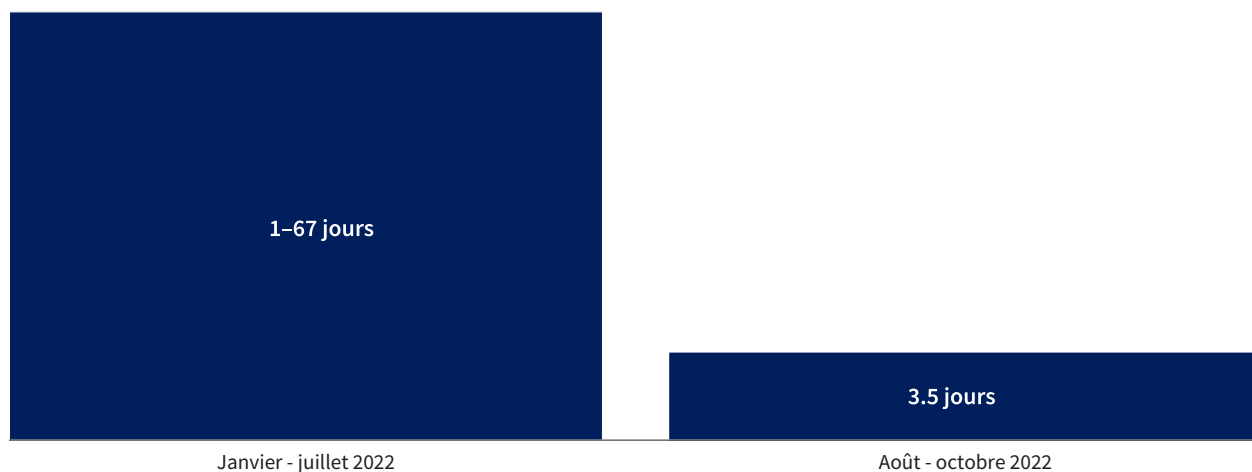
Les progrès de la surveillance génomique ont été déterminants lors de la pandémie de COVID-19, la capacité de séquençage ayant été élargie à 42 pays, contre 12 pays auparavant, ce qui a renforcé la préparation de la Région à de futures épidémies. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et le CDC-Afrique ont établi conjointement un réseau de laboratoires de séquençage génomique pour la COVID-19 et d'autres nouveaux agents pathogènes en septembre 2020.

Outre le développement des capacités nationales de séquençage, l'OMS a également formé le personnel de laboratoire à l'utilisation de tests de détection rapide des antigènes (Ag-RDT), a soutenu la mise en place d'une surveillance des eaux usées pour les agents pathogènes présentant un potentiel épidémique et pandémique, et a dispensé des formations dans le domaine de la bio-informatique.

Les problèmes logistiques rencontrés dans des situations d'urgence, tels que les retards dans l'acheminement des fournitures lors de la crise de maladie à virus Ebola en 2014, ont mis en évidence la nécessité d'améliorer les systèmes. À cette fin, l'OMS a mis en place des centres régionaux de gestion des situations d'urgence au Kenya, au Sénégal et en Afrique du Sud (procédure en cours), ce qui a permis de réduire les délais de livraison de 67 jours à trois jours à peine. Ces centres, qui disposent de fournitures prépositionnées et de stocks efficaces, permettent de réagir plus rapidement aux crises tout en réduisant la dépendance à l'égard de sources extérieures. Ils ont également servi à la formation de plus de 3000 intervenants spécialisés dans les situations d'urgence, améliorant ainsi la préparation et l'efficacité opérationnelle de la Région.

L'OMS a également soutenu la mise au point d'outils d'évaluation des risques tels que la Boîte à outils stratégique d'évaluation des risques (STAR) que 31 pays ont commencé à utiliser pour établir des profils de risque complets et élaborer des plans multirisques en 2023. Les améliorations en matière de gouvernance, y compris les nouveaux partenariats comme celui avec l'Union interparlementaire, ont consolidé les cadres juridiques relatifs à la sécurité sanitaire sur l'ensemble du continent.

Figure 7 : Délais d'expédition dans la Région africaine de l'OMS avant et après la mise en service de l'entrepôt temporaire du Centre régional de gestion des situations d'urgence du Kenya



Défis et enseignements tirés

Théâtre de plus d'une centaine de situations d'urgence par an, dont les épidémies de maladie à virus Ebola, de COVID-19 et de variole simienne, la Région traverse de nombreuses crises avec des ressources financières limitées et des infrastructures de santé déficientes. Ces obstacles nonobstant, elle fait des progrès réguliers en matière de préparation et de riposte, améliorant ses capacités de base en phase avec le Règlement sanitaire international (RSI) 2005.

Le changement climatique exacerbe les problèmes de santé publique, provoquant davantage de catastrophes naturelles telles que les inondations et les sécheresses, et favorisant l'intensification des zoonoses. Les pays se dotent de technologies numériques pour anticiper les risques sanitaires induits par le climat, les suivre et y répondre le cas échéant, montrant ainsi comment l'innovation peut combler les lacunes en matière de ressources et renforcer la résilience.

Le sous-financement chronique et le déficit de 6,1 millions de travailleurs spécialisés freinent les résultats en matière de santé. Cela dit, les investissements dans les talents locaux et les programmes de formation élargis commencent à remédier aux besoins en matière de main-d'œuvre. Les efforts visant à juguler la « fuite des cerveaux » en créant des débouchés pour les professionnels de la santé dans leur

pays d'origine contribuent progressivement à la mise en place de systèmes de santé plus autonomes.

La pandémie de COVID-19 a révélé très clairement la dépendance de la Région à l'égard de produits médicaux et de vaccins importés. Cependant, des pays comme l'Afrique du Sud, le Ghana et le Sénégal avancent dans la production locale de vaccins afin de renforcer l'autosuffisance. En outre, les organismes de réglementation reçoivent du soutien pour garantir que les produits fabriqués localement répondent aux normes internationales, réduisant ainsi la vulnérabilité aux perturbations des approvisionnements sur la scène mondiale.

Si la santé de la mère reste un problème, en raison de taux de mortalité élevés, des outils numériques innovants permettent de suivre les grossesses et de prévenir les complications. La Région étant également confrontée au fardeau croissant des maladies non transmissibles, les pays encouragent des campagnes de sensibilisation du public et intègrent la prise en charge de ces maladies dans l'ensemble de soins de santé primaires afin de réduire les facteurs de risque et d'améliorer l'accès.

Les collaborations avec l'Union africaine, le CDC-Afrique, les autorités nationales et les acteurs privés ont transformé la manière dont la Région réagit aux crises. Les centres régionaux de gestion des situations d'urgence ont

permis de réduire les délais de riposte et de garantir que des fournitures vitales parviennent plus rapidement aux communautés touchées. De plus, la mobilisation communautaire s'est révélée essentielle, favorisant la confiance et la coopération en temps d'épidémie.

Conclusions et perspectives

Si les systèmes de santé restent fragiles, les inégalités et l'accès limité aux soins continuant de poser des obstacles importants, les progrès accomplis par la Région africaine de l'OMS donnent une image de résilience, d'innovation et d'adaptabilité, comme on peut le voir dans le résumé détaillé ci-dessus. Grâce à des investissements continus dans la main-d'œuvre, la technologie, les partenariats et la mobilisation communautaire, la sécurité et l'équité en matière de santé s'y améliorent progressivement, et l'objectif de couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 y semble plus réalisable.

Le Programme de transformation a permis des améliorations dans des domaines majeurs tels que la détection des flambées épidémiques et la riposte, l'éradication de la poliomyélite, la santé de la mère et l'élimination des maladies tropicales négligées, tandis que les réformes institutionnelles ont favorisé une culture de la responsabilisation, de la transparence et du partenariat. Ces actions ont donné lieu à une mobilisation accrue des ressources et une collaboration plus efficace entre les donateurs.

La pandémie de COVID-19 a mis à l'épreuve la résistance de la Région, mais les enseignements tirés de situations d'urgence passées ont permis à l'OMS et à ses partenaires d'organiser une riposte efficace. L'amélioration de la surveillance, de la préparation aux situations d'urgence et de la collaboration avec les États Membres a joué un rôle déterminant dans la gestion de la crise, démontrant ainsi l'importance des investissements dans la sécurité sanitaire.

En tant qu'ardente protectrice de l'approche des soins de santé primaires, l'OMS milite pour l'intégration des soins, la gouvernance, le financement et le développement de la main-d'œuvre afin de soutenir la réalisation d'une couverture sanitaire universelle. Le renforcement de l'équité en matière de santé par l'augmentation du financement national de la santé et la réduction des frais à la charge des

patients est un domaine d'action important pour veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte.

Dans le cadre du Programme de transformation, priorité a aussi été donnée aux déterminants sociaux de la santé, en favorisant la collaboration multisectorielle sur des questions telles que la pauvreté, l'éducation et l'environnement. La lutte contre la malnutrition, l'insécurité alimentaire et les maladies non transmissibles a permis d'améliorer les résultats en matière de santé. Cependant, le changement climatique reste un défi pressant, qui a des conséquences disproportionnées sur les populations vulnérables et exacerbe les risques pour la santé publique.

Les technologies numériques transforment les soins de santé en Afrique. Les solutions et outils soutenus par l'intelligence artificielle, la surveillance géospatiale et les applications de santé mobile améliorent la prestation de services et la mobilisation du public. L'OMS continue d'œuvrer à faire en sorte que ses États Membres puissent élaborer des stratégies nationales de santé numérique afin d'exploiter ces innovations de manière responsable, tout en remédiant à des risques nouveaux tels que les cybermenaces.

Pour que les progrès soient durables, il faudra investir continuellement dans des systèmes de santé résilients, les partenariats et la mobilisation communautaire. L'OMS doit continuer à aligner ses efforts sur les priorités des pays et les objectifs de développement durable, en mettant l'accent sur la couverture sanitaire universelle et l'équité en matière de santé. Le chemin vers la sécurité sanitaire et le développement durable est loin d'être terminé, mais les enseignements tirés de la dernière décennie offrent une base solide pour des succès futurs.

Grâce à la planification stratégique, à l'innovation et à l'action collective, la Région africaine est bien placée pour obtenir des améliorations significatives et durables dans le domaine de la santé, afin que cette dernière devienne une réalité pour tous.

« Je voulais que chaque membre du personnel comprenne qu'il avait non seulement le droit, mais également la responsabilité de partager son point de vue. Autrement, le danger serait que vous passiez à côté de très bonnes idées. »

D^{re} Matshidiso Moeti



Réflexions sur la décennie passée par la D^{re} Moeti au poste de Directrice régionale

À son arrivée au Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour l'Afrique, un haut fonctionnaire avait invité la D^{re} Matshidiso Moeti à savoir garder ses opinions pour elle et à « ne pas brouiller les cartes de l'autorité ». Avec ses racines profondément ancrées dans la culture tswana, qui prône l'équité, le dialogue et le droit de se faire entendre, une telle suggestion n'avait tout simplement aucune chance de prospérer chez la D^{re} Moeti. En effet, son style de leadership, qui est reconnu comme un élément essentiel des succès qu'elle a enregistrés au cours de sa décennie au poste de Directrice régionale, met en évidence une dirigeante audacieuse, qui n'a pas peur de prendre des décisions et d'exercer l'autorité qu'exige son poste, mais qui est surtout disposée à écouter tout le monde, indépendamment du statut professionnel de l'interlocuteur.

« J'étais résolue à tordre le cou à l'idée que les gens devaient raser les murs. Je voulais que chaque membre du personnel comprenne qu'il avait non seulement le droit, mais également la responsabilité de partager son point de vue. Autrement, le danger serait que vous passiez

à côté de très bonnes idées. J'ai donc travaillé avec ardeur, en organisant des assemblées générales du personnel et en appliquant une politique "portes ouvertes", pour que tous les membres du personnel se sentent valorisés, qu'ils sachent que chaque personne peut et devrait contribuer à l'édifice, que chacun a des droits et peut s'exprimer librement », a indiqué la D^{re} Moeti.

En tant que femme qui a dû elle-même opérer des choix difficiles dans sa carrière médicale, la D^{re} Moeti avoue en toute franchise que les préoccupations liées à l'équité entre les genres ont figuré parmi les principaux facteurs qui ont motivé sa décision de postuler au poste de Directeur régional, et il va donc de soi que le fait de donner la parole aux femmes dans la Région africaine de l'OMS s'est imposé comme une priorité. Après tout, la santé publique n'était pas son premier choix ; le fait qu'elle soit devenue mère et que son pays d'origine, le Botswana, ne disposait d'aucune école de médecine où elle aurait pu poursuivre ses études pédiatriques qui étaient son premier choix l'avait mise sur une nouvelle voie.





La D^{re} Moeti plaisante maintenant en disant qu'avec ses antécédents familiaux en matière de santé publique – étant entendu que ses parents se consacraient aux soins et aux politiques de santé – elle s'était dit : « Eh bien, j'irai faire santé publique. » Cette décision coïncidait néanmoins avec le début de l'épidémie de VIH, le Botswana étant à l'époque le pays le plus touché au monde. Réputée pour avoir dirigé l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS en Afrique au plus fort de l'épidémie, laquelle initiative a considérablement élargi l'accès des personnes vivant avec le VIH aux traitements antirétroviraux, la D^{re} Moeti a commencé à collaborer avec des responsables politiques et des partenaires mondiaux, renforçant ainsi son expertise et ses réalisations.

« J'ai donc été très heureuse de pouvoir inspirer, je l'espère, mes collègues qui travaillent avec moi, et de montrer qu'il est possible, même si cela reste un défi, d'atteindre l'équité entre les genres aux niveaux de la haute direction dans le domaine de la santé comme dans tous les autres secteurs du développement. »

« J'ai eu l'occasion de travailler aux Nations Unies aux niveaux national, régional et mondial, dit-elle. J'ai travaillé pour l'ONUSIDA au Siège de l'OMS à Genève, avec l'UNICEF dans un bureau régional, et j'ai travaillé avec l'OMS au niveau des pays en tant que Représentante de l'OMS. J'ai appris à connaître la santé pub-

lique, la politique de la santé, la santé mondiale, en travaillant à des niveaux différents, et j'ai pensé que ce serait un privilège pour moi de proposer mon expérience et mes compétences afin de diriger l'OMS dans la Région africaine. » Elle ajoute, en toute franchise, que : « J'ai aussi pensé qu'il était temps pour une femme de faire ce travail ».

La D^{re} Moeti était convaincue qu'elle pouvait être un modèle pour d'autres collègues femmes, de montrer qu'il était effectivement possible qu'une femme menant une carrière professionnelle puisse accéder à un tel poste et l'occuper avec efficacité, malgré les multiples rôles que les femmes qui ont une carrière jouent dans la famille et dans la société. « J'ai donc été très heureuse de pouvoir inspirer, je l'espère, mes collègues qui travaillent avec moi, et de montrer qu'il est possible, même si cela reste un défi, d'atteindre l'équité entre les genres aux niveaux de la haute direction dans le domaine de la santé comme dans tous les autres secteurs du développement », a encore indiqué la D^{re} Moeti.

Le travail acharné ne faisait que commencer : elle s'en est vite rendu compte. Les pays africains ont réalisé des progrès vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), notamment l'augmentation des taux de vaccination des enfants et la réduction concomitante de la mortalité infantile et maternelle. Fait important, la D^{re} Moeti attribue les gains obtenus à une approche collective, car les pays, les gouvernements et les partenaires ont œuvré de concert à l'atteinte de l'objectif commun qui

reste d'améliorer la santé en Afrique. La menace que représentent les maladies transmissibles devient de plus en plus évidente et des progrès beaucoup plus importants restent à faire dans des domaines comme la lutte contre le paludisme, l'infection à VIH et la tuberculose.

Les États Membres, les partenaires et d'autres intervenants ont envoyé un message haut et fort, à savoir qu'ils souhaitaient voir une OMS plus capable de répondre aux besoins, plus responsable de ses actions et plus axée sur les résultats dans sa façon de s'investir dans son travail et de l'accomplir.

Néanmoins, la D^{re} Moeti a connu un véritable « baptême du feu », en ce sens qu'elle a pris ses fonctions au moment où l'épidémie de maladie à virus Ebola sévissait en Afrique de l'Ouest, de surcroît à un moment où l'OMS dans la Région africaine était sous le feu des projecteurs et essuyait maintes critiques liées à la qualité de sa riposte à cette épidémie et à d'autres flambées épidémiques, ainsi qu'aux urgences de santé publique. Les États Membres, les partenaires et d'autres intervenants ont envoyé un message haut et fort, à savoir qu'ils souhaitaient voir une OMS plus capable de répondre aux besoins, plus responsable de ses actions et plus axée sur les résultats dans sa façon de s'investir dans son travail et de l'accomplir.

« Ce fut une période très difficile pour nous,

en tant qu'Organisation, et pour moi, en tant que dirigeante de l'OMS dans la Région africaine, avoue la D^{re} Moeti. Mais cela a suscité, au sein de toute l'équipe de direction que j'ai formée, la ferme résolution de réformer notre façon de travailler dans la Région, ce qui a donné naissance à notre Programme de transformation. »

Au cours de son premier mandat, la D^{re} Moeti a mis l'accent sur la nécessité d'orienter davantage l'Organisation vers les résultats et les données, de planifier avec les États Membres et le Siège de l'OMS pour définir les priorités d'action, tout en veillant à ce que le Secrétariat de l'Organisation dans la Région africaine soit plus proactif et axé sur le terrain et en établissant des partenariats durables. Sur le plan interne, la D^{re} Moeti savait que la responsabilisation des membres du personnel devait être renforcée en ce qui concerne l'allocation des ressources. Les donateurs et les partenaires doivent pouvoir apprécier l'utilité des fonds et autres actifs qu'ils confient à l'OMS, ce qui aide à terme les États Membres à obtenir de meilleurs résultats.

La D^{re} Moeti rappelle à cet effet que : « Nous avons mis en place un programme assez détaillé et intentionnel de suivi de la façon dont nous gérons les ressources, dont nous gérons le personnel à l'OMS et dont nous traitons l'obligation de rendre compte. Je me souviens que nous avons élargi l'équipe chargée de la conformité que j'ai trouvée ici, en introduisant un mécanisme de suivi régulier pour déterminer les pays



« Je pense que nous avons, au moment où j'entrais en fonction, environ 1000 rapports aux donateurs dont la soumission avait été retardée et qui étaient en suspens. Et maintenant, avec les efforts et les investissements que nous avons consentis pour assurer le suivi au niveau des pays, nous n'en sommes plus qu'à une trentaine ou une quarantaine de rapports en suspens. C'est donc dire que le changement aura été énorme sur ce plan. »

qui géraient bien les ressources de l'OMS, en faisant rapport aux donateurs dans les délais prescrits. Nous savions qu'il s'agissait là d'un domaine qui avait un grand besoin d'amélioration, et nous avons réussi à l'améliorer. Je pense que nous avons, au moment où j'entrais en fonction, environ 1000 rapports aux donateurs dont la soumission avait été retardée et qui étaient en suspens. Et maintenant, avec les efforts et les investissements que nous avons consentis pour assurer le suivi au niveau des pays, nous n'en sommes plus qu'à une trentaine ou une quarantaine de rapports en suspens. C'est donc dire que le changement aura été énorme sur ce plan. »

L'équité dans l'accès aux soins de santé est un autre domaine prioritaire majeur, en particulier entre les centres urbains et les zones rurales dans les États Membres. Si les soins de santé primaires sont généralement acceptés

comme constituant la solution, force est de constater que la centralisation du financement crée des déséquilibres dans la répartition des ressources et induit par ricochet des capacités aux niveaux périphériques. Dans le cadre d'un programme phare mis en application pendant le premier mandat de la D^{re} Moeti afin de favoriser la décentralisation, qui a été consolidé au cours de son deuxième mandat, l'OMS a collaboré avec les pays pour influencer l'alignement des investissements dans les soins de santé primaires et accroître l'efficacité des systèmes de santé. La D^{re} Moeti dit que les pays savaient que s'ils pouvaient amener le personnel médical, les fournitures et l'équipement à ce premier niveau de soins, permettant le traitement des personnes près de leurs lieux de résidence, cela augmenterait considérablement l'efficacité dans les hôpitaux.

« Je pense que certains des enseignements que nous avons tirés au cours de mon premier mandat comprennent le fait que des approches verticales très ciblées sont importantes pour avoir un impact initial non négligeable sur un problème. Mais nous devons trouver des moyens de combiner ce travail. Par exemple, dans les crises humanitaires prolongées, nous avons également le plus grand nombre d'enfants non vaccinés, de mères qui meurent en couches et d'autres problèmes de santé. Il y a donc une opportunité de réaliser des progrès majeurs





Si la maladie à virus Ebola a marqué le début du premier mandat de la D^{re} Moeti, c'est la pandémie de COVID-19 qui l'a empêchée de dormir la nuit pendant son second mandat. Jamais auparavant la nécessité d'investir dans des systèmes de santé résilients face aux situations d'urgence et aux flambées épidémiques n'avait été aussi évidente.

si nous pouvons continuer à fournir des soins essentiels dans de telles crises. »

L'évolution des mentalités sur les avantages de l'investissement national dans la santé, y compris dans le personnel de santé, aura été un autre axe majeur, et l'OMS dans la Région africaine a mis en place un programme visant à conseiller les pays sur les moyens les plus intelligents et les plus efficaces de financer les besoins de santé en s'appuyant sur les ressources nationales. Un domaine souvent mal compris, à savoir la lutte contre la croyance bien ancrée que l'investissement dans la santé est un puits sans fond ni retour, nécessitait qu'une éducation et un plaidoyer soient engagés en faveur d'une hausse des allocations à la santé. Les ressources humaines pour la santé sont un élément fondamental, et la D^{re} Moeti est fière du lancement, en mai 2024, de la Charte d'investissement dans les personnels de santé pour lutter contre l'émigration que subissent les pays africains, laquelle charte définit les règles et les principes d'investissement dans les ressources humaines.

Si la maladie à virus Ebola a marqué le début du premier mandat de la D^{re} Moeti, c'est la pandémie de COVID-19 qui l'a empêchée de dormir la nuit pendant son second mandat. Jamais auparavant la nécessité d'investir dans des systèmes de santé résilients face aux situations d'urgence et aux flambées épidémiques n'avait été aussi évidente. La plus grande conséquence qui subsiste est la crise des enfants non vaccinés et qui n'ont pas pu accéder à la vaccination systématique à cause des confinements, avec désormais pour corollaire de grandes flambées de rougeole sur le continent, pour ne citer que cet exemple. Les taux de mortalité maternelle ont augmenté, tandis que l'accès au traitement de problèmes de santé tels que l'infection à VIH, la tuberculose et le paludisme a également été entravé.

« La phase de relèvement qui a suivi a mis en évidence la nécessité de disposer de soins de santé primaires et l'impératif de savoir canaliser les ressources disponibles qui, autrement, ne seraient investies que dans des maladies individuelles. Je suis très heureuse de voir certains de nos pays adopter et mettre en œuvre ce que l'on appelle une approche de la santé centrée sur la personne. Cela nous aidera à ne pas manquer des occasions lorsque certaines personnes entrent en contact avec le système de santé, quel que soit le stade de leur vie. Par exemple, un enfant de moins de cinq ans qui vient se faire vacciner devrait également faire l'objet d'un dépistage d'autres maladies de l'enfant et être



« Un enfant de moins de cinq ans qui vient se faire vacciner devrait également faire l'objet d'un dépistage d'autres maladies de l'enfant et être pris en compte pour d'autres vaccinations, les informations sanitaires pertinentes étant partagées avec les parents et les personnes ayant la charge d'enfants. Ceci nous aidera à être plus efficaces dans la façon dont nous investissons à la fois les ressources des gouvernements et celles mobilisées auprès des partenaires. »

pris en compte pour d'autres vaccinations, les informations sanitaires pertinentes étant partagées avec les parents et les personnes ayant la charge d'enfants. Ceci nous aidera à être plus efficaces dans la façon dont nous investissons à la fois les ressources des gouvernements et celles mobilisées auprès des partenaires. »

La D^{re} Moeti décrit son second mandat comme un mandat de consolidation, dont l'un des événements les plus douloureux aura été la survenue d'incidents d'exploitation et d'abus sexuels pendant la riposte à la dixième flambée épidémique de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo. Elle assume la responsabilité pour le fait que ces incidents se sont produits dans un État Membre de la Région africaine, et l'exploitation des personnes que l'OMS était censée servir – à savoir les femmes vivant dans les communautés locales – reste une expérience inoubliable. « Mais cette situation a aussi enclenché une détermination absolue à lutter contre ce phénomène et chacun de nos

membres du personnel doit en être conscient, a souligné la D^{re} Moeti. Nous avons créé des canaux donnant la possibilité à tout membre du personnel qui observe un tel comportement de la part de collègues de le signaler sans craindre des représailles, ou d'indiquer en toute sécurité que quelque chose ne va pas dans le lieu de service, et j'espère vivement que les membres du personnel croient en ce mécanisme, en la sécurité de l'anonymat de ce mécanisme, et qu'ils peuvent ainsi faire partie de la solution. Nous avons pu organiser une riposte forte, car l'OMS, travaillant à tous les niveaux, a sensibilisé très largement les membres de son personnel à ce sujet, et, à un moment donné, de plus en plus de rapports ont été publiés dans la Région africaine. J'ai considéré cela comme un signe positif que les gens se sentent capables, lorsqu'ils voient des actes répréhensibles, d'utiliser le système pour dire "hé, ce qui se passe ici mérite de l'attention". »

S'agissant des moments qui l'ont le plus marquée au cours de son mandat, la D^{re} Moeti indique qu'elle les a vécus pendant ses voyages à travers le continent, où elle a pu voir les équipes de pays de l'OMS travailler avec les autorités nationales afin de traduire en actes concrets certaines des stratégies portées par l'Organisation. Elle rappelle par exemple la fois où le ministre de la santé d'un pays qui investissait au niveau central dans des hôpitaux spécialisés de qualité n'arrivait pas à accepter le fait qu'un pays voisin plus pauvre enregistre des taux de mortalité maternelle plus faibles grâce à son approche des soins de santé primaires. À l'aide de données,



ce pays a pu illustrer la nécessité d'investir non seulement dans les soins spécialisés dans les capitales, autant que dans la valeur ajoutée, mais aussi dans les résultats comme dans la recherche d'un impact pour l'investissement au niveau le plus local.

Le Programme des volontaires des Nations Unies est un programme qui l'enthousiasme particulièrement. Pour preuve, environ 200 volontaires des Nations Unies ont été nommés, pratiquement à 80 % des femmes. Cependant, la D^{re} Moeti affirme que beaucoup de travail a également été accompli au sein de la direction aux niveaux du Bureau régional et des bureaux de pays, la direction s'étant investie dans la recherche de candidates pour pourvoir des postes vacants.

« Ensuite, les femmes qui sont sur le point d'accoucher auront accès aux soins et au suivi près de leur lieu de résidence, y compris en zone rurale, a indiqué la D^{re} Moeti. Si ces femmes courent un risque plus élevé, elles peuvent être transférées vers un hôpital disposant des moyens nécessaires pour pratiquer une césarienne. Cette orientation-recours peut être faite de manière intentionnelle et le nombre de décès maternels s'en trouvera réduit. Ce qui me réjouit vraiment, c'est que le Représentant de l'OMS et le Ministre ont œuvré de concert pour changer de fond en comble la façon dont le gouvernement investissait dans la santé, amenant d'autres partenaires à reproduire cet exemple, et les données montrent d'ailleurs déjà l'impact de cette action. »

La D^{re} Moeti est toujours aussi ravie de rencontrer les femmes volontaires des Nations Unies, qui sont intelligentes, qualifiées, flexibles et porteuses d'idées novatrices, et d'entendre les histoires de la différence qu'elles font. Prendre des photos avec elles est l'un de ses plus grands plaisirs, illustrant que l'équité entre les hommes et les femmes ne se fait pas seulement dans les discours, mais évolue dans les interventions de l'OMS comme dans les partenariats qui ouvrent la voie à la transition des volontaires vers des postes dans la catégorie professionnelle. Il s'agit là d'une dynamique que la D^{re} Moeti aimerait voir s'amplifier, avec





un soutien accru de la part de dirigeants masculins qui comprennent qu'il ne s'agit pas d'une compétition, mais plutôt d'un exemple de la meilleure façon de tirer parti d'une ressource dont les systèmes de l'OMS ont désespérément besoin.

« À mon avis, ce qui doit donc changer et le rôle que je reconnais que l'OMS peut jouer, et nous nous efforçons d'ailleurs de le faire progressivement, c'est d'être ce lien entre la recherche, ses résultats et l'adoption rapide de nouvelles connaissances et de nouveaux outils intelligents au niveau des pays. »

À son successeur, la D^{re} Moeti déclare que les travaux sur l'équité entre les genres devraient rester un domaine d'action prioritaire, afin de consolider les progrès réalisés. Le Programme des volontaires des Nations Unies est un programme qui l'enthousiasme particulièrement. Pour preuve, environ 200 volontaires des Nations Unies ont été nommés, pratiquement à 80 % des femmes. Cependant, la D^{re} Moeti affirme que beaucoup de travail a également été accompli au sein de la direction aux niveaux du Bureau régional et des bureaux de pays, la direction s'étant investie dans la recherche de candidates pour pourvoir des postes vacants. Il a fallu organiser à cet effet des sessions spéciales pour les femmes afin de renforcer leur confiance en elles par des formations, des séances d'information et un mentorat pour s'assurer qu'elles postulent aux postes disponibles à tous les niveaux.

Le prochain conseil que la D^{re} Moeti pourrait donner à son successeur est de mettre l'accent sur la charge accrue et spectaculaire des maladies non transmissibles, qui ne font pas l'objet d'initiatives mondiales de financement. « Nous devons vraiment accélérer la mise en œuvre des soins de santé primaires et élargir l'ensemble des services de santé essentiels, en nous appuyant sur les investissements déjà réalisés et en améliorant les capacités globales de nos systèmes de santé. Nous devons comprendre que les populations ne sont pas seulement touchées par la tuberculose ou par le VIH, mais aussi par le diabète, les maladies cardiaques, l'hypertension et d'autres maladies encore. Si nous élargissons

nos listes de médicaments essentiels, formons les populations et leur donnons le matériel de dépistage et les connaissances nécessaires en matière de prévention, nous pourrions relever le défi grâce à une approche centrée sur la personne, sans avoir besoin de créer un mouvement mondial pour combattre ces maladies. »

Les mêmes dispositions sont aussi valables pour les maladies transmissibles, ajoute la D^{re} Moeti, par exemple dans le cas du cancer du col de l'utérus, qui est causé principalement par la transmission du papillomavirus humain (PVH). « Lorsque nous dépistons le VIH chez les femmes, lorsque des femmes se rendent dans des cliniques de prise en charge du VIH, profitons-en pour savoir si elles sont également touchées par le papillomavirus humain. Si c'est le cas, profitons-en pour leur fournir un traitement précoce et les guérir de ce cancer (complètement traitable), afin qu'elles n'en meurent pas comme elles le font actuellement. » Il est primordial d'accorder l'attention requise aux risques que le changement climatique fait peser sur la santé et sur les systèmes de santé. « Notre Région abrite six des 10 pays les plus touchés par les catastrophes au monde, et l'on peut citer à titre d'exemple des vagues de chaleur, des inondations, des cyclones et des incendies de forêt qui affectent la santé et les moyens de subsistance de millions de personnes. Nous avons jeté les bases solides de mesures concrètes que les pays peuvent prendre pour relever ces défis, mais nous devons continuer à soutenir les pays pour qu'ils puissent édifier des systèmes de santé résilients et durables, et faire de la santé une partie intégrante des négociations portant sur l'adaptation au changement climatique et sur l'atténuation de ses effets. »

Les relations sont également essentielles et doivent être renforcées avec les dirigeants des États Membres et les dirigeants politiques africains, y compris au sein de l'Union africaine. La D^{re} Moeti a passé beaucoup de temps à voyager dans les pays, à rencontrer des chefs d'État, à plaider en faveur de l'investissement dans la santé et de la recherche de solutions aux problèmes de santé prioritaires. « Nous voyons l'Union africaine investir dans sa propre capacité institutionnelle et plusieurs institutions voir le jour, et je pense qu'il s'agit là d'une



excellente chose, a reconnu la D^{re} Moeti. C'est une façon pour les responsables politiques africains de s'approprier, jusqu'aux communautés politiques, les principales institutions qui vont induire un changement dans la santé des populations africaines, en partenariat avec des organisations comme nous-mêmes et d'autres partenaires internationaux. Nous devons continuer à investir dans ces relations, veiller à adapter nos méthodes de travail, et soutenir et permettre à ces institutions d'émerger et de collaborer pour résoudre les problèmes de santé en Afrique. »

Son dernier conseil à son successeur pourrait concerner la population africaine jeune, que la D^{re} Moeti qualifie d'« atout massif », en particulier dans les domaines de la technologie et de l'innovation. L'innovation est extrêmement importante, y compris l'investissement dans la recherche, dit-elle, et les jeunes regorgent de bonnes idées sur la façon dont les choses pourraient fonctionner différemment, ainsi que sur la façon dont la technologie pourrait être utilisée pour étendre la portée des interventions. « Je pense que nous pouvons tirer parti des compétences des jeunes en matière de technologie et d'innovation afin de trouver des solutions pour l'Afrique. Cela nous oblige, à l'OMS, à renforcer nos liens avec les jeunes, à renforcer notre association et nos partenariats avec le secteur privé, car c'est là que de nombreux jeunes sont capables, avec une idée intelligente et une innovation, de trouver des investissements et de gérer cela comme une entreprise pour améliorer en fin de compte la prestation de services en Afrique. »

L'investissement pour traduire l'innovation et la recherche en des services de santé réels dans les pays africains est une priorité, ajoute-t-elle. « Nous nous trouvons encore dans une phase où une grande partie de la recherche en Afrique est financée en dehors du continent, les établissements universitaires et les organisations donatrices finançant des chercheurs individuels en Afrique. Ainsi, alors que nous voyons très souvent de grandes idées et innovations se développer avec la participation de scientifiques africains, il faut beaucoup de temps pour que ces idées et innovations soient réellement adoptées par les pays africains dans leurs méthodes de travail.

« À mon avis, ce qui doit donc changer et le rôle que je reconnais que l'OMS peut jouer, et nous nous efforçons d'ailleurs de le faire progressivement, c'est d'être ce lien entre la recherche, ses résultats et l'adoption rapide de nouvelles connaissances et de nouveaux outils intelligents au niveau des pays. »

Au moment où elle quitte l'OMS après une décennie passée à la tête de l'Organisation dans la Région africaine, la D^{re} Moeti exprime sa gratitude à son mari, à ses enfants et à sa famille élargie pour leur compréhension et pour leur soutien. « Je dois reconnaître que l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée a été l'un de mes plus grands défis, et c'est un fait. Il se trouve que je suis arrivée directement pendant la flambée de maladie à virus Ebola et que j'ai dû me jeter à l'eau, tout de suite. Au moment où j'entamais mon deuxième mandat, il y a eu la pandémie de COVID-19. Au cours de mon premier mandat, j'ai réussi à faire régulièrement de l'exercice physique, à mener une sociale plutôt convenable, mais je dois avouer qu'après la COVID-19, je n'ai pas pu retrouver cet équilibre. En effet, l'un des aspects malheureux de la pandémie de COVID-19 est qu'elle nous a appris à travailler 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Mais je recommande à mon successeur, à toutes et à tous ceux qui suivront, et aux dirigeants, d'être attentifs à se fixer des limites. Ce n'est guère une chose aisée à apprendre à faire, je dois bien l'avouer. »

Mais elle affirme qu'elle n'oubliera jamais les liens humains établis avec ses collègues à tous les niveaux de l'Organisation, et avec les acteurs de la santé en Afrique comme dans le reste du monde. La D^{re} Moeti reconnaît également les occasions qu'elle a eues de voyager à travers le continent africain, d'interagir avec ses différentes cultures et de les connaître, d'améliorer son français, de voir les pays s'améliorer grâce à l'appui dont ils ont bénéficié, et d'éprouver de la fierté d'y avoir contribué.

Et bien sûr, la D^{re} Moeti aime « beaucoup » faire bonne chère, et ses expériences des riches offres culinaires sur le continent auront été de ce point de vue une source de satisfaction inattendue.

« Je pense que nous pouvons tirer parti des compétences des jeunes en matière de technologie et d'innovation afin de trouver des solutions pour l'Afrique. Cela nous oblige, à l'OMS, à renforcer nos liens avec les jeunes, à renforcer notre association et nos partenariats avec le secteur privé, car c'est là que de nombreux jeunes sont capables, avec une idée intelligente et une innovation, de trouver des investissements et de gérer cela comme une entreprise pour améliorer en fin de compte la prestation de services en Afrique. »

D^{re} Matshidiso Moeti

Introduction

1

1.1	Aperçu historique de la création de l’OMS et de la situation sanitaire en Afrique	3
<hr/>		
1.2	Conceptualisation du Programme de transformation	6
<hr/>		
1.3	Portée du rapport et public cible	9

Aperçu historique de la création de l’OMS et de la situation sanitaire en Afrique

C’est en 1892, plus d’un siècle avant que la pandémie de COVID-19 ne rappelle de manière indélébile que les maladies ne respectent pas les frontières physiques, que des épidémies mortelles de choléra en Europe ont précipité, après plusieurs tentatives infructueuses, l’adoption de la Convention sanitaire internationale pour la coopération internationale en matière de lutte contre les maladies.¹ La Constitution de l’Organisation mondiale de la Santé ne sera approuvée que 54 ans plus tard, en 1946, après la fin de la Seconde Guerre mondiale. Néanmoins, ces initiatives mondiales destinées à créer des mécanismes de coopération internationale pour prévenir et contrôler les épidémies de maladies transmissibles illustraient la reconnaissance de la valeur d’une réponse concertée à l’échelle mondiale pour préserver la santé et sauver des vies.

Avec son Siège bien établi à Genève, six bureaux régionaux² et au moins 150 bureaux de pays et autres bureaux dans le monde entier, l’OMS a pour mission de mettre en rapport les nations, les partenaires et les personnes pour promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale et servir les populations vulnérables. L’Afrique, dont l’environnement pathologique est particulièrement difficile du fait de la combinaison de maladies tropicales virulentes et d’échanges commerciaux avec l’Eurasie à travers l’Égypte, qui ont apporté des pandémies telles que la peste, a constitué un défi dès le départ.³

Lorsque l’OMS a réparti ses États Membres en Régions, un pilier fondamental de la gouvernance et de la pratique de l’Organisation, cette répartition s’est faite dans un paysage politique

1 [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(02\)11244-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)11244-X.pdf)

2 Le Bureau régional de l’Afrique (AFRO) pour la Région africaine ; le Bureau régional de la Méditerranée orientale (EMRO) pour la Région de la Méditerranée orientale ; le Bureau régional de l’Asie du Sud-Est (SEARO) pour la Région de l’Asie du Sud-Est ; le Bureau régional des Amériques (AMRO) pour la Région des Amériques ; le Bureau régional du Pacifique occidental (WPRO) pour la Région du Pacifique occidental ; et le Bureau régional de l’Europe pour la Région européenne.

3 <https://www.aehnetwork.org/wp-content/uploads/2022/04/Health-in-Africa-for-AEHN-Handbook-FINAL-3-May-2022.pdf>

compliqué, tous les pays africains, sauf quatre,⁴ ayant encore le statut de colonies. Le paludisme endémique et d'autres maladies transmissibles ajoutaient une couche supplémentaire de complexité à cette situation, favorisant des niveaux de morbidité et de mortalité relativement élevés en Afrique. La population avait essentiellement recours à la médecine traditionnelle, bien que des services de santé modernes soient mis en place dans les centres urbains nouvellement établis.

En 2015, l'espérance de vie en Afrique est passée à 52,3 ans, avec des réductions notables des taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans.

Le Bureau régional de l'Afrique a été le dernier bureau régional créé et la première session de son Comité régional s'est tenue à Genève fin 1951.⁵ Se faisant l'écho des attitudes de l'époque à l'égard du continent, François Daubenton, le premier Directeur régional pour l'Afrique, aurait exhorté l'OMS à promouvoir la participation d'« Africains éclairés » capables de gagner la compréhension et la coopération des populations.⁶ Il faudra attendre encore deux ans avant que le Bureau régional de l'Afrique ne soit transféré sur le sol africain, à Brazzaville, dans ce qui était alors l'Afrique équatoriale française (et qui est désormais la République du Congo).

Bien que le nouveau Bureau régional ait entrepris des enquêtes, des programmes de formation pour les travailleurs de la santé, des projets d'assainissement et des études sur les maladies infectieuses telles que la fièvre jaune, des experts font savoir depuis que le manque apparent d'empressement à relever les nombreux défis sanitaires du continent créait un précédent malheureux. Par exemple, en 1955, l'Assemblée mondiale de la Santé avait décidé d'exclure l'Afrique d'un projet de programme d'éradication du paludisme, citant le mauvais état des routes, la forte population rurale et la précarité des systèmes de santé comme autant

d'obstacles à l'atteinte des objectifs de ce programme sur le continent.

Aujourd'hui encore, le continent africain supporte une charge de morbidité disproportionnée par rapport au reste du monde, laquelle est exacerbée par le manque criant de ressources et un environnement complexe pour la prise de décision collective. Associés à des facteurs géographiques tels que des catastrophes naturelles récurrentes et des performances économiques médiocres, ces défis sont à l'origine d'indicateurs de santé médiocres, en dépit d'un fier palmarès, ce qui pose de sérieux problèmes pour le développement de manière générale.

Cette situation souligne l'importance de l'Union africaine et de ses nouvelles institutions œuvrant dans le domaine de la santé, ainsi que des communautés économiques régionales (CER).

En 2006, le D^r Luis Sambo, alors Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, s'inquiétait encore du fait que des millions d'Africains mouraient inutilement chaque année de suites de maladies que l'on aurait pu éviter et traiter, particulièrement le paludisme, le VIH/sida et la tuberculose, ainsi que des suites d'affections liées à la grossesse. On voyait aussi apparaître des maladies chroniques telles que l'hypertension et le diabète. La grande majorité, avait-il déclaré à l'époque, ne bénéficiait pas encore des progrès de la recherche médicale et de la santé publique.⁷

En 2015, lorsque la D^{re} Matshidiso Moeti succède au D^r Sambo, l'Afrique connaît toujours des problèmes de santé plus graves que les autres Régions du monde, malgré les progrès considérables, quoique très variables, de bon nombre de ses pays vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement adoptés par les Nations Unies pour stimuler les efforts en matière de développement.

Parmi les progrès notables enregistrés à l'époque, figurent l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, qui est passée de 46 ans en 2000 à 52,3 ans en 2015, la diminution du

4 Afrique du Sud, Égypte, Éthiopie et Libéria

5 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5055806/>

6 Organisation mondiale de la Santé. Comité régional de l'Afrique, Résumé de la déclaration de Brock Chisholm, 31 juillet 1952, p. 21, deuxième Session, Monrovia, Comité régional et rapport du Directeur régional, 4 août 1952, troisième Session, Kampala, Comité régional, 13 août 1953, p. 24

7 https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/african_regional_health_report2006_0.pdf

taux de mortalité maternelle, qui est passé de 830 à 542 décès de mères pour 100 000 naissances vivantes au cours de la même période, et la nette réduction du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Au bout du compte cependant, les objectifs n'ont pas été atteints, une situation attribuée, entre autres, aux promesses non tenues par les pays développés en matière d'aide publique au développement.⁸ La Région africaine de l'OMS n'a atteint qu'une seule cible : celle qui consistait à enrayer la propagation du VIH et à commencer à inverser la tendance actuelle. Même la baisse impressionnante de 49 % de la mortalité maternelle en 2013 n'a pas permis d'atteindre la cible de 75 % au titre des OMD pour 2015.⁹ Plus tard cette année-là, les objectifs du Millénaire pour le développement ont été remplacés par les objectifs de développement durable, qui sont plus vastes et plus complets, et offrent un nouveau cadre pour l'action en matière de santé, non seulement dans la Région africaine, mais aussi à l'échelle mondiale.

Pour améliorer la santé et le bien-être dans le monde, l'OMS définit ses priorités stratégiques tous les cinq ans. Le premier mandat de la D^{re} Moeti a été guidé par le douzième programme général de travail 2014-2019, qui visait à renforcer les systèmes de santé, promouvoir la couverture sanitaire universelle, assurer la sécurité sanitaire mondiale, lutter contre la charge croissante des maladies non transmissibles, réduire les disparités en matière de santé et favoriser la mise au point et l'adoption de technologies et d'approches sanitaires novatrices afin d'améliorer les résultats sanitaires.

Son mandat suivant a néanmoins coïncidé avec le treizième programme général de travail 2019-2025 axé sur l'atteinte des cibles du triple milliard, à savoir : 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle ; 1 milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire ; et 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être.

⁸ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7122698/>

⁹ Activités de l'OMS dans la Région africaine. Rapport biennal de la Directrice régionale. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique ; 2015. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-03/9789290232926.pdf>



Conceptualisation du Programme de transformation

La D^{re} Moeti savait que pour que la Région ait une chance de réaliser les cibles de développement sanitaire des objectifs de développement durable, des réformes importantes, rapides et efficaces étaient nécessaires. Compte tenu de la faiblesse des systèmes de santé dans les États Membres et des résultats médiocres en matière de santé attestés par l'incapacité des pays à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement dans ce domaine, les défis étaient, selon la D^{re} Moeti elle-même, extrêmement redoutables.

La Région africaine faisait également face à la plus grande épidémie de maladie à virus Ebola de l'histoire¹⁰ et s'efforçait en même temps de contenir les flambées épidémiques dues au poliovirus sauvage de type 1 (PVS1). L'intensification des sentiments négatifs à l'égard de la gestion globale de la Région ainsi que le manque de responsabilisation et le non-respect des règles de l'OMS ajoutaient une couche supplémentaire à la longue liste d'obstacles.

La réponse que la D^{re} Moeti a apportée à ces préoccupations a pris la forme du Programme de transformation mis au point pour traduire ses engagements en des actions concrètes. Son objectif ambitieux était d'accélérer la réforme du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine afin que l'Organisation y soit plus efficace et plus capable de combler les attentes, et qu'elle soit mieux outillée pour répondre aux besoins des États Membres et soutenir la prestation de soins de santé optimaux à tous les Africains, quel que soit leur lieu de résidence.

Des consultations approfondies ont suivi, notamment avec certains des critiques les plus sévères de la Région, que la D^{re} Moeti a invités à participer à l'élaboration d'une feuille de route pour la réforme et à la définition de nouvelles priorités. L'objectif était de raviver la confiance et la fierté à l'égard de l'Organisation. La D^{re} Moeti tenait absolument à ce que ses collègues et elle-même n'aient plus jamais à expliquer de mauvais résultats d'audit aux organes

¹⁰ <https://www.who.int/emergencies/situations/ebola-outbreak-2014-2016-West-Africa#:~:text=2016%20%2D%20West%20Africa-Overview,outbreak%20than%20all%20others%20combined>



directeurs régionaux et mondiaux de l'OMS.

La restructuration du Secrétariat est sans doute l'une de ses plus grandes réalisations, mais l'amélioration du suivi, des résultats des audits et de la responsabilisation à l'égard des ressources ainsi que des processus de recrutement ont été tout aussi fondamentaux. Obtenir l'adhésion du Siège, des États Membres et des partenaires de l'OMS était essentiel et n'allait pas sans difficulté, mais l'objectif était clair : transformer le Secrétariat de l'Organisation dans la Région africaine en une instance dynamique, outillée pour répondre aux besoins, transparente, responsable, tournée vers l'avenir, axée sur les résultats et dotée de ressources suffisantes.

« Le Programme de transformation est une vision et une stratégie pour le changement qui aspirent à faciliter l'émergence de l'OMS que l'ensemble du personnel et les partenaires appellent de leurs vœux. »

D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

La feuille de route était principalement axée sur la mise en place d'un système solide visant à améliorer l'efficacité et la responsabilisation du Secrétariat, soutenu par un suivi systématique de la gestion administrative ainsi que des ressources financières et humaines. Une autre grande priorité était de fournir une aide de qualité aux États Membres dans des domaines techniques clés et, en fin de compte, de leur apporter l'appui nécessaire pour qu'ils puissent améliorer leurs résultats sanitaires, l'objectif ultime étant d'assurer l'accès universel à un ensemble de services de santé essentiels dans chacun d'entre eux.

Cette démarche a nécessité un investissement important dans l'amélioration des structures de gestion, y compris l'élaboration et l'instauration d'indicateurs clés de performance en matière de gestion, associés à des mesures correctives pour combler les lacunes recensées dans le Bureau régional et dans tous les bureaux de pays. Au Bureau régional comme dans les bureaux de pays, les équipes ont dû être repositionnées stratégiquement pour mieux répondre

aux besoins des États Membres et produire des résultats probants, avec l'appui des équipes d'affectation multipays qui ont la capacité de fournir un soutien technique spécialisé et de qualité là où le besoin s'en fait le plus sentir au niveau national.

« La pandémie de COVID-19 a offert une occasion unique de faire le point, mais aussi d'adapter et de consolider le Programme de transformation en vue d'un changement durable et percutant. Nous sommes arrivés à un tournant dans notre parcours de transformation de la Région africaine et nous nous engageons à présent dans la phase de consolidation de ce Programme. »

D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

influencé un certain nombre d'initiatives visant à transformer l'OMS en une organisation internationale moderne.¹³

À partir de 2021, le Programme de transformation est entré dans sa phase de consolidation, conçue pour développer les solides acquis des six années précédentes, mais grandement influencée par la pandémie de COVID-19, qui a rapidement mis en évidence la fragilité des systèmes de santé sur le continent. Ses objectifs, qui comprenaient un regain d'attention pour l'impact au niveau des pays, étaient alignés sur l'engagement mondial de l'OMS de renforcer les bureaux de pays en les dotant de moyens et de personnel essentiels. Cette approche stratégique devait permettre à l'Organisation d'obtenir des résultats tangibles là où ils comptent le plus, c'est-à-dire au niveau des pays.

L'amélioration de la parité hommes-femmes, en particulier chez les cadres supérieurs et moyens, était l'une des priorités du Programme de transformation étayée par des initiatives telles que le Programme des volontaires des Nations Unies (VNU)¹¹ et le programme du Bureau régional de l'Afrique intitulé « Les voies du leadership pour la transformation de la santé en Afrique ».¹²

La mise en œuvre du Programme de transformation a débuté en 2015 et a été répartie en deux phases distinctes : la phase 1 (2015-2017) qui était axée sur une stratégie de gestion du changement visant, entre autres, à produire des résultats au niveau des comtés et à modifier la culture organisationnelle ; et la phase 2 (2018-2020) dont l'accent était mis sur la nécessité d'un lieu de travail sain, respectueux et équitable, et la responsabilisation des individus et des équipes à l'égard des initiatives essentielles pour le changement. La valeur de cette initiative a été rapidement reconnue au Siège : deux ans après le démarrage de sa mise en œuvre, le Programme de transformation mondiale de l'OMS a été lancé, le Bureau régional de l'Afrique étant largement considéré comme ayant

¹¹ <https://www.unv.org/>

¹² <https://www.afro.who.int/news/transformation-begins-pathway-leadership>

¹³ <https://www.afro.who.int/regional-director/transformation-agenda/journey-map/2021-and-beyond#:~:text=The%20AFRO%20Transformation%20Agenda%20consolidation,a%20reality%20on%20the%20continent>

Portée du rapport et public cible

Ce document historique est le fruit d'un effort collectif de réflexion sur les réalisations de la D^{re} Moeti en tant que Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique pendant les dix années allant de 2015 à 2025, face à des obstacles tels qu'une forte rotation du personnel, surtout à des postes clés. Il vise à mettre en vedette les solutions ingénieuses et innovantes déployées pour travailler avec les pays et les partenaires afin de contourner les difficultés et, même lorsque les objectifs n'ont pas été pleinement atteints, pour aider les États Membres africains à obtenir des résultats souvent stupéfiants en matière de santé.

Sans le travail de fond, souvent méconnu, qui a marqué les phases initiales du Programme de transformation, bon nombre des avancées ayant fait la une des journaux n'auraient peut-être jamais été possibles.

Cette ressource a vocation à être accessible à un large éventail de lecteurs, qu'il s'agisse de responsables gouvernementaux, d'experts de la santé, de membres du personnel de l'OMS,

d'étudiants dans des filières liées à la santé ou même du grand public. Elle est conçue comme un répertoire des changements opérés, des investissements financiers et humains considérables qu'il a fallu réaliser pour y parvenir et de la façon dont ceux-ci ont globalement contribué à l'amélioration de la santé dans la Région africaine.

Si des éléments tels que la conformité réglementaire, l'optimisation des ressources et les directives techniques en vue de produire des améliorations ne sont peut-être pas aussi passionnants pour les lecteurs que des percées comme l'introduction du premier vaccin contre le paludisme ou la fin de l'épidémie de poliovirus sauvage, ils constituent un investissement considérable dans les différentes pièces de l'édifice qui a permis d'obtenir des résultats essentiels en matière de santé. Sans le travail de fond, souvent méconnu, qui a marqué les phases initiales du Programme de transformation, bon nombre des avancées ayant fait la une des journaux n'auraient peut-être jamais été possibles.

Dans les 10 chapitres qui suivent, les lecteurs



auront un aperçu unique de la façon dont l’OMS dans la Région africaine, sous la direction de la D^{re} Moeti, a initié le Programme de transformation révolutionnaire, puis a travaillé en étroite collaboration avec les États Membres et les partenaires pour permettre au continent de faire des progrès dont il peut s’enorgueillir vers la réalisation de l’objectif ultime de la couverture sanitaire universelle, en dépit des obstacles posés par la plus grande pandémie de l’histoire moderne. Il détaille également l’ampleur du travail qu’il reste à accomplir et énonce certains des conseils de la D^{re} Moeti à son successeur, ainsi qu’au personnel actuel et futur de l’OMS, en ce qui concerne les priorités sanitaires du continent pour la suite.

Le chapitre 2, intitulé « Comprendre le Programme de transformation », examine de manière approfondie le parcours effectué depuis 2015, en s’arrêtant sur ses objectifs, ses domaines d’intervention et les résultats attendus de celui-ci. Il met en lumière les principales mesures stratégiques prises au cours des 100 premiers jours de la D^{re} Moeti pour mettre en marche le Programme, ainsi que les phases

qui ont suivi, en détaillant les efforts déployés pour institutionnaliser ce programme, en couvrant également divers processus d’évaluation destinés à en suivre les progrès.

Le chapitre 3, intitulé « Transformer le Secrétariat », traite des mesures prises par le Secrétariat pour mettre en œuvre le Programme de transformation, notamment la restructuration de l’Organisation dans la Région, le renforcement des capacités d’encadrement, en particulier au niveau des pays, tout en s’attaquant de front aux problématiques de l’égalité des genres et d’un environnement de travail plus sain, exempt d’abus et de harcèlement.

Le chapitre 4, intitulé « Renforcer les systèmes de santé en vue de la couverture sanitaire universelle », met en relief les progrès accomplis par les pays de la Région africaine vers la couverture sanitaire universelle, ainsi que la voie à suivre pour accélérer les efforts à cette fin. Il mesure ces progrès à l’aune de défis tels que la pénurie de main-d’œuvre, l’accès aux médicaments essentiels et à d’autres produits, le niveau élevé des dépenses de santé, les contraintes en matière de diagnostic, de laboratoire, de

production de données et de recherche, le tout étant compliqué par la menace actuelle de la résistance aux antimicrobiens.

Le chapitre 5, intitulé « Améliorer la santé et le bien-être tout au long de la vie », explore le changement de paradigme de l'Organisation qui s'éloigne d'une approche cloisonnée des soins de santé, en reconnaissant le fait que toutes les étapes de la vie sont intrinsèquement liées et nécessitent donc une réponse concertée. Il souligne également l'importance accordée à la promotion de la santé des femmes dans la Région.

Le chapitre 6, intitulé « Favoriser les efforts pour maîtriser et éliminer les maladies transmissibles », décrit de manière détaillée la réponse aux maladies transmissibles, afin de faire progresser la Région vers la réalisation de la cible 3.3 des objectifs de développement durable. Il s'agit notamment d'initiatives visant à accélérer le soutien technique aux pays pour renforcer leur préparation aux pandémies, ainsi que la lutte anti-infectieuse. Il fait également une synthèse des défis et des progrès en ce qui concerne les maladies, notamment le paludisme, les maladies tropicales négligées, le VIH/sida, la tuberculose et l'hépatite.

Le chapitre 7, intitulé « Maladies non transmissibles et santé mentale », fait le point sur le fardeau croissant des maladies non transmissibles et sur les stratégies déployées par l'OMS dans la Région africaine pour endiguer ce fléau. Il donne des détails sur l'incidence des quatre maladies non transmissibles les plus meurtrières sur les États Membres africains, à savoir les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les maladies respiratoires chroniques, et décrit en quoi il est urgent d'améliorer les mesures de prévention pour cibler leurs facteurs de risque modifiables. Les défis en matière de santé mentale sont tous abordés ici, en particulier l'urgente nécessité pour tous les pays de disposer de politiques ou de plans autonomes afin d'encadrer les activités dans ce domaine et d'agir sur ce secteur clé de la santé.

Le chapitre 8, intitulé « Agir sur les déterminants sociaux de la santé », étudie les facteurs non médicaux qui influent sur les résultats en matière de santé, tels que les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent. Ces facteurs contribuent de manière significative aux inégalités en matière de santé et à l'état de bien-être de la population. Le chapitre décrit donc en détail pourquoi l'OMS met l'accent sur l'autonomisation des communautés, l'action sur la double charge de la malnutrition et la sécurité alimentaire, et la lutte contre les facteurs de risque environnementaux connexes, tout en donnant aux pays la possibilité de s'adapter de façon proactive au changement climatique.

Le chapitre 9, intitulé « Améliorer la sécurité sanitaire en Afrique », est axé sur les impératifs fondamentaux de la gestion des situations d'urgence sanitaire, tout en aidant les pays à créer des systèmes de soins de santé plus résilients, qui sont à même de surmonter les crises futures et d'en atténuer les effets. Il examine les acquis majeurs de la dernière décennie obtenus grâce à des interventions telles que l'amélioration de la veille sanitaire, le renforcement de la capacité de séquençage génomique, l'élimination des goulets d'étranglement dans les chaînes d'approvisionnement et la constitution d'une main-d'œuvre qualifiée pour les interventions sanitaires d'urgence.

Enfin, **le chapitre 10** traite des défis rencontrés et des enseignements tirés de l'expérience, et **le chapitre 11** présente les conclusions du rapport et les perspectives d'avenir.



Comprendre le Programme de transformation

2

2.1	Le Programme de transformation	15
<hr/>		
2.2	Objectif, domaines d'intervention et résultats escomptés	17
<hr/>		
2.3	Principales mesures stratégiques lancées par la Directrice régionale au cours des 100 premiers jours de son mandat	21
<hr/>		
2.4	Institutionnaliser le Programme de transformation – Le Programme de transformation de la santé en Afrique	23
<hr/>		
2.5	Évaluation de la phase 1 du Programme de transformation	25
<hr/>		
2.6	Principales réalisations de la phase 2 de la mise en œuvre du Programme de transformation	27
<hr/>		
2.7	Consolider le Programme de transformation – Le second mandat de la Directrice régionale	29

Le Programme de transformation

« J'ai suivi attentivement nos délibérations au cours de la présente session, j'ai passé en revue la littérature scientifique et les informations contenues dans nos stratégies de coopération avec les pays. J'ai identifié cinq priorités liées entre elles et qui se chevauchent. Ces priorités sont les suivantes : i) améliorer la sécurité sanitaire ; ii) renforcer les systèmes nationaux de santé ; iii) maintenir l'accent mis sur les objectifs du Millénaire pour le développement et les objectifs de développement durable liés à la santé ; iv) agir sur les déterminants sociaux de la santé ; et v) transformer le Bureau régional de l'Afrique pour qu'il devienne une Organisation capable de répondre aux besoins et axée sur les résultats. Telles sont les priorités que je m'engage à respecter et sur lesquelles j'aimerais être jugée tout au long de mon mandat en qualité de Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique. »

D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

C'est par ces engagements forts que la D^{re} Moeti, de la République du Botswana, a accepté sa nomination au poste de Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, devant le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, organe décisionnel suprême de l'Organisation dans la Région africaine, réuni à l'occasion de sa soixante-quatrième session en novembre 2014 à Cotonou (Bénin). Cette promesse a été renouvelée dans son discours d'investiture devant le Conseil exécutif de l'OMS réuni à sa cent trente-sixième session à Genève (Suisse), en janvier 2015,¹⁴ jetant les bases de son Programme de transformation révolutionnaire.

Au regard de la nécessité impérieuse d'accélérer le programme de réforme de l'OMS dans la Région africaine et de l'inquiétude de la communauté internationale quant à la riposte que l'Organisation apportait à l'épidémie de maladie à virus Ebola qui sévissait en 2014 en Afrique

de l'Ouest, la charge qui pesait sur la D^{re} Moeti lorsqu'elle a officiellement pris ses fonctions le 1^{er} février 2015 était lourde.

Les États Membres et les parties prenantes régionales et mondiales attendaient d'elle qu'elle propose une nouvelle et meilleure façon de travailler pour l'Organisation dans la Région africaine, en mettant en œuvre les réformes mondiales de l'OMS¹⁵ lancées en 2012 pour adapter l'Organisation à ses objectifs et mieux l'outiller pour relever les défis sanitaires de plus en plus complexes du XXI^e siècle. Les trois composantes de la réforme visaient les programmes (pour améliorer la santé des populations), la gouvernance (pour accroître la cohérence en matière de santé mondiale) et la gestion (pour parvenir à l'excellence organisationnelle). Les États Membres et les parties prenantes souhaitaient que l'OMS dispose de ressources et de moyens suffisants pour renforcer les sys-

¹⁴ Discours d'investiture de la Dre Matshidiso Rebecca Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, lors de la cent trente-sixième session du Conseil exécutif de l'OMS à Genève – janvier 2015 ; URL : <https://www.afro.who.int/regional-director/speeches-messages/acceptance-speech-dr-matshidiso-rebecca-moeti-who-regional>

¹⁵ Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la réforme de l'OMS (WHA65/9) ; URL : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-en.pdf#page=25

tèmes de santé nationaux, gérer et contrôler efficacement la prévention des maladies ainsi que la préparation et la riposte aux épidémies, tout en lançant des actions supranationales à l'appui de la sécurité sanitaire mondiale.

La réponse de la D^{re} Moeti a été le Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine 2015-2020,¹⁶ qui est le fruit d'un processus inclusif reposant sur de larges consultations, piloté par une équipe de transition et par d'autres parties prenantes¹⁷ chargées de

donner vie à sa vision d'un changement positif. Ce programme, destiné à accélérer la mise en œuvre de la réforme de l'OMS dans la Région africaine, a constitué la première étape vers « l'OMS que le personnel et les parties prenantes appellent de leurs vœux »,¹⁸ c'est-à-dire une Organisation prévoyante, proactive, capable de répondre aux attentes, axée sur les résultats, transparente, responsable, dotée de ressources appropriées, équipée pour remplir sa mission, et qui répond aux besoins et aux attentes de ses parties prenantes.

16 Le Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine ; 2015-2020 ; ISBN : 978-929023282-7 (NLM Classification : WA 541.1) URL : https://www.afro.who.int/sites/default/files/pdf/generic/Transformation_agenda_english.pdf

17 L'équipe de transition : membres du personnel de l'OMS dans la Région africaine ; membres du corps diplomatique accrédités en République du Congo ; Ministres de la santé et hauts responsables de la politique sanitaire des États Membres.

18 L'équipe de transition avait défini « l'OMS que nous appelons de nos vœux » comme un Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine dont les membres du personnel sont pleinement qualifiés, compétents sur le plan technique, encadrés et réceptifs aux besoins des États Membres ; un Secrétariat prompt à identifier les besoins des États Membres et qui guide les pays et les partenaires sur ce qu'il convient de faire ; une organisation moins bureaucratique, plus ouverte et transparente, qui répond aux besoins des pays et des parties prenantes en temps opportun ; une organisation innovante, qui encourage les idées nouvelles et soutient leur validation et leur adoption ; et une organisation qui adopte une culture institutionnelle caractérisée par la capacité à répondre aux attentes, l'opportunité, la proactivité et l'excellence.



Objectif, domaines d'intervention et résultats escomptés

Avec ses quatre domaines d'intervention – Des valeurs prônant la production de résultats ; Une orientation technique intelligente ; Des opérations stratégiques répondant aux attentes ; Une communication et des partenariats efficaces – et ses objectifs et résultats escomptés clairement définis (voir Tableau 1), le Programme de transformation constituait, pour la période allant du 1er février 2015 au 31 janvier 2020, la feuille de route censée guider l'évolution du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine au cours du premier mandat de la D^{re} Moeti au poste de Directrice régionale. L'objectif était de voir l'Organisation réaliser son potentiel en tant que principal acteur du développement sanitaire en Afrique et assumer son rôle de protecteur fiable et efficace de la santé en Afrique.

Pour atteindre les résultats escomptés, des mesures stratégiques ont été définies pour trois périodes distinctes, à savoir : les mesures stratégiques à appliquer dans les 100 premiers jours ; les mesures stratégiques pour les deux premières années (avec pour échéance le mois de janvier 2017) ; et les mesures qui se poursuivront au cours des dernières années du mandat de la D^{re} Moeti, censé s'achever en janvier 2020. L'obligation de rendre compte étant au cœur du Programme de transformation, un cadre de suivi-évaluation des performances a également été élaboré.

Tableau 1 : Domaines d'intervention et objectifs du Programme de transformation

Domaine d'intervention	Objectifs	Résultats escomptés
Des valeurs prônant la production de résultats	Favoriser l'émergence d'une culture institutionnelle caractérisée par les valeurs de l'excellence, du travail d'équipe, de la responsabilisation, de l'intégrité, de l'équité, de l'innovation et de l'ouverture.	<ul style="list-style-type: none"> • Une plus grande responsabilisation des individus et des équipes • L'amélioration de l'équité dans les récompenses • La reconnaissance et les sanctions pour les membres du personnel. • Des équipes outillées pour répondre aux besoins, solidaires et inclusives • L'amélioration des normes éthiques applicables au personnel.
Une orientation technique intelligente	Veiller à ce que les axes techniques de l'action de l'OMS dans la Région africaine soient alignés sur les priorités et les engagements convenus au plan régional, et que les interventions soient fondées sur des données probantes, les innovations et les enseignements de l'expérience.	<ul style="list-style-type: none"> • La maîtrise de la maladie à virus Ebola • Le renforcement des capacités régionales en matière de sécurité sanitaire, y compris une préparation efficace et une réponse rapide aux épidémies et aux situations d'urgence, ainsi que l'éradication de la poliomyélite. • L'accélération des progrès vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement et la mise en œuvre des objectifs de développement durable. • Une approche fonctionnelle de systèmes transversaux dans la Région africaine de l'OMS, facilitant les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU). • L'amélioration de la gestion des connaissances.
Des opérations stratégiques répondant aux attentes	Devenir une organisation dont les fonctions facilitent effectivement l'exécution des programmes et la fourniture de biens et de services.	<ul style="list-style-type: none"> • L'adéquation des ressources humaines, financières et matérielles avec les priorités définies • Le renforcement des capacités des ressources humaines de l'OMS • Une plus grande transparence des processus de recrutement, de placement et de gestion des performances du personnel • L'amélioration de l'efficacité et de l'éthique de responsabilité dans les domaines des finances, des acquisitions et de l'administration générale • L'amélioration de l'exploitation et de l'utilisation des technologies et des outils disponibles, en particulier le Système mondial de gestion (GSM) et les tableaux de bord de veille stratégique.
Une communication et des partenariats efficaces	Favoriser l'émergence d'une Organisation répondant mieux aux attentes et plus interactive, aussi bien sur le plan interne entre les membres de son personnel que sur le plan externe avec les parties prenantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Le renforcement de la communication interne entre les trois niveaux de l'Organisation et à l'intérieur de chacun. • Le renforcement des moyens de communication externe. • Le renforcement des partenariats stratégiques.





eSoko Safe 5L
Safety Box
BIOHAZARD
©2014 eSoko

Principales mesures stratégiques lancées par la Directrice régionale au cours des 100 premiers jours de son mandat

« J'ai la certitude que les changements que nous avons engagés et notre détermination à travailler avec les États Membres et les partenaires de manière plus efficace, axée sur les résultats et responsable nous permettront d'accroître notre efficacité. Nous sommes déterminés à favoriser l'accélération de la mise sur pied de systèmes de santé résilients capables d'assurer la prévention et la prise en charge des maladies, tout comme la sécurité sanitaire, et capables d'améliorer la santé et le bien-être des populations de la Région africaine de l'OMS. »

D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

La Directrice régionale s'est mise au travail sans tarder, focalisant son attention sur les cinq domaines prioritaires ci-après qui ont fixé le cap de son premier mandat de cinq ans : améliorer la sécurité sanitaire ; renforcer les systèmes nationaux de santé ; maintenir l'accent mis sur les objectifs du Millénaire pour le développement et les objectifs de développement durable liés à la santé ; agir sur les déterminants sociaux de la santé ; et transformer le Bureau régional de l'Afrique en une Organisation capable de répondre aux besoins et axée sur les résultats.

Pour renforcer les partenariats, la D^{re} Moeti s'est rendue chez plusieurs partenaires majeurs afin de leur faire partager sa vision du développement de la santé, et a réussi à conclure avec eux des accords sur des mécanismes de collaboration clairs. Elle a également constitué un groupe consultatif indépendant composé d'experts de haut niveau, choisis pour leur expérience personnelle, leur parcours professionnel, leur sexe, leur origine géographique, ainsi que leur réputation et leurs affiliations internationales. La D^{re} Moeti a ainsi pu s'assurer qu'elle recevait les meilleurs conseils

stratégiques et politiques possibles pour répondre aux priorités de la Région africaine en matière de santé.

Elle a, en outre, lancé un projet visant à améliorer les processus opérationnels existants, notamment la gestion des ressources financières et humaines, ainsi que la passation de marchés et la définition des effectifs nécessaires pour mener de manière optimale les travaux de l'OMS dans la Région, en particulier la mise en œuvre de différents modèles de prestation de services afin d'accroître l'efficacité et le rapport coût-efficacité.

Voici quelques-unes des principales réalisations de cette période :



La restructuration du Bureau régional,* afin de mieux répondre aux priorités de l'heure en matière de santé et de définir une orientation et un cap clairs pour l'avenir.



Des activités de lobbying et de mobilisation du soutien international menées aux fins suivantes :

- renforcer la résilience des systèmes de santé dans le sillage de maladie à virus Ebola ;
- contribuer à mettre un terme aux épidémies de choléra dans des pays tels que le Malawi, le Mozambique et la République-Unie de Tanzanie ;
- contribuer à la fin d'une épidémie de méningite au Niger, notamment en mobilisant, avec l'appui des principaux partenaires, 880 000 doses de vaccin tétravalent contre la méningite, ce qui a permis de réduire considérablement le nombre de décès liés à cette maladie.



Le pilotage des efforts visant à créer une nouvelle entité dédiée aux maladies tropicales négligées, qui est devenue le Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN), et qui est entrée en vigueur en janvier 2016.

* Le groupe organique Sécurité sanitaire et situations d'urgence a été créé pour fusionner avec les programmes Riposte aux épidémies, Règlement sanitaire internationale et Réponse aux catastrophes et aux situations d'urgence alors en place ; le groupe organique Maladies non transmissibles a été créé pour répondre à la menace émergente des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque, et traiter de la santé mentale, de la violence et des traumatismes ; le groupe organique Maladies transmissibles a été créé pour se concentrer sur les principales priorités de la Région africaine, telles que le VIH, la tuberculose, le paludisme, les maladies non transmissibles, la santé publique et l'environnement ; le groupe organique Santé familiale et génésique (FRH) a été mis en place pour se concentrer sur la santé tout au long de la vie, la nutrition et la vaccination ; le groupe organique Administration générale et coordination (GMC) a été créé pour aider la Région à garantir une meilleure conformité et une meilleure responsabilité financière dans toutes ses activités ; le groupe organique Systèmes et services de santé (HSS) devait se concentrer sur l'élaboration des politiques de santé, le financement et l'accès, la prestation de services intégrés et la gestion de l'information et des connaissances en matière de santé. Le groupe organique HSS devait, pour l'essentiel, contribuer à l'instauration de la couverture sanitaire universelle dans la Région. Un nouveau programme d'éradication de la poliomyélite a été créé au sein du Bureau de la Directrice régionale, tandis qu'une nouvelle Unité axée sur la promotion de la santé et les déterminants sociaux et économiques a été mise en place au sein du Bureau du Directeur de la gestion des programmes, compte tenu du caractère transversal de cette fonction.



Institutionnaliser le Programme de transformation – Le Programme de transformation de la santé en Afrique

L'année 2015 aura été une année très chargée, car il s'agissait de la première année de mise en œuvre du Programme de transformation qui a coïncidé avec la période de planification et de préparation du Budget-programme de l'OMS pour 2016-2017.¹⁹ C'est aussi l'année de l'adoption des 17 objectifs de développement durable²⁰ et des 169 cibles destinées à guider le développement mondial au cours des 15 années à venir jusqu'en 2030, notamment l'objectif 3 visant à « permettre à tous de vivre en bonne santé et [à] promouvoir le bien-être de tous à tout âge. » Ces éléments, ainsi que les enseignements tirés des 100 premiers jours,²¹ ont posé les bases pour l'étape suivante du processus de transformation, à savoir l'élaboration du Programme de transformation de la santé en Afrique.

Le Programme de transformation de la santé en Afrique 2015-2020 : une vision pour la couverture sanitaire universelle,²² ancré dans les priorités du Programme de transformation, était un cadre stratégique censé guider la contribution de l'OMS au développement durable en Afrique. Conçu pour mettre en œuvre le Programme de transformation, il visait principalement à garantir l'accès universel à un ensemble de services de santé essentiels pour tous dans la Région africaine, en accélérant les progrès vers la santé universelle, grâce à la réduction des obstacles financiers, géographiques et sociaux à l'accès aux services de santé.

Ses trois axes stratégiques prioritaires étaient l'amélioration de la sécurité sanitaire par la lutte contre les maladies à potentiel épidémique, les situations d'urgence et les nouvelles menaces

19 Douzième Programme général de travail (2014-2019) : https://www.int/about/resources_planning/twelth-gpw/en

20 <https://sdgs.un.org/goals>

21 La nécessité de renforcer la sécurité sanitaire dans la Région ; que les pays mettent en place des systèmes de santé nationaux solides dotés de ressources financières et d'effectifs suffisants, résistants aux menaces sanitaires et accessibles à tous ; de repenser et de poursuivre la collecte de fonds au profit du Fonds d'urgence pour la santé publique en Afrique afin de générer des investissements de toute urgence ; et d'approfondir le dialogue avec les communautés.

22 Le Programme de transformation de la santé en Afrique 2015-2020 – Une vision pour la couverture sanitaire universelle. ISBN : 978-929 023 302.2 (NLM Classification: WA 541 HA1) ; (<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/full%20repoty.pdf>)



sanitaires ; la promotion de l'équité et de la couverture sanitaire universelle ; et le renforcement des capacités de l'OMS dans la Région africaine. Ces axes stratégiques étaient à leur tour liés aux six catégories d'activité énoncées dans le douzième programme général de travail de l'OMS – Maladies transmissibles ; Maladies

non transmissibles ; Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie ; Systèmes de santé ; Préparation, surveillance et intervention ; Services institutionnels et fonctions d'appui. Le programme définissait aussi les principaux objectifs à atteindre durant le mandat de cinq ans de la D^e Moeti jusqu'en janvier 2020.

Évaluation de la phase 1 du Programme de transformation

Deux ans seulement après sa mise en œuvre, une évaluation indépendante à mi-parcours²³ (couvrant la période allant de 2015 à février 2017) du Programme de transformation a révélé qu'un ensemble de résultats clés avaient déjà été atteints.

L'évaluation a également reconnu les progrès réalisés dans la composante ressources humaines du Programme de transformation, en particulier la restructuration du Bureau régional (quatre des six groupes organiques étant achevés) et l'introduction d'un programme d'initiation obligatoire pour les nouveaux membres du personnel et d'un programme de stages. Elle a également relevé les efforts entrepris pour renforcer les bureaux de pays, ainsi que les nominations importantes effectuées par la D^{re} Moeti à des postes de haut niveau au sein du Bureau régional et des bureaux de pays.

Dans l'ensemble, l'évaluation a conclu que

des progrès raisonnables avaient été réalisés par le Bureau régional en vue d'apporter un soutien plus efficace, plus opportun et plus efficace aux États Membres, et a mis en évidence le changement naissant des comportements et des mentalités. Fait essentiel, il a été largement reconnu, y compris par les partenaires, que les travaux du Programme de transformation commençaient à redorer le blason de l'Organisation terni à la suite de la crise de la maladie à virus Ebola. En s'alignant sur la réforme mondiale de l'OMS, le Programme a permis de recentrer la réforme dans la Région africaine.

En revanche, l'évaluation a noté les retards dans les activités prévues qui, selon elle, ont ralenti les progrès. Une communication défectueuse et un faible appui à la gestion du changement, par exemple, ont empêché le personnel de comprendre le Programme de transformation et d'y participer. Reconnaiss-

23 Rapport de l'évaluation à mi-parcours du Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine, Bureau de l'évaluation de l'OMS, mai 2017. Disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-08/Report%20of%20the%20midterm%20evaluation%20of%20the%20Transformation%20Agenda%20of%20the%20WHO%20Secretariat%20in%20the%20African%20Region.pdf?ua=1>

Outre la contribution à la maîtrise de l'épidémie de maladie à virus Ebola et le maintien de l'élan vers l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine, il s'agissait notamment de résultats tels que :

- ✓ la mise en place du Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées ;

- ✓ le soutien à l'Union africaine pour la création du Centre africain de contrôle et de prévention des maladies ;

- ✓ le lancement du Projet de renforcement de la responsabilisation et du contrôle interne ;

- ✓ la mise en place du Comité de conformité et de gestion des risques ;

- ✓ l'introduction de principaux indicateurs de résultats (KPI) relatifs à la gestion et à l'administration ; et

- ✓ la création d'un poste d'Ombudsman à temps plein au Bureau régional.

sant qu'une réforme nécessitait à la fois un changement de comportement et du temps pour s'enraciner, l'évaluation a tout de même

recommandé d'améliorer la communication interne et de la compléter par un système de soutien à la gestion du changement.



Principales réalisations de la phase 2 de la mise en œuvre du Programme de transformation

En avril 2018, la D^{re} Moeti a lancé la phase 2 du Programme de transformation²⁴ (2018-2020), qui visait à « placer les personnes au centre du changement ». Puisant dans les conclusions de l'évaluation indépendante, elle était alignée sur les objectifs ambitieux du Directeur général de l'OMS concernant le triple milliard, à savoir : un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle ; un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire ; et un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être.

La phase 2, guidée par six axes d'intervention stratégiques (voir Tableau 2), mettait l'accent sur la promotion d'un lieu de travail sain, empreint de respect et équitable ; la communication permanente avec les membres du personnel et le renforcement de leur volonté de changement ; la définition et l'encouragement des attitudes et des comportements souhaités ; les efforts individuels et collectifs en vue d'une production efficace de résultats de qualité ; et la responsabilisation des personnes et des équipes. Elle a renforcé l'engagement de l'OMS en faveur de l'amélioration des résultats sanitaires dans la Région africaine, grâce à une orientation et à des performances plus techniques, à des partenariats plus efficaces et à une gestion optimisée des ressources.

²⁴ Phase II du Programme de transformation : Placer les personnes au centre du changement <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-05/Transformation%20Agenda%20Phase%202%20-%20Putting%20people%20at%20the%20center%20of%20change.pdf>

La phase 2 a vu le Secrétariat passer en 2019 au treizième programme général de travail (PGT) de l'OMS,²⁵ qui a précisé la stratégie de l'OMS pour atteindre l'objectif 3 de développement durable – « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de

tous à tout âge ». Axé sur une approche nationale, le treizième PGT a vu des changements stratégiques qui ont notamment consisté à passer des six « catégories de travail » définies pour le douzième PGT aux dix « résultats » du treizième PGT.

25 Treizième programme général de travail de l'OMS http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-en.pdf?ua=

Tableau 2 : Axes d'intervention stratégiques de la phase 2

Axes d'intervention stratégiques	Actions stratégiques
Renforcement des processus de gestion du changement et enracinement d'une culture fondée sur des valeurs	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la gestion du changement. • Mettre en place un noyau de chefs de file en matière de santé. • Garantir une participation plus importante et plus effective du personnel dans les activités du Programme de transformation. • Promouvoir un lieu de travail sain et empreint de respect, y compris prévenir les brimades et le harcèlement sexuel. • Améliorer le travail des structures de gouvernance du Programme de transformation.
Amélioration de l'approche par pays pour un meilleur impact	<ul style="list-style-type: none"> • Consolider la mise en œuvre des recommandations issues des examens du fonctionnement des bureaux de pays et poursuivre la mobilisation du personnel des bureaux de pays.
Une plus grande attention portée à l'obtention de résultats de qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'utilisation des indicateurs de performance clés pour gérer les résultats. • Poursuivre la mise en œuvre des Programmes phares de la Région africaine. • Promouvoir les innovations et les meilleures pratiques nationales. • Améliorer la gestion des connaissances.
Promotion de l'efficacité, de la responsabilité, de la qualité et de l'optimisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités des ressources humaines à tous les niveaux. • Améliorer la transparence, l'efficacité, la qualité et la responsabilité dans les processus de l'OMS, y compris la passation de marchés et la fourniture de services.
Élargissement de la collaboration avec les États Membres et les partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Maximiser les interactions de la Directrice régionale avec les États Membres. • Consolider les collaborations de la Directrice régionale avec les partenaires, les donateurs et les autres parties prenantes.
Amélioration de la communication sur les travaux du Secrétariat visant à parfaire les résultats sanitaires dans la Région	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la communication externe. • Renforcer la communication interne, en particulier au sein des groupes organiques et entre eux.

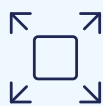
Consolider le Programme de transformation – Le second mandat de la Directrice régionale

Les États Membres de la Région africaine ont désigné la D^{re} Moeti pour un second mandat de cinq ans en qualité de Directrice régionale, pour un mandat couvrant la période allant de février 2020 à janvier 2025, au cours d'une année marquée par le meilleur comme le pire. La Région africaine a été déclarée exempte du virus sauvage de la poliomyélite, mais tout a basculé avec l'apparition de la COVID-19, déclarée par l'OMS urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) et pandémie.

Malgré la menace sans précédent qui pesait sur les acquis du Programme de transformation, l'OMS dans la Région africaine a travaillé en étroite collaboration avec les États Membres et les partenaires pour organiser une riposte solide, en s'appuyant sur les enseignements de l'expérience pour s'adapter et mettre en œuvre une « phase de consolidation ». Attachés à un changement efficace et durable alors que les pays s'engageaient sur la voie du relèvement, le Secrétariat et les bureaux de pays se sont concentrés sur l'autonomisation et le soutien aux États Membres, tout en continuant d'œuvrer à la mise en place d'une organisation durable et adaptable.

Ces succès sont présentés de façon plus détaillée dans les prochains chapitres.

Voici quelques-unes des principales réalisations de la phase 2 :



Repositionnement de l'OMS :

Le Programme de transformation a repositionné l'Organisation pour qu'elle puisse mieux servir les États Membres, saisir de nouvelles opportunités et relever de nouveaux défis. Il a également permis de mieux aligner les activités sur les buts à long terme et les objectifs stratégiques de l'institution, afin d'améliorer la performance et l'efficacité globales. Il est important de noter que ces efforts ont contribué à maintenir la pertinence et la crédibilité de l'OMS auprès des principales parties prenantes, notamment le personnel, les États Membres et les gouvernements nationaux, ainsi qu'auprès des partenaires.



Changements de la culture organisationnelle :

Les processus de recrutement du personnel ont été renforcés, parallèlement à l'introduction d'initiatives de développement du leadership, de collaboration avec le personnel et de prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels (PRSEAH), et au renforcement des normes éthiques grâce à la mise en place d'un Comité de conformité et de gestion des risques et d'un poste de médiateur à temps plein. L'évaluation 2021 de la transformation mondiale de l'OMS* a validé le changement positif de la culture organisationnelle dans le Bureau régional de l'Afrique, tandis que le Corps commun d'inspection des Nations Unies a reconnu que le Programme de transformation était un modèle de réforme de la culture sur le lieu de travail.



Accent plus prononcé sur les résultats au niveau national :

L'adaptation aux contextes culturel, politique, économique et des partenariats des différents États Membres a optimisé la capacité de l'OMS à servir efficacement les États Membres et à atteindre les objectifs fixés. En outre, en se concentrant sur les opérations au niveau des pays, l'OMS a renforcé le soutien des parties prenantes locales au Programme de transformation, notamment le personnel, les partenaires, les organisations non gouvernementales et les représentants du gouvernement. Ces actions permettent de poser des bases solides pour une transformation réussie et durable.



Réalisations en matière de santé publique :

Il s'agit notamment de l'amélioration de la détection des épidémies et des délais de réaction, de l'endiguement des épidémies aiguës et des progrès vers l'éradication de la poliomyélite, la réduction des taux de mortalité maternelle et l'élimination des maladies tropicales négligées.



Utilisation rationnelle des ressources :

Le Programme de transformation a donné la priorité à l'optimisation des ressources, réduisant ainsi les coûts opérationnels et améliorant les performances financières. Grâce à une gestion financière transparente et à une utilisation optimale des ressources disponibles, l'Organisation a pu économiser des fonds et augmenter considérablement les ressources allouées aux bureaux de pays et le soutien apporté aux États Membres. Parmi les autres réalisations, citons l'amélioration de la communication d'informations par les donateurs et de la conformité.

* Évaluation de la transformation de l'OMS, Bureau d'évaluation de l'OMS, mai 2021.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/evaluation-office/who-transformation-final-report.pdf?sfvrsn=c20b7baa_5

Transformer le Secrétariat

3

3.1	Développer une culture de l'excellence en santé	33
<hr/>		
3.2	Améliorer les capacités des effectifs sanitaires pour impulser un changement durable	37
<hr/>		
3.3	Accroître l'efficacité opérationnelle	45
<hr/>		
3.4	Améliorer la gouvernance et la responsabilisation	51
<hr/>		
3.5	Renforcement des partenariats	53

Développer une culture de l'excellence en santé

Le processus de transformation du Secrétariat de l'OMS en Afrique ne consistait pas seulement en une restructuration, mais il s'agissait aussi d'opérer un changement de culture sous l'impulsion d'un personnel responsabilisé et de parties prenantes engagées ainsi qu'à la faveur d'actions guidées par une vision commune de la santé. Les ressources humaines d'une organisation constituant son atout le plus précieux, et le calibre de son personnel étant essentiel à sa réussite, le réalignement des ressources humaines sur les priorités et besoins nationaux en matière de santé a été considéré comme un volet essentiel du Programme de transformation. C'est à ce titre que des examens fonctionnels des 47 bureaux de pays de l'OMS ont été entrepris.

L'amélioration des capacités de leadership était cruciale pour porter ce changement, tout comme la nécessité de systèmes administratifs et de soutien repensés et une approche plus agile de la gestion des finances, des ressources et des technologies. La D^{re} Moeti a créé le groupe organique Sous-Directeur régional en 2019, matérialisant ainsi son ambition spécifique de s'attaquer au problème de la fragmentation au

sein de l'Organisation, de réduire les doubles emplois et de favoriser des synergies entre les différentes directions techniques afin de renforcer l'appui fourni aux États Membres.

Un bureau délocalisé a aussi été ouvert à Pretoria (Afrique du Sud) afin de renforcer la capacité de réaction des opérations d'appui aux bureaux de pays. Pretoria a été choisie en raison de ses liaisons aériennes optimales vers des destinations de la Région, de ses infrastructures de communication essentielles pour l'assistance à distance et les réunions en ligne, et des avantages qu'elle présentait sur le plan des coûts.

Cette transformation signifiait également qu'il fallait s'attaquer de front à certaines des questions les plus épineuses et les plus délicates, en particulier celles de l'équité entre les sexes et d'un environnement de travail plus sain et exempt d'abus et de harcèlement. La lutte contre ce dernier est devenue la pierre angulaire de ce changement de culture, notamment à la suite de crises qui ont mis en évidence des vulnérabilités au sein de l'Organisation. Le Secrétariat s'est engagé non seulement à s'attaquer à ces menaces, mais aussi à les éradiquer



et à créer ainsi un environnement de travail plus sûr et plus inclusif.

Le Programme de transformation n'a jamais été pensé comme un processus statique, mais plutôt comme un qui met l'accent sur l'apprentissage et l'amélioration continus.

Le Programme de transformation n'a jamais été pensé comme un processus statique, mais plutôt comme un qui met l'accent sur l'apprentissage et l'amélioration continus. Au fur et à mesure que l'OMS dans la Région africaine traversait les différentes phases d'évolution de la dernière décennie, les stratégies étaient affinées en fonction des retours d'information recueillis régulièrement auprès des membres du personnel, des partenaires et des parties prenantes. Cette démarche a aidé l'Organisation à rester à l'écoute du paysage dynamique de la santé sur le continent africain, les enseignements tirés proposant finalement un modèle de transformation organisationnelle qui a été adopté en 2018 par la Directrice régionale comme stratégie institutionnelle et reproduit dans d'autres Régions.

L'un des facteurs les plus cruciaux du succès de ce modèle a été le leadership fort et visionnaire, en particulier de la part de la D^{re} Moeti et de l'équipe de direction. Ces derniers ont joué un rôle central en promouvant des initiatives

de changement, en ayant une vision claire et en rappelant régulièrement à l'ensemble de l'Organisation l'importance de la transformation. L'engagement actif de la D^{re} Moeti a envoyé un message fort à l'ensemble du personnel, à savoir que la transformation n'était pas une initiative ponctuelle, mais une réorientation fondamentale du fonctionnement de l'Organisation, mettant en avant la responsabilisation, la transparence et l'innovation.

En montrant leur propre attachement à ces principes, les hauts dirigeants ont encouragé l'ensemble de l'Organisation à adhérer à ces changements, qui se sont avérés particulièrement importants pour venir à bout des résistances initiales. Ce leadership visionnaire a contribué à instaurer la confiance, qui s'est révélée essentielle pour maintenir hauts le moral et l'engagement du personnel.

Cette transformation reposait sur quatre piliers essentiels : le groupe organique Administration générale et coordination (GMC), l'Unité Initiatives du Programme de transformation (TAI), l'Unité Action en faveur des pays et coordination (CFC) et l'équipe Relations extérieures, partenariats et organes directeurs (EPG), chacun des programmes apportant sa propre contribution singulière.

Le groupe organique Administration générale et coordination, chargé de la gestion et de la coordination efficaces de l'appui à la prestation

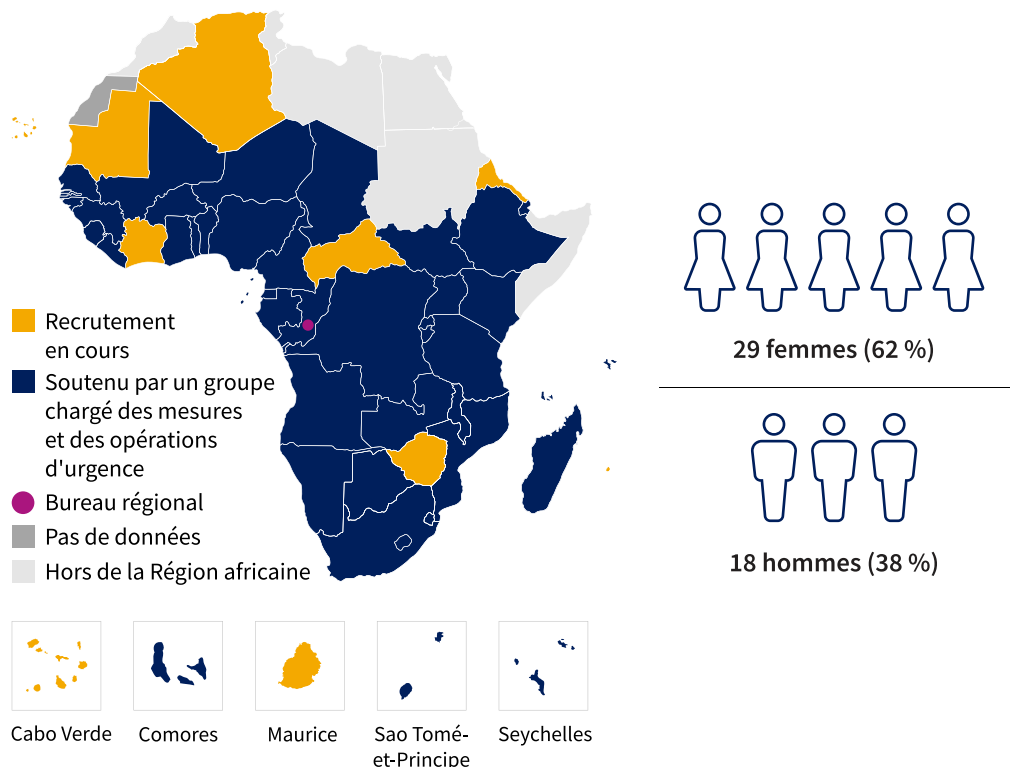
de services dans les domaines des finances, des opérations, de l'administration générale et de la gestion des ressources humaines dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays, a également assumé la responsabilité de l'amélioration de la gouvernance, de l'efficacité opérationnelle et de la conformité. Ses fonctions essentielles relatives à la fourniture d'un appui aux bureaux de pays ont été transférées au bureau de Pretoria afin de renforcer la capacité de réaction des opérations d'appui. En rationalisant les processus de gestion, en renforçant le contrôle financier et en favorisant une culture de responsabilisation, le groupe organique Administration générale et coordination a jeté des bases solides pour une OMS plus transparente, efficiente et efficace dans la Région africaine.

L'Unité Initiatives du Programme de transformation, quant à elle, a été le fer de lance des efforts visant à favoriser le changement de culture, à encourager le développement du leadership et à promouvoir un lieu de travail

plus inclusif et éthique. Ses initiatives visaient à changer la culture organisationnelle de sorte qu'elle privilégie l'excellence, le travail d'équipe, l'équité et l'intégrité. En responsabilisant les membres du personnel par le biais du mentorat et des programmes de leadership et la promotion de l'équité entre les sexes moyennant des initiatives de responsabilisation des femmes, l'Unité Initiatives du Programme de transformation a veillé à ce que les opérations menées au jour le jour soient systématiquement conformes aux valeurs de l'OMS.

L'Unité Action en faveur des pays et coordination a joué un rôle central en rendant les bureaux de pays de l'OMS à même de répondre aux besoins et priorités sanitaires spécifiques de chacun des États Membres dont ils sont au service. Grâce à une restructuration et à des examens fonctionnels solides et complets, cette unité a fait en sorte que les bureaux de pays soient dotés de la bonne combinaison de compétences techniques et de ressources pour que leur travail ait un réel impact. En 2021,

Figure 8 : Carte des chargés des relations extérieures et des partenariats dans la Région africaine de l'OMS



Les quatre principaux objectifs du Programme de transformation :



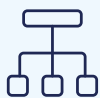
Mieux faire correspondre les effectifs aux besoins :

pour ce faire, il a fallu revoir les structures des dotations en personnel afin de s'assurer que les bureaux de pays disposaient des compétences requises au regard des priorités et besoins sanitaires nationaux. Le Programme de transformation visait également à résoudre le problème de longue date de la pénurie de personnel et à déployer des professionnels de la santé de manière plus stratégique dans la Région ;



Améliorer l'efficacité opérationnelle :

la fragmentation des opérations et la lenteur de la prestation de services étaient des défis constants. Le Programme de transformation entendait rationaliser ces opérations en favorisant une meilleure coordination entre les bureaux régionaux et bureaux de pays, en réduisant les retards bureaucratiques et en introduisant des innovations numériques pour améliorer la prestation de services ;



Améliorer la gouvernance et la responsabilisation :

le manque de structures de gouvernance solides a constitué un obstacle important qui entravait l'efficacité de l'OMS. Le Programme de transformation a cherché à remédier à cette situation en intégrant des cadres de gouvernance solides qui favorisaient la responsabilisation, la transparence et la gestion des risques ;



Renforcer les partenariats :

la crise de maladie à virus Ebola a mis en évidence la nécessité pour l'OMS dans la Région africaine de promouvoir des partenariats plus solides avec les États, les organisations internationales, la société civile et d'autres parties prenantes du secteur de la santé. Dans le cadre de la transformation, l'Organisation s'est employée à nouer des relations plus stratégiques et collaboratives.

l'initiative des équipes d'affectation multipays a été lancée comme solution innovante pour optimiser des ressources limitées en regroupant des experts techniques dans un seul et même endroit afin de s'occuper de plusieurs pays en même temps.

Enfin, l'équipe Relations extérieures, partenariats et organes directeurs s'est avérée cruciale pour mobiliser des ressources afin de remplir le mandat de l'OMS par l'entremise du treizième programme général de travail couvrant la période 2019-2025. Les attentes des donateurs et des partenaires se sont concrétisées, et les efforts visant à diversifier les partenariats stratégiques et à renforcer l'engagement des partenaires ont été amplifiés à travers diverses actions. Dans la majorité des États Membres, il s'agissait notamment de renforcer les bureaux de pays en recrutant des spécialistes des relations extérieures de haut niveau sur le plan international, d'accroître le retour sur investissement et de diversifier le pool de partenaires, de faire preuve d'une plus

grande responsabilisation en produisant des rapports de qualité et en temps voulu, d'accroître la participation aux programmes conjoints et fonds communs des Nations Unies, et de renforcer les relations avec le secteur privé et les acteurs non étatiques.

Travaillant en tandem, ces programmes ont favorisé une approche plus intégrée et plus cohérente de la prestation des soins de santé en Afrique, fournissant le cadre pour réaliser les quatre principaux objectifs du Programme de transformation.

Le résultat, 10 ans plus tard, est une organisation qui mieux outillée pour répondre aux besoins des populations africaines en matière de santé, qui est plus sensible à l'évolution du paysage mondial de la santé et qui rend davantage compte à ses parties prenantes. Les succès et les enseignements tirés de la dernière décennie constituent une base solide pour poursuivre la croissance et l'innovation.

Améliorer les capacités des effectifs sanitaires pour impulser un changement durable

L'Unité Action en faveur des pays et coordination, une initiative dont l'objectif était de veiller à ce que les ressources humaines de l'OMS correspondent aux priorités sanitaires singulières de chaque État Membre, a été l'un des éléments les plus transformateurs du processus de transformation de l'OMS dans la Région africaine. De nombreux bureaux de pays avaient déjà été confrontés à des difficultés à cause d'un personnel en déphasage, de l'insuffisance des compétences techniques et des lacunes sur le plan du leadership, toutes choses qui empêchaient ces bureaux de répondre aux besoins sanitaires nationaux.

Entre 2017 et 2019, un vaste processus d'examen fonctionnel a été lancé dans les 47 bureaux de pays afin d'évaluer minutieusement les dotations en personnel, les capacités techniques et les besoins opérationnels de chaque bureau. Ces examens approfondis se sont avérés cruciaux pour recenser les compétences faisant défaut et les mauvaises allocations de ressources, et pour éclairer la formulation de recommandations adaptées à chaque pays.

En faisant correspondre les capacités du

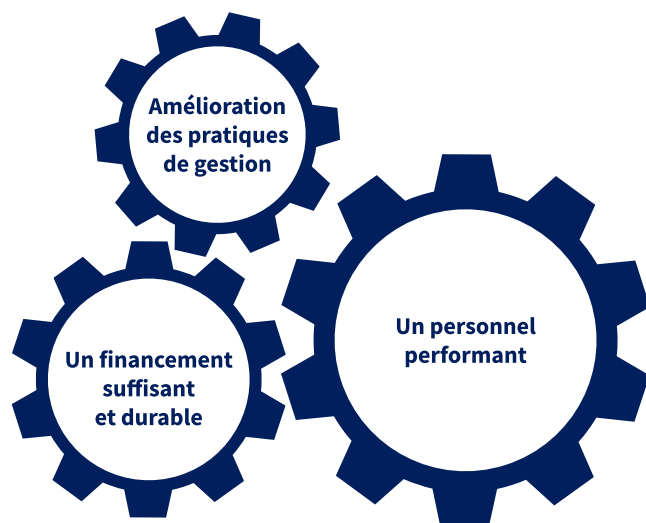
personnel aux priorités sanitaires nationales, l'Unité Action en faveur des pays et coordination a fait en sorte que chaque bureau soit mieux outillé pour relever les défis sanitaires spécifiques du pays dont il a la charge. Cependant, la Région avait besoin de 314,5 millions de dollars É.-U. au total pour mettre pleinement en place les compétences requises recensées dans ces examens. Disposant de seulement 183,5 millions de dollars É.-U., elle accusait alors un déficit de financement important de 131 millions de dollars É.-U., d'où la nécessité de mobiliser des ressources stratégiques pour combler ce déficit et obtenir l'impact souhaité.

L'un des résultats les plus importants de l'initiative a été l'augmentation spectaculaire du nombre de fonctionnaires techniques dans les bureaux de pays. Dans la Région africaine, l'OMS a considérablement augmenté ses effectifs afin de s'assurer que chaque bureau disposait non seulement des effectifs voulus, mais aussi des compétences techniques nécessaires pour relever efficacement les défis sanitaires. Ce renforcement des capacités était particulièrement importante pour les pays confrontés à

Figure 9 : Méthodologie des examens fonctionnels

Objectifs

Veiller à ce que les ressources humaines et les interventions de l'OMS répondent mieux à la situation, aux besoins et aux priorités des pays hôtes en matière de santé.



*La réalisation simultanée des **priorités stratégiques**, des **ressources financières durables** et une **gestion efficace des bureaux** sont essentielles pour renforcer les bureaux de pays de l'OMS.*

Résultats escomptés

- 1** Un personnel performant capable de réaliser les **priorités stratégiques**
- 2** Une **structure révisée** précisant un nombre adéquat de **postes et de compétences**
- 3** Une amélioration des pratiques de gestion qui **favorisent l'intégration** en vue d'un **impact optimal** et permettre à l'OMS d'exercer une **influence sur les interventions sanitaires**
- 4** Un bureau de pays qui **captive l'attention des partenaires et attire leur appui pour soutenir les interventions des bureaux de pays**

Tableau 3 : Résultats des examens fonctionnels réalisés dans 47 bureaux de pays : tous postes confondus, par catégorie

Catégorie	Priorité 1	Autres priorités	Nombre total de postes
Services généraux	745	358	1103
Administrateurs recrutés sur le plan national	515	434	949
Catégories professionnelles et supérieures	323	146	469
Volontaires des Nations Unies	28	42	70
Total	1611	980	2591

des crises sanitaires complexes, telles que des épidémies de maladies infectieuses et des problèmes chroniques de systèmes de santé.

Plus de 2500 nouveaux postes ont été créés dans des domaines prioritaires, le groupe organique Administration générale et coordination jouant un rôle central pour s'assurer que les dotations en personnel répondent aux exigences sanitaires, améliorant de ce fait la mise en œuvre ciblée des interventions sanitaires pour finalement renforcer les systèmes de santé nationaux.

La mise en place des équipes d'affectation multipays en 2021 a été un résultat particulièrement innovant de l'initiative des examens fonctionnels, venant en réponse à la nécessité établie pour l'OMS de retrouver son rôle prépondérant dans la fourniture d'un soutien technique de haut niveau dans la Région. Pour répondre aux attentes, des changements importants étaient nécessaires au niveau des bureaux de pays, mais en l'absence de ressources suffisantes pour financer les fonctions essentielles

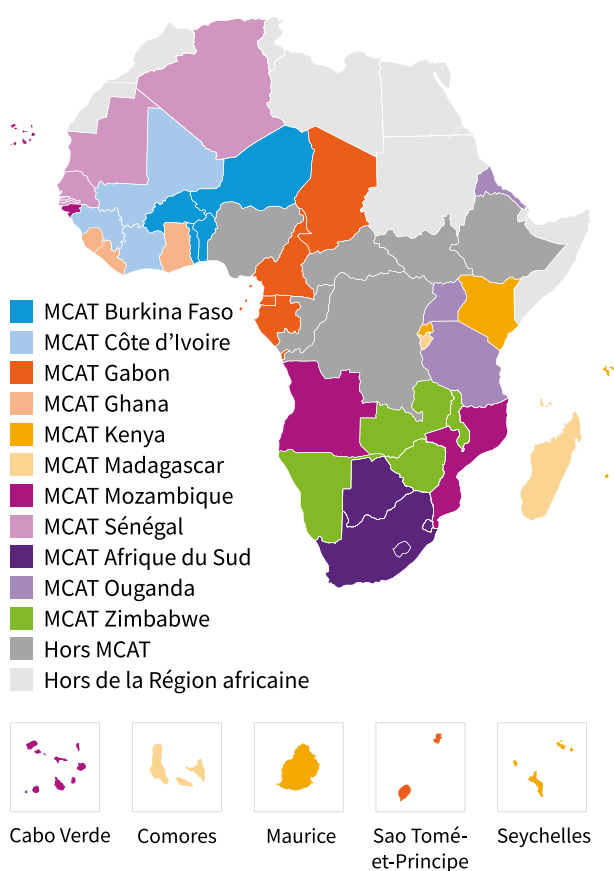
et critiques, une solution créative s'imposait. Celle-ci s'est présentée sous la forme d'un abandon de l'ancien modèle des équipes de soutien interpays, où trois équipes seulement se partageaient la responsabilité de l'ensemble de la Région, au profit d'un nombre beaucoup plus important d'équipes d'affectation multipays, chacune s'occupant de trois à quatre pays.

Les équipes d'affectation multipays représentaient une solution économique pour les situations où les ressources étaient limitées, car les experts qui les constituaient ne travaillaient que dans les pays qui leur étaient impartis, ce qui garantissait un accès plus dédié et plus complet aux compétences techniques de l'OMS. Parallèlement à l'optimisation des ressources de l'OMS, cette approche a également favorisé une plus grande collaboration régionale et le partage de connaissances entre pays voisins.

À l'heure actuelle, 38 membres des équipes d'affectation multipays sont déployés sur 11 sites, couvrant six zones de santé (voir Figure 10 et Tableau 4).

Bien que la mise sur pied des équipes d'affectation multipays se poursuive actuellement, la majorité des personnes interrogées dans le cadre d'une enquête menée entre 2021 et 2024 afin d'évaluer leur impact ont fait état d'une amélioration notable de la qualité et de la fourniture de l'appui technique de l'OMS. Dans les domaines où les performances des équipes d'affectation multipays étaient les mieux notées, le succès était largement attribué au calibre des experts qui les constituaient, lesquels apportaient une vaste expérience internationale, une connaissance approfondie des contextes locaux de santé publique et une compréhension approfondie de l'épidémiologie des maladies. L'équipe d'affectation multipays du Burkina

Figure 10 : Couverture des bureaux de pays par les équipes d'affectation multipays



Couverture des équipes d'affectation multipays (MCAT) / Des bureaux de pays

Lieux	Portefeuille	Langues
Burkina Faso	Burkina Faso, Niger, Togo, Bénin	Français
Côte d'Ivoire	Côte d'Ivoire, Guinée, Mali	Français
Gabon	Gabon, Tchad, Cameroun, Guinée équatoriale	Français
Ghana	Ghana, Sierra Leone, Libéria, Gambie	Anglais
Kenya	Kenya, Seychelles, Maurice, Rwanda	Anglais
Madagascar	Madagascar, Comores, Burundi	Français
Mozambique	Angola, Mozambique, Cabo Verde, Sao Tomé-et-Principe, Guinée-Bissau	Portugais
Sénégal	Sénégal, Mauritanie, Algérie	Français
Afrique du Sud	Afrique du Sud, Eswatini, Botswana, Lesotho	Anglais
Ouganda	Ouganda, Tanzanie, Érythrée	Anglais
Zimbabwe	Zimbabwe, Zambie, Malawi, Namibie	Anglais



Tableau 4 : Domaines techniques couverts par les équipes d'affectation multipays

Domaine	Nombre d'agents faisant partie de l'équipe d'affectation multipays
VIH/tuberculose/hépatite	6
Financement de la santé	5
Maladies non transmissibles	5
Nutrition	4
Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	9
Maladies tropicales et à transmission vectorielle	9
Services de diagnostic et de laboratoire	0
Systèmes de prestation de services	0
Surveillance environnementale de la poliomyélite	0

Faso, qui couvre également le Bénin, le Niger et le Togo, a par exemple réalisé des progrès considérables dans le relèvement des défis prioritaires de santé. Le Bénin a formé plus de 400 agents de santé en vue de lutter efficacement contre les maladies infantiles émergentes et réémergentes, tandis que le Burkina Faso a amélioré le suivi des décès maternels et élaboré un plan Directeur de lutte contre les maladies non transmissibles axé sur la décentralisation du dépistage et de l'administration des soins.

En Afrique du Sud, le bureau de pays de l'OMS et l'équipe d'affectation multipays, qui couvre également le Botswana, Eswatini et le Lesotho, ont plaidé avec succès pour que les maladies tropicales négligées, notamment la schistosomiase, soient inscrites sur la liste des maladies transmissibles prioritaires.

La flexibilité, l'adaptabilité et la capacité de mobilisation rapide des équipes d'affectation multipays ont été des points forts qui ont permis d'apporter des réponses plus efficaces dans toute la Région. Cependant, un succès durable dépend d'une collaboration et d'un soutien

réguliers à tous les niveaux, en particulier avec les représentants de l’OMS et les groupes organiques. Le renforcement de ces partenariats est essentiel à la préservation et à l’accélération des acquis.

3.2.1 Parité hommes-femmes

L’égalité des genres a été un pilier central des efforts de transformation de l’OMS dans la Région africaine, ce qui témoigne de l’importance accordée à la diversité dans le leadership et la prise de décisions. L’OMS s’est fixé des objectifs ambitieux pour remédier aux déséquilibres entre les sexes parmi ses effectifs, ce qui a permis d’augmenter régulièrement le pourcentage de femmes dans les catégories professionnelles et supérieures, qui est passé de 29,9 % à 36,7 % (2017-2023). Il en a résulté un environnement de travail plus inclusif, non seulement pour le personnel de l’OMS, mais aussi pour l’ensemble du secteur de la santé sur tout le continent.

Une étape importante sur le plan de la parité hommes-femmes a été franchie en 2016 lorsque la direction exécutive de l’OMS dans la Région africaine a compté pour la première fois dans l’histoire de l’Organisation un nombre égal d’hommes et de femmes à des postes de direction.

La D^{re} Moeti s’est montrée particulièrement fière de programmes tels que la série de conférences baptisée Women in Leadership et la masterclass intitulée Women in Leadership, qui visent à créer un vivier de femmes leaders, permettant à davantage de femmes d’aspirer à des postes de direction. Ces initiatives ont été complétées par des réformes du recrutement qui privilégiaient l’égalité des genres, en veillant à ce que les femmes aient des chances égales d’occuper des postes de direction et d’évoluer professionnellement au sein de l’Organisation.

Attirer les jeunes talents a été un autre domaine d’intervention, un partenariat ayant été noué avec le Programme des volontaires des Nations Unies qui a contribué à renforcer les effectifs de ce dernier dans la Région et, par le fait même, d’attirer un grand nombre de jeunes professionnels qualifiés dans les États Membres. L’initiative des « Championnes de la santé en Afrique » est particulièrement saluée pour avoir largement accru le nombre de jeunes femmes compétentes dans les effectifs régionaux (voir Figure 11).

L’Unité Initiatives du Programme de transformation a également porté des initiatives visant à créer un environnement de travail exempt de harcèlement, d’abus et de discrimination.

Figure 11 : Tendances en matière d’équilibre entre les sexes (représentation féminine) depuis 2015

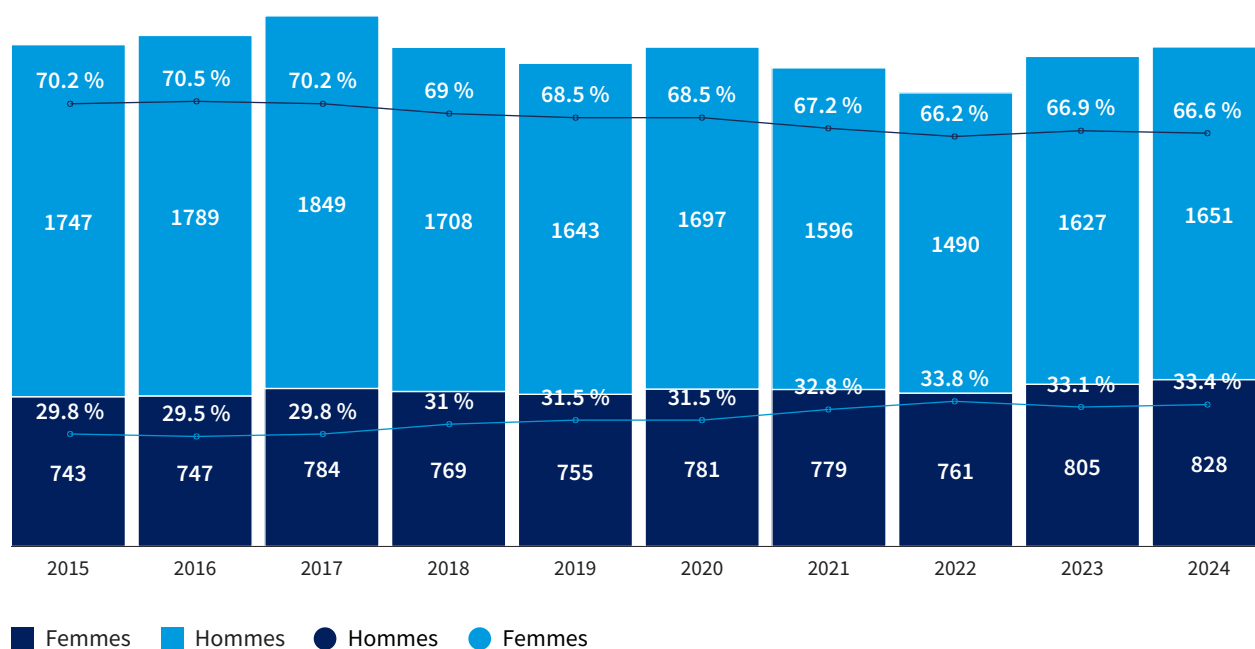
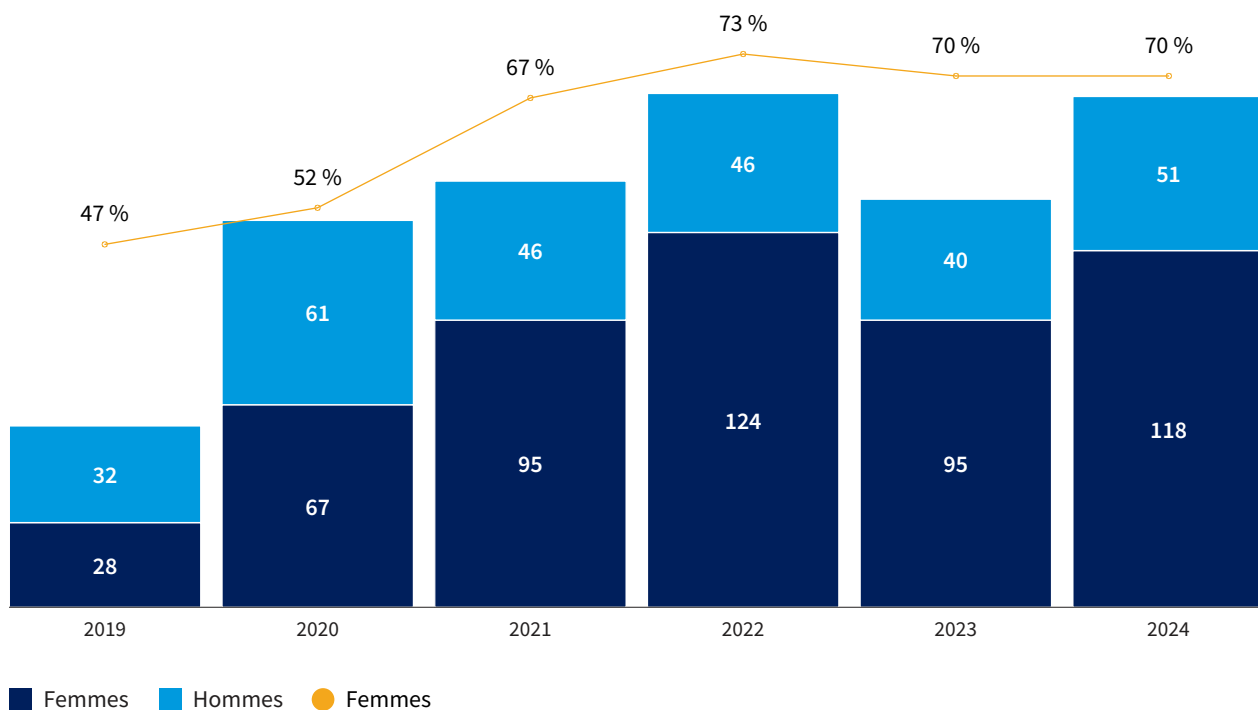


Figure 12 : Évolution de l'utilisation des volontaires des Nations Unies 2019-2024



L'introduction de la politique de tolérance zéro à l'égard du harcèlement sexuel ainsi que la création de mécanismes plus solides de dénonciation et de soutien aux survivants d'abus ont été des mesures cruciales dans la promotion d'une culture de respect et d'inclusion.

Le Botswana et le Soudan du Sud ont adapté les recommandations de l'OMS pour mettre à jour leurs directives nationales sur la prévention et la gestion de la violence sexiste dans le secteur de la santé, y compris le cadre RESPECT²⁶ pour les agents de santé de première ligne. En outre, le Ghana et l'Afrique du Sud disposent désormais de directives nationales pour la prise en compte systématique de la question du genre dans la santé et d'une politique du genre dans le secteur de la santé, respectivement, tandis que le Nigéria dispose de six équipes de base par zone pour les soins et le soutien dans les situations de violence sexiste, à la suite d'une formation soutenue par l'OMS.

3.2.2 Changement de culture organisationnelle

L'un des résultats les plus profonds et les plus durables de la transformation a été le changement de culture au sein de l'OMS dans la Région africaine, l'Unité Initiatives du Programme de transformation pilotant les efforts visant à repenser la culture interne, mettant fin au cloisonnement des directions, aux structures hiérarchiques et au peu de communication.

Parmi les initiatives prises dans le but d'aider à éliminer les cloisonnements, encourager la collaboration et promouvoir un comportement éthique, on citera le réseau d'agents du changement composé de plus de 100 membres du personnel habilités à diriger des initiatives de changement dans l'ensemble de l'Organisation. Sélectionnés à différents niveaux et directions pour s'assurer que la transformation était menée par un groupe diversifié de personnes ayant une compréhension approfondie

²⁶ <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.19>

Le personnel a été habilité à proposer de nouvelles idées, à prendre des risques et à expérimenter de nouvelles approches pour relever les défis de santé publique, en sachant que ses contributions étaient appréciées et soutenues par la direction.

de la dynamique interne de l'Organisation, ils ont veillé à ce que la transformation ne soit pas simplement un processus descendant, mais plutôt un processus soutenu par des efforts menés depuis la base.

Parallèlement à d'autres initiatives de l'Unité Initiatives du Programme de transformation, le réseau a contribué à promouvoir une culture dans laquelle le personnel était tenu responsable de son rendement et encouragé à s'approprier son travail. Non seulement ce changement d'état d'esprit a contribué à améliorer les performances individuelles, mais il a également favorisé un environnement de travail plus collaboratif et innovant. Le personnel a été habilité à proposer de nouvelles idées, à prendre des risques et à expérimenter de nou-

velles approches pour relever les défis de santé publique, en sachant que ses contributions étaient appréciées et soutenues par la direction.

Le programme « Les voies du Leadership », qui visait à doter les cadres supérieurs et intermédiaires des aptitudes et compétences nécessaires pour mener la transformation de l'Organisation, a aussi joué un rôle essentiel dans l'impulsion du changement. Une combinaison d'ateliers, de coaching et de projets pratiques a permis à des centaines de membres du personnel de bénéficier de cet accent mis sur le développement des compétences de leadership clés, telles que la réflexion stratégique, la prise de décisions et la gestion d'équipe.

Ce programme n'était pas non plus limité au personnel de l'OMS. Il s'adressait également aux responsables externes de la santé dans les États Membres en les dotant des compétences de leadership et de gestion nécessaires pour diriger leurs systèmes de santé nationaux. Cette orientation externe a permis de renforcer les partenariats entre l'OMS et les gouvernements nationaux, créant ainsi une approche plus col-



laborative du renforcement des systèmes de santé sur tout le continent.

En plus du développement des compétences en leadership, le programme de mentorat de la Région était une reconnaissance de l'importance du mentorat comme outil de transfert de connaissances et de croissance professionnelle. Ce programme associait des membres du personnel moins expérimentés à des professionnels chevronnés, offrant une plateforme d'orientation, de soutien et de partage de connaissances institutionnelles.

Cette orientation externe a permis de renforcer les partenariats entre l'OMS et les gouvernements nationaux, créant ainsi une approche plus collaborative du renforcement des systèmes de santé sur tout le continent.

Cette initiative a été particulièrement utile pour permettre aux jeunes fonctionnaires ou aux nouvelles recrues de l'Organisation de tirer des enseignements de l'expérience de leurs collègues plus établis. Les relations de mentorat ont été soigneusement organisées pour appairer des personnes ayant des intérêts ou des objectifs professionnels communs, créant ainsi un environnement propice qui a favorisé la croissance personnelle et organisationnelle.

3.2.3 Communication efficace

La transformation a mis en évidence le rôle essentiel d'une communication régulière et transparente dans la gestion du changement, et l'OMS dans la Région africaine a d'entrée de jeu fait de l'ouverture des lignes de communication une priorité afin de s'assurer que le personnel était bien informé du processus, de ses objectifs et des résultats escomptés.

L'une des stratégies les plus efficaces a été la communication cohérente et claire de la vision et des progrès accomplis, avec la préparation et la diffusion d'informations faisant régulièrement le point de la situation, qui ont été appelées « Change Highlights », à l'adresse de l'ensemble du personnel des trois niveaux de l'OMS. Les initiatives du Programme de transformation ont également conduit à la conception et au lancement du microsite du Programme de transformation sur le site Web du Bureau régional de l'Afrique, avec pour but de faciliter

les communications externes.

De plus, des contributions régulières au bulletin d'information du personnel et aux réunions publiques, présidées par la D^e Moeti ont permis de tenir le personnel au courant des progrès accomplis, mais aussi des raisons qui les sous-tendent. Ces échanges avec le personnel ont contribué à démystifier le processus, à atténuer les inquiétudes et à réduire l'anxiété. Les membres du personnel avaient également la possibilité de faire connaître leurs avis à travers des sondages, des discussions de groupe et des discussions informelles, ce qui a contribué à un sentiment d'appartenance. Cette communication bidirectionnelle a permis à la direction de repérer dès le départ les domaines de résistance potentielle et de répondre aux préoccupations avant qu'elles ne s'intensifient.

En outre, l'accent mis sur une communication transparente a contribué à la création d'une culture de dialogue ouvert au sein de l'Organisation. En créant un environnement dans lequel les employés se sentent à l'aise pour exprimer leurs idées, leurs préoccupations et leurs suggestions, l'OMS a pu tirer parti des connaissances collectives et de la créativité de son personnel. Cette approche collaborative a permis non seulement d'améliorer la qualité de la prise de décisions, mais aussi de s'assurer que la transformation soit inclusive et reflète les diverses perspectives de l'Organisation.

Accroître l'efficacité opérationnelle

La vaste étendue et la diversité de la Région africaine, associées à des infrastructures limitées dans de nombreuses régions, ont posé des défis particuliers pour la prestation des soins de santé. Au début du mandat de la D^{re} Moeti, il y avait un large consensus sur le fait que l'innovation numérique serait essentielle pour faire progresser les interventions de santé publique et renforcer la capacité opérationnelle, les solutions numériques offrant des possibilités de combler les lacunes.

Afin de permettre des interventions sanitaires plus efficaces, transparentes et opportunes pour les pays africains, l'OMS s'est efforcée d'intégrer la technologie dans de multiples facettes de son travail, des opérations financières à la gestion des données sanitaires, afin de rationaliser les processus et d'en maximaliser l'impact.

3.3.1 Paiements numériques : révolutionner le financement de la santé publique

L'une des innovations les plus révolutionnaires du mandat de la D^{re} Moeti a été l'introduction des paiements numériques par le biais de

l'argent mobile ou des virements bancaires à l'appui de la mise en œuvre sur le terrain des activités financées par l'OMS. Les interventions traditionnelles faisant appel à de l'argent liquide ont longtemps accusé des retards et des inefficacités, et présentaient un risque accru de mauvaise gestion, en particulier lors d'initiatives de santé à grande échelle. Les paiements numériques ont transformé ces processus en constituant une méthode sécurisée, transparente et rapide de transfert de fonds.

Dans le contexte des situations d'urgence de santé publique, telles que les campagnes de vaccination de masse par exemple, les solutions de paiement numérique sont devenues précieuses. Avec l'autorisation des transferts directs et en temps réel de fonds aux travailleurs de la santé et aux équipes locales, les ressources ont pu atteindre le terrain rapidement et en toute sécurité. Particulièrement bénéfiques dans les zones reculées ou mal desservies où l'infrastructure bancaire traditionnelle était limitée ou inexistante, les paiements numériques ont éliminé le besoin de transactions physiques en espèces, réduisant ainsi les risques de vol,



de fraude ou de retards logistiques.

La transparence offerte par les paiements numériques a également marqué un grand bond en avant. Chaque transaction pouvait être suivie numériquement, laissant des pistes de vérifications claires pour l'OMS dans la Région africaine et pour les gouvernements nationaux. Ce niveau de transparence a rassuré les donateurs et les parties prenantes, qui ont pu voir exactement comment et où les fonds étaient utilisés, tout en permettant un suivi en temps réel des dépenses. Il a permis de s'assurer que les fonds étaient distribués efficacement et utilisés conformément aux objectifs du projet.

L'une des innovations les plus révolutionnaires du mandat de la D^{re} Moeti a été l'introduction des paiements numériques par le biais de l'argent mobile ou des virements bancaires à l'appui de la mise en œuvre sur le terrain des activités financées par l'OMS.

Lors de crises sanitaires telles que la pandémie de COVID-19, l'OMS a été en mesure d'intensifier les paiements et les décaisse-

ments de ressources en faveur des travailleurs de première ligne dans la Région, sans les retards qu'accusent généralement les méthodes financières traditionnelles. Cette agilité a été essentielle pour gérer les demandes rapides liées à la riposte à la pandémie, où les retards de financement pouvaient entraîner des retards dans la mise en œuvre d'interventions vitales.

3.3.2 Stratégies de santé numérique plus larges : améliorer la santé publique axée sur les données

Les plateformes numériques étant cruciales pour la collecte, le suivi et la diffusion des données afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des interventions sanitaires, en particulier lors de crises sanitaires à grande échelle, l'OMS a également adopté une série de stratégies de santé numérique plus larges pour renforcer leur impact.

Le lancement d'une série de plateformes de cybersanté destinées à recueillir et à gérer des données de santé en temps réel en est un bon exemple. Indispensables à la surveillance et au suivi des maladies, notamment lors de flambées épidémiques, elles collectent des don-

nées au niveau local, puis les agrègent dans des systèmes centralisés. Dans la pratique, ces plateformes permettent aux autorités sanitaires de répondre rapidement aux menaces émergentes.

Cette approche a été particulièrement importante pendant la pandémie de COVID-19, lorsque des données opportunes étaient cruciales pour suivre la propagation du virus, surveiller les capacités des systèmes de santé et gérer des ressources telles que les lits d'hôpitaux et les fournitures médicales.

Elle a été énormément bénéfique sur le plan de l'exactitude et de l'actualité des données de santé publique. Les campagnes de vaccination en sont un bon exemple, les plateformes numériques permettant de signaler en temps réel le nombre de personnes vaccinées, l'emplacement des sites de vaccination et la disponibilité des vaccins. Ce niveau de détail a contribué à faire en sorte que les ressources soient déployées là où elles étaient le plus nécessaires, ce qui a permis d'éviter le gaspillage

et d'assurer un accès équitable aux services de santé.

À plus long terme, ces plateformes ont fourni une base pour une prise de décisions davantage fondée sur les données, permettant à l'Organisation et aux autorités sanitaires nationales de mieux planifier et allouer les ressources pour les futures interventions sanitaires.

L'un des succès importants de ces plateformes numériques réside dans leur intégration aux systèmes de santé nationaux. En alignant les outils de santé numérique de l'OMS sur les cadres nationaux existants, l'Organisation a pu renforcer les capacités des autorités sanitaires locales, améliorer la coordination et promouvoir des partenariats plus solides. Cette intégration a permis de s'assurer que les avantages des stratégies de santé numérique ne se limitaient pas à des projets à court terme, mais qu'ils étaient maintenus dans le cadre d'efforts plus larges de renforcement des systèmes de santé dans la Région.



3.3.3 Amélioration de la collaboration grâce à des axes de travail de coordination

L'approche des axes de travail de coordination du groupe organique Sous-Directeur régional, qui fait partie intégrante de ses priorités fondamentales d'intégration, de coordination et de cohérence pour fournir un soutien accru aux États Membres, a effectivement démontré le pouvoir de la collaboration, malgré d'importants défis de financement et de personnel.

S'agissant de l'intégration des données, deux interventions particulièrement importantes initiées par le groupe organique Sous-Directeur régional ont été le centre régional de données sanitaires, un système basé sur le cloud qui consolide diverses formes de données et les systèmes de données existants dans différents programmes de lutte contre les maladies, et relie les données au niveau national.

Son axe de travail sur les soins de santé primaires, l'un des huit au total portant sur des domaines clés tels que la santé numérique, les données et l'analyse, a facilité l'octroi d'un soutien conjoint à la Sierra Leone, ce qui a donné lieu à de nombreux effets positifs. La fourniture d'outils et de lignes directrices a contribué à réduire la mortalité maternelle et néonatale, par exemple, tandis que l'expertise en matière de données et d'analyses a stimulé le suivi des données de santé.

S'agissant de l'intégration des données, deux interventions particulièrement importantes initiées par le groupe organique Sous-Directeur régional ont été le centre régional de données sanitaires, un système basé sur le cloud qui consolide diverses formes de données et les systèmes de données existants dans différents programmes de lutte contre les maladies, et relie les données au niveau national. Puis, reconnaissant que l'intégration des données repose à la fois sur la technologie et sur les personnes, la première version du cadre régional de gouvernance des données a été publiée pour guider le Bureau régional et les États Membres sur les principaux éléments de la sécurité des données.

L'adoption par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique en août 2024 du document intitulé

« Cadre pour intégrer les données sanitaires des pays et régionales dans la Région africaine : Centre régional de données sanitaires 2024-2030 » a marqué une étape cruciale qui promet de faire avancer le projet au cours des cinq prochaines années. Ce centre a la capacité de révolutionner la gestion des données de la Région en établissant des protocoles de gouvernance solides pour protéger les données des États Membres.

3.3.4 Transition durable vers un environnement sans papier

L'engagement du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine en faveur de la durabilité et de l'efficacité opérationnelle a été illustré par la transition vers un environnement sans papier, une initiative qui s'inscrivait dans le cadre d'un effort plus large visant à moderniser les processus de flux de travail, à réduire les coûts et à atténuer l'impact sur l'environnement.

La mise en place de flux de travail électroniques a permis à l'Organisation de s'éloigner des processus traditionnels sur papier, qui étaient souvent lents, lourds et sujets à des erreurs humaines. Les tâches administratives clés, telles que l'approbation des documents, les rapports financiers et l'allocation des ressources, ont toutes été numérisées, ce qui a permis d'accélérer les délais de traitement et de gagner en efficacité. Grâce aux systèmes d'approbation en ligne, les membres du personnel peuvent également soumettre et suivre des documents en temps réel, ce qui réduit considérablement le temps consacré aux procédures bureaucratiques.

La transition a notamment entraîné une réduction des dépenses. En limitant les besoins en papier, en impression et en stockage physique, les coûts opérationnels associés à ces ressources ont été abaissés de 80 %. De plus, les avantages environnementaux de ce changement ont été considérables. Avec moins d'arbres coupés pour produire du papier et une consommation d'énergie réduite pour l'impression et le transport de documents, l'initiative numérique de l'Organisation a soutenu les objectifs mondiaux de durabilité, tout en contribuant à une empreinte organisationnelle plus respectueuse de l'environnement.

L'initiative sans papier s'est étendue au-delà des flux de travail internes pour inclure

les grandes réunions et conférences. Les applications numériques de réunion ont fourni des bibliothèques de documents et des systèmes de gestion de l'ordre du jour, permettant aux participants d'accéder aux documents sous forme numérique plutôt qu'à des copies imprimées. Cette initiative a non seulement rationalisé la gestion des événements de grande envergure, mais elle a aussi contribué à une approche plus durable et plus économique de la gouvernance.

3.3.5 Innovations liées à la pandémie de COVID-19

La pandémie de COVID-19 a limité les interactions physiques en raison des mesures de distanciation sociale, ce qui a souligné l'importance de la transformation numérique alors que la dépendance à l'égard des solutions numériques est devenue encore plus prononcée. Les plateformes numériques ont facilité la communication à distance, les sessions de formation virtuelles et la télémédecine, autant d'éléments essentiels pour garantir la prestation ininterrompue de soins de santé et d'interventions face à des perturbations massives.

une formation essentielle sur la gestion de la pandémie, malgré les restrictions de voyage et les confinements. Depuis 2022, la capacité d'organiser des sessions hybrides des comités régionaux a été une innovation majeure liée à la COVID-19 qui a assuré la continuité pendant la pandémie et une participation plus large par la suite.

L'Unité Gestion des informations et des technologies a joué un rôle clé dans la conduite de la transformation numérique dans les États Membres en élaborant et en suivant la mise en œuvre des plans de continuité institutionnelle dans l'ensemble de la Région. Comme mesure de prévention face aux risques susceptibles de perturber les opérations de l'OMS, tous les bureaux de pays de l'OMS dans la Région disposent désormais de plans de continuité institutionnelle, qui ont été utilisés efficacement lors de crises telles que la pandémie de COVID-19 pour assurer la continuité des opérations.

Les plateformes numériques ont facilité la communication à distance, les sessions de formation virtuelles et la télémédecine, autant d'éléments essentiels pour garantir la prestation ininterrompue de soins de santé et d'interventions face à des perturbations massives.

L'OMS dans la Région africaine a soutenu le déploiement des services de télémédecine en collaboration avec les gouvernements nationaux, ce qui a permis aux patients des zones reculées de consulter des prestataires de soins de santé sans avoir à se rendre dans des établissements de santé. Cette démarche a non seulement allégé la pression exercée sur les systèmes de soins de santé, mais également protégé les populations vulnérables contre une potentielle exposition au virus.

L'Organisation a également rapidement transféré ses programmes de formation et de renforcement des capacités vers des plateformes virtuelles. Ainsi, des agents de santé et des responsables de la santé publique de tous les États Membres ont continué à recevoir



Améliorer la gouvernance et la responsabilisation

Sous l'impulsion du groupe organique Administration générale et coordination, l'amélioration de la gouvernance et de la responsabilisation a été fondamentale pour la transformation de l'OMS, partant d'une organisation aux prises avec de nombreux défis liés à la gestion financière, à la qualité de la prestation de services et au respect de ses règles et procédures internes.

L'un des principaux objectifs du groupe organique Administration générale et coordination était d'améliorer la surveillance financière et la conformité, les réformes ultérieures ayant conduit à des progrès notables vers l'amélioration de l'audit interne et des mécanismes de conformité, deux éléments cruciaux pour garder la confiance des États Membres, des donateurs et des autres parties prenantes.

Ce groupe a mis en place de nouveaux systèmes de gestion financière qui ont simplifié les processus de budgétisation, d'achat et d'établissement de rapports. En renforçant les contrôles financiers et les mécanismes de responsabilisation, le groupe organique Administration générale et coordination a veillé à ce

que les ressources soient utilisées de manière plus efficace et transparente tout en s'efforçant de normaliser les procédures opérationnelles dans tous les bureaux de pays afin de renforcer l'adhésion aux meilleures pratiques en matière de prestation de services. Cette normalisation a permis d'améliorer la cohérence et la fiabilité des interventions sanitaires, en particulier lors de situations d'urgence de santé publique.

L'augmentation spectaculaire du nombre de recommandations d'audit auxquelles des suites ont été données est un indicateur important de ces progrès. Entre 2016 et 2021, par exemple, le nombre de recommandations auxquelles des suites ont été données a grimpé en flèche, passant de seulement 45 à 65. En effet, plus de 90 % des recommandations ont été mises en œuvre, ce qui témoigne d'une amélioration substantielle des structures de gouvernance de l'Organisation.

La réduction du nombre de rapports d'audit insatisfaisants, un engagement majeur pris par la D^{re} Moeti au début de son premier mandat, ainsi que la mise en œuvre des recommandations d'audit en suspens, ont amélioré la



transparence de l'OMS et renforcé la confiance des donateurs, ouvrant la voie à une augmentation du financement des programmes de santé.

Une autre avancée importante a été l'initiative pour des achats groupés, qui est devenue une pratique exemplaire pour les milieux à ressources limitées, visant la durabilité et la rentabilité de la prestation des soins de santé. Particulièrement efficace pour les petits États insulaires en développement (PEID), elle a permis à ces derniers de rationaliser les processus d'approvisionnement par l'achat et la fourniture de produits et équipements médicaux à des prix réduits grâce à des demandes conjointes ou groupées.

L'impact a été profond, les États Membres ayant bénéficié d'une réduction de 40 % du prix des produits médicaux dans les PEID, témoignant clairement du pouvoir de la négociation collective. En plus de réduire les coûts, ce modèle a favorisé l'utilisation durable des ressources en réduisant les doublons et le gaspillage dans la chaîne d'approvisionnement. Grâce à la rationalisation des processus d'approvisionnement et à la centralisation des commandes, les inefficacités logistiques ont été réduites autant que possible, ce qui a permis de mieux distribuer les fournitures médicales

dans toute la Région.

En outre, l'adoption d'outils numériques, notamment un nouveau système de gestion de la traduction, a permis de rationaliser les processus et d'améliorer la rentabilité. L'accent a été mis sur l'amélioration du rapport coût-efficacité des services de traduction, d'interprétation et d'impression en particulier, les interventions les plus récentes comprenant le recrutement d'un plus grand nombre d'interprètes locaux, la constitution de paires entre interprètes seniors et interprètes juniors et le recouvrement des coûts de la coordination des services d'interprétation. Entre juillet 2023 et juin 2024, ces mesures ont permis de réaliser d'importantes économies, à hauteur de plus de 632 590 dollars É.-U.

Parallèlement, l'introduction d'outils de traduction assistée par ordinateur et de gestion terminologique de pointe, y compris la traduction automatique neuronale, a permis d'augmenter la productivité de 32 %. Dans le cadre de la campagne de limitation des coûts, les tarifs des traductions provenant de sources externes ont été rationalisés, ce qui a permis de réaliser d'importantes économies sur les traductions pour l'ensemble de la Région et de contribuer de manière significative à l'efficacité globale de l'Organisation.

Renforcement des partenariats

Le renforcement des partenariats a été une priorité stratégique dès le départ. La D^e Moeti a activement communiqué sa vision du développement de la santé à des partenaires clés et a conclu des accords sur des mécanismes de collaboration. Un groupe consultatif indépendant composé d'experts de haut niveau a été constitué pour fournir des conseils stratégiques et de politique afin de répondre aux priorités de la Région en matière de santé.

Au cours de son mandat, la D^e Moeti a participé à plus de 300 réunions de haut niveau avec des dirigeants politiques, ainsi qu'à des dialogues et à des réunions avec des partenaires stratégiques, et elle a effectué des visites dans des pays.

3.5.1 Passer de la mobilisation aux partenariats

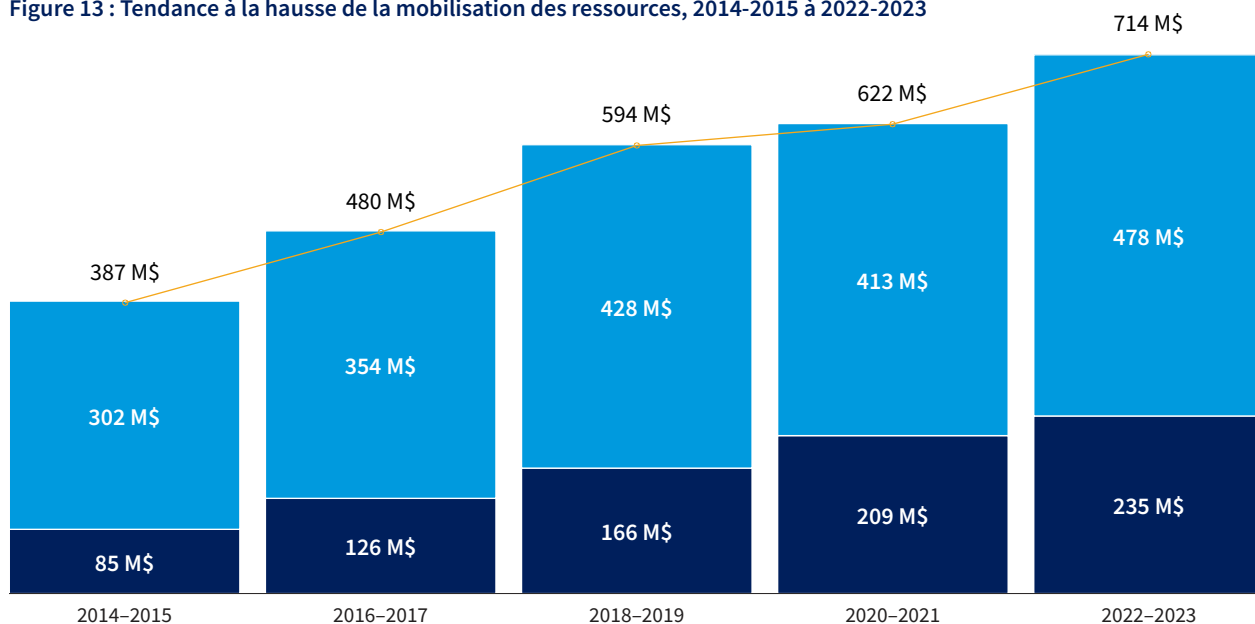
Historiquement, la mobilisation des ressources était considérée comme un processus unidirectionnel, les « donateurs » de l'OMS dans la Région africaine fournissaient des ressources financières, tandis que l'OMS supervisait la mise en œuvre. Dans le cadre du Programme

de transformation, ce modèle a été transformé en relations de collaboration où l'OMS et ses « partenaires » jouaient un rôle actif dans la cocréation et la contribution à l'amélioration des résultats sanitaires dans la Région. Ce travail s'est traduit par une augmentation des financements venant des partenaires de l'Organisation, anciens comme nouveaux.

L'Organisation a élaboré des plans d'engagement complets aux niveaux régional et national pour nouer et entretenir ces relations essentielles, en s'appuyant sur des outils numériques tels que le Système de gestion de la mobilisation des contributeurs (CEM) pour obtenir des analyses et des renseignements commerciaux sur les sources de financement, diversifiant ainsi sa base de financement.

Au total, tous ces investissements ont entraîné une augmentation de 84 % des ressources mobilisées entre 2015-2016 et 2022-2023, qui sont passées de 387 millions de dollars É.-U. à 714 millions de dollars É.-U. (voir Figure 13). Cette augmentation des financements a été cruciale pour renforcer l'assistance technique aux États Membres dans des domaines critiques

Figure 13 : Tendence à la hausse de la mobilisation des ressources, 2014-2015 à 2022-2023



- \$ mobilisés directement par les bureaux de pays africains de l'OMS
- \$ mobilisés directement par le Bureau régional de l'OMS pour Afrique

tels que la vaccination, les maladies tropicales négligées, les maladies non transmissibles, les situations d'urgence sanitaire, le renforcement des systèmes de santé, la santé sexuelle et reproductive, la santé de la mère et de l'enfant, entre autres.

3.5.2 Mobiliser des acteurs non étatiques

Adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2016, le Cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques a également été un catalyseur clé du renforcement des partenariats avec les acteurs non étatiques. L'objectif de ce cadre est d'approfondir et de rationaliser les relations de l'OMS avec les acteurs non étatiques, y compris les organisations non gouvernementales, les fondations et les partenaires du secteur privé. Ces acteurs sont particulièrement bien placés pour compléter l'action de l'OMS sur les plans financier et technique, en particulier au niveau communautaire. Depuis 2020, l'OMS dans la Région africaine a considérablement amélioré sa collaboration avec les acteurs non étatiques, enregistrant une augmentation de 193 %.

En outre, l'OMS a diversifié son portefeuille de partenaires stratégiques grâce à des efforts concertés aux niveaux national et régional, y compris des philanthropes, des institutions financières internationales, des banques multilatérales de développement, des fondations d'entreprises, des organisations de la société civile, le monde universitaire et des organisations non gouvernementales. Cette diversification a renforcé la capacité de l'Organisation à s'acquitter de son mandat, tout en rendant le financement plus viable.

3.5.3 Assurer la pérennité du changement

Le Programme de transformation a également souligné l'importance du suivi et de l'évaluation, ainsi que du renforcement des capacités au niveau national, en tant qu'outil permettant d'assurer la pérennité. Des indicateurs de performance clés ont donc été élaborés pour suivre l'avancement du travail sur les relations extérieures et les partenariats, ce qui a permis une adaptation et des progrès continus. L'utilisation d'un tableau de bord interactif en direct pour surveiller l'établissement des rapports en

temps réel a permis d'améliorer la conformité, la responsabilisation et la transparence, autant d'éléments essentiels à la pérennité des partenariats. Il en a résulté une réduction du nombre de rapports techniques et financiers à l'intention des partenaires accusant des retards, la proportion des rapports à la traîne ayant été ramenée de 12 % du total en 2020 à seulement 3 % en 2024.

En outre, un programme de masterclass sur les relations extérieures, les partenariats et la mobilisation des ressources pour la santé a été mis en place afin de renforcer les capacités de l'ensemble du personnel chargé des relations extérieures et des partenariats de l'OMS. Ce programme a été déployé à l'intention de plus de 500 fonctionnaires techniques et administratifs, ce qui a permis de renforcer considérablement les compétences en matière de relations extérieures et de partenariats dans la Région.

3.5.4 Partenariats politiques, stratégiques et de leadership solides

L'importance cruciale de partenariats politiques, stratégiques et de leadership solides a été l'un des principaux enseignements tirés de l'expérience. Le Programme de transformation a souligné l'importance d'associer les dirigeants politiques des plus hauts niveaux aux initiatives de plaidoyer en faveur des priorités dans le domaine de la santé et d'assurer un meilleur financement national pour la mise en œuvre des programmes de santé. Les efforts de collaboration avec les États Membres, l'Union africaine, les communautés économiques régionales et d'autres parties prenantes ont été essentiels pour impulser les progrès et assurer l'alignement sur les priorités nationales.

Le Programme de transformation a souligné l'importance d'associer les dirigeants politiques des plus hauts niveaux aux initiatives de plaidoyer en faveur des priorités dans le domaine de la santé et d'assurer un meilleur financement national pour la mise en œuvre des programmes de santé.

Le renforcement du partenariat et de la collaboration entre l'OMS et l'Union africaine était une priorité spécifique du Programme de transformation, dans l'optique d'accélérer

les progrès vers les cibles de l'Agenda 2063 de l'Union africaine et du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Au cours de la décennie écoulée, alors que l'Union africaine élargissait son champ d'action à la santé et encourageait la création de plusieurs agences de santé, l'OMS dans la Région africaine travaillait en collaboration avec elle et ses différents organes. En 2016, par exemple, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a soutenu la création du Centre africain de contrôle et de prévention des maladies (CDC-Afrique). Cet aspect est abordé plus en détail au chapitre 9.

Afin d'améliorer encore la coordination au-delà de l'OMS dans la poursuite des objectifs de développement durable, le Bureau régional a créé un cadre pour renforcer et soutenir les partenariats du secteur de la santé au niveau national. Le Forum africain de la santé a facilité une collaboration plus large avec toutes les parties prenantes, tandis que des interactions régulières avec la Commission de l'Union africaine (CUA) ont stimulé des synergies dans les rôles et fonctions des deux organisations.

En outre, le Bureau régional a activement soutenu la création de l'Agence africaine du médicament en faisant connaître le traité et en menant des activités de plaidoyer de haut niveau pour encourager les États Membres à le ratifier. L'Organisation a également détaché du personnel auprès de la Commission de l'Union africaine dans le but de soutenir les efforts entrepris pour rendre l'Agence opérationnelle.

Pour amplifier la voix collective des États Membres africains sur la scène mondiale, le Secrétariat a organisé régulièrement des réunions d'information à l'intention des États Membres dans l'optique d'accroître leur participation à des réunions mondiales de haut niveau et à des sessions des organes directeurs de l'OMS. Pendant la pandémie de COVID-19 notamment, des réunions d'information conjointes ont été organisées avec le CDC-Afrique et la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, cette collaboration proactive s'avérant particulièrement importante lors des négociations postpandémiques, y compris les discussions sur un nouvel accord relatif aux pandémies, les négociations sur la modification du Règlement sanitaire international (RSI) (2005) et sur le financement durable de l'OMS.

Les efforts de collaboration de l'OMS, de la Commission de l'Union africaine, du CDC-Afrique et de l'Agence de développement de l'Union africaine (AUDA-NEPAD) ont permis aux États Membres de traduire leurs engagements en mesures concrètes. Ces efforts ont permis d'améliorer l'efficacité des interventions dans les situations d'urgence de santé publique telles que la COVID-19, la maladie à virus Ebola, le choléra et les dernières flambées épidémiques de variole simienne. Ce travail conjoint aide également les États Membres à renforcer leurs systèmes de santé nationaux en renforçant le personnel de santé et les capacités de fabrication locale de produits médicaux et en réduisant la mortalité maternelle sur le continent.

Alors que l'OMS dans la Région africaine se tourne vers l'avenir, le défi consiste à veiller au maintien et à l'accélération des progrès sensibles accomplis dans le cadre du Programme de transformation. Pour ce faire, l'accent doit être mis sur l'institutionnalisation des pratiques clés, le maintien d'un engagement ferme en faveur du perfectionnement du personnel et la promotion d'une culture de l'innovation et de l'adaptabilité.

Parallèlement, la consolidation des partenariats entre l'OMS, les communautés économiques régionales africaines et l'Organisation des Premières Dames d'Afrique pour le développement a contribué à des progrès dans de nombreux domaines prioritaires de la santé. Il s'agit notamment de la sécurité sanitaire, des programmes de lutte contre des maladies telles que le VIH/sida et du perfectionnement du personnel de santé. L'OMS a également renforcé ses partenariats avec la Banque africaine de développement (BAD) et d'autres banques de développement, notamment la Banque mondiale, la Banque islamique de développement et la Banque européenne d'investissement. Ces collaborations ont joué un rôle essentiel dans l'avancement des initiatives de santé dans toute la Région.

Pour aider à suivre les progrès accomplis dans l'atteinte des objectifs de développement durable dans la Région, l'OMS a signé un protocole d'accord en 2018 avec la Commission

économique des Nations Unies pour l'Afrique. Grâce à cette collaboration, l'OMS a contribué à renforcer la capacité des États Membres à suivre les progrès accomplis dans l'atteinte des cibles des objectifs de développement durable au niveau national.

Cet engagement et ce leadership proactifs ont été essentiels au renforcement des partenariats et à l'instauration de la confiance entre les partenaires sur le continent africain et dans le monde, tout en recueillant le soutien des principaux donateurs traditionnels et non traditionnels. Il s'agit notamment des nouveaux partenaires tels que la Fondation Rockefeller, le Helmsley Charitable Trust, la Fondation Susan Thompson Buffett, le Fonds du Qatar pour le développement et le Fonds de l'OPEP pour le développement international. Les partenariats ont été consolidés à travers l'élaboration de cadres d'action pluriannuels avec des partenaires clés tels que le Royaume-Uni, la fondation Gates et le Ministère de la santé et des services sociaux des États-Unis. Ce solide réseau d'alliances a permis à l'OMS d'apporter un soutien essentiel aux États Membres.

Alors que l'OMS dans la Région africaine se tourne vers l'avenir, le défi consiste à veiller au maintien et à l'accélération des progrès sensibles accomplis dans le cadre du Programme de transformation. Pour ce faire, l'accent doit être mis sur l'institutionnalisation des pratiques clés, le maintien d'un engagement ferme en faveur du perfectionnement du personnel et la promotion d'une culture de l'innovation et de l'adaptabilité.

Renforcer les
systèmes de
santé en vue de
la couverture
sanitaire universelle

4

4.1	Mesurer les progrès accomplis dans la poursuite de couverture sanitaire universelle	59
4.2	Renforcer les personnels de santé en Afrique pour assurer la prestation de services de santé de qualité	63
4.3	Élargir l'accès aux médicaments, aux vaccins et aux produits de santé essentiels	65
4.4	Lutter contre la résistance aux antimicrobiens	67
4.5	Protéger les populations de l'appauvrissement lié aux dépenses de santé	70
4.6	Renforcer les services de diagnostic et de laboratoire	74
4.7	Renforcer les systèmes et les capacités de production, d'analyse et d'utilisation des données	77
4.8	Renforcer le leadership et de la gouvernance en santé	82
4.9	Renforcer la recherche pour une prise de décision éclairée	85
4.10	Faire progresser la santé grâce aux innovations numériques	88

Mesurer les progrès accomplis dans la poursuite de couverture sanitaire universelle

Lorsque Cabo Verde a obtenu son indépendance en 1975, ce petit pays de l'océan Atlantique, qui compte 10 îles, ne comptait que 13 médecins. L'espérance de vie moyenne y était de 55 ans et la mortalité infantile était élevée, à 108 décès pour 1000 naissances. En 2019, le pays avait réussi à réduire la mortalité infantile en la ramenant à un peu plus de 15 décès pour 1000 naissances ; il comptait six hôpitaux, et l'espérance de vie avait été relevée à 79 ans pour les femmes et 71 ans pour les hommes.²⁷

En août 2022, l'OMS a officiellement annoncé que le relèvement de l'espérance de vie dans la Région africaine avait dépassé celle des autres Régions du monde, ayant progressé en moyenne de 10 ans par personne au cours des 19 années précédant 2019.

Ce sont des avancées de ce type, attribuées au fait que les autorités caboverdiennes avaient

fait de l'accès aux soins de santé universels et de la prestation de services de soins de santé primaires une priorité, qui ont contribué à l'un des plus grands succès du continent et fait la fierté particulière de la D^{re} Moeti. En août 2022, l'OMS a officiellement annoncé que le relèvement de l'espérance de vie dans la Région africaine avait dépassé celle des autres Régions du monde, ayant progressé en moyenne de 10 ans par personne au cours des 19 années précédant 2019. À l'époque, elle avait alors déclaré :

« La forte augmentation de l'espérance de vie en bonne santé au cours des deux dernières décennies témoigne de la volonté de la Région d'améliorer la santé et le bien-être des populations. Fondamentalement, cela signifie qu'un plus grand nombre de personnes vivent en meilleure santé, plus longtemps, avec moins de menaces de maladies infectieuses et avec un meilleur accès aux soins et aux services de prévention des maladies. »

Bien que la moyenne régionale soit encore

²⁷ <https://www.afro.who.int/news/cabo-verde-shows-us-health-care-progress-we-want-see-across-africa>

bien inférieure à la moyenne mondiale, qui est de 62 ans, l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, passée de 46 ans (2000) à 55 ans, a apporté la preuve statistique de l'impact de l'amélioration des soins de santé dans les principaux domaines suivants : prestation de services de santé essentiels ; progrès dans la santé reproductive et dans la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; et avancées dans la lutte contre les maladies infectieuses et non transmissibles (Figure 14).²⁸

La preuve irréfutable de ces avancées est à retrouver dans la notation de l'indice de couverture des services de la couverture sanitaire universelle.²⁹ Introduit en 2015 en tant qu'indicateur composite permettant d'évaluer l'étendue et la qualité des services de santé fournis aux populations, l'indice de couverture des services évalue la disponibilité et l'utilisation des services de santé essentiels afin de

mesurer l'efficacité des systèmes de santé en matière de dispensation de soins. En suivant les progrès réalisés par les pays dans la poursuite de la couverture sanitaire universelle, il permet également de recenser les lacunes et les aspects à améliorer.

En revanche, la Région africaine a obtenu une note de 44 pour la couverture sanitaire universelle en 2021 (voir Figure 15), soit près du double de sa note qui était de 23 en 2000.³⁰ Les progrès réalisés dans la prévention ou le traitement des maladies infectieuses ont joué un rôle majeur dans cette évolution de la couverture des services dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

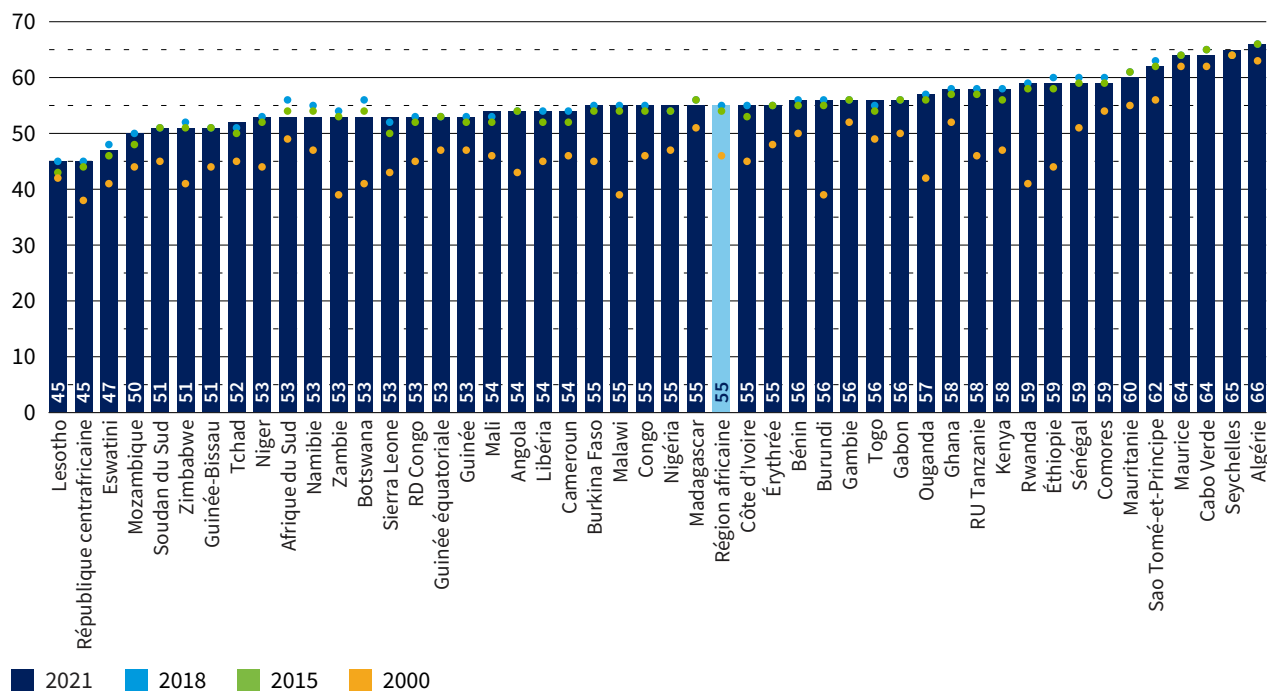
Toutefois cependant, les 44 statistiques indiquent que moins de la moitié de la population de la Région est en mesure d'accéder aux services de santé dont elle a besoin, ce qui souligne l'ampleur du travail qu'il reste à abattre pour

28 WHO (2020). Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>, accessed on 12 July 2024).

29 [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

30 WHO (2023). Universal health coverage index. (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>, consulté le 12 juillet 2024).

Figure 14 : Espérance de vie en bonne santé à la naissance par pays

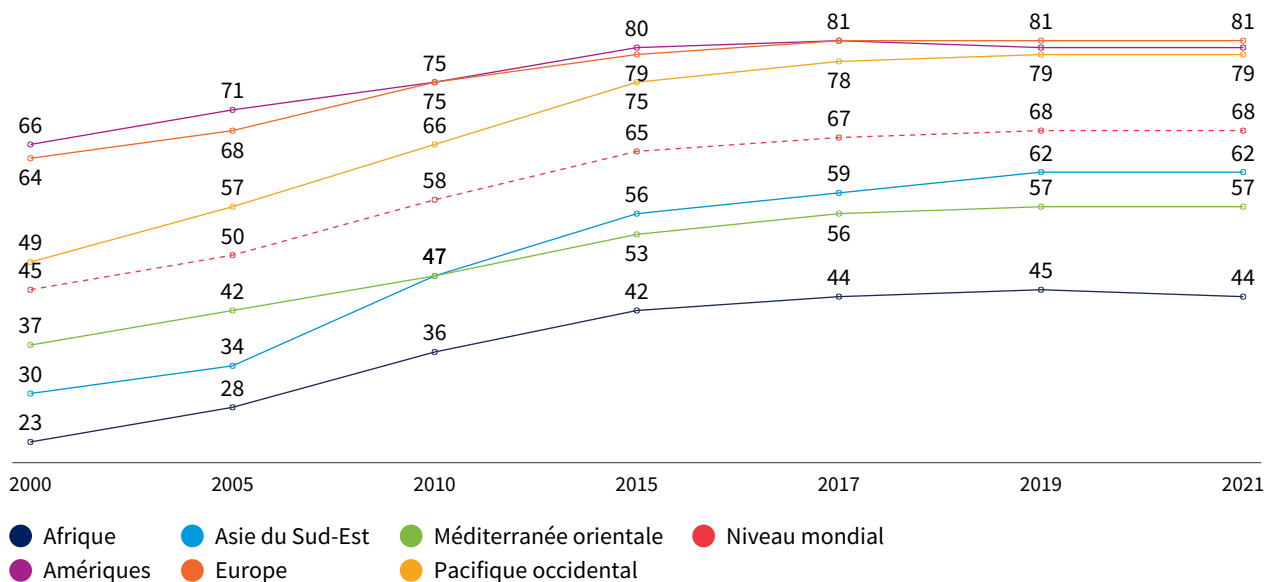


Source : OMS 2023

créer un cadre de services de santé véritablement inclusif pour le continent. Pour atteindre ne serait-ce qu'un score minimum de 60 d'ici à 2030, la Région africaine devra redoubler d'efforts afin de parvenir à un taux de croissance d'au moins 2,5 % par an et le maintenir. En outre, au moins 60 % des États Membres – soit 30 pays

– devront mettre en place des interventions visant à accroître la couverture des services et à lutter contre les inégalités. Il y a aussi lieu de renforcer considérablement la capacité des systèmes de santé pour passer des 29 % actuels à au moins 40 %.

Figure 15 : Évolution de l'indice de couverture universelle des services de santé, par Région de l'OMS



Source : WHP 2023



Renforcer les personnels de santé en Afrique pour assurer la prestation de services de santé de qualité

« En investissant dans les personnels de santé, non seulement nous relevons non les défis du secteur, mais nous générons également des dividendes dans les domaines de l'éducation, de l'emploi et de l'égalité des genres. »

D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

En mai 2024, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, en collaboration avec ses partenaires, a lancé à Windhoek la toute première Charte d'investissement dans les personnels de santé de la Région, la dernière d'une longue liste d'interventions visant à remédier aux pénuries d'agents de santé sur le continent.³¹

L'optimisation des capacités des personnels de santé est reconnue comme l'une des réalisations cruciales de la couverture sanitaire universelle, et le rôle central joué par l'OMS pour relever ce défi critique incluait notamment le soutien d'une approche pansociétale de la planification, du perfectionnement et de la gestion des personnels de santé, parallèlement à l'augmentation de la disponibilité des personnels de santé et à la mise en œuvre de politiques/stratégies nationales en la matière, ainsi qu'à l'appui apporté aux pays pour adopter des comptes nationaux des personnels de santé afin d'améliorer les capacités de suivi et de notification. Grâce aux initiatives de l'OMS,

les pays ont renforcé leur capacité à suivre les données sur les ressources humaines en santé et à effectuer des analyses du marché du travail dans le secteur de la santé, ce qui a contribué de façon cruciale à orienter des réformes et à stimuler la création d'emplois.

L'augmentation des capacités de formation des agents de santé a été un autre domaine d'intervention, avec un taux d'amélioration de 70 %, ce qui est un résultat non négligeable. Entre 2018 et 2022, par exemple, le nombre de diplômés est passé de 150 000 à plus de 255 000 dans 39 pays, preuve de l'investissement massif des États dans la création et le maintien de plus de 4000 établissements de formation en santé en vue de former une grande variété de professionnels de la santé pour répondre aux besoins sanitaires de leurs populations. Force est de constater qu'au moins 40 % de cet effort de renforcement des capacités est le fait du secteur privé.

Malgré les défis qui subsistent, la Région

³¹ <https://www.afro.who.int/news/african-regions-first-ever-health-workforce-investment-charter-launched>

africaine compte aujourd'hui un nombre record d'agents de santé, le chiffre ayant triplé entre 2013 et 2022, où il est passé de 1,6 million d'agents de santé à 5,1 millions d'agents de santé, dont 850 000 agents de santé communautaires. Les disparités entre les sexes persistent, mais là aussi des progrès notables ont été réalisés, les femmes représentant désormais 72 % des personnels de santé. En outre, la proportion de femmes médecins est passée de 28 % à 35 % entre 2019 et 2022.

Cette croissance de la formation des personnels de santé a influé directement sur l'accès aux services de santé pour les populations du continent, la proportion de professionnels de la santé, y compris les médecins, les infirmiers et infirmières, les sages-femmes, les dentistes et les pharmaciens, passant de 11 à 27 pour

10 000 habitants entre 2013 et 2022.³²

Toutefois, tous les pays ne progressent pas au même rythme, ce qui influe sur les progrès globaux vers la couverture sanitaire universelle sur le continent. Certains d'entre eux ont réussi à quitter le groupe des 25 % des pays les moins performants en matière de perfectionnement des personnels de santé pour rejoindre les 25 % les plus performants, mais 12 pays³³ peinent toujours et auront besoin d'un soutien systématique et intensifié à l'avenir.

Alors que les pays s'efforcent de réduire de moitié d'ici à 2030 le déficit d'agents de santé qui se chiffre à 6,1 millions dans la Région africaine,³⁴ il sera crucial d'optimiser les résultats de la formation, en particulier pour ceux qui travaillent au niveau des soins primaires, là où l'impact est le plus significatif.

32 Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, *A Decade Review of the Health Workforce in the WHO African Region, 2013–2022*.

33 Gambie, Guinée, Madagascar, Malawi, Mali, Niger, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Soudan du Sud, Tchad et Togo.

34 <https://www.afro.who.int/news/african-regions-first-ever-health-workforce-investment-charter-launched>



Élargir l'accès aux médicaments, aux vaccins et aux produits de santé essentiels

La couverture sanitaire universelle exige que toutes les personnes aient accès à la gamme complète de services de santé de qualité, au moment et au lieu où ils sont requis. Pourtant, l'OMS s'est efforcée d'améliorer l'accès aux médicaments tout au long de ses 76 ans d'existence, notamment en Afrique, dont la position à l'arrière de la file d'attente des vaccins contre la COVID-19 a mis à nu l'ampleur du défi.

Le fait que les 47 pays de la Région africaine disposent désormais d'une liste nationale des médicaments essentiels constitue un pas en avant remarquable. Il traduit les efforts que la Région africaine de l'OMS déploie inlassablement pour soutenir les États Membres afin qu'ils formulent, évaluent et révisent des politiques et des stratégies fondées sur des données factuelles concernant les médicaments, les vaccins et les produits de santé essentiels. Le nombre de pays qui appliquent leur politique nationale relative aux médicaments traditionnels a

également augmenté, passant de 18 à 28³⁵ entre 2010 et 2020, à la suite du soutien apporté par l'OMS pour optimiser et consolider le rôle des médicaments traditionnels dans les systèmes de santé nationaux.

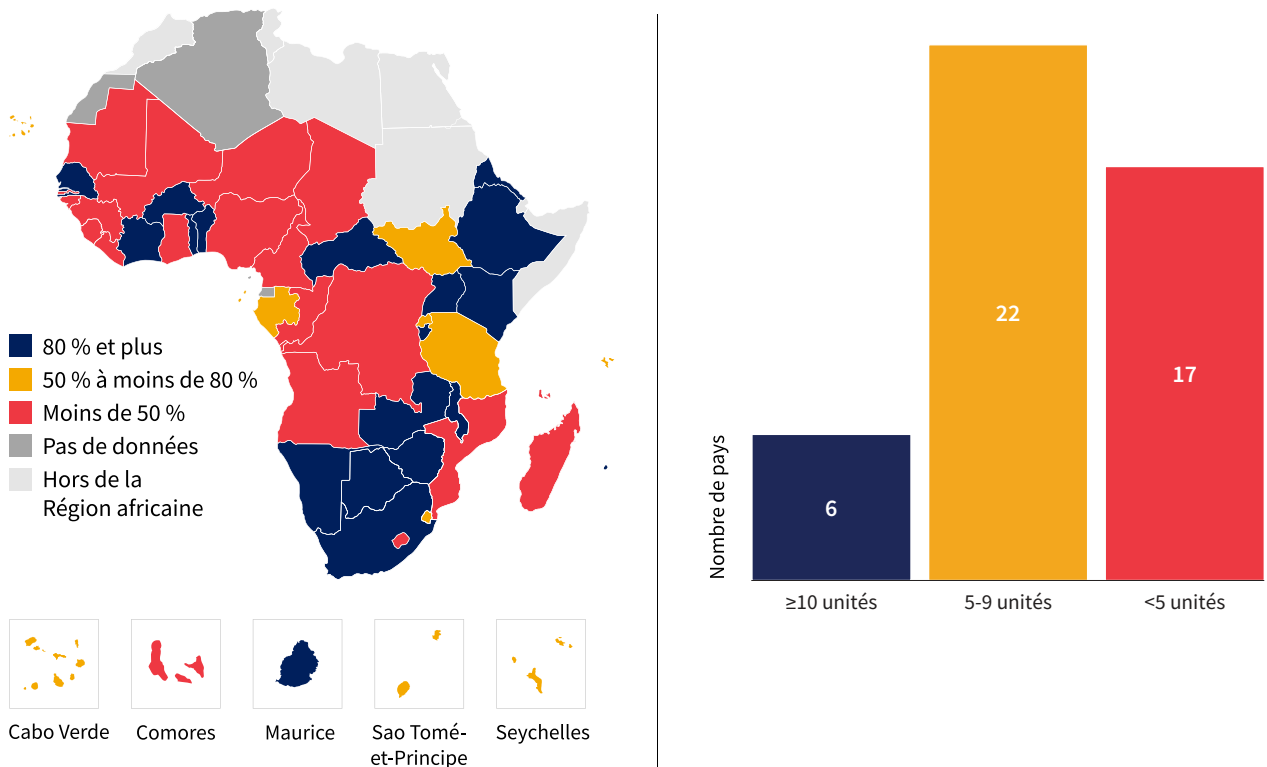
La sécurité transfusionnelle et l'accessibilité du sang se sont également améliorées, le nombre de pays africains disposant d'une politique nationale du sang pleinement opérationnelle étant passé de 37 en 2015 à 43 en 2022. La quantité moyenne d'unités de sang obtenues de donateurs volontaires et involontaires, pour 1 000 individus, a été multipliée par deux entre 2015 et 2022, passant de 5,2 à 10 unités. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a fixé, pour les pays, une cible d'au moins 80 % des dons de sang provenant de donateurs volontaires non rémunérés. En 2022, dix-huit pays (soit 38 % du total régional) avaient atteint cette cible (voir Figure 16), et davantage de progrès sont prévus.

35 Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

Conformément à son mandat consistant à fournir des orientations fiables et à établir des critères de qualité, d'innocuité et d'efficacité des produits de santé, l'OMS a soutenu la création de l'Agence africaine du médicament en plaidant en faveur de la ratification du traité portant institution de cette agence et en fournissant un appui technique pour sa mise en œuvre. L'OMS dans la Région africaine a également joué un rôle dans la création d'un programme d'achats groupés pour les petits États insulaires en développement dont elle a assuré le secrétariat. Ces deux initiatives ont abouti à l'amélioration de l'accès aux produits de santé, les PEID signant des accords à long terme avec les fournisseurs retenus.

L'amélioration de l'accès à des produits médicaux de haute qualité aux niveaux exigés par la couverture sanitaire universelle nécessitera fondamentalement des normes réglementaires unifiées pour les médicaments, les vaccins et autres produits de santé, ainsi qu'une coordination accrue entre les parties prenantes, des financements suffisants et des chaînes d'approvisionnement résilientes. Deux aspects faisant défaut sur lesquels l'OMS devra jouer un rôle particulièrement important à l'avenir sont la fabrication locale de produits médicaux et la surveillance des systèmes réglementaires pour garantir la conformité et réduire le fardeau croissant des médicaments et autres produits médicaux contrefaits et de qualité inférieure sur le continent.

Figure 16 : Taux de dons de sang pour 1000 habitants en 2022



Lutter contre la résistance aux antimicrobiens

« Les infections résistantes aux antimicrobiens ont causé 1,27 million de décès dans le monde en 2019, soit plus que le VIH/sida et le paludisme réunis. Les pays d’Afrique subsaharienne sont ceux qui affichent les taux de mortalité liés à la résistance aux antimicrobiens les plus élevés, avec 99 décès pour 100 000 personnes. »

D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l’OMS pour l’Afrique

On ne saurait dissocier la lutte contre la résistance aux antimicrobiens et les efforts visant à parvenir à la couverture sanitaire universelle, la résistance aux antimicrobiens constituant une menace importante pour la mise en place de services de santé accessibles à tous. L’incidence croissante de la résistance aux antimicrobiens étant certainement appelée à rendre la fourniture de soins de santé plus difficile, moins efficace et plus coûteuse, la lutte contre ce phénomène est une priorité pour l’OMS dans la Région africaine.

À la suite d’une résolution de l’Assemblée mondiale de la Santé sur la résistance aux antimicrobiens adoptée en mai 2014 et de l’élaboration d’un plan d’action mondial sur la résistance aux antimicrobiens³⁶ l’année suivante en reconnaissance de la grave menace que la

résistance aux antimicrobiens fait peser sur la santé humaine et de la nécessité d’une riposte au titre de l’approche « Une seule santé », la démarche proactive de l’OMS a permis de réaliser des progrès notables.

Il s’agit notamment d’accompagner les pays dans l’élaboration de plans d’action nationaux et le renforcement de leurs capacités pour une mise en œuvre efficace. En particulier, le nombre de pays ayant mis en place des plans d’action nationaux sur la résistance aux antimicrobiens dans le cadre de l’approche « Une seule santé » est passé de deux (4 %) en 2015 à l’ensemble des 47 États Membres (100 %) en 2024. Le nombre de pays disposant de mécanismes de coordination multisectorielle de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens est passé de 13 (27 %) en 2017 à 41 (87 %)³⁷ en 2024. L’OMS a également

36 Plan d’action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, OMS 2015, (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/193736/9789241509763_eng.pdf?sequence=1).

37 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Comores, Congo, Côte d’Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mali, Malawi, Mauritanie, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

prêté soutien à 16 pays³⁸ pour utiliser son outil de chiffrage de coûts et de budgétisation pour hiérarchiser les interventions de lutte contre la résistance aux antimicrobiens et renforcer le plaidoyer, la collaboration des parties prenantes et la mobilisation des ressources. En conséquence, plus de 220 coordonnateurs de l'évaluation des coûts dans toute la Région sont désormais mieux outillés et soutiennent d'autres pays.

Pour renforcer le suivi de l'évolution de la résistance aux antimicrobiens, l'OMS a lancé en 2016 l'enquête d'autoévaluation nationale sur le suivi de la résistance aux antimicrobiens (TrACSS), dans le cadre d'une stratégie globale « Une seule santé », qui s'est avérée essentielle pour suivre les progrès accomplis par les pays dans la lutte contre le problème de la résistance aux antimicrobiens.

Pour renforcer le suivi de l'évolution de la résistance aux antimicrobiens, l'OMS a lancé en 2016 l'enquête d'autoévaluation nationale

sur le suivi de la résistance aux antimicrobiens (TrACSS), dans le cadre d'une stratégie globale « Une seule santé », qui s'est avérée essentielle pour suivre les progrès accomplis par les pays dans la lutte contre le problème de la résistance aux antimicrobiens. Le nombre de pays participant au Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS), lancé en 2015 pour établir et renforcer les systèmes de surveillance, a sensiblement augmenté entre 2016 et 2024, passant de sept (15 %) à 41 (87 %).³⁹ Le système GLASS normalise la collecte et l'analyse de données à des fins de prise de décision.

Le nombre de pays utilisant l'outil de surveillance, introduit en 2022 pour suivre et rendre compte de l'état d'avancement des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens, a légèrement augmenté, passant de 27 (57 %) à 29 (61 %)⁴⁰ entre 2022 et 2024. Cet outil a permis d'améliorer l'efficacité et la responsabilité à l'égard de la mise en œuvre des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens en Éthiopie, au Kenya et au Zimbabwe, en amélio-

38 Burundi, Comores, Gambie, Guinée équatoriale, Kenya, Maurice, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Soudan du Sud, Zambie et Zimbabwe.

39 Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

40 Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mali, Malawi, Namibie, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Seychelles, Sierra Leone et Soudan du Sud.



rant les engagements en matière de notification et en guidant les efforts de mobilisation des ressources.

À l'avenir, l'accès à des diagnostics de laboratoire rapides et de haute qualité pour la détection de la résistance aux antimicrobiens sera essentiel pour identifier et suivre les tendances de cette dernière.

Le nombre de pays disposant de lignes directrices nationales pour l'utilisation appropriée des antimicrobiens et la mise en œuvre de leur surveillance dans certains établissements de santé a doublé entre 2017 et 2024, passant de 10 (21 %) à 20 (42 %).⁴¹ De plus, il ressort des données nationales du Burkina Faso, du Burundi et de la Côte d'Ivoire sur la consommation d'antibiotiques que 75 %, 90 % et 82 % des antibiotiques consommés, respectivement, appartiennent au groupe Access.⁴² Cette approche est conforme aux recommandations de l'OMS, qui indiquent qu'au moins 60 % des antibiotiques consommés devraient provenir de ce groupe pour le traitement de première et de deuxième intention des infections. Ces données ont été utilisées pour plaider en faveur d'une utilisation responsable des antibiotiques.

Pour s'attaquer à l'impact de la production d'antibiotiques sur l'environnement, l'OMS a élaboré une directive technique⁴³ qui met l'accent sur des normes strictes pour la gestion des déchets et la contamination croisée, que les inspecteurs réglementaires doivent prendre en compte lors des inspections de routine des usines de fabrication de produits pharmaceutiques. En outre, grâce à des orientations

stratégiques et à des interventions ciblées visant à répondre aux priorités nationales, ainsi qu'à la diffusion d'exemples de réussite et de bonnes pratiques, l'OMS a encouragé le plaidoyer et la collaboration avec divers partenaires afin d'améliorer la mise en œuvre des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens.

Parmi les autres interventions, on citera la préparation de produits régionaux sur l'état de la résistance aux antimicrobiens (2021),⁴⁴ la sensibilisation et l'éducation (2024)⁴⁵ et la bonne gestion (2024)⁴⁶ qui ont fourni des informations précieuses pour l'analyse de la situation et la prise de décisions. Le nombre de pays menant des campagnes nationales de sensibilisation à la résistance aux antimicrobiens afin de promouvoir la compréhension et encourager le changement de comportement a également augmenté de façon exponentielle entre 2017 et 2024, passant de deux (4 %) à 16 (34 %).⁴⁷

À l'avenir, l'accès à des diagnostics de laboratoire rapides et de haute qualité pour la détection de la résistance aux antimicrobiens sera essentiel pour identifier et suivre les tendances de cette dernière, tout comme la production de données probantes à partir de programmes régionaux afin de repérer les lacunes et concevoir des interventions publiques efficaces.

Pour optimiser l'utilisation appropriée des antimicrobiens, en particulier dans les établissements de santé, l'OMS aura un rôle clé à jouer en prêtant soutien aux pays afin qu'ils renforcent la sensibilisation, élaborent et mettent en œuvre des cadres législatifs et réglementaires, ainsi que d'autres interventions stratégiques.

41 Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Mali, Malawi, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Zimbabwe.

42 Les antibiotiques du groupe Access ont un spectre d'activité restreint, un coût inférieur, un bon profil d'innocuité et un potentiel de résistance généralement faible. Ils sont souvent recommandés comme options de traitement empiriques de premier ou de deuxième choix pour les infections courantes.

43 Technical guidance and aide-mémoire on good manufacturing practice inspection of pharmaceutical manufacturing facilities with focus on reducing the incidence of antimicrobial resistance, 2024, ISBN : 9789290313953.

44 Antimicrobial Resistance in the WHO African Region: A Systematic Literature Review, World Health Organization. Regional Office for Africa. (2021). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

45 Status of antimicrobial resistance education and awareness in the WHO African Region 2017–2021, WHO African Region 2024, ISBN: 9789290315063.

46 Status on national core elements for antimicrobial stewardship programmes in the WHO African Region, WHO African Region 2024, ISBN: 9789290313946.

47 Algérie, Bénin, Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigéria, République-Unie de Tanzanie et Rwanda.

Protéger les populations de l'appauvrissement lié aux dépenses de santé

Dès le début de son premier mandat, la D^{re} Moeti exprimait déjà sa préoccupation face aux dépenses de santé personnelles élevées qui, selon elle, appauvrissent les ménages et limitent l'accès aux services de soins de santé. À titre d'exemple, lors de la conférence Health Systems Trust en Afrique du Sud en 2016, elle avait regretté que certains pays consacrent moins de 60 dollars É.-U. par habitant aux soins de santé, un investissement qu'elle avait alors jugé totalement insuffisant pour favoriser le renforcement des systèmes de santé.⁴⁸

Des études indiquent que pour atteindre la couverture sanitaire universelle, les pays doivent allouer 249 dollars É.-U. à 279 dollars É.-U. par habitant aux soins de santé (Stenberg et al., 2017). En 2020, cinq pays de la Région africaine (Afrique du Sud, Botswana, Maurice, Namibie et Seychelles) ont investi au minimum de 271 dollars É.-U. par habitant dans la santé. À l'inverse, les autres pays ont dépensé moins de 249 dollars É.-U. par habitant (voir Figure 17).

Malgré l'augmentation des dépenses de 28 pays entre 2012 et 2020, cette tendance a varié entre 6,3 % en moyenne en 2012 à 7,3 % en 2020, des taux nettement inférieurs à la cible de 15 % de dépenses publiques de santé générales financées sur ressources intérieures fixée par l'Union africaine dans la Déclaration d'Abuja de 2001 (voir Figure 18).

Au cours de la période 2000-2019, durant laquelle est intervenu le premier mandat de la D^{re} Moeti comme Directrice régionale, le nombre de personnes appauvries ou poussées davantage dans la pauvreté du fait des dépenses de santé personnelles a en réalité diminué de moitié, passant de 302 millions à 152,2 millions, une réduction attribuée en partie aux efforts globaux de réduction de la pauvreté. De 2012 à 2020, la moyenne régionale des dépenses de santé personnelles est passée de 37 % à 34,1 %, soit une baisse de 8 %. Là encore, les variations significatives entre les pays, allant de 5 % au Botswana à 75 % au Nigéria (voir Figure 19),

⁴⁸ <https://www.afro.who.int/news/dr-matshidiso-moeti-who-regional-director-africa-calls-change-approach-health-systems>

Figure 17 : Dépenses de santé courantes par habitant au niveau des pays

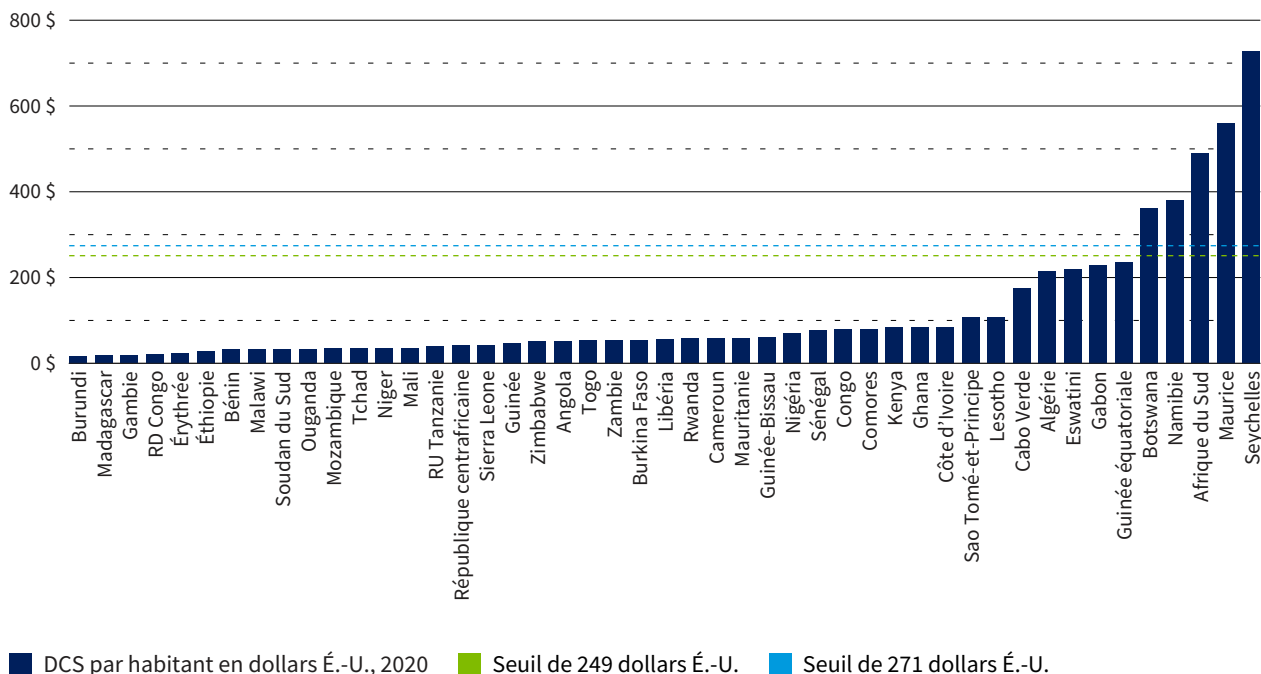
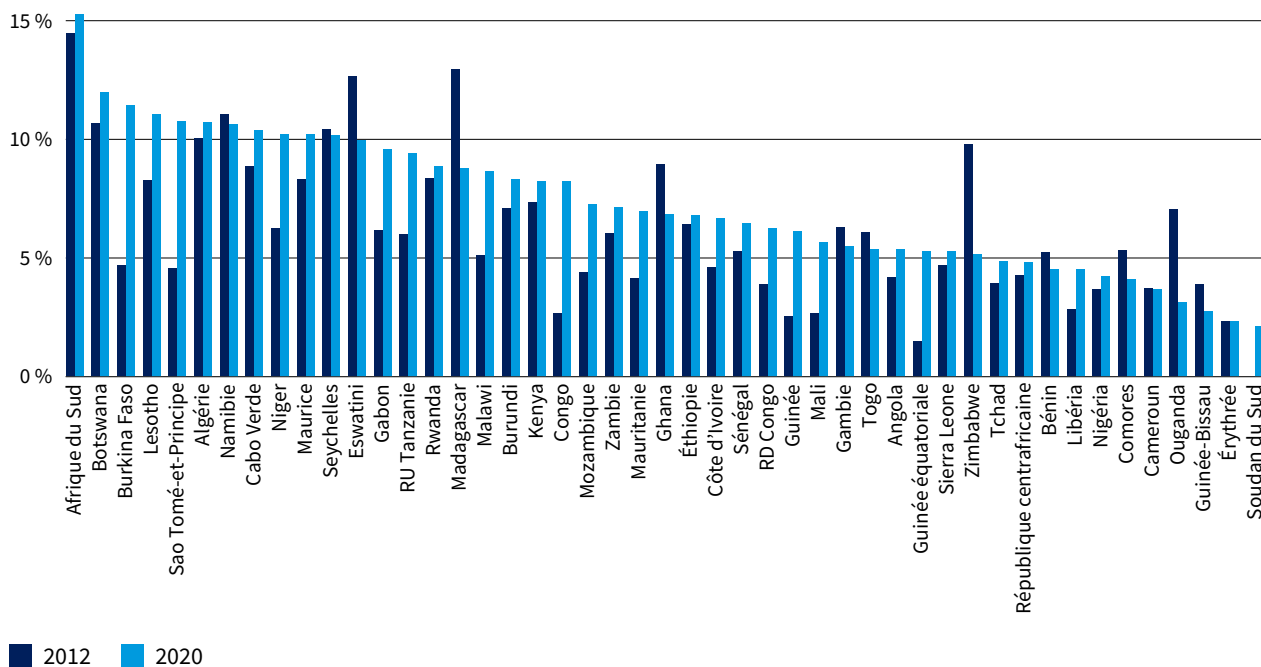


Figure 18 : Dépenses publiques intérieures en pourcentage des dépenses publiques totales



Source : GHED

mettent en évidence le défi qu'il reste à relever.

Pour aider à inverser la tendance de ces dépenses, qui peuvent avoir des effets catastrophiques sur les familles, l'OMS a notamment soutenu 32 États Membres⁴⁹ dans l'amélioration de leurs systèmes de financement de la santé grâce à des stratégies fondées sur des données factuelles tout en dispensant une formation pertinente à l'ensemble des 47 États Membres. Parmi 32 États-Membres, 31⁵⁰ ont reçu des orientations techniques pour l'évaluation du financement de la santé à l'aide de la matrice des progrès en matière de financement

de la santé. Pour guider les décisions et les réformes en matière de financement de la santé, un renforcement des capacités d'analyse de l'efficacité interprogrammatique (CPEA) a été réalisé dans 10 pays,⁵¹ et une expertise technique a été proposée à 19 pays.⁵² Dans 17 pays, les pratiques de gestion des finances publiques ont été adaptées de manière à assurer un financement efficace de la santé.⁵³

Dans le cadre d'un effort de collaboration avec le Programme d'économie de la santé du CDC-Afrique et d'autres partenaires, 23 pays⁵⁴ ont dispensé une formation sur les approches

49 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Bénin, Cameroun, Cabo Verde, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, Rwanda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie/Zanzibar, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Sénégal, Togo, Zambie, Zimbabwe, Éthiopie.

50 Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Gabon, Guinée, Lesotho, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Namibie, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Tchad, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Togo, Zambie et Zimbabwe.

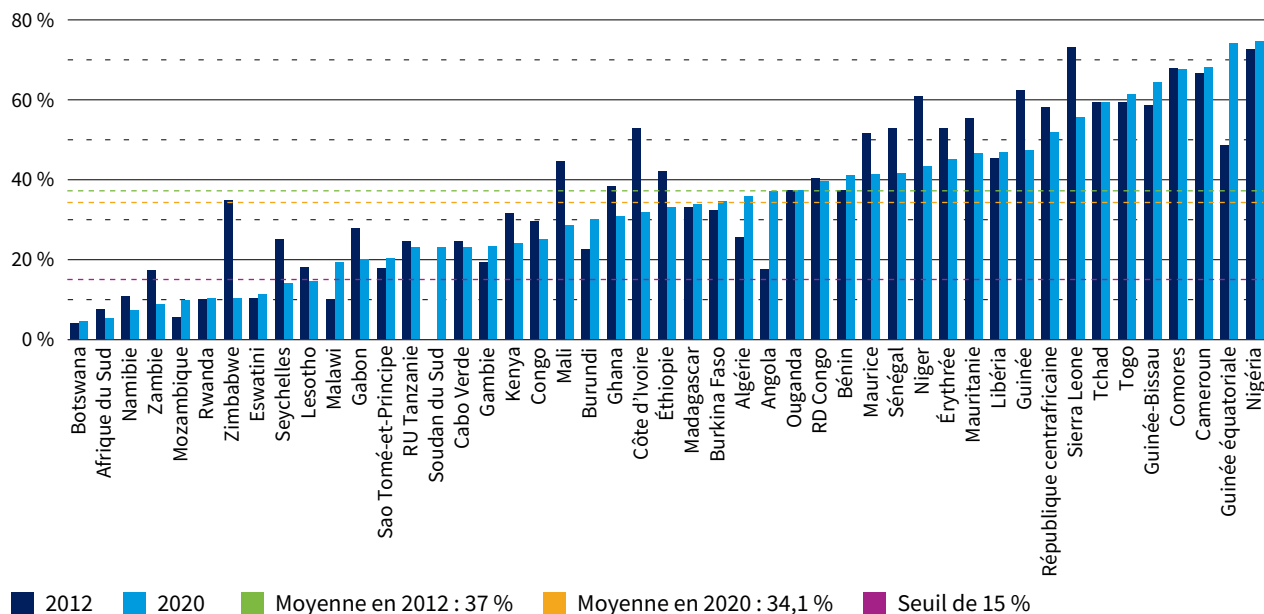
51 Afrique du Sud, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Mozambique, Nigéria, Ouganda et République-Unie de Tanzanie.

52 Afrique du Sud, Burkina Faso, Comores, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Madagascar, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Tchad, Togo et Zambie.

53 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Zambie.

54 Burkina Faso, Cabo Verde, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Libéria, Kenya, Madagascar, Mali, Maurice, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Seychelles et Togo.

Figure 19 : Dépenses directes de santé, par pays



Source : Base de données mondiale sur les dépenses de santé

d'établissement des priorités fondées sur des données probantes pour la conception ou la révision des ensembles de prestations de santé. L'OMS a également travaillé avec l'Union africaine et d'autres partenaires à la rationalisation et à l'amélioration de la coordination des activités de suivi des ressources.

Le soutien apporté aux pays afin qu'ils puissent appliquer une prise de décision fondée sur des données probantes ne se traduit pas automatiquement par une mise en œuvre efficace ; au contraire, le succès est fortement tributaire de la volonté politique et du dévouement. Compte tenu des contraintes budgétaires des pays, l'OMS suggère que les efforts commencent par être portés sur les citoyens les plus pauvres et les plus vulnérables en couvrant

les principaux facteurs de dépenses de santé personnelles, tels que les médicaments.

Dans une allocution prononcée lors de la conférence régionale africaine sur le financement de la couverture sanitaire universelle et de la sécurité sanitaire au Ghana en octobre 2023, la D^{re} Moeti a appelé à une plus grande volonté politique et à une action concertée pour enrayer la tendance à l'aggravation des difficultés financières sur le continent : « Nous devons étendre la couverture des mécanismes de protection sociale pour les populations et continuer à saisir toutes les occasions de plaider en faveur d'une augmentation des investissements dans la santé et de traduire l'engagement des gouvernements en faveur de la santé en réalité », avait-elle lancé.



Renforcer les services de diagnostic et de laboratoire

La stratégie régionale sur les services et systèmes de diagnostic et de laboratoire 2023-2032 est très claire quant au rôle des services de diagnostic et de laboratoire dans la couverture sanitaire universelle. On peut y lire que l'amélioration de la disponibilité et de l'accès aux services de diagnostic est essentielle pour parvenir à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable liés à la santé. L'une de ses priorités est l'intégration du diagnostic dans les services de santé essentiels, le but étant d'améliorer la prestation de soins de santé, le contrôle des maladies et la réponse aux flambées épidémiques.

Au cours des 10 dernières années, l'OMS dans la Région africaine s'est consacrée à soutenir la création de directions ou d'unités de laboratoire relevant des ministères de la santé dans

le cadre de l'appui technique apporté en vue d'améliorer la prestation des services de laboratoire au niveau national. L'éclosion de la COVID-19 a certainement accéléré les progrès comme indiqué ci-après : en 2020, l'OMS et le CDC-Afrique ont lancé un réseau de laboratoires pour renforcer le séquençage du génome du virus ;⁵⁵ en 2021, l'OMS a fait don d'équipements et de fournitures de laboratoire pour renforcer les capacités de dépistage de la COVID-19 à l'Éthiopie,⁵⁶ au Libéria⁵⁷ et à la Sierra Leone,⁵⁸ entre autres pays ; et en 2023, l'OMS a officiellement lancé son centre de transfert de technologie pour les vaccins à base d'acide ribonucléique messager (ARNm) en Afrique du Sud.⁵⁹

Les statistiques font apparaître une amélioration substantielle des services de laboratoire dans la Région africaine : entre 2015 et 2023,

55 <https://www.afro.who.int/news/covid-19-genome-sequencing-laboratory-network-launches-africa>

56 <https://www.afro.who.int/news/world-health-organization-donates-laboratory-equipment-and-supplies-strengthen-laboratory>

57 <https://www.afro.who.int/news/who-donates-essential-medicines-and-laboratory-supplies-covid-19-and-evd-testings-government>

58 <https://www.afro.who.int/news/who-boosts-sierra-leones-covid-19-response-and-disease-surveillance-600000-worth-laboratory>

59 <https://www.who.int/news/item/20-04-2023-mrna-technology-transfer-programme-moves-to-the-next-phase-of-its-development>

le nombre de pays dotés d'un système de laboratoire organisé est passé de quatre à 36.⁶⁰ Au total, 41 pays⁶¹ (88 %) ont désormais un Directeur/chef d'unité de laboratoire national, 32 pays⁶² (68 %) disposent d'une politique nationale des laboratoires et 38 pays⁶³ (80 %) sont dotés d'un plan stratégique national pour les laboratoires.

Environ 70 % des décisions concernant les soins de santé sont prises sur la base des résultats des tests de diagnostic, mais malgré les progrès réalisés en Afrique, les services de diagnostic ne reçoivent que 3 % à 5 % des budgets des soins de santé.

Ces progrès trouvent leur origine dans les résolutions et les stratégies de l'OMS. Ils ont commencé en 2015 avec la publication du guide SLIPTA (Processus graduel d'amélioration de la qualité des laboratoires en vue de l'accréditation 10) et d'une liste de contrôle visant à guider les États Membres dans la mise en œuvre du processus d'amélioration de la qualité des services de laboratoire.⁶⁴ À l'heure actuelle, tous les États Membres de la Région africaine utilisent régulièrement ce document et la liste de contrôle des lignes directrices du SLIPTA pour gérer la qualité des services.

Deux ans plus tard, le Réseau de laboratoires des agents pathogènes dangereux émergents de la Région africaine de l'OMS (EDPLN) a été créé, constitué de 14 laboratoires nationaux de référence pour les agents pathogènes dangereux émergents. Ce réseau a facilité la nor-

malisation des approches en matière d'essais diagnostiques, de partage des connaissances, de compétences et d'échantillons de laboratoire, ainsi que la mise en place d'un système externe d'évaluation de la qualité et d'une biobanque régionale.

En 2022, le Programme mondial pour le leadership des laboratoires (GLLP) a été lancé en Afrique, qui a permis à 25 ressortissants de cinq pays⁶⁵ d'Afrique centrale de recevoir une formation approfondie sur le renforcement et la durabilité des systèmes nationaux de laboratoire. Ce programme a ce qu'il faut pour améliorer la gouvernance des laboratoires et devrait par conséquent être élargi à l'ensemble de la Région.

Voilà un autre domaine qui appelle un changement d'attitude à l'égard des financements alloués. Environ 70 % des décisions concernant les soins de santé sont prises sur la base des résultats des tests de diagnostic, mais malgré les progrès réalisés en Afrique, les services de diagnostic ne reçoivent que 3 % à 5 % des budgets des soins de santé. À l'avenir, cette tendance aura probablement un impact particulier sur les services d'imagerie médicale et les coûts élevés associés encourus pour s'arrimer à l'évolution rapide du paysage numérique.

60 Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, Nigéria, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

61 Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

62 Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

63 Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

64 Processus graduel d'amélioration de la qualité des laboratoires en vue de l'accréditation (SLIPTA).

65 Gabon, Congo, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Tchad.



Renforcer les systèmes et les capacités de production, d'analyse et d'utilisation des données

Au fur et à mesure que les systèmes d'information sanitaire évoluent, ils gagnent en importance en tant qu'outils permettant aux pays de surveiller, d'évaluer et d'améliorer les systèmes de santé en vue de l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Ces informations constituent une feuille de route efficace pour les pays, car elles leur permettent de mieux répartir les ressources, d'améliorer les services de santé et d'étendre leur portée.

Consciente des possibilités qu'offrent une analyse solide des données sanitaires et la production de connaissances pour renforcer les systèmes de santé, l'OMS a déployé des efforts considérables en vue de renforcer les capacités régionales. Ces efforts incluaient notamment la mise au point et la promotion d'outils novateurs, un soutien technique et une formation, la promotion de l'amélioration des systèmes de santé, la fourniture en temps opportun d'informations de qualité pour la prise de décisions fondées sur des données probantes, la surveillance et l'évaluation, et la participation à des initiatives

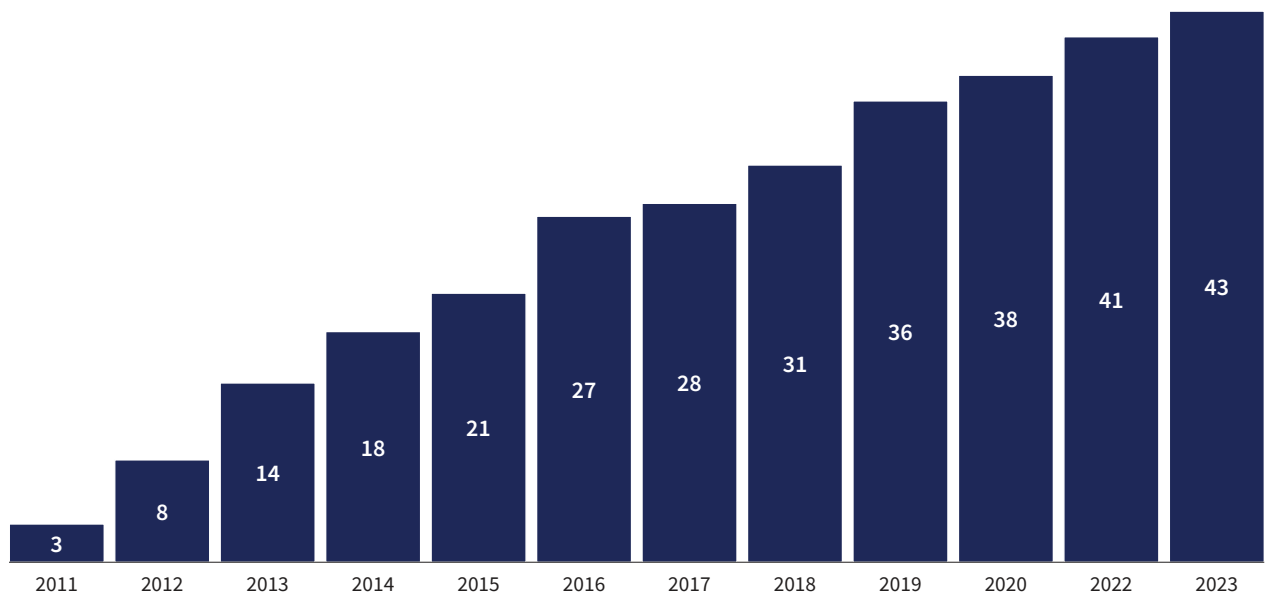
de recherche-développement.

L'utilisation du DHIS2, une plateforme gratuite et open source de collecte, de notification, d'analyse et de diffusion de données, a doublé entre 2015 et 2023, passant de 21 pays (45 %) à 43 pays (91 %) (voir Figure 20). Cette tendance a considérablement amélioré la disponibilité et la fiabilité des données de santé de routine, des données de routine de haute qualité étant désormais accessibles pour au moins 80 % des indicateurs de santé cruciaux. Des efforts sont actuellement déployés pour mettre en œuvre le DHIS2 dans les quatre pays restants.

L'OMS a élaboré et promu divers cadres et outils régionaux pour soutenir la production, l'analyse et l'utilisation de données tout en mettant au point des outils complets destinés à évaluer les informations sanitaires nationales, consolider les données tout au long de la vie, suivre les performances du secteur de la santé et analyser les données sur la morbidité et la mortalité. En collaboration avec des partenaires (Fondation Bill et Melinda Gates, Observatoire



Figure 20 : Nombre cumulé de pays utilisant le DHIS2, 2011-2023





européen, London School of Economics et cinq institutions universitaires en Afrique),⁶⁶ la Plateforme de l'Observatoire africain de la santé sur les systèmes et les politiques de santé (AHOP) a été créée afin de promouvoir la prise de décisions fondées sur des données probantes par les pouvoirs publics.

L'Observatoire de la santé en Afrique intégré (iAHO), anciennement désigné l'Observatoire africain de la santé qui a opéré sa mue en 2020, travaillant en collaboration avec les observatoires nationaux de la santé complémentaires, a fourni des informations essentielles sur les réalisations liées à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable, ainsi que sur d'autres indicateurs régionaux et nationaux spécifiques aux programmes. En

2024, quarante et un pays⁶⁷ avaient rendus opérationnels leurs observatoires nationaux de la santé.

Dans le cadre d'un autre partenariat avec diverses agences,⁶⁸ l'OMS a soutenu tous les États Membres africains afin qu'ils puissent renforcer les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil. Cette initiative a permis d'améliorer considérablement la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données sur les naissances, les décès et les causes de décès. L'OMS, en collaboration avec le Conseil sud-africain de la recherche médicale et l'Université Nelson Mandela, a également mis au point une plateforme en ligne pour former les médecins à la certification médicale et au codage des causes de décès.

66 Université d'Addis-Abeba, Groupe de recherche sur les politiques de santé de l'Université du Nigéria, Institut Pasteur de Dakar, Institut de recherche médicale du Kenya et Université du Rwanda.

67 Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

68 Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, CDC-Afrique, États-Unis d'Amérique, Vital Strategies, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Banque mondiale et Banque africaine de développement.

Tous les pays de la Région africaine disposent désormais de systèmes permettant d'améliorer la déclaration des naissances et des décès, y compris la surveillance de la mortalité ; la disponibilité de données de bonne qualité sur la mortalité est passée de moins de 5 % il y a 10 ans à environ 40 % aujourd'hui. Des pays comme le Botswana, Maurice, la Namibie et les Seychelles ont des taux de déclaration quasi universels des décès, tandis qu'Eswatini, le Ghana, le Kenya, le Malawi, le Rwanda et l'Afrique du Sud ont atteint des taux de déclaration supérieurs à 80 %. Dans le même temps, les enregistrements de naissances continuent de s'améliorer, bien que lentement, passant de 51 % des enfants enregistrés en 2010 à 55 % en 2022.⁶⁹

L'Observatoire de la santé en Afrique intégré (iAHO), anciennement désigné l'Observatoire africain de la santé qui a opéré sa mue en 2020, travaillant en collaboration avec les observatoires nationaux de la santé complémentaires, a fourni des informations essentielles sur les réalisations liées à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable, ainsi que sur d'autres indicateurs régionaux et nationaux spécifiques aux programmes.

Un partenariat avec l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (ASDI), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a permis à l'OMS d'accompagner les pays dans le renforcement des systèmes d'information sur la santé et les droits sexuels et reproductifs.

Le Centre régional de données sanitaires (CRDS) est une autre initiative clé de l'OMS visant à suivre les progrès et les résultats dans la Région africaine, qui sert à intégrer les données disponibles, à générer des informations et à améliorer les analyses avancées, y compris

l'intelligence artificielle. Il est prévu que ce centre, dont l'interopérabilité avec les systèmes de données des pays et un portail fournissant des informations spécifiques à chaque pays sera assurée, vienne régler le problème de la fragmentation actuelle des données et servir de source unique d'informations dans la Région. Des collaborations sur les données de santé, qui tirent parti des partenariats pour les données afin d'améliorer les résultats de santé, ont également été mises en place dans 13 pays.⁷⁰

Les produits analytiques régionaux permettant de suivre les schémas et les tendances en matière de santé dans la Région africaine de l'OMS comprennent l'État de la santé dans la Région africaine de l'OMS, Atlas des statistiques sanitaires africaines, Suivi de la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine de l'OMS 2022 et les profils de pays du treizième programme général de travail, entre autres. Plusieurs notes techniques ont été élaborées pour orienter les pays sur une série de questions, notamment l'investissement optimal pour améliorer la fonctionnalité des systèmes de santé et la production de données probantes sur les interventions sanitaires efficaces, la mise en phase des mécanismes de financement de la santé avec les objectifs des systèmes de santé et la gestion du changement à différents niveaux. Elles ont été complétées par des analyses régionales sur la résilience des systèmes de santé, qui, ensemble, fournissaient des données probantes riches et complètes sur l'état de la santé, ainsi que sur les défis et les opportunités concernant l'instauration de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de santé liés aux objectifs de développement durable.

Au niveau des systèmes de santé nationaux, les évaluations menées comprenaient l'évaluation SCORE de 2019⁷¹ sur l'état des systèmes d'information sanitaire dans tous les pays de la Région africaine et des évaluations complètes de l'état de la santé dans cinq pays,⁷² les informations générées étant utilisées pour combler

69 UNICEF, 2022. A Statistical update on birth registration in Africa.

70 Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Éthiopie, Gambie, Kenya, Niger, Soudan du Sud, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Togo et Zambie.

71 SCORE est l'acronyme anglais pour : Enquête auprès des populations, dénombrement des naissances, optimisation du système d'information de routine ou des établissements, examen des stratégies et des politiques du secteur de la santé et facilitation de l'utilisation des données.

72 Angola, Cabo Verde, Guinée équatoriale, Madagascar et Maurice.

les lacunes recensées. Au cours des 10 dernières années, 43 évaluations d'établissements de santé ont été réalisées avec le soutien de l'OMS, dont 22 au cours des quatre dernières années. Elles ont fourni des données précieuses pour améliorer la disponibilité des services et les capacités des structures de santé.

L'OMS défend fermement le principe de l'utilisation des données aux points de collecte, tels que les établissements de santé, ce qui améliore la disponibilité et la qualité des données, étant donné que les agents de santé en reconnaissent l'importance.

En ce qui concerne les systèmes de santé de district, l'OMS a mis au point des outils et soutenu l'évaluation de la fonctionnalité des systèmes de santé de district dans 18 pays.⁷³ Cela a permis aux pays d'évaluer leurs capacités de surveillance, de gestion et de services de santé, et de guider des actions sur mesure au cours des quatre dernières années. L'OMS

défend fermement le principe de l'utilisation des données aux points de collecte, tels que les établissements de santé, ce qui améliore la disponibilité et la qualité des données, étant donné que les agents de santé en reconnaissent l'importance. Il est également important de veiller à ce que les établissements de santé privés communiquent les données afin d'améliorer l'exhaustivité des données disponibles.

Les solutions numériques ont fait leurs preuves dans l'amélioration de la qualité et de la rapidité des rapports de données, ce qui en retour génère des connaissances et des idées essentielles pour guider la prise de décisions futures efficaces concernant la santé. Pour que les pays maintiennent et accélèrent les progrès déjà accomplis, il est indispensable de renforcer le rôle prépondérant des autorités nationales. Les engagements à faire des activités du système d'information sanitaire une priorité devraient être soutenus par des mécanismes fonctionnels de coordination des partenaires et des systèmes de données, et par un personnel suffisamment qualifié.

⁷³ Botswana, Burundi, Cameroun, Eswatini, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone et Tchad.



Renforcer le leadership et de la gouvernance en santé

Compte tenu de la place centrale de la gouvernance dans l'atteinte des objectifs de développement durable⁷⁴ liés à la santé et du rôle clé de la gouvernance et d'un leadership efficace pour parvenir à des systèmes de santé optimaux permettant la poursuite de la couverture sanitaire universelle,⁷⁵ l'OMS dans la Région africaine a travaillé d'arrache-pied pendant le double mandat de la D^{re} Moeti pour apporter un appui aux États Membres afin qu'ils puissent mettre à jour leurs politiques et plans stratégiques nationaux de santé.

Selon l'OMS, la gouvernance du système de santé repose sur « l'existence de cadres d'orientation stratégiques combinés à une surveillance efficace, à la création de coalitions, à la réglementation, à une attention portée à la conception des systèmes et à la responsabilisation ». En 2023, trente-quatre pays⁷⁶ de la Région disposaient de politiques ou de plans stratégiques nationaux complets et actualisés dans le secteur de la santé, qui définissent des visions claires, des objectifs stratégiques ainsi que les actions et les investissements nécessaires pour atteindre ces objectifs.

74 Organisation des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. New York : Organisation des Nations Unies ; 2015.

75 Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf

76 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Malawi, Maurice, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

Le Partenariat pour la couverture sanitaire universelle, une collaboration clé qui promeut une approche pansociétale pour répondre aux priorités de santé et donner aux populations les moyens de participer activement à la prise des décisions qui touchent leur santé et leur bien-être, apporte un appui aux 47 États Membres et met des conseillers en politiques de santé à la disposition de plus de 34 pays.⁷⁷ Pour appuyer la mise en œuvre du cadre « La santé dans toutes les politiques », une approche des droits et obligations liés à la santé visant à améliorer le sens de responsabilité des décideurs à l'égard des effets sur la santé, l'OMS a mené des activités de renforcement des capacités au profit de 50 décideurs dans 15 pays.⁷⁸

Le renforcement du rôle prépondérant du ministère de la santé dans la formation, le mentorat, le renforcement des capacités et le soutien sur place a été au cœur des efforts d'appui aux pays axés sur la mise en place de mécanismes institutionnalisés et multipartites de coordination du secteur de la santé.

Le renforcement du rôle prépondérant du ministère de la santé dans la formation, le mentorat, le renforcement des capacités et le soutien sur place a été au cœur des efforts d'appui aux pays axés sur la mise en place de mécanismes institutionnalisés et multipartites de coordination du secteur de la santé. Des pays comme l'Afrique du Sud, le Burkina Faso, le Congo, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Ghana, le Kenya, le Sénégal, le Soudan du Sud et le Zimbabwe disposent désormais de mécanismes opérationnels de coordination sanitaire.

Outre la promotion de la responsabilité mutuelle entre les acteurs du système de santé et l'harmonisation avec les partenaires pour l'accélération de la couverture sanitaire uni-

verselle et les objectifs de développement durable, le travail réalisé a permis d'améliorer la mise en œuvre au niveau national des priorités sanitaires mondiales, la cartographie des ressources, la mobilisation, les ripostes face aux situations d'urgence et la coordination sanitaire.

La collaboration s'est également améliorée entre les pouvoirs publics et le secteur privé, qui joue un rôle central dans la fourniture de soins de santé aux populations africaines. À travers des manifestations axées sur le plaidoyer et des dialogues sur les politiques à mener, l'OMS a renforcé la participation du secteur privé dans le domaine de la santé, une avancée cruciale quand on sait que le secteur privé de la Région africaine fournit environ 52 % des soins ambulatoires.

En conséquence, 18 pays⁷⁹ de la Région ont reçu un soutien pour intensifier leurs efforts d'amélioration, notamment des stratégies nationales, des dialogues sur les politiques et des sommets nationaux. Quatre pays⁸⁰ ont mis en place des comités de collaboration avec le secteur privé au niveau national au sein de leur ministère de la santé, tandis que trois pays⁸¹ ont révisé leurs protocoles d'accord avec le secteur privé.

Des pays comme la Côte d'Ivoire et l'Éthiopie ont poussé la collaboration encore plus loin et ont reçu un soutien pour élaborer des stratégies nationales de collaboration efficace avec le secteur privé et faire progresser les objectifs de la couverture sanitaire universelle. En outre, une évaluation complète de la législation actuelle relative à la santé publique dans la Région a été menée dans l'optique d'éclairer la création et/ou la révision de lois de santé publique adaptées au contexte.

De nombreux engagements et cadres régionaux ont également été approuvés dans la Région africaine, notamment le cadre pour le développement des systèmes de santé en vue

77 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso ; Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Soudan du Sud, Tchad, Togo et Zambie.

78 Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burundi, Cameroun, Eswatini, Kenya, Lesotho, Madagascar, Mozambique, Namibie, Ouganda, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.

79 Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Kenya, Mauritanie, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad et Zambie.

80 Cameroun, Côte d'Ivoire, Nigéria et Sierra Leone.

81 Ghana, Sierra Leone et Ouganda.

d'assurer la couverture sanitaire universelle dans le contexte des objectifs de développement durable,⁸² adopté en 2017 lors de la soixante-septième session du Comité régional pour la Région africaine de l'OMS. La couverture sanitaire universelle en Afrique : un cadre d'action⁸³ (2016), ainsi qu'un forum régional de hauts fonctionnaires des ministères de la santé, ont abouti à un plan d'action pour la planification stratégique, les priorités d'investissement et le suivi des progrès. De 2017 à 2020, les Directeurs de la planification ont organisé des sommets régionaux annuels dans les 47 pays, qui ont malheureusement été interrompus par la pandémie de COVID-19. Des initiatives sont en cours pour relancer ces dialogues sur les actions à mener par les pouvoirs publics.

Pour s'appuyer sur ses réalisations récentes, l'OMS doit tirer parti de sa culture de collaboration, soutenir la coopération interne à tous les niveaux et fournir un soutien interdisciplinaire complet aux pays afin qu'ils puissent relever les défis.

Le succès de ces collaborations a permis de faire passer le message décisif selon lequel les partenariats sont essentiels au renforcement du soutien aux pays, alors qu'une approche multisectorielle pour l'élaboration et la mise en œuvre efficaces de systèmes et de politiques de santé n'est pas négociable, en particulier dans des situations d'urgence comme les flambées épidémiques de la maladie à virus Ebola et la pandémie de COVID-19. Les politiques et les plans actualisés contribuent également à la mobilisation et à l'alignement des ressources sur les priorités des pays.

La force de l'approche de l'OMS réside dans la reconnaissance du fait que le caractère multidimensionnel de la gouvernance de la santé exige des efforts de collaboration à tous les niveaux. Pour s'appuyer sur ses réalisations récentes, l'OMS doit tirer parti de sa culture de collaboration, soutenir la coopération interne à tous les niveaux et fournir un soutien interdisciplinaire complet aux pays afin qu'ils puissent relever les défis. Il est également essentiel de maintenir son leadership stratégique, en coordonnant l'appui des différents partenaires au besoin.

82 <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-01/AFR-RC67-10%20Framework%20for%20health%20systems%20development-Rev%2023.09.17.pdf>

83 <https://www.afro.who.int/publications/universal-health-coverage-africa-framework-action>



Renforcer la recherche pour une prise de décision éclairée

Des systèmes de santé très divergents et des défis sanitaires spécifiques à chaque pays exigent des interventions de soins de santé contextualisées pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, ce qui soulève la nécessité pour les pays africains de mettre en avant la production de données probantes contextualisées afin d'éclairer les solutions aux défis locaux.

Dans un contexte où les capacités de recherche sont faibles et les ressources insuffisantes, ce qui continue d'entraver la qualité de la recherche dans la Région, l'OMS a accordé la priorité à la communication d'orientations stratégiques pour accompagner les États Membres dans le renforcement de leurs systèmes nationaux de recherche en santé, notamment en établissant leurs propres programmes de santé et en contribuant aux programmes régionaux.

Pour améliorer la gouvernance, le financement et l'infrastructure de la recherche en santé, le premier baromètre du Système africain de recherche nationale en santé⁸⁴ (qui comprend 17 paramètres) a été lancé en décembre 2015, dans le cadre de la stratégie régionale de recherche adoptée cette année-là. Les scores moyens régionaux du baromètre ont enregistré une progression constante au cours des huit années précédant 2022 : la gouvernance de la recherche pour la santé (R4H) est passée de 62 % à 73 % entre 2014 et 2022. La capacité⁸⁵ de création et de soutien de la recherche est passée de 40 % à 65 % au cours de la même période, et le nombre de pays disposant d'une ligne budgétaire et d'un financement dédiés à la recherche pour la santé de 51 % à 62 %.

Comme pour souligner la valeur des partenariats de collaboration dans le développement

84 Kirigia J.M., Ota M.O., Senkubuge F. et al. (2016) Developing the African national health research systems barometer. *Health Research Policy and Systems* 14, 53. Cet outil évalue la performance de 17 paramètres, dont la gouvernance, les finances, les ressources humaines et les infrastructures, ainsi que la production et l'utilisation de la recherche en santé.

85 L'évaluation des capacités se fonde sur l'existence d'une unité de promotion de la recherche en santé au sein du ministère de la santé, d'universités ou d'établissements d'enseignement supérieur qui dispensent un programme de formation en recherche en santé et de l'existence d'un institut ou d'un conseil national de recherche en santé.

La création de plateformes d'application des connaissances, comme les réseaux pour des politiques inspirées des bases factuelles (EVIPNet), a eu un impact sur l'élaboration de ce type de politiques à l'échelle mondiale.

des capacités de recherche et le soutien aux scientifiques, l'OMS s'est associée au partenariat Europe-pays en développement pour les essais cliniques (EDCTP), à Tackling Infections to Benefit Africa (TIBA), à l'Académie africaine des sciences (AAS) et au CDC-Afrique, entre autres, dans le but d'apporter un appui aux pays africains pour qu'ils effectuent des essais cliniques et réalisent le séquençage génomique, et qu'ils élaborent des mesures de lutte contre la COVID-19.

Pendant la pandémie, l'OMS a également créé des protocoles de recherche normalisés dans des domaines cruciaux afin d'accélérer la recherche. Des études sur la séroprévalence et l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 ont été menées dans 31 pays.⁸⁶ En conséquence, des recommandations sur les politiques à mener, taillées sur mesure et fondées sur les résultats, ont été formulées à l'adresse des pays afin qu'ils renforcent et soutiennent les efforts de vaccination dans un contexte de perception généralisée d'une réduction du risque de maladie.

La création de plateformes d'application des connaissances, comme les réseaux pour des politiques inspirées des bases factuelles (EVIPNet), a eu un impact sur l'élaboration de ce type de politiques à l'échelle mondiale. Une cartographie réalisée en 2023 des plateformes d'application des connaissances dans la Région

⁸⁶ Afrique du Sud, Algérie, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo, Zambie et Zimbabwe.



africaine a révélé que 13 États Membres⁸⁷ (41 %) avaient mis en place de ces réseaux, et que le niveau d'application de la recherche a considérablement augmenté entre 2014 et 2023. Le nombre de projets de recherche soumis à l'OMS a presque quadruplé entre 2015 et 2023, passant de sept à 26. En outre, le Comité consultatif africain pour la recherche et le développement a soutenu des dialogues multidisciplinaires sur les politiques à mener et des échanges de connaissances en vue de faciliter la recherche dans la Région.

Plus de 100 jeunes chercheurs ont également bénéficié d'un soutien pour mener des recherches, en collaboration avec de multiples partenaires, leurs résultats apportant une valeur ajoutée significative aux interventions de santé publique dans la Région.

Afin d'encourager l'accès aux données et aux connaissances scientifiques par le biais de programmes de formation et de la numérisation en vue d'améliorer l'accès aux données scientifiques et les capacités de recherche, l'OMS a mené une campagne de renforcement des capacités sur Hinari/Research4Life⁸⁸ dans tous les États Membres africains. Hinari permet aux institutions des pays à revenu faible ou intermédiaire d'accéder en ligne à un contenu académique et professionnel évalué par des pairs.

Pour promouvoir la continuité et la documentation des enseignements tirés du Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC), créé dans le but d'éliminer cette maladie dans les pays africains où elle restait endémique, l'OMS a numérisé tous les documents pour en faire des archives accessibles et structurées. Ces interventions ont contribué à améliorer l'accès à l'information pour d'autres recherches et initiatives de santé publique.

Pour célébrer ces progrès, l'OMS, en partenariat avec les organisateurs du Prix Hideyo Noguchi pour l'Afrique,⁸⁹ a récompensé plusieurs

scientifiques africains pour leurs contributions mondiales à la recherche médicale et aux services médicaux. Depuis lors, les lauréats ont joué un rôle déterminant dans le mentorat de jeunes scientifiques. Plus de 100 jeunes chercheurs ont également bénéficié d'un soutien pour mener des recherches, en collaboration avec de multiples partenaires (Programme spécial de recherche et de formation sur les maladies tropicales de l'OMS, Comité consultatif africain pour la recherche-développement en santé (AACHRD) et partenariat Europe-pays en développement pour les essais cliniques (EDTCP)), leurs résultats apportant une valeur ajoutée significative aux interventions de santé publique dans la Région.

Il reste encore beaucoup à faire pour établir et soutenir les systèmes de recherche en santé qui fonctionnent, notamment l'allocation de fonds suffisants, l'établissement de partenariats stratégiques avec des institutions universitaires et le renforcement des capacités de recherche locales. Des évaluations du fonctionnement des systèmes de recherche en santé dans le but de fournir des solutions fondées sur des données probantes se traduiront par des améliorations indispensables dans la recherche en santé.

⁸⁷ Burkina Faso, Cameroun, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie et Zambie.

⁸⁸ Hinari fait partie de Research4Life, nom collectif regroupant cinq programmes, Hinari portant sur la santé.

⁸⁹ <https://www.jsps.go.jp/english/e-noguchiafrica/gaiyo.html>

Faire progresser la santé grâce aux innovations numériques

En 2018 au Bénin, la D^e Moeti a déclaré lors de la deuxième Conférence internationale des ministres de la santé et de l'économie numérique sur la sécurité sanitaire en Afrique (CIMSA) que les solutions numériques sont l'avenir des soins de santé équitables et de qualité et des systèmes de santé résilients. Elle a notamment déclaré que des applications mobiles étaient alors utilisées pour recueillir et transmettre des données de recherche de contacts et d'alerte pendant la flambée épidémique de maladie

à virus Ebola en République démocratique du Congo.⁹⁰ Le lancement d'un portail électronique a également permis à tous les partenaires à la riposte d'accéder aux données épidémiologiques et aux informations sur les points d'entrée et les infrastructures de santé, ce qui a considérablement amélioré la compréhension de la dynamique de l'épidémie.

À la fin de 2023, l'OMS avait soutenu l'élaboration de stratégies nationales de cybersanté dans 38 pays africains,⁹¹ dont dix-huit⁹² avaient mis en œuvre des interventions visant à améliorer la maîtrise de la santé numérique. L'OMS, en collaboration avec l'Union internationale des télécommunications (UIT), a élaboré un programme de santé numérique et formé plus de 200 participants de 47 pays à l'intelligence artificielle.

À la fin de 2023, l'OMS avait soutenu l'élaboration de stratégies nationales de cybersanté dans 38 pays africains, dont dix-huit avaient mis en œuvre des interventions visant à améliorer la maîtrise de la santé numérique.

⁹⁰ <https://www.afro.who.int/news/maximising-digital-health-technology-improve-quality-and-patient-safety-africa>

⁹¹ Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo, Zambie et Zimbabwe.

⁹² Bénin, Comores, Congo, Gabon, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Malawi, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Soudan du Sud, Togo et Zambie.

Des pays de la Région ont également reçu un soutien pour mettre en œuvre des initiatives de santé mobile, notamment mDiabetes au Sénégal, MomConnect en Afrique du Sud et AVADAR (Détection « auto-visuelle » et notification de la paralysie flasque aiguë) pour la surveillance communautaire de la poliomyélite dans 11 pays.⁹³ L’Afrique du Sud, le Ghana, le Nigéria, l’Ouganda et le Rwanda ont bénéficié d’un soutien pour mettre en œuvre des possibilités de télésanté et de télémedecine, tandis que l’OMS a apporté un appui à tous les pays pour la mise en œuvre d’interventions électroniques de surveillance intégrée de la maladie et riposte (eSIMR), de systèmes d’information géographique (SIG) et de télédétection pour permettre une surveillance et une riposte en temps réel pendant les flambées épidémiques.

Les plateformes WHO Innovation Challenge et Innovation Marketplace ont été créées en 2018 dans le but de repérer, présenter et soutenir les innovations prometteuses en matière de santé, ce qui a conduit à la sélection de 30 innovations prometteuses qui allaient bénéficier d’un soutien supplémentaire et d’un déploiement à grande échelle.

Une boîte à outils intégrée de numérisation de campagne a été élaborée et mise en œuvre dans plusieurs pays, comprenant notamment les moustiquaires imprégnées d’insecticide (numérisation pour les moustiquaires imprégnées) au Soudan du Sud en 2020, et le système électronique d’information sur la santé communautaire (eCHIS), une plateforme numérique pour numériser les personnels de santé communautaire du Kenya et faire progresser la couverture sanitaire universelle, en 2023. Les plateformes WHO Innovation Challenge et Innovation Marketplace ont été créées en 2018 dans le but de repérer, présenter et soutenir les innovations prometteuses en matière de santé. Les plus de 2400 propositions reçues mettaient en évidence un écosystème dynamique d’innovateurs, ce qui a conduit à la sélection de 30 innovations prometteuses qui

allaient bénéficier d’un soutien supplémentaire et d’un déploiement à grande échelle. Le succès de ces projets a montré l’importance de créer des plateformes qui mettent en relation les innovateurs, les donateurs et les décideurs.

Les interventions de santé numérique à succès nécessitent une collaboration entre plusieurs secteurs, tandis que les outils numériques ont un rôle clé à jouer dans la gestion des flambées épidémiques, notamment le dépistage des membres de la population, le suivi des infections et la réduction des contacts humains directs. En même temps, un leadership fort est essentiel pour établir les priorités, mobiliser les ressources et créer une compréhension commune des avantages potentiels de la santé numérique, d’autant plus que les technologies d’intelligence artificielle sont de plus en plus intégrées aux soins de santé et soulèvent des considérations éthiques.

Alors que l’OMS poursuit ses efforts pour maintenir cet élan et s’appuyer sur les succès engrangés jusqu’à présent, l’accent mis sur la promotion d’une culture de l’innovation contribuera au renforcement nécessaire des systèmes nationaux de santé numérique, qui reste nécessaire. Le renforcement de la collaboration et des partenariats sera essentiel à la réussite de l’expansion des innovations numériques dans les pays africains, tout comme la nécessité d’assurer une utilisation éthique et responsable des technologies.

⁹³ Burkina Faso, Cameroun, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sierra Leone et Soudan du Sud.



Améliorer
la santé et le
bien-être tout au
long de la vie

5

5.1	Éliminer les cloisonnements dans les soins de santé	93
<hr/>		
5.2	Promouvoir la santé des femmes	95
<hr/>		
5.3	Promouvoir la santé et le développement de chaque enfant	103
<hr/>		
5.4	Améliorer la santé et le bien-être des adolescents	109
<hr/>		
5.5	Promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées	114

Éliminer les cloisonnements dans les soins de santé

À l'ère des objectifs du Millénaire pour le développement, la plupart des pays de la Région africaine de l'OMS privilégiaient des programmes de santé de base ciblant des maladies et des problèmes de santé spécifiques, en ayant recours à des interventions verticales ou cloisonnées. L'approche de l'OMS axée sur la santé tout au long de la vie a marqué un changement de paradigme fondamental pour améliorer les chances de l'Afrique de réaliser les objectifs de développement durable nouvelle génération, dont le programme est entré en vigueur en janvier 2016, un an après la prise de fonctions de la D^{re} Moeti.

C'était une période de transformation, l'approche de la santé tout au long de la vie adoptant une perspective temporelle et sociale de la santé et du bien-être des individus et des générations. Ce modèle reconnaît que toutes les étapes de la vie sont intrinsèquement liées, non seulement aux pairs de l'individu considéré, mais aussi à la vie et aux moyens de subsistance des générations passées et futures.

Les maladies non transmissibles constituaient un formidable défi de santé émergent,

tout comme les affections à multimorbidité, telles que le diabète et les maladies cardiaques. Cette tendance a accru la nécessité de services de santé complets pour lutter non seulement contre les maladies de manière isolée, mais aussi pour un épanouissement sain, la prévention des maladies, la promotion de la santé et la préservation de la santé à long terme.

Cette approche, qui s'inscrit au cœur de l'instauration de la couverture sanitaire universelle et de l'atteinte des objectifs de développement durable, exige des actions collaboratives entre les secteurs pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et fournir des soins complets et continus à toutes les étapes de la vie, à savoir la grossesse, la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse.

Au début du Programme de transformation en 2015, la Région africaine était confrontée à d'importants défis en matière de soins de santé primaires (SSP) et en ce qui concerne la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA), deux éléments essentiels de l'approche tout au long de la vie. À la suite de la

Cette approche, qui s'inscrit au cœur de l'instauration de la couverture sanitaire universelle et de l'atteinte des objectifs de développement durable, exige des actions collaboratives entre les secteurs pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et fournir des soins complets et continus à toutes les étapes de la vie, à savoir la grossesse, la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse.

flambée épidémique de maladie à virus Ebola de 2014-2016 en Afrique de l'Ouest, la Déclaration d'Astana a permis de renforcer les systèmes de soins de santé primaires comme étape essentielle vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle.

Malgré ces engagements, la pandémie de COVID-19 a mis les systèmes de santé à rude épreuve à partir de 2020, provoquant des perturbations généralisées dans tous les circuits de la prestation de services, y compris les soins primaires et les services essentiels pour les

maladies transmissibles et non transmissibles, la santé mentale, la SRMNEA et la nutrition. Pour la Région africaine, la crise a également permis d'obtenir de précieux enseignements qui ont incité à l'adoption de stratégies et d'innovations pour surmonter les interruptions de services et, surtout, pour renforcer la résilience des systèmes de santé en cas de situation d'urgence à l'avenir.

La pandémie a souligné la pertinence d'une approche de la santé tout au long de la vie, associée à des systèmes de soins de santé primaires solides, dont les stratégies ont déjà commencé à engendrer des améliorations progressives dans des domaines clés de la Région, notamment les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile, l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) de qualité et aux services de vieillissement en bonne santé. Les progrès doivent être considérablement accélérés pour combler les lacunes restantes dans la réalisation des cibles des objectifs de développement durable.



Promouvoir la santé des femmes

L'OMS a joué un rôle clé dans les progrès substantiels accomplis au cours de la dernière décennie pour améliorer l'accès et la disponibilité des services de santé sexuelle et reproductive dans la Région africaine, certaines des réalisations notables incluant la réduction du taux de mortalité maternelle (TMM), l'amélioration de l'assistance médicale à l'accouchement, l'augmentation de l'utilisation moderne de la planification familiale, la promotion des cadres juridiques et cadres de politiques pour les services de santé sexuelle et reproductive et la réduction des pratiques néfastes telles que les violences sexistes et les mutilations sexuelles féminines (MSF).

L'Organisation a fait du plaidoyer, élaboré des politiques et des stratégies, renforcé les capacités, diffusé des directives et fourni une assistance technique cruciale pour la mise en œuvre de plans stratégiques dans le secteur de la santé. La mobilisation des ressources était une priorité absolue, et l'OMS dans la Région africaine a contribué à lever plus de 100 millions de dollars É.-U. pour ce domaine d'activité au cours de la dernière décennie.

De nombreux pays ont bénéficié de l'assistance technique continue de l'OMS pour intégrer des éléments du système de santé dans les subventions de Gavi et du Fonds mondial, et pour élaborer et mettre en œuvre des politiques, des stratégies et des initiatives nationales de qualité visant à améliorer la sécurité des patients et la prévention et la lutte contre les infections. Des directives ont également été diffusées et des webinaires et des formations de renforcement des capacités organisés.

L'OMS a par ailleurs mené des dialogues de haut niveau sur les politiques à mener et des initiatives de collaboration pour soutenir les pays dans l'élaboration de plans stratégiques globaux pour la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et, avec des partenaires, elle a apporté un appui 27 pays⁹⁴ pour l'élaboration de plans d'accélération pour la santé de la mère et du nouveau-né. Ces plans visaient à privilégier des actions spécifiques en vue d'atteindre les objectifs fixés à l'horizon 2025.

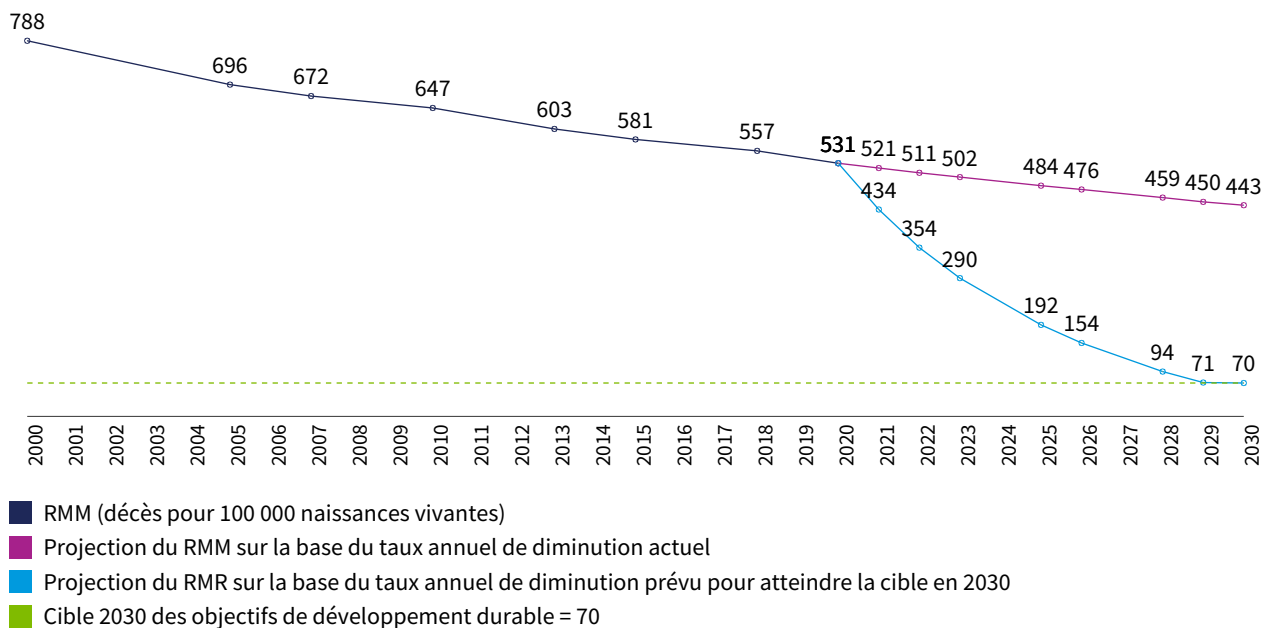
La valeur de ces interventions se reflète dans les taux de mortalité maternelle, qui ont diminué progressivement dans la Région africaine, ce qui témoigne d'une amélioration cruciale de la santé des femmes. Le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes a diminué de 38 % (soit une réduction

annuelle moyenne de 2%), ramené de 857 décès de mères à 531 décès maternels entre 2000 et 2020. Il est à noter que le taux de déclin a été plus rapide entre 2000 et 2010 (3,3 % par an), comparativement à 2010 et 2020 (1,5 % par an). Cet écart pourrait s'expliquer par les investissements considérables visant à réduire la mortalité maternelle et infantile à l'époque des objectifs du Millénaire pour le développement.

Cependant, en approfondissant les statistiques, le taux de mortalité maternelle révèle des disparités préoccupantes entre les pays, les pays d'Afrique de l'Ouest enregistrant généralement des taux de mortalité maternelle plus élevés par rapport aux autres sous-régions du continent (voir Figures 21 et 22). À titre d'exemple, les estimations pour le Tchad, le Nigéria et le Soudan du Sud sont particulièrement élevées, dépassant 1000 décès pour 100 000 naissances

94 Afrique du Sud, Burkina Faso, Burundi, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zimbabwe et Zambie.

Figure 21 : Évolution du taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l'OMS

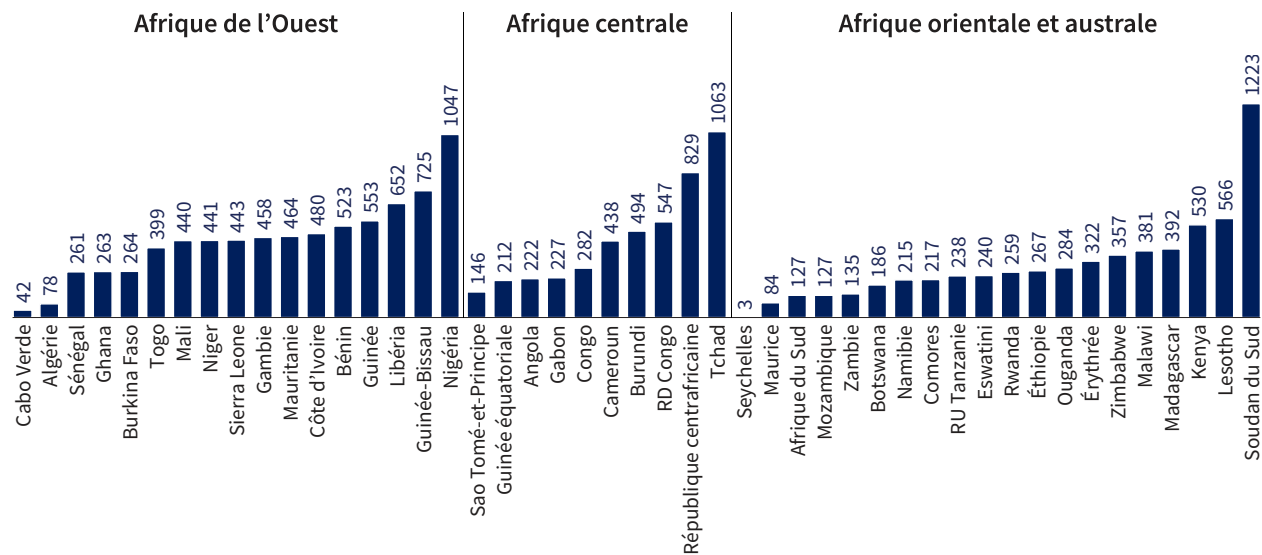


Taux annuel de diminution, 2015-2020 : -1,8 %

Le taux annuel de diminution prévu pour atteindre la cible des ODD, 2020-2030 : -20,3 %

Source : évolution de la mortalité maternelle de 2000 à 2020 – estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et du DAES/Division de la population de l'ONU

Figure 22 : Taux de mortalité maternelle (décès / 100 000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l’OMS, 2020



Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile



es vivantes. Au total, 43 pays⁹⁵ ont adopté des politiques, des directives et des lois nationales pour déclarer, auditer et/ou examiner chaque décès maternel dans le cadre d'une stratégie visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux mères et à mettre fin aux décès évitables.

Les progrès accomplis dans l'amélioration de l'accès à des services de santé essentiels de qualité, en particulier pour la santé reproductive et maternelle, ont été particulièrement évidents dans le domaine de la prévention du VIH. La proportion de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu une thérapie antirétrovirale efficace pour prévenir la transmission ultérieure du virus à leurs enfants (à l'exclusion de la névirapine à dose unique), par exemple, est passée de 71 % à

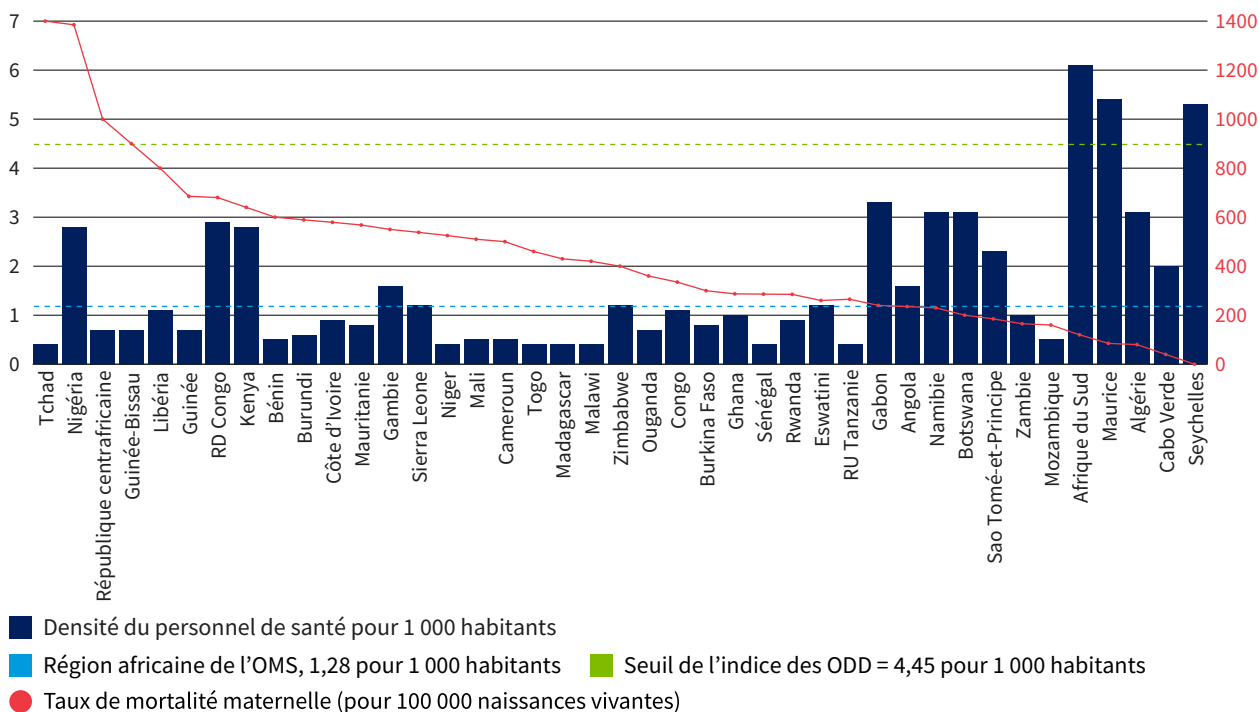
84 % entre 2012 et 2022, soit une augmentation de 17 %. Le pourcentage de pays ayant une couverture de soins postnatals supérieure à 60 % a également augmenté, passant de 28 % à 46 % entre 2010 et 2023.

Une autre amélioration notable a été la proportion d'accouchements assistés par des professionnels de la santé qualifiés, qui a augmenté de 20 %, passant de 54 % en 2012 à 74 % en 2022. Le nombre de pays où plus de 80 % des accouchements sont assistés par des professionnels de la santé qualifiés a également augmenté, passant de 13 (28 %) en 2010 à 28⁹⁶ (60 %) en 2023. Dans la Région africaine, une plus forte densité de travailleurs de la santé, y compris ceux aidant à l'accouchement tels que

95 Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe. (Source : Enquête sur les politiques relatives à la santé reproductive et à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent réalisée en 2023 par l'OMS).

96 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Maurice, Namibie, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

Figure 23 : Densité de personnel de santé qualifié par rapport au taux de mortalité maternelle



Source : Observatoire mondial de la santé, Organisation mondiale de la Santé

des médecins, les sages-femmes et les infirmiers et infirmières, est associée à des taux de mortalité maternelle plus faibles (voir Figure 23).

En ce qui concerne la planification familiale efficace, la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans dans la Région africaine dont les besoins ont été satisfaits par des méthodes contraceptives modernes est passée de 47 % à 58 % entre 2010 et 2022. Cinq pays⁹⁷ ont dépassé les 80 %, tandis que dix autres pays⁹⁸ ont atteint une proportion comprise entre 60 % et 80 %. Parmi les femmes mariées ou en couple en Afrique subsaharienne, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est passée de 25 % à 30 % entre 2015 et 2023. En 2022, environ 41 % des adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui souhaitaient utiliser des méthodes de contraception modernes les utilisaient effectivement, le soutien des agents de santé communautaires contribuant à une utilisation accrue dans des pays comme le Nigéria.

Les pratiques néfastes, notamment les mutilations sexuelles féminines et les violences sexuelles/sexistes, en particulier chez les plus jeunes, ont connu une baisse encourageante, ramenées de 41 % à 34 % entre 2010 et 2019 chez les femmes et les filles âgées de 15 à 49 ans. Là encore, cependant, la prévalence varie considérablement d'un pays à l'autre, étant donné que les mutilations sexuelles féminines restent une source de préoccupation majeure dans les sous-régions de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique de l'Est, où l'Érythrée, la Guinée, le Mali et la Sierra Leone affichent les taux les plus élevés.

Des progrès substantiels ont été accomplis dans tous les pays vers la création de cadres juridiques et cadres de politiques favorables aux services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, y compris les soins d'avortement. L'OMS a soutenu 21 pays⁹⁹ dans l'adoption de directives actualisées sur les soins d'avortement, ainsi que dans le renforcement des

compétences et des capacités des prestataires de soins de santé pour fournir des services de soins d'avortement de haute qualité.

En 2021, le Bénin et la République démocratique du Congo ont révisé leurs lois afin d'élargir l'accès aux services d'avortement, et des révisions juridiques similaires sont en cours au Malawi, en Sierra Leone et au Zimbabwe. À l'heure actuelle, 41 pays¹⁰⁰ autorisent l'avortement dans des conditions spécifiques telles que le viol, l'inceste, la malformation fœtale et dans des situations mettant en danger la santé de la mère. À Cabo Verde, au Mozambique, à Sao Tomé-et-Principe et en Afrique du Sud, l'avortement est pratiqué sur demande aux femmes jusqu'à une limite de gestation déterminée. Ces progrès ont entraîné une utilisation accrue des services de soins d'avortement, ce qui contribue de manière importante à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles.

Malgré les progrès réalisés, les taux élevés de mortalité maternelle continuent d'être dus aux retards dans l'accès ou la réception des soins, à la fourniture de soins de qualité inférieure et à l'incapacité d'appliquer des pratiques fondées sur des données probantes dans la prise en charge des complications obstétricales. À l'avenir, les pays sont encouragés à utiliser de manière optimale les innovations en santé numérique pour suivre les mères, en aidant à les suivre depuis les soins prénatals jusqu'aux soins postnatals.

97 Botswana, Eswatini, Lesotho, Namibie et Zimbabwe.

98 Afrique du Sud, Algérie, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Malawi, Rwanda, Ouganda et Zambie.

99 Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Congo, Guinée équatoriale, Éthiopie, Gabon, Ghana, Malawi, Mozambique, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

100 Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

Mozambique : réduction de la mortalité maternelle



« L'hôpital prend vraiment bien soin de ses patients. Tout s'est bien passé et nous allons bien tous les trois jusqu'à aujourd'hui. »

Maulete Joaquim

1 sur 160

nombre de femmes qui décédaient au Mozambique des suites de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, en 2000

223

nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes au Mozambique en 2023, soit une réduction de plus de 50 % par rapport à l'an 2000

15 %

augmentation des effectifs globaux du secteur de la santé entre 2017 et 2021

Depuis 2018, Maulete Joaquim a accouché sans complication à deux reprises à l'hôpital rural de Songo, dans la province de Tete, dans l'ouest du Mozambique, l'accouchement le plus récent étant intervenu en 2023.

Pendant de nombreuses années, ce n'était pas le cas pour les femmes au Mozambique, où une guerre civile prolongée avait dévasté les services et les infrastructures de santé publique. À cause de ce lourd héritage en grande partie, le Mozambique affichait l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde en 2000, environ une femme sur 160 mourants de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement.

Cependant, le pays a depuis réalisé des progrès notables pour inverser la tendance en faisant de la santé de la mère une priorité et en sauvant la vie de milliers de femmes comme Joaquim. En 2023, le taux de mortalité maternelle au Mozambique était de 223 décès pour 100 000 naissances vivantes, ce qui équivaut à une amélioration de plus de 50 % depuis 2000.

Plusieurs interventions cruciales ont contribué à cette inversion spectaculaire de la situation. Les autorités sanitaires ont notamment déployé des efforts concertés pour développer à la fois les infrastructures du secteur et sa main-d'œuvre. Entre 2017 et 2021, 106 nouveaux établissements de santé ont été ouverts à travers le pays, élargissant ainsi l'accès aux services de santé. Au cours de la même période, les effectifs globaux du secteur de la santé ont augmenté d'environ 15 %, une augmentation similaire du nombre de techniciens de santé ayant été aussi enregistrée.

« L'une des mesures ayant considérablement contribué à nos efforts a été la formation d'infirmiers et infirmières en santé de la mère et de l'enfant, qui jouent un rôle extrêmement important », a déclaré le Dr Caetano Pereira, président du Comité national sur les décès maternels, néonataux et périnataux du ministère de la santé.

L'OMS a été un partenaire clé pour accompagner le Mozambique dans la mise en place d'un système de surveillance et de riposte à la mortalité maternelle et la fourniture d'un soutien technique et financier au ministère de la santé en 2019 pour la mise à jour du module de formation sur les soins obstétriques et néonataux d'urgence. S'en est suivie la formation de 40 formateurs nationaux dans les 11 provinces du pays.

En 2021, l'OMS a également collaboré avec les autorités sanitaires à l'élaboration d'une stratégie globale de santé communautaire. La mise en œuvre a commencé en 2022, avec un accent mis sur l'augmentation de la capacité des agents de santé communautaires à recenser rapidement les risques chez les femmes enceintes.

« Le Mozambique a déployé des efforts louables pour réduire la mortalité maternelle », a déclaré le Dr Severin Ritter von Xylander, représentant de l'OMS au Mozambique. « Si le pays parvient à maintenir la réduction annuelle qu'il a enregistrée jusqu'ici, alors il est sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de développement durable relatif à la mortalité maternelle d'ici à 2030, sauvant ainsi d'innombrables vies. »





Promouvoir la santé et le développement de chaque enfant

La croissance rapide de la population jeune d'Afrique ayant le potentiel de stimuler considérablement la croissance régionale, les États Membres et les partenaires sont fortement motivés à remédier aux défis persistants que représentent les mortinaissances évitables et la mortalité maternelle, néonatale et infantile dans la Région. Cependant, les pays devront respecter leurs engagements de haut niveau en matière de promotion de la santé et du bien-être des enfants afin d'accélérer les progrès en vue de rattraper le retard dans l'atteinte des cibles des objectifs de développement durable relatives à la santé des enfants.

Les succès du continent sont la preuve de ce qu'il est possible de réaliser. Par exemple, cinq pays à revenu élevé, à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure¹⁰¹ ont atteint la cible des objectifs de développement durable relative à la mortalité des enfants de moins de cinq ans, tandis que neuf autres,¹⁰² dont certains à faible

revenu, ont connu une baisse considérable de cet indicateur entre 2000 et 2022. Le Malawi, le Rwanda et Sao Tomé-et-Principe ont réussi à le réduire de plus de 75 %, tandis qu'en Angola, au Burundi, en Éthiopie, au Sénégal, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie, il a diminué de plus de deux tiers.

Au cours de la dernière décennie, les taux de mortalité des enfants ont continué de reculer dans la Région, celui des moins de cinq ans ayant baissé de 53 % pour 1000 naissances vivantes (ce qui équivaut à un rythme de 2,5 % par an) : en effet, il est passé de 150 à 70 entre 2000 et 2022 (Figure 24). Toutefois, cette baisse a été plus rapide entre 2000 et 2010 (environ 4 % par an) qu'entre 2010 et 2022 (environ 3 % par an).

Le taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes a aussi diminué, passant de 40 à 26 entre 2000 et 2022, soit une baisse de 35 % ou de 2 % par an. Si cette baisse reste constante, alors les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et de mortalité néonatale

101 Algérie, Cabo Verde, Maurice, Sao Tomé-et-Principe et Seychelles.

102 Angola, Burundi, Éthiopie, Malawi, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe et Sénégal.

« Si nous changeons le début de l'histoire, nous changeons toute l'histoire. Il convient de noter que la santé et la survie de la mère ont un impact considérable sur la croissance psychosociale des enfants. Les acquis en matière de survie des femmes et des enfants justifient aujourd'hui la nécessité d'investir pour que nos enfants ne se contentent pas de survivre, mais qu'ils s'épanouissent pleinement, et de veiller à cela. »

D^r Charles Sagoe-Moses
Représentant de l'OMS en République-Unie de Tanzanie

pour 1000 naissances vivantes seront respectivement de 34 et 21 en 2030. Toutefois, ces taux ne permettraient toujours pas d'atteindre les cibles des objectifs de développement durable pour 2030 en ce qui concerne la mortalité des enfants de moins de cinq ans (25 pour 1000 naissances vivantes au plus) et la mortalité néonatale (12 pour 1000 naissances vivantes au plus).

Pour soutenir les progrès vers les cibles des objectifs de développement durable, le Bureau régional de l'Afrique a pris l'initiative de mettre au point un cadre d'amélioration des services intégrés axés sur les enfants de 0 à 19 ans dans le contexte des soins de santé primaires.¹⁰³ Basé

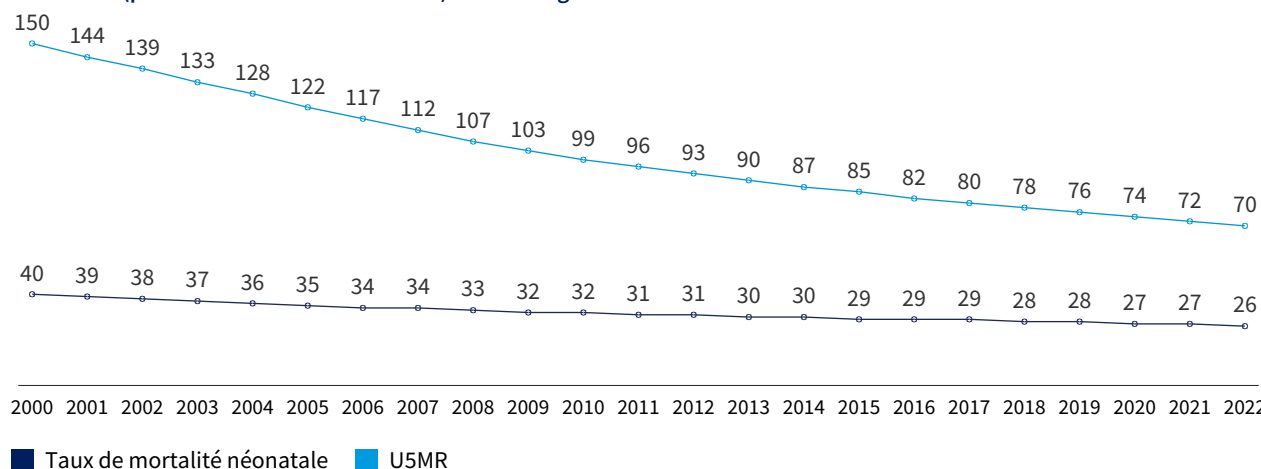
¹⁰³ Document en cours de finalisation.

sur les objectifs de développement durable, la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030), le cadre opérationnel pour les soins de santé primaires et le cadre de l'OMS pour des services de santé intégrés et centrés sur la personne, et en phase avec ceux-ci, ce cadre est le fruit de la collaboration avec divers États Membres et énonce des principes Directeurs essentiels, les domaines d'action stratégiques visés, les résultats escomptés et les effets souhaités.

L'OMS a également mené des concertations de haut niveau sur les politiques, entrepris des campagnes de mobilisation, apporté un appui aux pays afin qu'ils puissent élaborer des plans stratégiques généraux pour la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et contribué à la formulation de plans ciblés d'accélération/d'opérations pour différentes étapes de la vie. Ces efforts ont permis de concevoir des ensembles de services de santé essentiels destinés à tous les groupes d'âge tout au long du continuum de soins, et à renforcer les capacités de mise en œuvre et de suivi des progrès.

Pour aider les pays à fournir les soins de grande qualité recherchés, l'OMS a défini des orientations pratiques pour faire en sorte que les systèmes de santé respectent les normes

Figure 24 : Tendances des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et des nouveau-nés (pour 1000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l'OMS



Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile

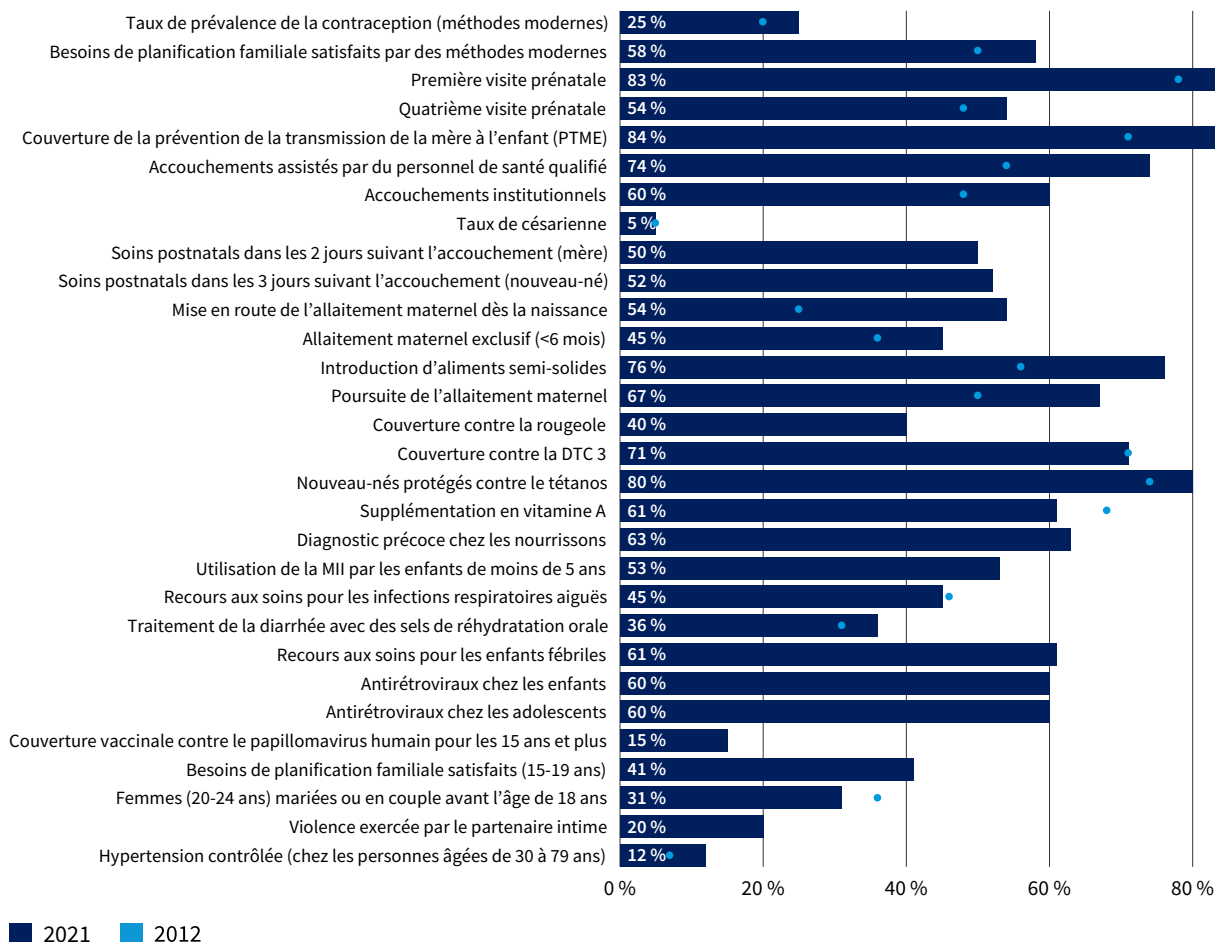
établies, tout en travaillant avec des partenaires à faciliter l'échange de connaissances entre les pays. C'est ainsi que de bonnes pratiques et des innovations ont été adoptées, ce qui a permis d'améliorer la qualité des soins offerts aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants, de revitaliser la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) en appliquant une approche systémique de la mise en œuvre, et d'adopter l'approche des soins attentifs dans les systèmes de santé.

La couverture des interventions en matière de santé de l'enfant a augmenté entre 2015 et 2022. Outre la présence de personnel qualifié

à la naissance, les améliorations constatées concernent l'allaitement maternel précoce, les soins postnatals pour les nouveau-nés, le diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons, l'allaitement maternel exclusif, l'antibiothérapie pour la pneumonie, l'utilisation de solutions de réhydratation orale (SRO) et du zinc pour la diarrhée (bien qu'à partir d'un niveau de référence très bas), l'emploi de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour lutter contre le paludisme, et le traitement antirétroviral pour le VIH.

Sur le terrain, on a vu une amélioration des stratégies visant à accroître l'accès aux services intégrés de santé de l'enfant et la qualité de ces

Figure 25 : Évolution de la couverture de certaines interventions importantes pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant



services (voir Figure 25). Au total, 35 pays¹⁰⁴ (74 %) disposent de politiques/lignes directrices nationales sur la PCIME, tandis que 32¹⁰⁵ (70 %) ont des normes nationales de qualité des soins maternels et néonataux. En outre, 37 pays¹⁰⁶ (77 %) ont adopté des politiques, des lignes directrices et des législations nationales relatives à l'enregistrement de chaque décès de nouveau-né et de chaque mortinaissance, tandis que 24 pays¹⁰⁷ (55 %) ont une stratégie nationale ou un plan de mise en œuvre en vue de l'intensification des soins aux nouveau-nés malades et de petit poids.

Le développement du jeune enfant, qui couvre la croissance cognitive, physique, motrice, sociale et émotionnelle, ainsi que l'acquisition du langage, de la conception à l'âge de huit ans, est un autre domaine d'intérêt. La période allant de la conception aux premières années, en particulier les 1000 premiers jours, est caractérisée par un développement rapide du cerveau, les premières expériences exerçant une influence considérable. L'investissement dans des soins attentifs pour le développement du jeune enfant a non seulement une incidence sur la survie des enfants, leur saine croissance et leur maturation, mais il influe également sur le vieillissement en bonne santé, illustrant ainsi la nécessité et l'avantage d'adopter une perspective axée sur toutes les étapes de la vie.

Au cours des cinq années qui se sont écoulées depuis le lancement en 2018, lors d'une manifestation organisée en marge de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, du Cadre de soins attentifs pour le développement du jeune enfant afin d'assurer sa survie et son épanouissement, l'OMS a apporté son soutien à

toute une série d'initiatives porteuses d'avenir. En décembre 2023, trente-deux États Membres de la Région africaine¹⁰⁸ avaient adopté des politiques nationales multisectorielles qui ont permis la création d'un environnement favorable à la prestation de soins attentifs. Dans le cadre de cette approche, la réponse du secteur de la santé est particulièrement importante, compte tenu des possibilités de tirer parti des interactions fréquentes que les jeunes enfants et leurs aidants ont avec les prestataires de soins.

L'Éthiopie et le Rwanda, par exemple, intègrent ces plans multisectoriels dans leurs stratégies relatives au secteur de la santé, en définissant des programmes de soins pour les personnes en contact avec les jeunes enfants et leurs aidants, et en renforçant la capacité des travailleurs de la santé à intégrer les soins attentifs dans les systèmes de santé afin d'atteindre tous les jeunes enfants.

L'OMS a également apporté son aide afin que les pays adoptent et mettent en œuvre des lignes directrices visant à améliorer la qualité des soins de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents. Il s'agit notamment du plan d'action mondial « Chaque nouveau-né » (2014), des Standards de l'OMS pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé (2016), et du Guide opérationnel pour l'audit et l'examen de la mortalité pédiatrique en établissement (2018). On peut également citer les lignes directrices et normes relatives aux nouveau-nés malades et de petit poids (2020), les Recommandations de l'OMS pour les soins aux nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance (2022), les Recommandations de l'OMS concer-

104 Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe. (Source : 2023 SRMNCAH Policy Survey.)

105 Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Namibie, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo et Zambie. (Source : EPMM & ENAP tracking too, 2023.)

106 Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe (Source : 2023 SRMNCAH Policy survey.)

107 Bénin, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Libéria, Malawi, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo et Tchad.

108 Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles et Sierra Leone.

EXEMPLE DE RÉUSSITE

Les Seychelles célèbrent 50 ans de vies d'enfants sauvées par la vaccination

99 %

taux de couverture par la première dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC1) en 2022

97 %

taux de couverture par la troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) en 2022

98 %

taux de couverture de la première dose de vaccin à valence rougeole (VAR1) en 2022

>95 %

couverture vaccinale pour les vaccins essentiels destinés aux enfants, jugée optimale pour prévenir les flambées de maladies

Matteo Pragassen a presque un an et sa mère, Diane Uranie, l'a amené au centre de santé Beau Vallon à Victoria, la capitale des Seychelles, pour le faire vacciner contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Peu après son arrivée, l'infirmière Brigitte Mathiot lui administre habilement la piqûre, et c'est tout.

La vaccination systématique des enfants est un élément clé des services de santé et de survie de l'enfant offerts par le Ministère de la santé des Seychelles. Officiellement mis en place en 1974 avec le soutien de l'OMS, le programme national de vaccination a célébré son 50^e anniversaire en 2024, en même temps que le programme élargi de vaccination de l'OMS.

Les Seychelles ont une couverture élevée pour les vaccins essentiels destinés aux enfants, qui dépasse 95 %, ce qui est optimal pour éviter les flambées de maladies à prévention vaccinale au sein de la population. En 2022, la couverture par les première et troisième doses du vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC1 et DTC3), et par la première dose du vaccin à valence rougeole (MCV1), était estimée à 99 %, à 97 % et à 98 %, respectivement, ce qui est nettement plus élevé que les moyennes régionales comparables. Le pays a également su résister aux perturbations causées par la COVID-19, n'enregistrant qu'une légère baisse de la couverture en

2021, avant de retrouver ses niveaux d'avant la pandémie l'année suivante.

Il n'y a pas eu non plus un seul cas de rougeole ou de rubéole aux Seychelles depuis 2020, et les efforts de vaccination ont permis au pays de devenir le premier de la Région africaine à recevoir une certification pour l'élimination de cette maladie.

Le succès du programme de vaccination est multiforme. Des services de santé de l'enfant gratuits et accessibles permettent aux femmes d'accoucher dans des établissements de santé, garantissant ainsi l'administration rapide des vaccins prévus à la naissance. La vaccination est également intégrée à d'autres interventions en faveur de la survie de l'enfant, les agents de santé sensibilisant les mères à son importance dès les premiers jours.

« Nous commençons à promouvoir la vaccination auprès des mères depuis les consultations prénatales, la naissance et les consultations postnatales jusqu'à ce que les enfants aillent à l'école », explique Marylene Lucas, directrice des services de santé communautaire au Ministère de la santé des Seychelles.

En raison de la stabilité de son économie et de l'engagement de responsables politiques au plus haut niveau, la République des Seychelles dispose de ressources financières durables et

« Dans le cadre de mes soins postnatals, la clinique m'a conseillée différents vaccins que Matteo devrait recevoir en grandissant et qui sont nécessaires pour le protéger contre diverses maladies. Je suis heureuse qu'il se fasse vacciner, car cela permet à son corps d'être immunisé contre les maladies. »

Diane Uranie



d'une ligne budgétaire dédiée pour la vaccination, lesquelles ne peuvent pas être réaffectées à d'autres utilisations. Les taux d'alphabétisation élevés et l'accès aux médias et à l'information facilitent l'acceptation à grande échelle de la vaccination par la population.

Matteo grandira protégé contre toutes les maladies évitables par la vaccination grâce au dévouement de sa mère et à un système de santé bien établi. « Je comprends pourquoi Matteo doit prendre ses vaccins. Je ne voudrais pas qu'il tombe malade parce que nous avons négligé de suivre les conseils », déclare Uranie.

« L'OMS félicite le gouvernement seychellois pour son engagement en faveur de la vaccination des enfants. Nous étions il y a 50 ans, lorsque le pays a établi le programme, nous sommes restés là durant les cinq dernières décennies, et nous tenons à être encore là au moment où le pays franchit des étapes encore plus importantes. »

D^r Rex Mpazanje
Représentant de l'Organisation
aux Seychelles

nant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive (2016), les Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement (2018), et les Recommandations de l'OMS sur les soins à la mère et au nouveau-né pour une expérience positive de la période postnatale (2022).

En outre, l'OMS a apporté un appui aux pays afin qu'ils puissent adopter des normes pour une expérience positive des périodes prénatale et postnatale et prendre en charge les maladies de l'enfant suivant la stratégie PCIME. Le potentiel de cette stratégie innovante centrée sur l'enfant n'est pas encore pleinement exploité. À la suite d'une consultation des parties prenantes organisée en novembre 2022 en République-Unie de Tanzanie, il a été recommandé de mettre au point un programme de « renouvellement de la PCIME », l'objectif étant de tirer parti de la revitalisation en cours des soins de santé primaires et de l'alignement entre la PCIME et ces derniers.

L'investissement dans des soins attentifs pour le développement du jeune enfant a non seulement une incidence sur la survie des enfants, leur croissance et leur développement sains, mais il influe également sur le vieillissement en bonne santé (voir l'ODD5.5). Il est possible d'intégrer des soins attentifs dans toutes les interactions qu'ont les jeunes enfants et leurs aidants dans les systèmes de soins de santé existants, et cela pourrait améliorer la qualité globale de la collaboration entre les professionnels de la santé et les aidants.

Les initiatives en cours pour renforcer les bases des soins de santé primaires en vue de la couverture sanitaire universelle, la sécurité sanitaire et la promotion de la santé des populations, ainsi que le cadre de l'OMS pour des services de santé intégrés et centrés sur la personne, sont tous liés, car ensemble, ils jouent un rôle central à l'appui d'un programme global de promotion de la santé et du bien-être des enfants. Une coordination et une collaboration efficaces entre les programmes de santé, et entre les différents secteurs, sont des préalables essentiels pour modifier la trajectoire des progrès en ce qui concerne la santé de l'enfant.

Améliorer la santé et le bien-être des adolescents

Avec environ 250 millions d'adolescents (10-19 ans) rien qu'en Afrique subsaharienne en 2020, qui représente un cinquième de la population mondiale dans cette tranche d'âge et devrait atteindre 24 % d'ici à 2030, la Région africaine enregistre une croissance exponentielle des jeunes qui offre d'énormes possibilités de tirer profit du dividende démographique et d'améliorer le capital humain.

Promouvoir des comportements sains pendant l'adolescence et prendre des mesures pour mieux protéger les jeunes contre les risques sanitaires sont essentiels pour prévenir les problèmes de santé, non seulement pendant cette phase de la vie, mais aussi jusqu'à l'âge adulte. Cela est particulièrement vrai si l'on considère les contextes sociaux difficiles propres aux adolescents qui grandissent sur le continent, où la pauvreté, le décrochage scolaire, les mariages et les grossesses d'enfants, le manque de connaissances en matière de santé, les mauvais comportements de recours aux soins

et la charge relativement élevée de maladies infectieuses ont tous un impact négatif sur leur état de santé.

Reconnaissant l'ampleur du défi, les autorités nationales ont pris des engagements à l'appui d'interventions multisectorielles partout sur le continent. En avril 2023, les Ministres de l'éducation, de la santé, de l'égalité des genres et de la jeunesse des pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale ont signé un engagement visant à garantir l'éducation, la santé et l'épanouissement des adolescents. Un engagement similaire avait été pris trois ans auparavant par les pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe, tandis que les autorités de 10 pays africains¹⁰⁹ s'engageaient à soutenir le Programme d'action pour la santé et le bien-être des adolescents lors du Forum mondial pour les adolescents d'octobre 2023.

L'un des changements notables qui s'est ensuivi a été la baisse de 16 % du nombre de grossesses chez les adolescentes, qui est passé

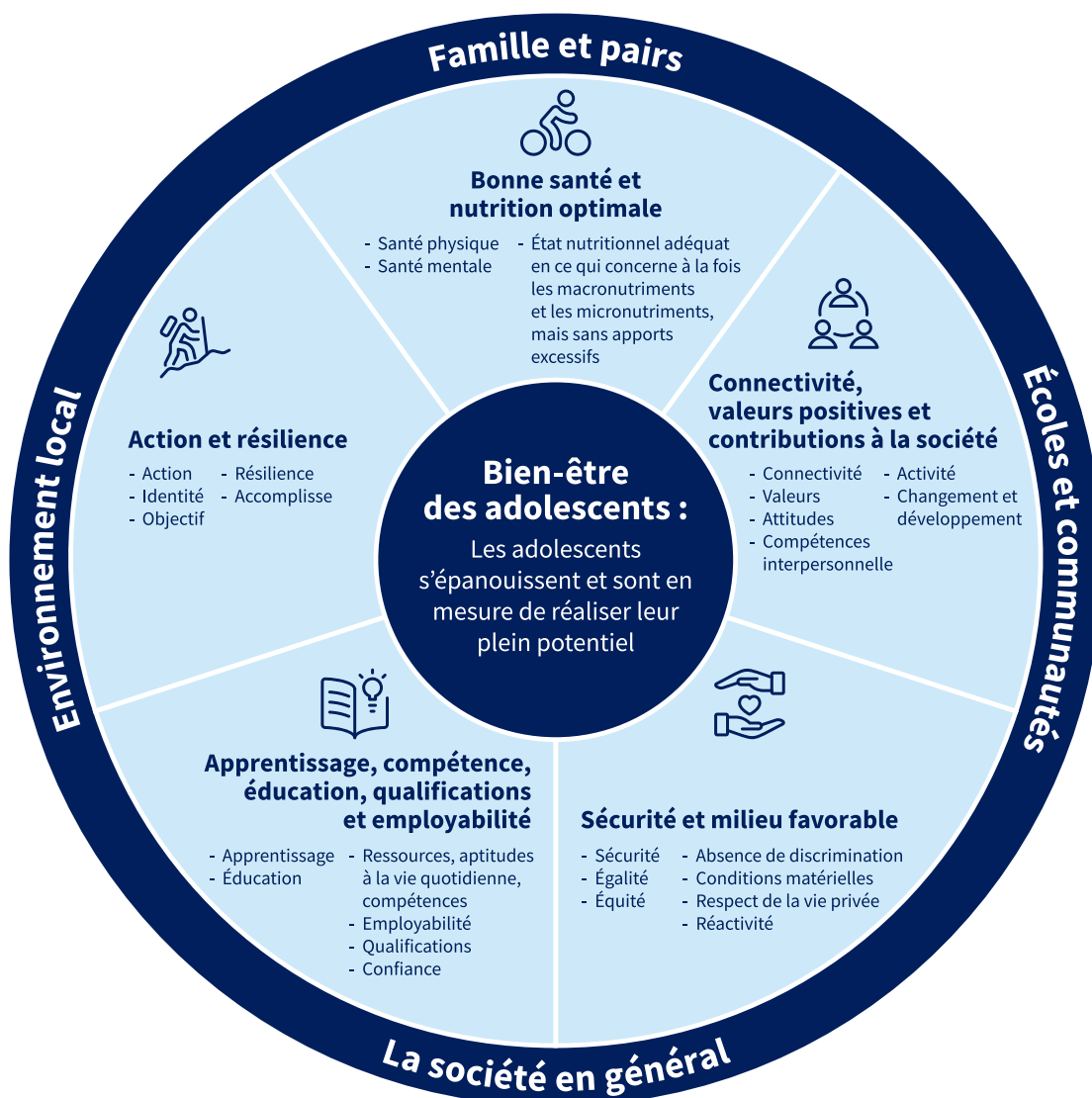
¹⁰⁹ Afrique du Sud, Botswana, Congo, Éthiopie, Ghana, Libéria, Malawi, Namibie, Nigéria et Zambie.

de 114 pour 1000 naissances vivantes en 2010 à 96 en 2023.

En 2017, au début de son premier mandat en tant que Directrice régionale pour l'Afrique, la D^e Moeti a lancé le Programme phare sur la santé de l'adolescent afin d'améliorer la santé et le bien-être de ce groupe. Ce programme offrait des services de conseil et un appui aux pays pour leur permettre d'entreprendre des interventions basées sur des données probantes, conformément aux orientations du Cadre pour une Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!). Grâce au

financement catalytique initial de la Directrice régionale, ce programme a considérablement renforcé le rôle moteur de l'OMS. On a pu le voir dans le dialogue sur les politiques à mener avec les autorités nationales, ainsi que dans la mobilisation et le ralliement des institutions des Nations Unies et d'autres partenaires de développement en faveur d'un effort commun de programmation systématique et globale dirigé par les autorités des pays concernés, afin de garantir la santé et le bien-être de ce groupe vulnérable.

Figure 26 : Facteurs de bien-être des adolescents



S'appuyant sur les enseignements tirés de l'expérience et guidée par la deuxième édition des orientations AA-HA! publiées en octobre 2023, l'OMS a entrepris de repenser la mise en œuvre du programme autour d'une démarche globale et interdisciplinaire. Au sein du Bureau régional de l'Afrique, le programme a principalement pour fonction de coordonner l'action des différents groupes organiques afin d'offrir un appui intégré aux pays et de promouvoir une éthique de responsabilité de haut niveau en matière de résultats, notamment dans le cadre des rapports. L'OMS a également facilité des concertations sur les politiques, les consultations des États Membres et la recherche du consensus entre les parties prenantes, ce qui a permis de passer stratégiquement de projets dirigés par des ONG à des programmes nationaux relevant de l'administration en ce qui concerne la santé de l'adolescent.

À l'heure actuelle, 40 pays¹¹⁰ ont élaboré

des plans stratégiques axés sur la santé et le bien-être des adolescents, concourant ainsi à des améliorations significatives au cours des dernières décennies, et intégré des éléments des orientations AA-HA!. Les pays s'attaquent également aux inégalités entre les sexes dans les services de santé destinés aux adolescents. Grâce à l'appui de l'OMS, 33 pays¹¹¹ utilisent désormais l'outil d'évaluation des obstacles relatifs aux services de santé destinés aux adolescents (AHSBA), un groupe de 15 consultants ayant été formé pour offrir un soutien continu. Cet outil est utilisé pour l'analyse de la situation afin d'éclairer l'élaboration de politiques et de stratégies nationales propices à l'évolution de l'égalité des genres, axées sur l'équité et fondées sur les droits.

Un dialogue de haut niveau sur les politiques publiques, ainsi que l'engagement ultérieur des pouvoirs publics, est essentiel pour faciliter la mise en œuvre de programmes de transforma-

110 Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cabo Verde, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

111 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mali, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.



tion. Les engagements des ministres des pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe (2020) et de ceux d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale (2023) en faveur de l'éducation, de la santé et du bien-être des adolescents et des jeunes facilitent l'élaboration de programmes multisectoriels relatifs à la santé et au bien-être des adolescents. Des pays tels que l'Afrique du Sud, le Botswana et les Seychelles ont sollicité le concours de l'OMS à cette fin.

Mais il est également nécessaire de mettre davantage l'accent sur le changement des mentalités de toutes les parties concernées afin que les programmes de santé axés sur les adolescents puissent passer d'une approche axée sur la maladie à une approche centrée sur le bien-être qui fait appel à des actions intersectorielles.

Il est important de noter que les politiques et lois restrictives sont révisées actuellement afin d'améliorer l'accès des adolescents aux services de santé. Par exemple, le Bénin a révisé sa loi sur la santé sexuelle et reproductive en 2021 avec le soutien de l'OMS et de l'UNFPA, afin d'établir un cadre pour les soins liés à l'avortement et d'autres services de santé sexuelle et reproductive. Neuf pays¹¹² ont mis en place des systèmes d'accréditation des établissements de santé en tant qu'établissements accueillants pour les adolescents et les jeunes, sur la base des normes de l'OMS. Entre 2018 et 2021, 7910 établissements de santé ont été évalués et 5532 ont été certifiés comme adaptés aux adolescents. En outre, les interventions en faveur de la santé de l'adolescent sont en train d'être mises à l'échelle, notamment la vaccination contre le papillomavirus humain pour les filles âgées de 9 à 14 ans dans 28 pays.¹¹³ L'OMS apporte un appui à ces pays afin qu'ils intègrent la vaccination contre le papillomavirus humain dans des soins plus larges centrés sur la personne.

L'un des enseignements tirés de cette expérience est que la participation des adolescents est essentielle. Au Kenya et au Zimbabwe, des organisations dirigées par des jeunes ont mené des campagnes de sensibilisation pendant la pandémie de COVID-19 et facilité l'accès aux services de santé, touchant 7926 adolescents via les radios locales et les réseaux sociaux.

Pour pallier la disponibilité limitée de données spécifiques aux adolescents, qui entrave la prise de décisions fondées sur des éléments probants, l'OMS a fourni un appui à 12 pays¹¹⁴ afin qu'ils revoient leurs systèmes d'information pour la gestion de la santé (SGIS) et leur DHIS2 de manière à y inclure des données détaillées sur les adolescents et les jeunes. Depuis 2018, ces pays recueillent et communiquent des données détaillées, qui ont déjà servi pour l'élaboration de politiques et de stratégies en Côte d'Ivoire, au Nigéria, en République démocratique du Congo et au Zimbabwe.

Les engagements pris au plus haut niveau par les pouvoirs publics à l'effet d'accroître les investissements et d'améliorer les politiques et programmes axés sur les adolescents sont susceptibles de donner des résultats percutants à l'avenir. Mais il est également nécessaire de mettre davantage l'accent sur le changement des mentalités de toutes les parties concernées afin que les programmes de santé axés sur les adolescents puissent passer d'une approche axée sur la maladie à une approche centrée sur le bien-être qui fait appel à des actions intersectorielles.

112 Afrique du Sud, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Malawi, Nigéria, République démocratique du Congo, Sierra Leone et Zimbabwe.

113 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Togo, Zambie et Zimbabwe.

114 Afrique du Sud, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Kenya, Libéria, Mozambique, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal et Zimbabwe.

EXEMPLE DE RÉUSSITE

République démocratique du Congo – Améliorer les services de santé des adolescents et des jeunes

1/3

proportion de la population âgée de 10 à 24 ans en République démocratique du Congo

17 %

pourcentage des jeunes et des adolescents qui ont eu recours à des services de santé en 2021

600

nombre des adolescents ayant visité le Centre hospitalier Saint-Clément entre juillet et décembre 2020, contre 280 pour la même période l'année précédente

Armande*, 19 ans, se souvient avec amertume de la première fois qu'elle s'est rendue dans un centre de santé. « Ça s'est vraiment mal passé », raconte l'adolescente originaire du Kongo Central, une province de l'ouest de la République démocratique du Congo. « J'étais plus jeune à l'époque, et je cherchais des informations sur le VIH. L'infirmière que j'ai rencontrée là-bas s'est moquée de moi devant tout le monde à cause de mon âge. »

En République démocratique du Congo, le gouvernement s'emploie à assurer l'accès des adolescents et des jeunes à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité. Selon le Plan stratégique pour la santé et le bien-être des adolescents et des jeunes (2021-2025), un tiers de la population est âgé de 10 à 24 ans. Pourtant, seuls 17 % des jeunes et des adolescents ont eu recours à des services de santé en 2021.

L'OMS a appuyé la mise en œuvre d'un projet innovant d'apprentissage collaboratif financé par le Fonds mondial. Les prestataires de services travaillent ensemble pour recenser les problèmes communs, en discuter et proposer des solutions appropriées, tout en renforçant les capacités et en développant des attitudes positives, lesquelles se répercutent ensuite sur les services de santé fournis aux adolescents.



En plus de fournir des conseils techniques pour le projet, l'OMS a appuyé des formations et la conception de matériel de qualité pour les prestataires.

Le projet a été mis en œuvre dans six districts des provinces du Kasai occidental (Mbuji-Mayi) et de Kinshasa en 2018 et 2019. Jeannette Mudipanu, infirmière au centre hospitalier Saint Clément de Makala, qui a participé à l'une des formations, affirme avoir opéré un profond changement de perspective.

La fréquentation des jeunes est désormais en hausse à Saint Clément, les données disponibles montrant qu'environ 600 adolescents s'y sont rendus entre juillet et décembre 2020, contre 280 à la même période l'année précédente. Les entretiens de sortie ont révélé un taux de satisfaction de 100 %.

Armande a été immédiatement sensible à la nouvelle approche. « C'était le jour et la nuit », dit-elle en comparant cette expérience à la première. « La première chose que j'ai remarquée, c'est la façon dont j'ai été accueillie. L'infirmière m'a reçue dans un espace privé et a répondu à mes questions sans porter de jugement. Surtout, elle a corrigé certaines des fausses informations qui circulaient. »

* Son nom a été changé

« Il est important de comprendre la personne. Ensuite, il faut prendre le temps d'écouter, sans se presser, et surtout sans juger. »

Jeannette Mudipanu

Infirmière au centre hospitalier Saint Clément de Makala

« Les jeunes et les adolescents ont besoin de services qui leur conviennent », déclare Fidèle Mbadu Muanda, Directeur du programme national de la santé de l'adolescent. « L'apprentissage collaboratif est centré sur le renforcement des capacités et le changement d'attitude des prestataires de services. Nous avons harmonisé les normes et les politiques liées aux services de santé destinés aux jeunes, conformément aux orientations de l'OMS. »

Promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées

Les taux de natalité étant en baisse et la longévité en hausse, l'espérance de vie mondiale a doublé depuis 1900 et continue d'augmenter.¹¹⁵ La population des plus de 60 ans en Afrique subsaharienne devrait tripler d'ici à 2050, ce qui oblige les pays à trouver des solutions aux problèmes historiques liés à la mise en œuvre de politiques adaptées aux personnes âgées et à mettre en place des systèmes pour répondre à leurs besoins en matière de soins de santé.

L'espérance de vie en bonne santé est passée de 46 ans en 2000 à 55 ans en 2019 dans la Ré-

gion africaine, le nombre de personnes âgées augmentant le plus rapidement en Afrique ; il devrait tripler pour passer de 54 millions en 2020 à 163 millions d'ici à 2050.¹¹⁶

Les ministres africains de la santé ont approuvé en 2021 un cadre régional sur le vieillissement en bonne santé (2021-2030), 30 pays¹¹⁷ ayant ensuite élaboré des stratégies nationales y relatives. En outre, 12 pays¹¹⁸ ont mis en place des comités de coordination multisectoriels sur le vieillissement, tandis que 29 pays¹¹⁹ ont adopté des lois pour lutter contre la discrimi-

115 Décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé (2021–2030). Dans : Soixante-quinzième session de l'Assemblée générale des Nations Unies. Point 131 de l'ordre du jour — Santé mondiale et politique étrangère. New York (NY) : Nations Unies ; 2020 (<https://undocs.org/en/A/75/L.47>, consulté le 13 avril 2021).

116 United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2023). World Population Ageing 2023: Challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries, UN DESA/POP/2023/TR/NO.5.

117 Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Érythrée, Gabon, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

118 Botswana, Cabo Verde, Érythrée, Ghana, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal et Zimbabwe.

119 Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Nigéria, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Togo, Zambie et Zimbabwe.

nation fondée sur l'âge. Vingt et un pays¹²⁰ ont également élaboré des politiques visant à offrir des services gratuits aux personnes âgées dans le secteur public, et 18 pays¹²¹ ont commencé à créer des environnements adaptés à ce groupe.

« Créer des environnements favorables aux personnes âgées afin de réduire les inégalités et de transformer la compréhension du vieillissement et de la santé est une première étape essentielle. Collaborer avec les systèmes de santé nationaux pour les aider à s'adapter aux besoins des personnes âgées et à investir dans le personnel approprié devrait également être une priorité. »

D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

L'OMS a grandement milité en faveur de programmes destinés à améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées, conformément aux principes de la Décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030). Dans le cadre du programme pour ladite

Décennie, l'OMS a fourni son aide aux pays afin qu'ils puissent combattre la discrimination fondée sur l'âge, créer des environnements favorables aux personnes âgées et fournir des soins intégrés à ces dernières.

Plus précisément, l'Organisation a apporté un appui à cinq pays¹²² pour qu'ils puissent adapter leurs lignes directrices et leurs outils en vue de la mise en œuvre de l'approche de soins intégrés aux personnes âgées (ICOPE). La réorientation vers cette approche a permis aux professionnels de la santé de mieux comprendre les besoins particuliers des personnes âgées dans le cadre des soins de santé primaires et d'y répondre plus efficacement. En 2021, l'OMS a également collaboré avec HelpAge International pour lancer une campagne de sensibilisation à la discrimination fondée sur l'âge (âgisme). Ses efforts ont été récompensés par le Prix honorifique Amadou Mahtar Mbow qui lui a été attribué lors du premier Sommet international des aînés d'Afrique et de ses diasporas (SIAAD 2022) organisé par le Réseau international francophone des aînés (RIFA) au Sénégal en 2022.

120 Afrique du Sud, Algérie, Burundi, Cabo Verde, Comores, Guinée équatoriale, Érythrée, Ghana, Lesotho, Madagascar, Mozambique, Namibie, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Zambie et Zimbabwe.

121 Bénin, Botswana, Cabo Verde, Congo, Érythrée, Guinée, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sierra Leone, Tchad et Zimbabwe.

122 Botswana, Kenya, Maurice, Nigéria et Sénégal.





Favoriser les efforts
pour maîtriser
et éliminer
les maladies
transmissibles

6

6.1	Intensifier l'appui aux systèmes de lutte contre les maladies et à la gouvernance	119
6.2	Maladies tropicales et maladies à transmission vectorielle	121
6.3	VIH, tuberculose et hépatite	126
6.4	Maladies à prévention vaccinale	132

Cible 3.3 des objectifs de développement durable :

D'ici à 2030, mettre fin* à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles.

**L'expression « mettre fin » est utilisée pour décrire un processus de définition de cibles, comme prescrit au titre des objectifs de développement durable, assorties de critères d'évaluation mesurables, qui sont suivis et évalués à l'aide d'indicateurs déterminés scientifiquement.*

Intensifier l'appui aux systèmes de lutte contre les maladies et à la gouvernance

Avant l'avènement de la COVID-19, la Région africaine de l'OMS avait réalisé de réels progrès dans la prévention et la maîtrise des maladies. Elle avait réduit l'incidence du paludisme, de la tuberculose, de la poliomyélite, du VIH, de la rougeole et de l'hépatite B, introduit de nouveaux vaccins et amélioré l'accès à l'eau potable et à l'assainissement. À l'exemple de 92 % des pays du monde, le continent n'a cependant pas échappé aux profondes perturbations des services de santé provoquées par la pandémie. L'incidence du paludisme et de la tuberculose a augmenté, le nombre de décès dus à la tuberculose dans le monde a progressé pour la première fois depuis 2015, et 22,7 millions d'enfants n'ont pas reçu les vaccins de base.

Dans la Région africaine en particulier, la pandémie posait une menace importante qui risquait de compromettre les acquis réalisés, notamment l'élimination de la poliomyélite en 2020 et la baisse substantielle du nombre de nouvelles infections par le VIH ainsi que de nouveaux cas de tuberculose (22 % entre 2015 et 2020). Si la dynamique en faveur des objectifs de développement durable à l'horizon 2030

s'est essoufflée, la pandémie a mis en évidence la fragilité des systèmes de santé en Afrique et souligné le besoin urgent de ramener à court terme les services aux niveaux qui existaient auparavant, tout comme l'importance d'investir dans des systèmes plus solides capables de résister aux situations d'urgence sanitaire à l'avenir.

Avant l'adoption de la couverture sanitaire universelle en 2015, la santé mondiale était axée sur l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement, qui donnaient la priorité à la lutte contre les maladies et dont la mise en œuvre était largement verticalisée. L'adoption de la couverture sanitaire universelle a été l'occasion de passer à une réflexion systémique, comprenant la fourniture de services de santé intégrés. Pour soutenir cette nouvelle approche, l'OMS a réorganisé les groupes organiques de manière à porter une attention particulière à la couverture sanitaire universelle et à l'intégration.

L'un des changements stratégiques a consisté à réunir deux groupes organiques auparavant distincts, à savoir le groupe organique Maladies

transmissibles et le groupe organique Maladies non transmissibles, en un seul groupe dont l'orientation stratégique globale est la couverture sanitaire universelle. C'est ce qui a donné naissance au groupe organique Couverture sanitaire universelle/Maladies transmissibles et non transmissibles en 2019. Les limites de la planification sectorielle et verticale et de la mise en œuvre des programmes étaient déjà bien connues avant la pandémie, comme démontré dans le chapitre précédent. Il était donc temps d'adopter une nouvelle approche systémique intégrée de la prévention, du contrôle, de l'élimination et de l'éradication des maladies.

Il était donc temps d'adopter une nouvelle approche systémique intégrée de la prévention, du contrôle, de l'élimination et de l'éradication des maladies.

De nouvelles stratégies et orientations visant à accélérer les actions prioritaires ont été publiées, encourageant les pays à passer de programmes verticaux de lutte contre les maladies à des approches intégrées et transversales. Plus tard, le lancement de quatre initiatives spéciales¹²³ s'inspirant des succès nationaux et internationaux de l'après-pandémie a accéléré l'appui technique offert aux pays pour améliorer la préparation aux pandémies dans la Région. Ces initiatives interdépendantes avaient vocation à intensifier le soutien aux systèmes de prévention et de contrôle des maladies et à la gouvernance, et à susciter de nouveaux partenariats avec des institutions africaines afin d'élargir la réserve de prestataires locaux d'appui technique à la disposition des autorités sanitaires nationales. Elles visaient en outre à accroître les investissements dans la science des données afin d'encourager davantage la prise de décisions fondées sur des éléments probants et de promouvoir la recherche et l'innovation.

Pour concrétiser la vision stratégique intitulée « Mettre fin aux maladies en Afrique :

vision, stratégies et initiatives spéciales, 2023-2030 », l'équipe de lutte contre les maladies de la Région a également été divisée en quatre équipes thématiques : maladies tropicales et à transmission vectorielle, dont le paludisme et les maladies tropicales négligées ; VIH, tuberculose et hépatite ; maladies non transmissibles et santé mentale (sujets abordés au chapitre 7) ; et maladies évitables par la vaccination. La restructuration concernait également une initiative phare spéciale dénommée « Programme spécial élargi de lutte contre les maladies tropicales négligées » et deux équipes transversales travaillant sur les indicateurs de santé publique de précision axés sur le renforcement des capacités de production et d'utilisation de données probantes pour les interventions de lutte contre les maladies, ainsi que sur la planification et les politiques stratégiques axées sur des mesures et plans cohérents de lutte contre les maladies et les partenariats pertinents.

123 Ces initiatives interdépendantes ont été conçues pour dynamiser et diversifier les modèles d'appui technique fournis par l'OMS en soutenant intensément les systèmes de prévention et de contrôle des maladies et la gouvernance ; de nouveaux partenariats avec des institutions et des organismes africains afin d'élargir la réserve de prestataires locaux d'appui technique à la disposition des autorités sanitaires nationales ; les investissements dans le renforcement des capacités en science des données pour la prise de décisions fondées sur des données probantes ; et le renforcement de la recherche et de l'innovation afin de répondre aux priorités actuelles et futures en matière de santé publique dans la Région africaine.

Maladies tropicales et maladies à transmission vectorielle

6.2.1 Paludisme

Véritable percée dans la lutte contre le paludisme, deux vaccins sûrs et efficaces – le RTS,S et le R21 – recommandés par l’OMS ont donné lieu à la mise en place de programmes pilotes de vaccination contre le paludisme au Ghana, au Kenya et au Malawi. Ces programmes ont touché plus de 2,5 millions d’enfants entre 2019 et 2024, ce qui a permis de réduire de 30 % le paludisme grave et de 13 % le nombre total de décès d’enfants, et entraîné une baisse substantielle des hospitalisations. En 2024, le Bureau régional de l’Afrique a également lancé l’initiative pour l’Introduction et le déploiement

accélérés de vaccins antipaludiques en Afrique (AMVIRA) afin d’élargir encore leur utilisation et leur distribution.

En janvier 2024, Cabo Verde est devenu le troisième pays de la Région certifié comme ayant obtenu l’élimination du paludisme, après Maurice en 1973 et l’Algérie en 2019, ce qui constitue une victoire importante en matière de santé publique pour le continent. Il s’agissait d’un changement radical par rapport à 2015, lorsque la D^{re} Moeti a pris ses fonctions, alors que le financement de la lutte contre le paludisme avait commencé à stagner dans un contexte de menaces socioéconomiques croissantes et biologiques nouvelles. Malgré les progrès accomplis, qui ont permis de réduire son incidence de 41 % et ses taux de mortalité de 62 %, ¹²⁴ grâce au recours accru à des outils de lutte antivectorielle, des produits de diagnostic et des combinaisons thérapeutiques à base d’artémisinine (CTA), le paludisme continue d’avoir des effets dévastateurs.

En janvier 2024, Cabo Verde est devenu le troisième pays de la Région certifié comme ayant obtenu l’élimination du paludisme, après Maurice en 1973 et l’Algérie en 2019, ce qui constitue une victoire importante en matière de santé publique pour le continent.

¹²⁴ Rapport 2016 sur le paludisme dans le monde.

Des cibles régionales ont été définies, à savoir réduire d'au moins 90 % l'incidence du paludisme et les taux de mortalité liés à cette maladie (2015-2030). Elles consistaient en outre à éliminer le paludisme dans au moins six pays où il était transmis en 2015 et à prévenir la réapparition de la maladie dans tous les pays qui en étaient exempts. Des cibles intermédiaires ont été fixées pour 2025, 2028 et 2030, ce qui obligeait les États Membres à rendre compte des menaces biologiques et de l'accès aux services.¹²⁵ L'OMS a fourni un appui dans le cadre d'une série d'initiatives spéciales, notamment le projet AFRO II sur la gestion intégrée des vecteurs, un projet innovant de recherche dans 13 pays¹²⁶ (2016-2022) qui a permis d'accroître la capacité de planification et de mise en œuvre durables d'interventions de lutte antivectorielle fondées sur des données probantes. Ce projet a démontré la possibilité de réduire de 73,6 % l'utilisation du dichlorodiphényltrichloroéthane – de 433,1 tonnes en 2017 à 114,5 tonnes en 2021 – et l'importance de techniques de lutte antivectorielle respectueuses de l'environnement pour réduire la transmission.

Lancée en 2018 par l'OMS et le partenariat Faire reculer le paludisme pour en finir avec cette maladie, l'Initiative spéciale « D'une charge élevée à un fort impact » (HBHI) a été conçue pour soutenir les 11 pays où le fardeau du paludisme est le plus lourd,¹²⁷ 10 d'entre eux se trouvant en Afrique. Cette initiative avait pour but de renforcer la volonté politique de réduire la charge du paludisme, de garantir l'utilisation ciblée d'informations stratégiques, de fournir de meilleures orientations et de coordonner efficacement la riposte. Entre 2020 et 2022, les décès dus au paludisme dans les 10 pays relevant de l'Initiative « D'une charge élevée à un

fort impact » ont diminué de 5 %, passant de 443 771 à 420 468, les baisses les plus importantes ayant été enregistrées au Burkina Faso (13 %) et au Mali (11 %).

L'élimination du paludisme en Algérie et à Cabo Verde a été galvanisée par l'initiative E2020, qui a fourni un appui technique et financier à 21 pays, dont six¹²⁸ en Afrique, tandis que l'initiative E2025 en 2021 a permis une réduction de 25 % et de 5 % des cas de paludisme au Botswana et à Eswatini, respectivement. À l'échelle régionale, une baisse de 8,6 % du nombre de cas et de 12,6 % du nombre de décès dus au paludisme a été enregistrée entre 2015 et 2022, cinq pays¹²⁹ étant en bonne voie pour atteindre la cible de réduction de la mortalité due au paludisme dans la Stratégie technique mondiale et cinq¹³⁰ devant parvenir à une réduction suffisante de l'incidence.

En mars 2024, les ministres de la santé des 10 pays relevant de l'Initiative « D'une charge élevée à un fort impact » se sont réunis pour renouveler leur engagement à mettre fin aux décès dus au paludisme en signant la Déclaration de Yaoundé.¹³¹ Le Nigéria a été le premier de ces pays à organiser une réunion ministérielle nationale dont l'objectif était de repenser l'élimination du paludisme dans le contexte de réformes sectorielles plus larges et de l'augmentation du budget national de la santé.

L'OMS a joué un rôle central tout au long de la dernière décennie, fournissant un appui technique pour l'analyse des données, la stratification des risques et l'adaptation des interventions à l'échelon infranational. En 2023, les 44 pays d'endémie¹³² ont reçu une assistance pour l'examen de leurs programmes de lutte contre le paludisme et la révision de leurs plans stratégiques nationaux, tandis que l'OMS

125 Cadre pour la maîtrise, l'élimination et l'éradication intégrées des maladies tropicales et à transmission vectorielle dans la Région africaine 2022-2030.

126 Afrique du Sud, Botswana, Eswatini, Gambie, Kenya, Libéria, Madagascar, Mozambique, Namibie, Ouganda, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.

127 Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Inde, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo et République-Unie de Tanzanie.

128 Afrique du Sud, Botswana, Cabo Verde, Comores, Eswatini et Sao Tomé-et-Principe.

129 Afrique du Sud, Cabo Verde, Éthiopie, Sao Tomé-et-Principe et Zimbabwe.

130 Afrique du Sud, Cabo Verde, Éthiopie, Rwanda et Zimbabwe.

131 <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/03/06/default-calendar/malaria-ministerial-conference-tackling-malaria-in-countries-hardest-hit-by-the-disease>

132 Afrique du Sud, Angola, Botswana, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Madagascar, Mali, Nigéria, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal et Ouganda.

Tableau 5 : Progrès accomplis vers les cibles intermédiaires de 2020 et 2025 dans les pays relevant de l'Initiative « D'une charge élevée à un fort impact », avec un intervalle d'incertitude de 95 % entre parenthèses

Indicateurs/variable	Base de référence (2015)	Données les plus récentes (2022)	Cible pour la période (2022)	Observations
Incidence du paludisme	243,6 pour 1000 personnes à risque	222,6 pour 1000 personnes à risque	106,7 pour 1000 personnes à risque	52 % en retard
Taux de mortalité du paludisme	63,5 pour 100 000 personnes à risque	55,5 pour 100 000 personnes à risque	27,8 pour 100 000 personnes à risque	50 % en retard
Nombre de pays ayant éliminé le paludisme	0	2 (en 2024)	2 (en 2024)	Sur la bonne voie
Pourcentage de la population utilisant une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII)	53 %	49 % (56 % des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans)	Au moins 80 %	Augmentation de l'utilisation des MII dans les groupes cibles et stagnation de l'accès aux moustiquaires et de l'utilisation de ces dernières dans la population générale, à cause de retards dans les campagnes de masse dus à la pandémie de COVID-19
Pourcentage de femmes enceintes fréquentant une clinique prénatale qui ont suivi un traitement préventif intermittent (TPI) au moins trois fois	<20 %	42 %	Au moins 80 %	Augmentation substantielle, mais toujours en décalage du fait d'occasions manquées dans la prestation de services intégrés centrés sur la personne
Nombre d'enfants traités par au moins une dose de chimioprévention du paludisme saisonnier	5 870 382 (9 pays)	4 371 905 (17 pays)	S.O.	Augmentation de la portée et l'échelle de la chimioprévention du paludisme saisonnier
Pourcentage de pays faisant état des menaces biologiques relatives au paludisme	S.O.	23* (49 %)	90 %	Résistance généralisée aux insecticides et détection d'une résistance partielle à l'artémisinine depuis 2016
Nombre de pays ayant introduit le vaccin antipaludique	0	8†		
Nombre d'enfants ayant reçu le vaccin antipaludique	0	2 500 000 (8 pays)		

* Afrique du Sud, Angola, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

† Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Sierra Leone et Soudan du Sud (en juillet 2024).

a aussi entrepris de renforcer les capacités de 30 pays d'endémie¹³³ et de certaines institutions universitaires en matière de stratification des risques en vue d'une adaptation à l'échelon infranational.

6.2.2 Maladies tropicales négligées

Dans la Région africaine, qui compte plus du tiers des plus de 1,6 milliard de cas de maladies tropicales négligées dans le monde, la riposte est ciblée, efficace et efficiente, avec un catalogue impressionnant d'avancées dans la lutte contre la stigmatisation, la douleur débiliteuse, les défigurations atroces et les décès associés.

Bien que les 47 pays de la Région soient tous endémiques pour au moins une maladie tropicale négligée et que 42 pays¹³⁴ soient coendémiques pour au moins cinq d'entre elles, l'OMS a fourni un appui à 13 pays¹³⁵ afin qu'ils soient officiellement validés ou certifiés pour l'élimination d'au moins une maladie tropicale négligée en tant que problème de santé publique (2015-2024), y compris la dracunculose, dont l'éradication est prévue. Le Togo est devenu le premier pays de la Région, et de fait, du monde entier, à être validé par l'OMS pour l'élimination de quatre maladies tropicales négligées¹³⁶ en 2022.

Trois pays¹³⁷ ont été certifiés exempts de transmission de la dracunculose après 2015, ce qui porte à 42 le nombre cumulé de pays certifiés dans la Région, tandis que presque tous les pays¹³⁸ ont confirmé et maintenu l'élimination de la lèpre, huit pays¹³⁹ étant sur le point d'en interrompre la transmission. Quatre pays¹⁴⁰ ont également arrêté la chimiothérapie préven-

tive pour les géohelminthiases, par suite de la réduction des charges à des niveaux où la chimioprévention n'est plus nécessaire, pour plus de 17 millions de personnes.

Parmi les autres acquis, on peut citer 12 pays¹⁴¹ pouvant prétendre à la certification de l'absence de pian, et huit pays (dont le Togo) ayant éliminé la trypanosomiase humaine africaine en tant que problème de santé publique.¹⁴² Des progrès considérables ont également été accomplis dans la réduction de la charge d'autres maladies tropicales négligées, telles que la leishmaniose viscérale, plus de 4000 décès étant évités chaque année grâce à la détection précoce des cas et à un traitement rapide. Le nombre de cas d'ulcère de Buruli signalés est passé de 5871 à 1573 (2004-2023), ce qui représente une baisse notable de plus de 70 %.

Une intervention clé a été le lancement par l'OMS en 2016 du Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN), un projet phare visant à lutter contre cinq maladies tropicales négligées à chimioprévention qui représentent 90 % de la charge de morbidité. ESPEN a coordonné l'assistance technique à l'effet de renforcer les capacités nationales de planification de programmes intégrés de lutte contre les maladies tropicales négligées, d'évaluation épidémiologique, ainsi que de ciblage, sur la base de données probantes, de la fourniture de médicaments en vue de leur administration massive dans les pays d'endémie.

Le programme de lutte contre les maladies tropicales négligées a par la suite été intégré au programme de lutte contre les maladies

133 Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Madagascar, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe ; école de santé publique de l'Université Makerere, Université d'Antananarivo, Université du Malawi, Université Muhimbili de la santé et des sciences connexes, Université de Nairobi, Université de Zambie et Université du Zimbabwe.

134 Les 47 pays africains coendémiques pour au moins cinq maladies tropicales négligées, à l'exception de Cabo Verde, des Comores, de Maurice, de Sao Tomé-et-Principe et des Seychelles.

135 Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée équatoriale, Ouganda, Rwanda, Tchad et Togo pour la trypanosomiase humaine africaine ; Malawi et Togo pour la filariose lymphatique ; Bénin, Gambie, Ghana, Malawi, Mali et Togo pour le trachome.

136 Dracunculose (maladie du ver de Guinée), trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil), filariose lymphatique et trachome.

137 Ghana (2015), Kenya (2018) et République démocratique du Congo (2022).

138 Sauf les Comores.

139 Algérie, Botswana, Cabo Verde, Eswatini, Lesotho, Maurice, Sao Tomé-et-Principe et Seychelles.

140 Burkina Faso, Ghana, Mali et Niger.

141 Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cabo Verde, Érythrée, Eswatini, Lesotho, Mauritanie, Maurice, Namibie, Sao Tomé & Principe et Seychelles.

142 Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Ghana, Ouganda, Rwanda, Tchad et Togo.

tropicales et à transmission vectorielle, dans le but de tirer parti des ressources existantes à l'échelle régionale et nationale pour combattre les nombreuses maladies qui coexistent dans les communautés. Cette démarche a nécessité le renforcement des services de soins de santé primaires et l'utilisation d'analyses de données intégrées pour la fourniture ciblée de soins de santé intégrés et centrés sur la personne, à partir de stratégies et d'outils innovants. Plus précisément, le programme régional de lutte contre les maladies tropicales négligées est organisé en deux sous-catégories, à savoir les maladies tropicales négligées à chimioprévention (MTN-CP) et les maladies tropicales négligées à prise en charge des cas (MTN-PC).

Les travaux sont guidés par plusieurs directives et manuels de l'OMS sur les politiques et les opérations, qui aident les pays à définir des priorités claires et spécifiques, à adopter des stratégies efficaces et à mobiliser des ressources

intérieures, entre autres. Tenu en juin 2022, le Sommet de Kigali sur les maladies tropicales négligées et le paludisme a recueilli 1,5 milliard de dollars É.-U. d'engagements financiers et 18 milliards de comprimés offerts par des sociétés pharmaceutiques. Lors du forum 2023 Reaching the Last Mile à la COP28 à Dubaï, les donateurs se sont engagés à verser plus de 777 millions de dollars É.-U. pour aider à accélérer les progrès vers l'atteinte des cibles relatives aux maladies tropicales négligées sur la feuille de route 2030 de l'OMS.¹⁴³ En septembre 2023, ESPEN avait levé plus de 74 millions de dollars É.-U., fournissant un financement à 44 pays¹⁴⁴ de la Région. Il subsiste toutefois d'importants besoins de financement pour la lutte contre les maladies tropicales négligées, notamment en raison des interruptions provoquées par la pandémie, qui remettent en cause la poursuite d'efforts soutenus.

¹⁴³ <https://www.reachingthelastmile.com/rlm-forum/>

¹⁴⁴ Tous, sauf l'Algérie, Maurice et les Seychelles.

Tableau 6 : Indicateurs de maladies tropicales négligées, 2015-2026

Indicateurs/variable	Base de référence (2015)	Données les plus récentes (2024)	Cible pour la période (2026)	Observations
Pourcentage de la population nécessitant des interventions, qui en a reçu ou en reçoit pour au moins une maladie tropicale négligée	65*	54†	75	Baisse (de 65 % en 2019) de la couverture en raison de la pandémie de COVID-19 en 2020-2021, et études d'évaluation d'impact en 2021-2022. Les données relatives à la pandémie pour 2023 sont encore en cours d'analyse.
Nombre de pays ayant fait l'objet d'une cartographie complète des maladies tropicales négligées	41‡	47	47	
Nombre de pays ayant mis à jour/achevé leur plan Directeur national	-	42	47	
Nombre de pays dont les plans de lutte contre les maladies tropicales négligées sont intégrés aux plans de santé nationaux	-	35§	47	

* Représente 2016

† Représente 2022

‡ En 2016 : WHO CDS Annual report 2016_web version, page 26

§ Situation des maladies tropicales négligées et évolution de l'élaboration de programmes nationaux de lutte antipaludique dans les États Membres, mai 2024.

VIH, tuberculose et hépatite

6.3.1 VIH

La Région africaine est la plus touchée par le VIH dans le monde, alors que les ressources humaines dédiées à la lutte contre l'épidémie y sont comparativement moins nombreuses. Pourtant, elle est la première région au monde en ce qui concerne les avancées vers l'atteinte des objectifs 95-95-95¹⁴⁵ de l'ONUSIDA pour ce qui est de l'optimisation des soins liés au VIH d'ici à 2030, sept de ses pays¹⁴⁶ ayant déjà atteint ces objectifs. Dans l'ensemble, les résultats de la Région sont de 90-82-76 à ce jour, notamment 92-83-77 pour la sous-région de l'Afrique de l'Est et australe et 80-76-69 pour la sous-région Afrique de l'Ouest et centrale.

Les données¹⁴⁷ confirment les progrès remarquables accomplis par la sous-région de l'Afrique de l'Est et Afrique australe, où la charge du VIH est la plus élevée, mais qui a réduit de plus de moitié le nombre de nouvelles infec-

tions et de décès liés au sida (57 % et 58 %, respectivement) depuis 2010. La sous-région de l'Afrique de l'Ouest et Afrique centrale a également réalisé des progrès notables, réduisant les nouvelles infections par le VIH de 49 % et les décès liés au sida de 52 %.

Entretemps, les efforts visant à juguler la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont permis au Botswana (statut de niveau « argent » en 2021) et à la Namibie (statut de niveau « bronze » en 2024) d'atteindre les indicateurs requis pour les critères « Path to elimination of HIV » introduits en 2017. Le niveau argent fait référence à un taux de séropositivité inférieur à 500 pour 100 000 naissances vivantes, un taux de transmission verticale du VIH inférieur à 5 % et la fourniture de soins prénatals et d'un traitement antirétroviral à plus de 90 % des femmes enceintes.

Ce changement de trajectoire de l'épidémie

¹⁴⁵ 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 95 % des personnes qui connaissent leur statut suivent un traitement antirétroviral et 95 % des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée.

¹⁴⁶ Botswana, Eswatini, Kenya, Malawi, Rwanda, Zambie et Zimbabwe.

¹⁴⁷ UNAIDS DATA 2023. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2023

dans la Région au cours des dix dernières années, qui fait écho aux succès de la lutte et de la riposte contre le VIH, est mis en évidence par une série d'indicateurs clés, notamment la baisse des nouvelles infections par le VIH et l'augmentation du nombre de personnes diagnostiquées comme vivant avec le VIH (PVIH) et de celles ayant réussi à supprimer leur charge virale grâce au traitement. Marquant un moment charnière dans la bataille mondiale contre le virus, les nouvelles infections ont diminué de 56 % au cours de cette période, le plus grand nombre étant désormais enregistré en dehors de l'Afrique subsaharienne, une première dans l'histoire de l'épidémie.

Marquant un moment charnière dans la bataille mondiale contre le virus, les nouvelles infections ont diminué de 56 % au cours de cette période, le plus grand nombre étant désormais enregistré en dehors de l'Afrique subsaharienne, une première dans l'histoire de l'épidémie.

L'impact sur la santé des enfants a été particulièrement remarquable, le nombre de nouvelles infections chez les 0-14 ans ayant enregistré la plus forte baisse, soit 60 % (de 244 000 à 98 000) entre 2010 et 2023. Cette évolution a

été directement influencée par l'augmentation du nombre de PVIH bénéficiant de services de prévention et de traitement, ce qui a accéléré la baisse des nouvelles infections, des décès liés au sida et des taux de transmission de la mère à l'enfant. Dans la sous-région de l'Afrique de l'Est et Afrique australe, 93 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission verticale du virus, cinq pays¹⁴⁸ affichant un taux de transmission mère-enfant de moins de 5 % en 2022. Des efforts supplémentaires sont nécessaires dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest et Afrique centrale, où seulement 53 % des femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent un traitement antirétroviral. De même, le nombre de personnes mourant de causes liées au VIH a diminué de plus de moitié (56 %) entre 2010 et 2023, et le nombre de décès d'enfants dus au VIH a chuté de 78 %, passant de 680 000 à 65 000. La baisse correspondante pour les adultes était de 51 %.

L'accent mis sur les enfants a été renforcé en 2023 par le lancement de l'Alliance mondiale, une initiative visant à prévenir les infections pédiatriques par le VIH et à accroître la couverture des tests et des traitements. Un total de 12 pays¹⁴⁹ de la Région, représentant 80 % des besoins mondiaux insatisfaits pour les enfants,

¹⁴⁸ Afrique du Sud, Botswana, Eswatini, Namibie et Rwanda.

¹⁴⁹ Afrique du Sud, Angola, Cameroun, Côte d'Ivoire, Kenya, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.



se sont engagés à accélérer les efforts pour maîtriser l'épidémie de VIH dans ce groupe et pour améliorer la riposte. Aujourd'hui, tous ces pays ont procédé à l'examen de leur épidémie pédiatrique de VIH et de leur riposte et élaboré des plans d'accélération.

L'amélioration de l'accès au traitement antirétroviral d'importance vitale a été la clé de ces progrès, le nombre de personnes sous traitement étant passé de 5,04 millions à 21,3 millions au cours des 13 années jusqu'en 2023. Elle a contribué à l'augmentation de l'espérance de vie moyenne des personnes vivant avec le VIH dans la Région, qui est passée de 56,3 ans (2010) à 61,1 ans (2023). La Région africaine met également en œuvre des méthodes biomédicales efficaces de prévention du VIH. La majorité des personnes ayant commencé une prophylaxie préexposition (PrEP) en 2022 se trouvaient en Afrique¹⁵⁰ (1 million sur 1,6 million), les pays ayant rapidement adopté et mis en œuvre les recommandations en matière de PrEP et offert diverses options à cet égard, ce qui facilite l'accès à la PrEP orale ou injectable à longue durée d'action ainsi qu'à l'anneau vaginal à la dipivefrine.

Depuis 2016, ces réalisations sont guidées par les directives et manuels de l'OMS sur les politiques et les opérations, dont le plus récent est le Cadre pour une riposte multisectorielle intégrée à la tuberculose, à l'infection à VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite dans la Région africaine de l'OMS 2021-2030, qui donne la priorité aux interventions intégrées utilisant une approche de soins de santé primaires.

Les différences marquées entre les deux sous-régions en ce qui concerne le fardeau du VIH et la riposte contre ce fléau sont une source de préoccupation. Les progrès dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest et Afrique centrale sont irréguliers, certains pays accusant un retard considérable et la couverture du dépistage, du traitement et de la suppression virale du VIH y étant inférieure à 50 %. Ces disparités sont attribuées au fait que la sous-région de l'Afrique

de l'Est et Afrique australe est historiquement au centre de l'épidémie mondiale de VIH et qu'elle bénéficie de ce fait d'une grande attention de la communauté internationale depuis plusieurs années. En revanche, la sous-région de l'Afrique de l'Ouest et Afrique centrale reçoit toujours peu d'attention, de financements et d'autres ressources, et l'engagement politique des autorités nationales en faveur de la lutte contre le VIH y est plus poussif.

La plupart des nouvelles infections par le VIH chez les enfants sont dues à l'absence de traitement antirétroviral pour les mères pendant la grossesse et l'allaitement, ainsi qu'à des taux de dépistage inégaux chez les femmes enceintes. Par exemple, une couverture des tests de dépistage inférieure à 5 % dans quatre pays,¹⁵¹ et à 50 % dans cinq autres,¹⁵² a conduit au taux élevé de transmission mère-enfant de 21 % enregistré dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest et Afrique centrale en fin 2022, soulignant le besoin d'élargir d'urgence le traitement du VIH pour les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le virus.

6.3.2 Tuberculose

Le renforcement des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et l'amélioration de l'accès à un diagnostic, un traitement et des soins de qualité étaient des priorités essentielles pour réduire les taux inacceptables de morbidité et de mortalité dues à cette maladie dans la Région africaine en 2015, l'objectif étant de parvenir à un taux de détection record de 70 % en 2022. Bien que cela illustre les progrès substantiels réalisés sous le mandat de la D^{re} Moeti, environ 2,5 millions de personnes ont contracté la tuberculose et environ 424 000 en sont mortes cette même année.

Les efforts ont été entravés par les faibles taux de détection des cas, les mauvais résultats thérapeutiques, la menace croissante de la tuberculose pharmacorésistante, l'accès insuffisant aux traitements appropriés, la faiblesse des systèmes de santé et le sous-financement des programmes nationaux de lutte contre la

150 UNAIDS DATA 2023. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2023

151 Bénin, Cabo Verde, Libéria et Mauritanie : https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2023-11/231130%20WCARO_Snapshot_HIV%20FINAL_0.pdf

152 Congo, Gabon, Niger, République centrafricaine et République démocratique du Congo : https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2023-11/231130%20WCARO_Snapshot_HIV%20FINAL_0.pdf

maladie. En réponse, la Région a adopté en 2017 la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, qui vise à intensifier l'utilisation d'outils de diagnostic moléculaire rapide avec des schémas thérapeutiques plus courts et plus efficaces pour la tuberculose et sa forme multirésistante. La Région a également élargi le traitement préventif de la tuberculose aux personnes vivant avec le VIH.

En 2022, l'incidence de la tuberculose avait diminué de 23 %, passant de 255 à 205 pour 100 000 personnes. Cette même année-là, le taux de mortalité lié à la tuberculose a diminué de 38 %, passant de 67 à 42 pour 100 000 personnes, et la proportion de patients atteints de tuberculose résistante aux médicaments et recevant un traitement approprié est passée de 54 % à 72 %. Le taux de réussite du traitement a grimpé à 85,2 % en 2022, contre 83,5 % en 2019, tandis que la couverture du dépistage rapide de la maladie a presque doublé entre 2015 et 2022, passant de 24 % à 48 %, ce qui illustre des progrès notables dans l'utilisation des diagnostics rapides recommandés par l'OMS.

En 2022, l'incidence de la tuberculose avait diminué de 23 %, passant de 255 à 205 pour 100 000 personnes. Cette même année-là, le taux de mortalité lié à la tuberculose a diminué de 38 %, passant de 67 à 42 pour 100 000 personnes.

Alors que la sous-région de l'Afrique de l'Est et Afrique australe était le principal moteur de la réduction de l'incidence de la tuberculose, avec des taux en baisse de 466 à 229 pour 100 000 personnes (2000-2022) et les décès passant de 153 à 52 pour 100 000 habitants, la sous-région de l'Afrique de l'Ouest et Afrique centrale n'a connu qu'une baisse marginale de l'incidence (de 309 à 286 pour 100 000 personnes). Elle est tout de même parvenue à réduire de moitié le nombre de décès liés à la tuberculose, qui est passé de 66 à 32 pour 100 000 personnes.

Comme pour le VIH, la disparité des résultats au niveau national souligne l'importance de stratégies adaptées et d'interventions ciblées. Le Congo et le Gabon ont enregistré une

augmentation des taux de mortalité dus à la tuberculose, par exemple, tandis que l'Éthiopie et la République-Unie de Tanzanie les ont annoncés en baisse constante. Dans le même temps, l'Afrique du Sud, Cabo Verde et Eswatini sont parvenus à réduire l'incidence de la tuberculose de 50 %, voire plus, mais le Mozambique et la République démocratique du Congo ont signalé des augmentations.

Les interventions et les actions de l'OMS étaient axées sur six domaines clés : le diagnostic et le traitement précoces ; le traitement préventif ; la recherche active de cas ; les soins et le soutien centrés sur le patient ; le renforcement des systèmes de laboratoire ; et la gestion de la tuberculose pharmacorésistante. Par l'intermédiaire du Réseau régional de lutte contre la tuberculose d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, l'OMS a également aidé les pays afin qu'ils puissent renforcer la surveillance de la tuberculose et mener des recherches sur sa mise en œuvre. Plus précisément, 29 examens de programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ont été réalisés, dont 17 en 2022 et 12 en 2023.

La collaboration avec les partenaires a permis d'élargir l'accès aux nouveaux médicaments et schémas thérapeutiques contre la tuberculose, améliorant ainsi l'issue des traitements. La mise en place d'un réseau régional de recherche sur cette maladie a stimulé la production de données factuelles pour des approches innovantes et la promotion de l'intégration des services de lutte contre la tuberculose à d'autres services de soins de santé primaires afin d'améliorer l'accès et la couverture. L'intégration des services de lutte contre la tuberculose à d'autres programmes de santé, en particulier ceux concernant le VIH, a donné des résultats positifs grâce à la mise en commun des ressources, à l'amélioration du suivi des patients et à des approches de soins holistiques.

6.3.3 Hépatite

L'hépatite virale est la deuxième cause infectieuse de décès dans le monde. Bien que la Région africaine supporte 63 % de la charge des nouvelles infections par le virus de l'hépatite B, seuls 18 % de ses nouveau-nés reçoivent la

dose de naissance du vaccin contre cette maladie.¹⁵³ Certes, des progrès sont accomplis, l'OMS apportant son concours à 21 pays¹⁵⁴ afin qu'ils élaborent des plans stratégiques nationaux de lutte contre l'hépatite et à 17 autres¹⁵⁵ pour leur permettre de mettre en place des lignes directrices pour le dépistage et le traitement de l'hépatite. Mais, il est urgent d'intensifier considérablement la prévention, le diagnostic et le traitement pour sauver des vies et préserver la santé.

Bien que divers partenaires investissent dans des initiatives spécifiques, le programme de lutte contre l'hépatite virale est confronté à d'importants défis financiers et manque cruel-

lement de fonds. Le financement national est le principal pilier de l'appui à l'élimination de la maladie dans la plupart des pays de la Région africaine, bien que plusieurs modèles d'un bon rapport coût-efficacité montrent que l'élimination mondiale des formes B et C permettrait d'éviter 4,5 millions de décès prématurés entre 2016 et 2030.

Dans la Région africaine, où près de 65 millions de personnes vivent avec l'hépatite B et près de 8 millions avec l'hépatite C, 770 000 et 172 000 nouvelles infections sont enregistrées chaque année pour la première et la deuxième forme, respectivement. Rien qu'en 2022, plus de 270 000 personnes sont mortes de l'hépatite B

153 <https://www.who.int/news/item/09-04-2024-who-sounds-alarm-on-viral-hepatitis-infections-claiming-3500-lives-each-day>

154 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Burundi, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Mali, Mauritanie, Maurice, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal et Soudan du Sud.

155 Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Éthiopie, Ghana, Guinée, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Soudan du Sud et Zambie.

Tableau 7 : Charge de morbidité et couverture des services dans les pays cibles de l'OMS en vue de la riposte à l'hépatite virale

Pays	Hépatite B (2022)			Hépatite C (2022)		
	Total des infections	Couverture du diagnostic (toutes les personnes infectées)	Couverture du traitement (toutes les personnes infectées)	Total des infections	Couverture du diagnostic (toutes les personnes infectées)	Couverture du traitement (toutes les personnes infectées)
Afrique du Sud	2 741 289	23.1 %	0.1 %	243 978	24 %	1 %
Cameroun	1 617 773	1,9 %	0,2 %	157 542	17 %	11 %
Côte d'Ivoire	2 155 631	1.5 %	0.1 %	211 114	8 %	0 %
Éthiopie	7 660 095	4.8 %	0.0 %	691 928	8 %	1 %
Ghana	2 865 177	0.7 %	0.0 %	442 797	5 %	0 %
Nigéria	14 385 770	0.6 %	0.1 %	1 349 056	5 %	1 %
Ouganda	1 123 667	35.3 %	0.5 %	356 043	9 %	0 %
RD Congo	2 785 244	2.4 %	0.4 %	432 499	13 %	0 %
Rwanda	207 232	66.8 %	4.0 %	62 170	100 %	50 %
RU Tanzanie	1 855 605	4.5 %	0.0 %	99 576	7 %	0 %

Source : Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries

et plus de 35 000 personnes sont décédées de causes liées à l'hépatite C.¹⁵⁶

La réponse régionale est principalement guidée par les efforts de l'OMS et de ses partenaires pour assurer l'adoption et la mise en œuvre des stratégies mondiales relatives à l'hépatite virale pour la période 2022-2030. Il s'agit du Cadre pour une riposte multisectorielle intégrée à la tuberculose, à l'infection à VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite dans la Région africaine de l'OMS 2021-2030. L'objectif ambitieux est de réduire de 90 % les nouveaux cas d'hépatite B et d'hépatite C et de 65 % les décès connexes d'ici à 2030.

À l'avenir, un engagement politique de haut niveau sera indispensable pour renforcer les capacités des services de soins de santé primaires, y compris sur les plans humain et technique, afin d'améliorer ces statistiques.

Pour ce faire, la dose de naissance du vaccin contre l'hépatite B doit être introduite dans 35 États Membres, tandis qu'un tiers des personnes infectées doit être diagnostiqué et un tiers placé sous traitement. À l'heure actuelle, malgré quelques progrès, le pourcentage des personnes vivant avec l'hépatite B et l'hépatite C chez qui la maladie a été diagnostiquée est très faible, soit 4,2 % et 13 %, respectivement, et seulement 5,5 % (hépatite B) et 3 % (hépatite C) de celles-ci sont sous traitement. En outre, la couverture par la dose de naissance du vaccin contre l'hépatite B laisse toujours à désirer (environ 18 %).

À l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre l'hépatite en 2022, l'OMS a également publié un tableau de bord régional sur cette maladie pour comparer les données de 2019 à 2021. Les pays utilisent désormais ces données pour le plaidoyer et la planification stratégique. À l'appui de cet effort, une formation dispensée en 15 modules permet aux pays de mettre à jour leur propre matériel de formation pour le

niveau national et local. Des webinaires sont également organisés sur des thèmes prioritaires tels que l'élimination de la transmission verticale de l'hépatite. En outre, l'OMS soutient la diffusion en ligne et en présentiel de lignes directrices sur l'hépatite, en collaboration avec des fonctionnaires techniques basés du Siège, afin d'améliorer la qualité des soins et des services liés à la maladie. Des efforts sont faits pour remédier aux difficultés associées à la soumission de demandes de financement au Fonds mondial, et en particulier pour accélérer l'intégration des interventions de lutte contre la maladie.

Les États Membres ont également continué à faire pression pour des améliorations, notamment en ce qui concerne la disponibilité, la qualité et la rapidité de la surveillance systématique, ainsi que dans le suivi et l'évaluation des systèmes de surveillance systématique de l'hépatite. Par exemple, tous les pays ont pu utiliser les ensembles de données disponibles sur l'hépatite (enquêtes, données programmatiques de routine, données individuelles provenant de cliniques privées) afin d'alimenter le dernier rapport mondial sur l'hépatite à partir des éléments de 2022.¹⁵⁷ Certains pays ont également déployé des efforts considérables dans le domaine de la gouvernance pour améliorer l'accès aux services de lutte contre l'hépatite.

En 2023 cependant, seuls trois pays¹⁵⁸ proposaient un diagnostic et un traitement gratuits de l'hépatite B, tandis que deux¹⁵⁹ offraient d'autres services partiellement gratuits (dans le secteur public). Pour l'hépatite C, deux pays¹⁶⁰ proposaient un autodiagnostic, un diagnostic et un traitement gratuits, le Ghana offrait un traitement gratuit et le Bénin un traitement partiellement gratuit.¹⁶¹ À l'avenir, un engagement politique de haut niveau sera indispensable pour renforcer les capacités des services de soins de santé primaires, y compris sur les plans humain et technique, afin d'améliorer ces statistiques.

156 Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2024

157 Ibid.

158 Afrique du Sud, Ouganda et Rwanda.

159 Bénin et Burkina Faso.

160 Afrique du Sud et Rwanda.

161 Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization

Maladies à prévention vaccinale

Lorsque la D^{re} Moeti a lancé le Programme de transformation en 2015, la lutte contre les maladies, y compris les maladies à prévention vaccinale, a été identifiée comme un domaine prioritaire. Des mesures rapides ont été prises par la suite, l’OMS dans la Région africaine facilitant la Déclaration d’Addis-Abeba sur la vaccination en 2016 et l’approbation du Programme pour la vaccination à l’horizon 2030 afin de parvenir à l’accès universel aux vaccins d’ici à 2030.

Toutefois, l’apparition de la COVID-19 a eu des répercussions extrêmement négatives, plusieurs indicateurs de vaccination systématique ayant reculé, mettant ainsi en péril les acquis d’avant la pandémie.

Toutefois, l’apparition de la COVID-19 a eu des répercussions extrêmement négatives, plusieurs indicateurs de vaccination systématique ayant reculé, mettant ainsi en péril les acquis d’avant la pandémie. Entre 2019 et 2022, par exemple, la couverture de la troisième dose de vaccin

contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3) a diminué, passant de 77 % à 73 %, ouvrant ainsi la voie à une résurgence de la diphtérie, tandis que le nombre d’enfants « zéro dose » (autrement dit, le nombre d’enfants n’ayant jamais reçu une seule dose de vaccin) et d’enfants sous-vaccinés a augmenté de 16 %. Plusieurs pays de la Région ont aussi signalé des flambées de poliovirus circulant dérivé d’une souche vaccinale, de rougeole, de méningite à méningocoques et de fièvre jaune.

En 2023, la Semaine africaine de la vaccination a été marquée par la campagne de rattrapage, intitulée le « Grand rattrapage », une initiative mondiale de l’OMS, en collaboration avec l’UNICEF, Gavi, l’Alliance du vaccin et d’autres partenaires pour atteindre ces enfants et renforcer les programmes de vaccination systématique. À la fin de cette année-là, la couverture par le DTC3 était remontée à 74 % au niveau régional, tandis que le nombre d’enfants « zéro dose » diminuait, de 7,3 millions en 2022 à 6,7 millions en 2023.

Si l’on considère les statistiques pour l’ensemble de la période de 2015 à 2023, plusieurs

améliorations ont été enregistrées malgré la pandémie : la couverture par le DTC3 est passée de 70 % à 74 %, tandis que 17¹⁶² pays africains sur 47 (38 %) ont maintenu une couverture élevée par le DTC1 (90 %) ; la couverture par le vaccin antituberculeux BCG s'est améliorée, passant de 77 % à 83 % ; et à la fin de 2023, environ 368 millions de personnes (32 % de la population de la Région) avaient achevé la primovaccination contre la COVID-19. En tout 440 millions de personnes supplémentaires (37 % de la population de la Région) ont reçu au moins une dose de vaccin anti-COVID-19.

Entre 2000 et 2022, le nombre annuel de décès dus à la rougeole a diminué de 76 %, et on estime que 19,5 millions de décès ont été évités au cours des 22 dernières années. Au total, 135 campagnes de vaccination préventive de masse contre la rougeole ont été menées au cours des 10 années allant jusqu'en 2024, ce qui a permis de vacciner plus de 729,7 millions d'enfants.

Entre 2000 et 2022, le nombre annuel de décès dus à la rougeole a diminué de 76 %, et on estime que 19,5 millions de décès ont été évités au cours des 22 dernières années. Au total, 135 campagnes de vaccination préventive de masse contre la rougeole ont été menées au cours des 10 années allant jusqu'en 2024, ce qui a permis de vacciner plus de 729,7 millions d'enfants.

En outre, en 2024, quarante-trois pays¹⁶³ étaient parvenus à éliminer le tétanos maternel et néonatal, ce qui témoigne des progrès accomplis dans les efforts de lutte contre les maladies. Pour ce qui est de la fièvre jaune, le nombre de flambées épidémiques dans la Région a diminué, passant de 12 à seulement

trois entre 2013 et 2023, et le nombre de décès dus à la méningite a considérablement baissé jusqu'à 39 % entre 2000 et 2019. En 2023, au moins 377 millions (86 %) de personnes vivant dans des États Membres à haut risque étaient protégées contre la fièvre jaune.

Au total, 14 pays¹⁶⁴ ont introduit le vaccin contre la méningite dans les programmes de vaccination systématique et, à la fin de 2023, plus de 350 millions de personnes à risque vivant dans la ceinture de la méningite avaient été vaccinées contre la méningite A. La méningite A, qui était auparavant la principale cause de méningite épidémique dans la ceinture de la méningite, a désormais été effectivement éliminée. En mai 2024, plus d'un million de personnes âgées de 1 à 29 ans avaient déjà reçu le nouveau vaccin conjugué multivalent contre la méningite préqualifié par l'OMS pour lutter contre les épidémies de méningite C au Nigéria et au Niger.

Les efforts visant à accroître la couverture vaccinale contre le papillomavirus humain (PVH) dans la Région portent également leurs fruits, les filles de 28 pays¹⁶⁵ (87 %) bénéficiant de son introduction dans les programmes de vaccination systématique depuis 2023, tandis que les garçons de trois pays¹⁶⁶ ont désormais également accès au vaccin. La couverture par la première dose de papillomavirus humain chez les filles dans la Région avait déjà augmenté à 40 % à la fin de 2023.

Parmi les autres nouveaux vaccins introduits figurent le vaccin à valence rubéole (RCV) par 75 % des pays de la Région africaine et la deuxième dose de vaccin à valence rougeole (MCV2) par 91 % des pays.

L'amélioration du financement national de la vaccination a favorisé cette tendance haussière, un plus grand nombre de pays couvrant les

162 Algérie, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Érythrée, Ghana, Kenya, Lesotho, Maurice, Niger, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone et Zimbabwe.

163 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe.

164 Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, Tchad, et Togo.

165 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Togo, Zambie et Zimbabwe.

166 Cabo Verde, Cameroun, Maurice

coûts des vaccins par des ressources publiques. Par exemple, la part des dépenses consacrées aux vaccins utilisés pour la vaccination systématique payée par les gouvernements est passée de 35 % à 59 % entre 2018 et 2022, marquant ainsi une tendance positive vers un financement durable. À la fin de 2023, l'OMS avait également aidé 43 États Membres¹⁶⁷ à mettre en place des groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination, traduisant le renforcement des structures de gouvernance des programmes de vaccination.

Ces progrès ont été favorisés par l'approche globale adoptée par l'OMS pour améliorer les programmes de vaccination, renforcer la surveillance des maladies, promouvoir la recherche et l'innovation et collaborer avec les partenaires. L'assistance aux pays a été apportée sous des formes diverses : planification et orientations stratégiques, surveillance et suivi des maladies, nouveaux vaccins et interventions visant des maladies spécifiques, suivi de la couverture vaccinale, création et développement des capacités de réseaux de laboratoires pour le diagnostic des maladies à prévention vaccinale et le séquençage génomique.

Des réseaux régionaux de laboratoires et de surveillance ont été mis en place pour fournir une confirmation précise et en temps voulu des infections en laboratoire, une composante essentielle des systèmes de surveillance des maladies, l'OMS coordonnant la surveillance des maladies à prévention vaccinale en laboratoire. L'un de ces réseaux est le Réseau de surveillance des maladies bactériennes invasives à prévention vaccinale. De surcroît, l'OMS a fourni une assistance technique et des outils de données pour aider à mettre en lumière les lacunes et à améliorer ces systèmes.

En 2016, l'OMS a également créé le Forum africain pour la réglementation des vaccins (AVAREF), une plateforme visant à renforcer les capacités en matière d'éthique et de réglementation pour les essais cliniques en Afrique et à garantir l'accès à des vaccins sûrs, efficaces et de qualité. En favorisant la collaboration

entre les principales parties prenantes par le biais d'examen conjoints et du partage des travaux et de l'expertise, l'AVAREF a contribué à combattre des maladies telles que la COVID-19, la maladie à virus Ebola, la méningite, le paludisme, l'infection à rotavirus et la pneumonie à pneumocoques.

Parmi les principaux enseignements tirés qui permettraient de renforcer davantage les initiatives concernant la vaccination sur le continent, on peut citer la nécessité de disposer de systèmes de santé solides afin de garantir aux différentes populations un accès équitable aux vaccins, l'investissement dans les infrastructures de la chaîne du froid, l'intégration de la vaccination à d'autres programmes et la reconnaissance du rôle central joué par les agents de santé communautaires dans l'instauration de la confiance, la dissipation des mythes et la promotion de l'adoption des vaccins.

6.4.1 Éradication de la poliomyélite

En 2021, la certification de la Région africaine comme étant exempte de poliovirus sauvage a représenté une réalisation remarquable dans les efforts déployés dans le domaine de la santé publique. Ce jalon important témoignait du dévouement indéfectible et des progrès accomplis en vue d'éradiquer la maladie dans le monde et a démontré l'efficacité des campagnes de vaccination et des systèmes de surveillance pour empêcher la propagation de la poliomyélite. Ce succès faisait suite à l'interruption réussie de la transmission endémique du poliovirus sauvage (PVS) au Nigéria, le dernier cas ayant été notifié en 2016.

Cependant, les efforts d'éradication de la poliomyélite ont pris un coup lorsque le poliovirus sauvage a refait surface en Afrique. Bien que le virus importé du Pakistan au Malawi n'ait en rien changé la certification de la Région comme exempte de poliomyélite sauvage autochtone, il a tout de même paralysé neuf enfants au Malawi et au Mozambique, avant d'être érayé.

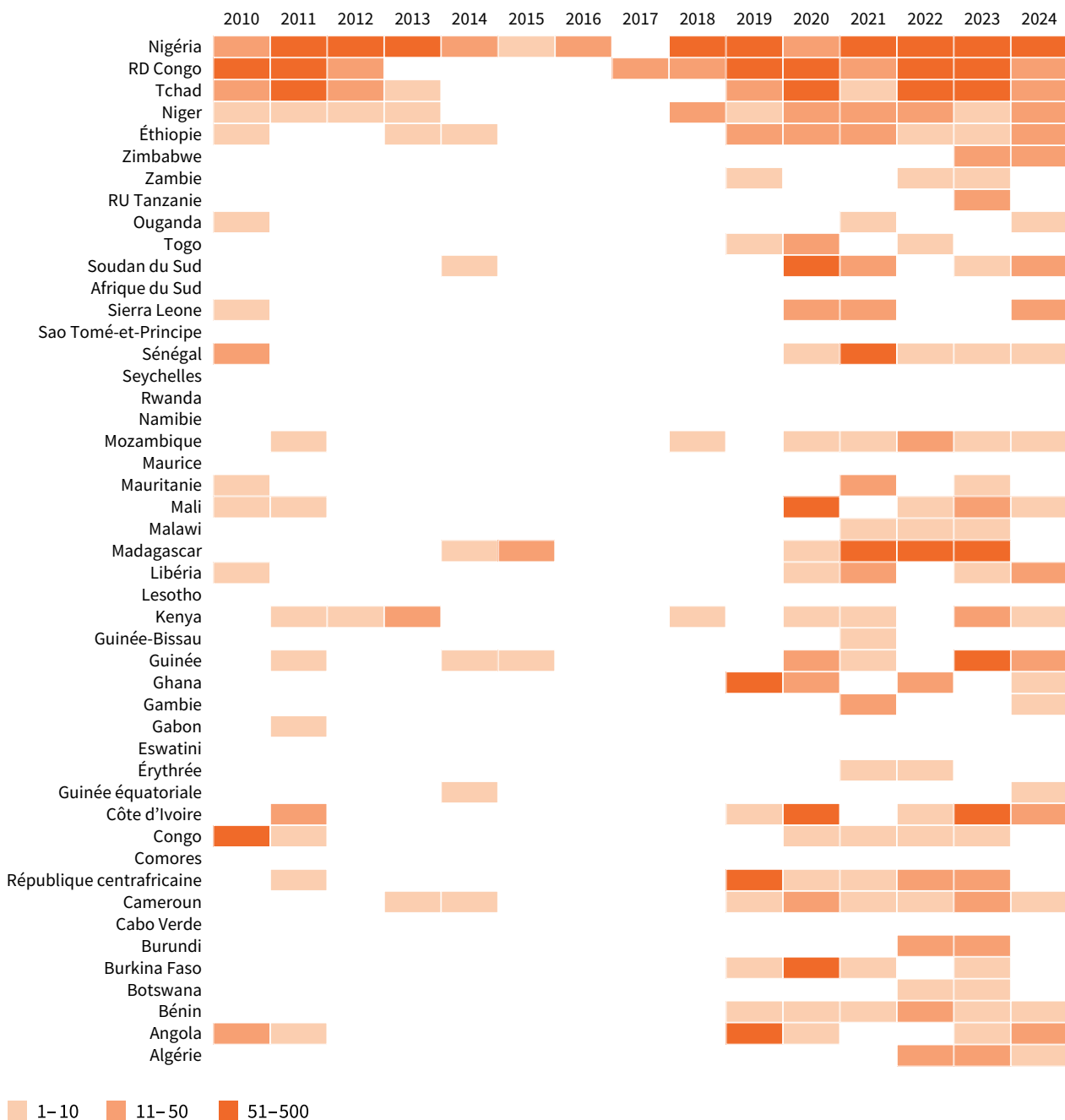
L'OMS a soutenu une riposte sous-régionale concertée, qui a permis de vacciner plus de 50

¹⁶⁷ Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.





Figure 27 : Cas de poliomyélite notifiés dans la Région africaine



Source : OMS/UNICEF, révision 2023

millions d'enfants contre la poliomyélite dans cinq pays d'Afrique australe,¹⁶⁸ entraînant ainsi l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage en 2024. Elle est devenue effective à la suite des évaluations effectuées au Malawi et au Mozambique par une équipe indépendante d'évaluation de la riposte à l'épidémie de poliomyélite, qui a constaté la fin de la flambée. Grâce à une surveillance rigoureuse, à des campagnes de vaccination de qualité et à une participation communautaire plus forte, les deux pays ont réussi à endiguer la propagation du virus, préservant ainsi la santé et le bien-être de leurs enfants.

« Les agents de santé ont été les véritables héros du programme africain de lutte contre la poliomyélite. Chaque jour, ils surmontent les conflits, traversent des marécages pour atteindre les villages reculés et créent un climat de confiance avec les communautés afin de s'assurer que tous les enfants reçoivent des vaccins antipoliomyélitiques vitaux. Dans toute l'Afrique, nous devons investir dans les agents de santé et leur donner les moyens d'agir, en veillant à ce qu'ils aient la formation, les compétences et les incitations nécessaires pour continuer à fournir des services à nos communautés. »

D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

La stratégie d'ensemble reposait sur une microplanification détaillée comprenant la cartographie des communautés transfrontalières, des routes migratoires, des points d'entrée et de sortie transfrontaliers et des itinéraires de transit pour chaque installation transfrontalière. La synchronisation et la coordination des plans de vaccination entre les cinq pays concernés, tout comme le suivi des activités de vaccination, se sont avérés déterminants pour identifier et atteindre tous les enfants à vacciner dans les zones transfrontalières. Les efforts de vacci-

nation se sont poursuivis jusqu'en 2024, avec des campagnes porte-à-porte de différentes ampleurs et envergures dans 12 pays¹⁶⁹ au premier trimestre de 2024, qui ont permis à plus de 88 millions d'enfants de recevoir au moins une dose du vaccin antipoliomyélitique.

La vaccination contre la poliomyélite s'est très fortement améliorée en 2020 lorsque le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (VPOn2) est devenu le premier vaccin autorisé en vertu de la procédure d'autorisation d'utilisation d'urgence de l'OMS. Le vaccin a tout d'abord été déployé pour une utilisation restreinte dans les pays afin de combattre les flambées épidémiques du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVD-Vc2). Ce variant a sévi dans 20 pays¹⁷⁰ de la Région en 2023, la République démocratique du Congo étant la plus touchée, avec 223 cas.

Le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, une version modifiée du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 (VPOm2), offre une protection comparable, mais plus stable, contre le poliovirus de type 2. Cela signifie qu'il y a moins de risques de mutations et de retour à la virulence, ce qui réduit à son tour le risque de paralysie liée à la poliomyélite chez les enfants vivant dans des zones à faible couverture vaccinale et en dehors du rayon des campagnes de vaccination de masse ciblées. En définitive, le VPOn2 présente moins de risques d'engendrer de nouvelles flambées épidémiques de poliomyélite.

La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) étant la référence en matière de détection des poliovirus, les États Membres africains, avec l'appui de leurs partenaires, ont mis en place des systèmes de surveillance solides pour détecter les cas de paralysie flasque aiguë. Cette surveillance est facilitée par 16 laboratoires de la Région, qui font partie du Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite. Chaque pays dispose d'un laboratoire désigné où ses échantillons sont analysés. Plus de 24 000 cas de paralysie flasque aiguë sont notifiés chaque an-

168 Malawi, Mozambique, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

169 Algérie, Bénin, Cameroun, Congo, Kenya, Mauritanie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Soudan du Sud et Zimbabwe.

170 Burundi, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Guinée, Kenya, Madagascar, Mali, Mozambique, Mauritanie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Soudan du Sud, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

née et des échantillons de selles sont analysés dans le cadre de la surveillance.

Les 16 laboratoires du Réseau de laboratoires pour la poliomyélite de la Région africaine se trouvent dans 15 pays différents¹⁷¹ et sont renforcés par deux laboratoires de concentration d'échantillons de surveillance environnementale dans deux¹⁷² autres pays. Ces initiatives visent à renforcer les capacités des laboratoires, y compris le développement des capacités de séquençage grâce à diverses méthodologies et à de nouvelles technologies. Le nombre de laboratoires de séquençage est porté de deux actuellement à 16, tandis que de nouveaux laboratoires non spécialisés dans la poliomyélite sont ajoutés au réseau dans six pays,¹⁷³ afin d'effectuer le séquençage des poliovirus à l'aide de nouvelles technologies.

garantissant que chaque enfant était vacciné.

La surveillance a également été renforcée au cours des deux années précédant 2024 grâce à la création de 15 nouveaux sites de surveillance des eaux usées dans les pays touchés par la flambée de poliomyélite due à des poliovirus sauvages importés. Ils ont joué un rôle essentiel dans la détection de la circulation silencieuse du poliovirus dans les eaux usées, en veillant à ce que des échantillons de qualité soient envoyés aux laboratoires pour confirmation et riposte rapides à la présence de poliovirus.¹⁷⁴ La surveillance environnementale a débuté au Nigéria en 2011 et s'est étendue à tous les pays de la Région, à l'exception des Comores, où il n'existe pas de sites appropriés pour la surveillance environnementale. Plus de 500 sites de prélèvement d'échantillons ont commencé la surveillance environnementale.

L'utilisation de systèmes de suivi géospatial (GTS) pour suivre les vaccinateurs et visualiser la couverture en temps réel a été importante pour les activités de ratissage de la poliomyélite, garantissant que chaque enfant était vacciné.

La surveillance environnementale est essentielle à la détection des poliovirus, mais elle est entravée dans la Région africaine par la quasi absence de réseaux d'égouts formels, les retards dans le transport transfrontalier des échantillons, les difficultés financières et le manque de formation du personnel. En 2017, l'OMS a créé le Centre du système d'information géographique (SIG), des programmes de renforcement des capacités étant mis en œuvre dans les 47 États Membres afin de renforcer l'utilisation du SIG et des innovations technologiques pour soutenir divers programmes de surveillance des maladies, y compris la COVID-19 par la suite. L'utilisation de systèmes de suivi géospatial (GTS) pour suivre les vaccinateurs et visualiser la couverture en temps réel a été importante pour les activités de ratissage de la poliomyélite,

171 Afrique du Sud, Algérie, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Madagascar, Nigéria (2), Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.

172 Angola, Niger.

173 Angola, Érythrée, Malawi, Mozambique, République-Unie de Tanzanie et Rwanda.

174 <https://www.afro.who.int/news/timely-outbreak-response-enhanced-surveillance-halts-wild-poliovirus-transmission-southern>



Maladies non transmissibles et santé mentale

7

7.1	Maladies non transmissibles	143
-----	-----------------------------	-----

7.2	Santé mentale	154
-----	---------------	-----

Cible 3.4 des objectifs de développement durable :

D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être

Cible 3.a des objectifs de développement durable :

Lutte antitabac : « Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac »

Cible 3.5 des objectifs de développement durable :

Consommation de substances psychoactives : « Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool »

Maladies non transmissibles

« La charge croissante due aux maladies non transmissibles constitue une menace grave pour la santé et la vie de millions de personnes en Afrique, car plus d'un tiers des décès survenus dans la Région sont imputables à ces maladies. Le plus inquiétant, c'est que le nombre de décès prématurés de maladies non transmissibles augmente chez les personnes âgées de moins de 70 ans. »

D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

7.1.1 L'augmentation des maladies non transmissibles dans la Région africaine

Depuis le début du siècle, l'incidence des maladies non transmissibles en Afrique a augmenté. Le continent, qui abrite 54 pays à revenu faible ou intermédiaire, devrait connaître la plus forte augmentation mondiale du nombre de décès liés à ces maladies au cours des 10 prochaines années, et l'OMS prévoit que les maladies non transmissibles deviendront la principale cause de mortalité dans la Région africaine d'ici à 2030.

Contrairement aux maladies infectieuses plus familières, les maladies non transmissibles progressent souvent discrètement, mais leurs effets sont profonds. En tant qu'enjeu de développement durable, elles créent un fardeau sanitaire et économique important tout en ravageant les familles et les collectivités. En 2019, ces tueurs silencieux étaient déjà responsables de 37 % des décès dans la Région, contre 24 % en 2000. Si des interventions importantes ne

sont pas menées, ils devraient dépasser les maladies transmissibles et les affections maternelles, néonatales et nutritionnelles combinées au cours des cinq prochaines années.

Comprendre les maladies non transmissibles courantes et leurs facteurs de risque communs est la première étape vers l'élaboration d'une riposte globale. Les quatre principales causes de mortalité, qui représentent ensemble 80 % des décès prématurés liés aux maladies non transmissibles dans le monde,¹⁷⁵ sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les maladies respiratoires chroniques. On estime que 80 % des maladies non transmissibles sont évitables, d'où l'urgence de renforcer la prévention et de changer les modes de vie afin de cibler les facteurs de risque modifiables.

Les principaux facteurs de risque comprennent le tabagisme, un ennemi bien connu de la santé qui est lié aux maladies cardiaques, au cancer et aux maladies respiratoires chroniques ; l'usage nocif de l'alcool, qui con-

175 <https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2819%2930370-5/fulltext>

tribue aux maladies du foie et à certains cancers, tout en exacerbant les problèmes de santé mentale et en augmentant le risque d'accidents et de blessures ; la mauvaise alimentation due à une consommation grandissante d'aliments transformés riches en sel, en sucre et en graisses malsaines ; et la sédentarité.

L'urbanisation et l'évolution des modes de vie ont entraîné une baisse des niveaux d'activité physique chez de nombreuses populations africaines. Cette sédentarité, couplée à de mauvaises habitudes alimentaires, a contribué dans une mesure importante à l'augmentation de la charge des maladies non transmissibles. La recrudescence de l'obésité, favorisée par une mauvaise alimentation et la sédentarité, par exemple, a considérablement accru la prévalence du diabète et de l'hypertension, tandis que la charge de la santé mentale rajoute à la complexité de la situation. Plus de 100 millions de personnes dans la Région souffrent de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives.

La prévalence des maladies cardiovasculaires a doublé au cours des trois dernières décennies en Afrique, tandis que moins d'un tiers des personnes vivant avec l'hypertension dans la Région africaine sont sous traitement. Seulement 12 % des personnes atteintes de cette affection potentiellement mortelle la maîtrisent.

Ces facteurs de risque ne sont pas seulement des comportements isolés, ils sont profondément enracinés dans le contexte socioéconomique, culturel et environnemental de la Région. Pour s'attaquer à ces problèmes, il convient d'adopter une approche holistique allant au-delà du changement de comportement individuel pour agir sur les déterminants au sens large de la santé.

Lorsque la D^{re} Moeti a pris ses fonctions en 2015, la riposte était guidée par le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non

transmissibles 2013-2020 (prolongé jusqu'en 2030). Les États Membres se sont engagés chacun à réduire la charge évitable des maladies non transmissibles et le nombre de décès prématurés dus à ces maladies de 25 % d'ici à 2025.

Entre 2013 et 2019, la mortalité due aux maladies non transmissibles standardisée en fonction de l'âge a légèrement diminué, passant de 615,9 à 587,1 décès pour 100 000 personnes dans la Région africaine. La probabilité de décéder de maladies cardiovasculaires, de cancer, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques entre 30 ans et 70 ans a aussi reculé légèrement, passant de 22 % à 20,8 %.

Cependant, l'accès inéquitable à des soins facilement disponibles dans les pays¹⁷⁶ à revenu élevé signifiait toujours en 2020, qu'un enfant de 10 ans atteint de diabète en Afrique subsaharienne vivrait 40 ans de moins que son homologue en Europe. En 2021, l'Afrique affichait la deuxième plus faible dépense liée au diabète (13 milliards de dollars É.-U.), soit 1 % seulement des dépenses mondiales liées au diabète,¹⁷⁷ bien que la Région africaine compte le plus grand nombre de cas de diabète non diagnostiqués (54 %).

En outre, la prévalence des maladies cardiovasculaires a doublé au cours des trois dernières décennies en Afrique, tandis que moins d'un tiers des personnes vivant avec l'hypertension dans la Région africaine sont sous traitement. Seulement 12 % des personnes atteintes de cette affection potentiellement mortelle la maîtrisent.

Les progrès réalisés dans la lutte contre les maladies non transmissibles ont également subi des revers en raison des perturbations des services de santé essentiels causées par la pandémie de COVID-19. Environ 80 % des pays de la Région ont signalé des perturbations des services de santé entre mai et septembre 2021, notamment en ce qui concerne les soins du diabète¹⁷⁸ et du cancer,¹⁷⁹ en raison de la faible résilience des systèmes de santé.

Pour aider à réduire la charge évitable des

176 <https://www.bmj.com/content/383/bmj.p2382>

177 https://files.who.int/afahobckpcontainer/production/files/iAHO_Diabetes_Regional_Factsheet.pdf

178 <https://www.afro.who.int/news/covid-19-more-deadly-africans-diabetes>

179 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10656081/>

décès, maladies et handicaps liés aux maladies non transmissibles, l'OMS fournit une expertise technique aux pays pour concevoir et mettre en œuvre des stratégies d'intervention efficaces et suivre les progrès accomplis. L'Organisation a, en outre, défini un ensemble de mesures pratiques et d'un bon rapport coût-efficacité que les pays peuvent appliquer au niveau des soins de santé primaires. Ces mesures portent essentiellement sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et comprennent des initiatives telles que l'augmentation des taxes sur le tabac, la restriction de la publicité sur l'alcool, la reformulation des produits alimentaires avec moins de sel, de sucre et de matières grasses, la vaccination des jeunes filles contre le cancer du col de l'utérus, ainsi que le traitement de l'hypertension et du diabète.

7.1.2 Surveillance des facteurs de risque de maladies non transmissibles – l'approche STEPS

Pour lutter efficacement contre les maladies non transmissibles, il est essentiel de comprendre l'étendue et la répartition de ces maladies, ainsi que leurs facteurs de risque au sein des populations. La surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles fournit les données nécessaires pour éclairer les politiques, orienter l'allocation des ressources et concevoir des interventions ciblées. Cependant, dans de

nombreux pays africains, la collecte de données fiables sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque reste difficile, à cause de ressources limitées, de priorités sanitaires concurrentes et de systèmes d'information sanitaire sous-développés.

Consciente de ces insuffisances, l'OMS a mis au point une méthode normalisée d'approche graduelle de la surveillance connue sous le nom de STEPwise approach to surveillance (STEPS). L'approche STEPS fournit un cadre simple, mais complet, pour la collecte, l'analyse et la diffusion de données sur les principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles. Les pays peuvent ainsi suivre l'évolution des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque au fil du temps, déterminer les groupes à haut risque et évaluer l'efficacité des interventions.

La stratégie est conçue pour être flexible et adaptable aux différents contextes nationaux, ce qui la rend particulièrement appropriée dans les contextes à faibles ressources. La première étape de la stratégie consiste à recueillir des informations sur les principaux facteurs de risque comportementaux. Il s'agit notamment du tabagisme et de l'alcool, de la sédentarité et de la mauvaise alimentation, ainsi que de facteurs de risque biologiques tels que le surpoids et l'obésité, l'hypertension artérielle et l'hyperglycémie, et des lipides sanguins anormaux. Ces données sont généralement collectées au



moyen d'enquêtes auprès des ménages à l'aide de questionnaires standardisés.

Par exemple, au Burkina Faso, les résultats de l'enquête de 2021 de l'OMS utilisant l'approche graduelle de la surveillance ont révélé une prévalence de l'hypertension de 18,2 % chez les personnes âgées de 18 à 69 ans, soulignant la nécessité d'interventions. Grâce au soutien de l'OMS et du gouvernement danois, le Burkina Faso met désormais à disposition des services relatifs aux maladies non transmissibles dans les établissements de santé de district, en les décentralisant des hôpitaux tertiaires pour en élargir l'accès.

En Mauritanie, l'enquête STEPS 2008 a révélé que 22,6 % des adolescents âgés de 13 à 15 ans consomment du tabac, grâce à l'accès facile aux produits du tabac par tous, y compris les enfants.

En Mauritanie, l'enquête STEPS 2008 a révélé que 22,6 % des adolescents âgés de 13 à 15 ans consomment du tabac, grâce à l'accès facile aux produits du tabac par tous, y compris les enfants. Des mesures juridiques visant à introduire des mises en garde sanitaires graphiques sur les emballages des produits du tabac ont suivi, l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes 2021 montrant que le tabagisme en Mauritanie avait diminué de 8 % entre 2012 et 2021, passant de 18 % à 10 %.

La deuxième étape consiste à recueillir des mesures physiques telles que la taille, le poids et la tension artérielle. Ces mesures permettent d'identifier les principaux indicateurs des risques de maladies non transmissibles, notamment la prévalence du surpoids et de l'obésité, ainsi que l'hypertension artérielle.

Dans la dernière étape, des mesures biologiques telles que la glycémie et le taux de cholestérol sont recueillies. Ces biomarqueurs renseignent sur la prévalence de maladies comme le diabète et la dyslipidémie. À Maurice, l'approche STEPS a révélé une forte prévalence du diabète, ce qui a conduit à la mise en œu-

vre de programmes nationaux de dépistage et d'interventions visant à promouvoir des modes de vie plus sains.

En utilisant cette approche standardisée, les pays peuvent suivre les tendances des facteurs de risque de maladies non transmissibles au fil du temps, comparer les données entre les différentes régions et déceler les menaces sanitaires naissantes. Entre 2014 et 2024, en tout 24 pays¹⁸⁰ de la Région africaine ont mené des enquêtes STEPS, certains plus d'une fois, générant une mine de données qui permet d'orienter les stratégies nationales de lutte contre l'épidémie de maladies non transmissibles.

Cependant, la mise en œuvre de l'approche STEPS est loin d'être aisée. Dans certains pays, les contraintes logistiques, le manque de financement et de personnel formé ont entravé la collecte et l'analyse régulières des données. Malgré ces difficultés, les succès enregistrés montrent que lorsque des données fiables sont disponibles, elles peuvent favoriser des changements de politique et des interventions de santé publique efficaces. Elles permettent aussi aux pays de suivre les progrès accomplis vers l'atteinte des cibles mondiales, en particulier la cible 4 de l'objectif 3 de développement durable, qui vise à réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles d'ici à 2030.

7.1.3 Prévention des maladies non transmissibles en agissant sur les facteurs de risque modifiables

La sensibilisation et l'éducation à la santé publique sont des éléments clés de la riposte globale. L'OMS a facilité de nombreuses campagnes de partage d'informations sur les principaux facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles, notamment le tabagisme, la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool. Ces efforts visent également à améliorer les connaissances en santé et à accélérer un changement de comportement.

Des interventions communautaires, notamment des programmes d'éducation et de

¹⁸⁰ Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Maurice, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Togo et Zambie.

dépistage, ont également été mises en œuvre pour sensibiliser aux maladies non transmissibles et améliorer leur détection précoce.

Lutter contre le tabagisme

Le tabagisme est l'une des causes les plus évitables de maladies non transmissibles, mais il reste une menace importante pour la santé publique. Pour lutter contre ce phénomène, les pays de la Région africaine ont mis en œuvre diverses stratégies visant à réduire la consommation de tabac. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, qui a été ratifiée par 45¹⁸¹ des 47 États Membres, a été une pierre angulaire de ces efforts, fournissant aux pays un ensemble complet de politiques et d'interventions visant à réduire le tabagisme.

En outre, l'OMS a soutenu la mise en œuvre accélérée des principales stratégies de réduction de la demande de tabac préconisées dans le programme MPOWER, un ensemble d'interventions s'appuyant sur les mesures de la Convention-cadre qui ont fait leurs preuves pour réduire la prévalence du tabagisme en surveillant la consommation du tabac, en protégeant les gens contre le tabagisme passif, en offrant une aide aux personnes souhaitant arrêter de fumer, en faisant respecter l'interdiction de la publicité pour le tabac et en augmentant les taxes sur les produits du tabac.

52 % de la population (632 millions de personnes) de la Région est désormais protégée par des mises en garde sanitaires graphiques sur les paquets de tabac, et plus de 89 % (1,1 milliard de personnes) l'est par des lois antitabac.

Maurice a lancé une campagne concertée pour réduire le tabagisme en 2022, en introduisant une série de nouvelles mesures, notamment des réglementations et une fiscalité plus rigoureuses contre le tabagisme, tout

en intensifiant les campagnes de sensibilisation et le soutien gratuit au sevrage tabagique. Toutes ces actions font partie du Plan d'action national de lutte antitabac 2022-2026, qui a permis à Maurice de devenir le troisième pays au monde et le premier de la Région africaine à adopter l'ensemble des mesures MPOWER au plus haut niveau. Maurice est également devenu le premier pays africain à assurer avec succès l'emballage neutre des produits du tabac, y apposant une série de huit mises en garde sanitaires graphiques dont le libellé est renouvelé périodiquement.

Au total, 22 pays¹⁸² ont également ratifié le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, les interventions contribuant à ce que près de la moitié des pays de la Région soient en bonne voie pour parvenir à une réduction relative de 30 % de la prévalence de la « consommation journalière actuelle du tabac » d'ici à 2025, par rapport aux niveaux de référence de 2010. La prévalence du tabagisme chez les adultes âgés de plus de 15 ans a considérablement diminué, passant de 13,5 % à 9,5 % (2015-2023)¹⁸³ et elle devrait baisser davantage d'ici à 2025,¹⁸⁴ à 8,9 %.

Parallèlement, 52 % de la population (632 millions de personnes) de la Région est désormais protégée par des mises en garde sanitaires graphiques sur les paquets de tabac, et plus de 89 % (1,1 milliard de personnes) l'est par des lois antitabac. En outre, la part totale moyenne des taxes dans le prix de détail d'un paquet de 20 cigarettes pour les marques les plus vendues est passée de 37 % à 41 % (2016-2023).¹⁸⁵

Dix-neuf pour cent des États Membres sont parvenus à réduire de plus de 10 % l'exposition à la fumée secondaire chez les enfants âgés de 13 ans à 15 ans (2008-2018).¹⁸⁶ De même, près de 20 % des États Membres ont réussi à réduire de 10 % l'exposition passive à la fumée de tabac chez les enfants dont l'âge est compris entre 13 ans et 15 ans grâce à des campagnes efficaces de promotion de la santé.

181 Sauf l'Érythrée et le Soudan du Sud.

182 Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Madagascar, Mali, Maurice, Niger, Nigéria, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Tchad et Togo.

183 WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2024.

184 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088283>

185 WHO report on the global tobacco epidemic, 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>

186 Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale de lutte contre le cancer Document AFR/RC69/INF.DOC.3



Les exploitations sans tabac du Kenya ont été une intervention particulièrement innovante permettant de freiner la culture du tabac dans le pays. En 2021, le Kenya s'est associé à l'OMS et à une coalition de partenaires internationaux pour aider les cultivateurs de tabac à se tourner vers des cultures résilientes au changement climatique telles que le haricot et le maïs. Elles représentent une source de revenus plus saine et améliorent la sécurité alimentaire.

Le projet, qui a débuté avec des centaines d'agriculteurs au Kenya en 2022, s'étend à d'autres régions productrices de tabac. Ces initiatives ne sont pas seulement d'ordre économique ; elles révèlent aussi un changement important dans la façon dont les communautés perçoivent leur santé et leur avenir.

Usage nocif de l'alcool

L'alcool fait depuis longtemps partie des pratiques culturelles et sociales dans de nombreuses sociétés africaines, mais son usage nocif est un facteur important de maladies non transmissibles, notamment les maladies du foie, les maladies cardiovasculaires et certains cancers. La consommation excessive d'alcool exacerbe également les problèmes de santé

mentale et augmente le risque d'accidents et de traumatismes, ce qui fait peser une charge considérable sur les systèmes de soins de santé.

L'initiative SAFER de l'OMS, acronyme qui résume les cinq¹⁸⁷ interventions les plus économiques et efficaces visant à réduire les méfaits de l'alcool, a fourni un cadre stratégique permettant aux pays de lutter contre l'usage nocif de l'alcool, notamment en augmentant les taxes sur les boissons alcoolisées, en réprimant la conduite en état d'ébriété et en améliorant l'accès au dépistage et au traitement des troubles liés à la consommation d'alcool.

En Éthiopie, par exemple, la mise en œuvre de politiques visant à limiter la commercialisation de l'alcool, à augmenter la taxation des boissons alcoolisées et à promouvoir les programmes d'éducation communautaire a entraîné une baisse significative de la consommation d'alcool par habitant, qui est passée de 6,3 litres par personne en 2016 à 4,2 litres par personne en 2020.

À l'échelle régionale, le nombre de décès imputables à l'alcool pour 100 000 personnes est passé de 70,6 à 52,2 (2016-2019), traduisant une baisse constante de la consommation d'alcool enregistrée depuis 2015, avec des indications

187 Renforcer les restrictions à la disponibilité de l'alcool ; adopter et appliquer des mesures contre la conduite en état d'ébriété ; faciliter l'accès au dépistage, à de brèves interventions et au traitement ; appliquer les interdictions ou de larges restrictions sur la publicité, le parrainage et la promotion de l'alcool ; augmenter les prix de l'alcool en appliquant des taxes d'accise et des politiques de prix.





d'une réduction relative d'au moins 20 % de la consommation d'alcool par habitant. Cette baisse n'est toutefois reliée qu'à environ la moitié des États Membres de la Région,¹⁸⁸ le rapport 2023 des Statistiques sanitaires mondiales de l'OMS estimant par exemple que l'Ouganda affichait une consommation de 12,2 litres d'alcool par personne et par an, soit environ le double de la moyenne régionale.¹⁸⁹

Les progrès devraient être accélérés par le Cadre pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial contre l'alcool 2022-2030 dans la Région africaine, qui a été présenté au Comité régional de l'OMS pour l'Afrique en 2023. Ce Cadre actualise la stratégie précédente, qui date de 13 ans, en introduisant de nouveaux points dans le Plan d'action mondial contre l'alcool et en résolvant les difficultés de mise en œuvre des activités de réduction des méfaits de l'alcool dans la Région.

La Région africaine a enregistré une réduction importante de la prévalence de la sédentarité, qui est passée de 22,1 % à 16 % entre 2016 et 2022. Ce qui en fait la seule Région en bonne voie pour atteindre la cible mondiale de réduction fixée pour 2030.

Alimentation saine et activité physique

Alors que l'urbanisation continue de remodeler les sociétés africaines, la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique est devenue un impératif de santé publique, les personnes en surpoids ou obèses étant exposées à un risque accru de développer une série de maladies non transmissibles graves, notamment le diabète de type 2, l'hypertension, les maladies cardiaques et certains cancers.

Guidée par la boîte à outils ACTIVES de l'OMS,

qui fixe des objectifs de réduction relative des niveaux mondiaux de sédentarité de 10 % d'ici à 2025 et de 15 % d'ici à 2030, la Région africaine a enregistré une réduction importante de la prévalence de la sédentarité, qui est passée de 22,1 % à 16 % entre 2016 et 2022. Ce qui en fait la seule Région en bonne voie pour atteindre la cible mondiale de réduction fixée pour 2030.¹⁹⁰

Cependant, la sédentarité associée à l'urbanisation croissante ou à l'évolution des modes de transport dans de nombreux pays reste un facteur important d'obésité, exacerbée par des habitudes alimentaires telles que la consommation d'aliments riches en énergie. En outre, l'absence de politiques solides dans des secteurs clés – notamment la santé, l'agriculture, l'urbanisme et l'environnement – qui favorisent des modes de vie plus sains menace les acquis.

La prévalence de l'obésité en Afrique oscille entre 4,5 % et 32,5 %, tandis que la prévalence de l'hypertension liée au surpoids/à l'obésité chez les enfants et les adolescents est d'environ 18,5 %. En Afrique du Sud et au Nigéria, deux pays d'Afrique subsaharienne où la prévalence de l'hypertension est la plus élevée, la sédentarité associée au passage d'une vie rurale à une vie urbaine ou occidentalisation a été citée comme l'un des principaux facteurs de prévalence élevée de l'hypertension.¹⁹¹

L'OMS dans la Région africaine a encouragé les pays à promouvoir une alimentation saine et à créer un environnement alimentaire sain en adoptant et en mettant en œuvre des interventions fiscales et réglementaires en matière de production, de transport et de commercialisation des aliments, y compris l'étiquetage des aliments, les directives diététiques fondées sur les aliments disponibles et la taxation des boissons sucrées. En 2022, trente et un¹⁹² des 47 pays avaient mis en œuvre des politiques fiscales nationales sur les boissons sucrées pour lutter

188 Données comparatives relatives aux frais de traitement des articles concernant les publications 2018 et 2024 du Rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé

189 <https://www.afro.who.int/countries/uganda/news/whos-safer-initiative-timely-intervention-reduce-alcohol-related-harm-uganda>

190 Niveaux mondiaux de sédentarité chez les adultes : hors d'atteinte pour 2030

191 <https://www.nature.com/articles/s41371-024-00913-6#:~:text=Obesity%20prevalence%20in%20Africa%20ranges,approximately%2018.5%25%20%5B97%5D>

192 Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigér, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe.

contre l'obésité chez les enfants et les adultes.

L'OMS a également contribué à reformuler les produits alimentaires afin de réduire la teneur en graisses saturées, en graisses trans, en sucres libres et en sel/sodium, et d'éliminer les graisses trans produites industriellement. Parmi les modules techniques de l'OMS visant à promouvoir une alimentation saine figurent SHAKE pour la réduction du sel, qui a vu la tenue du premier atelier régional interpays sur la réduction du sel au Malawi en 2018¹⁹³ et REPLACE pour éliminer les acides gras trans artificiels des produits alimentaires nationaux.

Les États Membres se sont engagés à enrayer l'augmentation du diabète et de l'obésité chez les adultes et les adolescents, ainsi que du surpoids chez les enfants, et à réduire de 30 % la consommation de sel d'ici à 2025. Grâce à un programme multipartenaires appelé Programme mondial de renforcement des capacités réglementaires et fiscales (RECAP), le Kenya, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie ont progressé vers l'adoption de normes de modélisation des profils nutritionnels et d'étiquetage des aliments, qui annoncent la réglementation de la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées.

Le Burkina Faso, le Mali et la Sierra Leone ont également aligné leurs politiques nationales en matière d'étiquetage nutritionnel sur la stratégie régionale et les normes du Codex Alimentarius,¹⁹⁴ tout en renforçant leur réglementation en matière d'étiquetage nutritionnel de manière à réduire les facteurs de risque de maladies non transmissibles liées à l'alimentation.¹⁹⁵

7.1.4 Traitement et prise en charge des maladies non transmissibles

La prévention est essentielle, mais il faut accorder la même attention à l'accès à des services de soins de santé de qualité pour ceux qui vivent déjà avec une maladie non transmissible afin de stimuler la détection précoce, le traitement et la prise en charge, et de sauver des vies. Dans de

nombreux pays africains, les systèmes de soins de santé se concentrent traditionnellement sur les maladies infectieuses aiguës, et l'accès limité aux services de dépistage contribue à la présentation tardive des maladies non transmissibles, ce qui entraîne de moins bons résultats et des taux de mortalité plus élevés.

Pour y remédier, il convient d'utiliser de manière rationnelle les ressources limitées disponibles dans le domaine des soins de santé, mettre en place des mécanismes durables de financement de la santé, assurer l'accès aux produits de diagnostic de base et aux médicaments essentiels, et mettre en place des systèmes organisés d'information médicale et d'orientation-recours équitables au niveau des soins de santé primaires.

Aidée par des collaborations et des partenariats, l'OMS dans la Région africaine a quelque peu progressé vers l'intégration des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires, notamment grâce à l'adoption par 34 pays de la Région¹⁹⁶ sur 47 de l'ensemble des interventions essentielles de l'OMS contre les maladies non transmissibles (PEN) pour les soins de santé primaires. Le PEN, publié pour la première fois en 2010, était novateur et axé sur l'action, donnant la priorité à un ensemble d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité qui pouvaient être dispensées avec une qualité de soins acceptable, même dans les milieux pauvres en ressources.¹⁹⁷

Cet ensemble de mesures a permis à l'OMS d'aider les pays à commencer à décentraliser la prise en charge des maladies non transmissibles, en offrant des services de dépistage et d'autres services, notamment le diagnostic, le traitement, la modification du mode de vie, l'éducation des patients et l'autoprise en charge, au niveau des soins primaires.

Samuel, un agriculteur de 45 ans originaire d'un village rural de Zambie, a bénéficié de ce train de mesures. Il présentait depuis des mois des symptômes de fatigue, de miction fréquente

193 <https://www.afro.who.int/news/malawi-hosts-first-salt-reduction-intercountry-workshop-african-region>

194 Programme mixte FAO/OMS sur les normes alimentaires qui sert de code international de sécurité sanitaire des aliments

195 https://www.afro.who.int/sites/default/files/2023-03/WHO%20AFRO%20UHP%20brochure_0.pdf

196 Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Mali, Maurice, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Togo, Zambie et Zimbabwe.

197 https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789241506557_eng.pdf

et de vision trouble, mais n'avait pas les moyens de se procurer des soins spécialisés. Lorsque le centre de santé local a mis en œuvre le PEN de l'OMS, il a finalement été diagnostiqué d'un diabète de type 2 et a commencé un traitement, consistant en des médicaments et des conseils sur le mode de vie. Grâce à des visites de suivi régulières, il a appris à prendre en charge son état, prévenant ainsi les complications et améliorant sa qualité de vie.

Après le succès du PEN de l'OMS, l'initiative PEN-Plus a été lancée en 2022 pour répondre au besoin croissant de soins plus complets. Par l'intermédiaire de PEN-Plus, l'OMS a fourni un appui aux pays afin de renforcer les capacités des hôpitaux de district et d'autres établissements d'orientation-recours de premier niveau pour le diagnostic précoce et la prise en charge ultérieure des maladies non transmissibles graves.

L'Éthiopie, par exemple, a mis en place des services de prise en charge des maladies non transmissibles dans les hôpitaux de district, renforçant sa capacité de diagnostic et de prise en charge d'affections telles que le cancer et les maladies respiratoires chroniques, en offrant des services comprenant la chimiothérapie, des thérapies respiratoires spécialisées et la prise en charge avancée du diabète.

L'Éthiopie, par exemple, a mis en place des services de prise en charge des maladies non transmissibles dans les hôpitaux de district, renforçant sa capacité de diagnostic et de prise en charge d'affections telles que le cancer et les maladies respiratoires chroniques, en offrant des services comprenant la chimiothérapie, des thérapies respiratoires spécialisées et la prise en charge avancée du diabète.

Les programmes de formation des agents de santé, mis en œuvre conjointement avec les initiatives PEN et PEN-Plus, ont également été élargis pour renforcer les capacités de

prévention, de diagnostic et de traitement des principales maladies non transmissibles. Cela a été réalisé grâce aux stratégies PEN et PEN-Plus de l'OMS, sans oublier l'initiative HEARTS, dont l'approche stratégique permet aux responsables de l'élaboration des politiques et aux administrateurs de programmes d'améliorer la prestation des soins de santé primaires cardiovasculaires dans les pays.

D'autres cadres ont soutenu les interventions, notamment la Stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire (2016-2025), adoptée en 2016 pour catalyser les mesures prises par les États Membres afin de prévenir et combattre les affections bucco-dentaires ; le Cadre régional pour l'intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires,¹⁹⁸ adopté en 2017 ; et le Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus¹⁹⁹ en tant que problème de santé publique dans la Région africaine de l'OMS (2021).

Parallèlement, le Bureau régional travaille aussi sur le schéma directeur du diabète pour l'Afrique dans le cadre du Pacte mondial contre le diabète, l'initiative mondiale de lutte contre le diabète lancée par l'OMS en 2021, à l'occasion du centenaire de la découverte de l'insuline.

198 Cadre régional pour l'intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334349/AFR-RC67-12-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

199 Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique dans la Région africaine de l'OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345324/AFR-RC71-9-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Santé mentale

Il y a 10 ans, la santé mentale était un domaine sous-reconnu et fortement stigmatisé, aux niveaux mondial et régional, bien qu'elle soit un élément essentiel de la santé et du bien-être et un droit humain fondamental. Si 24 pays²⁰⁰ sur les 47 que compte la Région africaine disposaient de politiques ou de plans autonomes de santé mentale pour encadrer les activités liées à la santé mentale, seuls 41 % de ces plans ou politiques étaient conformes aux instruments internationaux relatifs aux droits humains.

Les problèmes de santé mentale touchent environ une personne sur huit dans le monde et représentent 6 % de la charge totale de morbidité en Afrique. Bien que la réponse à la charge de

morbidité liée à la santé mentale ait été lente, la Région a considérablement progressé dans l'amélioration des services de santé mentale et dans l'action dans ce domaine clé de la santé.

En 2020, trois quarts des pays de la Région disposaient d'une politique nationale de santé mentale, autonome ou intégrée à d'autres plans nationaux de santé, afin d'orienter les activités de santé mentale.²⁰¹ Près de 70 % des pays ayant participé à l'enquête de l'Atlas de la santé mentale 2020 disposaient de politiques de santé mentale conformes aux instruments internationaux relatifs aux droits humains,²⁰² et 54 % avaient des lois sur la santé mentale conformes aux instruments internationaux relatifs

200 Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Libéria, Madagascar, Mali, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Togo, Zambie et Zimbabwe.

201 Atlas de la santé mentale 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>) : 29 des 39 pays de la Région africaine ayant participé à l'Atlas 2020 de la santé mentale. Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

202 Atlas de la santé mentale 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>) : 26 des 39 pays Région africaine ayant participé à l'Atlas 2020 de la santé mentale. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burundi, Cabo Verde, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Libéria, Maurice, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

aux droits de l'homme,²⁰³ contre 31 % en 2014.

Au début du premier mandat de la D^{re} Moeti, les investissements financiers dans les soins de santé mentale dans la Région étaient limités : en 2017, les pays ne dépensaient en moyenne que 0,10 dollar É.-U. par habitant et par an pour la santé mentale. On observait une pénurie grave d'agents de santé mentale spécialisés, notamment d'infirmiers en santé mentale, de psychiatres, de psychologues cliniciens, de travailleurs sociaux cliniques et d'ergothérapeutes, avec 1,4 agent de santé mentale spécialisé pour 100 000 habitants.

Les investissements financiers dans les soins de santé mentale dans la Région étaient limités : en 2017, les pays ne dépensaient en moyenne que 0,10 dollar É.-U. par habitant et par an pour la santé mentale.

En outre, les agents de soins de santé primaires étaient très peu formés en soins de santé mentale. Seuls 0,6 % des médecins et 4 % des personnels infirmiers et obstétricaux au niveau des soins primaires dans la Région avaient reçu cette formation. De surcroît, la santé mentale était largement axée sur les soins pharmacologiques, souvent proposés dans des hôpitaux de référence de niveau tertiaire avec une faible intégration dans les structures de soins de santé primaires et communautaires.²⁰⁴ Cette situation a accentué la stigmatisation entourant les problèmes de santé mentale et limité considérablement l'accès aux soins, au traitement et au soutien appropriés.

En 2020, les effets des initiatives visant à

renforcer le personnel de santé mentale étaient déjà visibles. Depuis 2014, on estime que le nombre d'agents de santé mentale spécialisés dans la Région a augmenté de 14 %, passant de 1,4 à 1,6 pour 100 000 habitants.²⁰⁵ Grâce à la décentralisation et à l'intégration de la santé mentale, y compris le renforcement des capacités au niveau des soins primaires, 79 % des pays ont offert une formation en santé mentale aux agents de soins primaires en 2020.

Le Bureau régional a dirigé l'élaboration et l'approbation par les États Membres du cadre régional visant à renforcer la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la santé mentale 2013-2030 dans la Région africaine de l'OMS.²⁰⁶ Des indicateurs clairs de suivi des progrès ont été définis et des rapports de situation sur ce cadre seront présentés au Comité régional en 2025 et 2028.

L'OMS encourage les pays à réformer ou à élaborer des politiques et des plans de santé mentale conformes aux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme. Dans le cadre de son initiative baptisée Quality Rights, l'Organisation a fourni des orientations et des formations aux agents de santé, aux personnes ayant une expérience vécue, aux organisations non gouvernementales et à d'autres sur la manière de mettre en œuvre une approche des soins de santé mentale fondée sur les droits de l'homme et le rétablissement.²⁰⁷

Ce programme est déployé au niveau régional,^{208, 209} transformant les mentalités et améliorant la qualité des soins de santé mentale. Au Ghana, par exemple, l'OMS a accompagné le pays dans l'élaboration des plans d'amélioration de la qualité pour trois hôpitaux

203 Atlas de la santé mentale 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>) : 21 des 39 pays : Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Libéria, Maurice, Namibie, Niger, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Seychelles et Zambie.

204 Regional strategy for mental health: <https://iris.who.int/handle/10665/1941>

205 Atlas de la santé mentale 2020 : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

206 Cadre pour renforcer la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la santé mentale 2013-2030 dans la Région africaine de l'OMS : rapport du Secrétariat : <https://iris.who.int/handle/10665/361849>

207 QualityRights materials for training, guidance and transformation: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

208 QualityRights in Mental Health – Ghana Project – Ministry of Health (Ghana): <https://www.moh.gov.gh/qualityrights-in-mental-health-ghana-project>

209 A human rights assessment of a large mental hospital in Kenya | Semantic Scholar (Kenya): <https://www.semanticscholar.org/paper/A-human-rights-assessment-of-a-large-mental-in-Muhia-Jaguga/36cef9717b1fe02f146a63a8937687a2a20a41d1>



psychiatriques et cinq hôpitaux généraux dotés d'unités psychiatriques en 2023.^{210,211} Le Conseil ghanéen des soins infirmiers et obstétricaux a désormais rendu obligatoire l'obtention d'un certificat relatif aux droits en matière de qualité pour le personnel infirmier travaillant dans des établissements psychiatriques dans le cadre des efforts d'amélioration de la qualité.²¹²

Grâce au module de formation du Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP),²¹³ les pays ont bénéficié d'un module de formation standard sur la santé mentale intégrée dans les soins de santé primaires à l'intention des agents de santé non spécialisés. Ce programme a été mis en œuvre dans la Ré-

gion sous forme de formation en cours d'emploi ou de formation médicale continue^{214, 215, 216, 217} et certains pays l'intègrent désormais dans la formation des écoles de médecine et de soins infirmiers dans le cadre de la formation initiale en santé mentale.^{218, 219} L'initiative a un effet transformateur sur l'approche de la formation en santé mentale, autonomise des non-spécialistes et permet de mettre en œuvre une approche intégrée des soins de santé mentale.

Au Zimbabwe, par exemple, l'OMS, par l'intermédiaire de l'Initiative spéciale pour la santé mentale et du Programme d'action Comblant les lacunes en matière de santé mentale, a formé des agents de santé à la santé mentale et au

-
- 210 WHO Special Initiative for Mental Health – Ghana: <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health/ghana#>
- 211 QualityRights materials for training, guidance and transformation: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>
- 212 WHO Special Initiative for Mental Health - Ghana: <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health/ghana#>
- 213 mhGAP Intervention Guide - Version 2.0: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>; Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>
- 214 Training on Mental Health using the Mental Health - GAP (mh-GAP) Guideline | WHO | Regional Office for Africa (Eritrea): <https://www.afro.who.int/news/training-mental-health-using-mental-health-gap-mh-gap-guideline>
- 215 A survey of the mental healthcare systems in five Francophone countries in West Africa: Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Niger and Togo - PMC (nih.gov): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6735152/>
- 216 Health and care system assessment aimed at cultural adaptation of MhGAP modules | European Psychiatry | Cambridge Core (Nigéria): <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/health-and-care-system-assessment-aimed-at-cultural-adaptation-of-mhgap-modules/FA4C1B8AF3C2E03ACBA6C0EEC0EBD0A4>
- 217 Mainstreaming mental health in Ethiopia (who.int) (Éthiopie): <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/mhgap-ethiopia>
- 218 WHO Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG): the first pre-service training study | International Journal of Mental Health Systems | Full Text (biomedcentral.com) (Libéria, Nigéria, Sierra Leone): <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-020-00379-2>
- 219 Enhancing mental health pre-service training with the mhGAP Intervention Guide: experiences and lessons learned: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240007666>

soutien psychosocial. Cela a permis à 1,8 million de personnes supplémentaires dans le pays d'avoir accès à des services de santé mentale cruciaux, plus de 3000 d'entre elles ayant reçu des services pour des problèmes mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives pour la première fois en 2023.²²⁰

Les changements ont eu un impact particulier sur le taux de suicide dans la Région, qui, tout en restant à un niveau inacceptable, a reculé de 21 % (taux de suicide standardisés selon l'âge) entre 2014 et 2020, passant de 14,2 à 11,2 pour 100 000 habitants.^{221, 222} Le programme de formation mhGAP a joué un rôle essentiel à cet égard, tandis que Cabo Verde et la Côte d'Ivoire ont bénéficié d'une assistance pour effectuer des analyses nationales de la situation du suicide.²²³

Dans le même ordre d'idées, l'OMS a joué un rôle de chef de file et fourni des orientations sur la réponse à apporter en matière de santé mentale lors des situations de crise, collaborant avec la Mission chrétienne pour les aveugles (CBM), World Vision International et l'UNICEF à l'élaboration du guide de facilitation régional africain sur la fourniture des premiers secours psychologiques pendant la crise de maladie à virus Ebola.²²⁴ Pendant la pandémie de COV-

ID-19, l'Organisation a guidé une évaluation rapide de son impact sur les services de santé mentale et de consommation de substances psychoactives dans la Région, en formulant des recommandations sur la manière dont les pays pourraient mieux adapter les services de santé mentale pendant les crises.²²⁵

En vue d'améliorer le financement de la santé mentale, l'OMS a plaidé en faveur d'un financement structuré et cohérent des soins de santé mentale entre les États Membres,²²⁶ et a fourni des orientations sur l'élaboration d'argumentaires en faveur d'investissements dans la santé mentale.²²⁷ Grâce à ces orientations, plusieurs pays ont réussi à inclure les soins de santé mentale dans leurs régimes nationaux d'assurance-maladie,^{228, 229, 230, 231} tandis que d'autres ont élaboré des argumentaires en faveur d'investissements dans la santé mentale.^{232, 233, 234} Les dépenses publiques consacrées à la santé mentale, bien qu'elles restent très inférieures à la moyenne mondiale, ont augmenté de plus de 0,30 dollar É.-U. par habitant dans la Région (passant de 0,1 dollar É.-U. en 2014 à 0,46 dollar É.-U. en 2020).^{235, 236} En 2022, le Kenya, l'Ouganda et le Zimbabwe, avec le soutien de l'OMS, avaient déjà élaboré des argumentaires nationaux en faveur d'investissements dans la santé mentale, qui sont désormais utilisés pour

220 WHO Special Initiative for Mental Health – Zimbabwe: <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health/zimbabwe>

221 Atlas de la santé mentale 2014 : <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-atlas-2014>

222 Atlas de la santé mentale 2020 : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

223 En finir avec la crise du suicide et de la santé mentale en Afrique | OMS | Bureau régional de l'Afrique : <https://www.afro.who.int/news/reversing-suicide-mental-health-crisis-africa>

224 Facilitation manual: Psychological first aid during Ebola virus disease outbreaks: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548977>

225 L'impact de la COVID-19 sur les services psychiatriques, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives : résultats d'une évaluation rapide dans la Région africaine | OMS | Bureau régional de l'Afrique : <https://www.afro.who.int/publications/impact-covid-19-mental-neurological-and-substance-use-services-results-rapid>

226 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf

227 Mental health investment case: a guidance note: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019386>

228 <https://www.nhis.gov.gh/News/nhis-benefit-package-to-be-expanded-to-include-mental-health-treatment-5561>

229 Universal Health Coverage in Rwanda | WHO | Regional Office for Africa (Rwanda): <https://www.afro.who.int/node/9169>

230 Strengthening the National Health Insurance Bill for mental health needs: response from the Psychological Society of South Africa - Sharon Kleintjes, Daniel Hilbrand den Hollander, Suntoosh R Pillay, Anne Kramers-Olen, 2021 (sagepub.com) (South Africa): <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0081246320954317>

231 Rapport technique du groupe organique HGF: <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/02/Insurance-Report-JG-10.5.16-2016-MCDV-4-FINALwith-PEPFAR.pdf>

232 Investment case for Ghana: <https://www.who.int/publications/m/item/investment-case-for-ghana>

233 Kenya Mental Health Investment Case 2021 - Mental Health (MoH Kenya) (Kenya): <https://mental.health.go.ke/download/kenya-mental-health-investment-case-2021/>

234 Investment case for Zimbabwe (2): [https://www.who.int/publications/m/item/investment-case-for-zimbabwe-\(2\)](https://www.who.int/publications/m/item/investment-case-for-zimbabwe-(2))

235 Atlas de la santé mentale 2014 : <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-atlas-2014>

236 Atlas de la santé mentale 2020 : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

Une décennie de contributions à l'amélioration de la santé mentale :



Fournir une orientation stratégique.*



Réduire les décès évitables dus au suicide.^{†,‡}



Renforcer le personnel de santé mentale pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale.[§]



Transformer les systèmes de santé mentale en décentralisant et en intégrant la santé mentale dans les soins de santé primaires.



Plaider pour une augmentation des investissements financiers dans les soins de santé mentale (de 0,1 à 0,46 dollar É.-U. par habitant 2014-2020).^{¶, #}



Renforcer les indicateurs et les données de santé mentale pour éclairer les politiques et les investissements.**

* Cadre pour renforcer la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la santé mentale 2013-2030 dans la Région africaine de l'OMS : rapport du Secrétariat <https://iris.who.int/handle/10665/361849>

† Atlas de la santé mentale 2014 : <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-atlas-2014>

‡ Atlas de la santé mentale 2020 : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

§ Atlas de la santé mentale 2020 : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

¶ Atlas de la santé mentale 2014 : <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-atlas-2014>

Atlas de la santé mentale 2020 : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

** Atlas de la santé mentale 2020 : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

plaider en faveur d'investissements financiers plus importants dans la santé mentale.^{237, 238, 239}

Le nombre de pays de la Région africaine qui collectent des données spécifiques à la santé mentale pour les secteurs public et privé est passé de 3 % à 11 % entre 2014 et 2020.²⁴⁰ En 2020, 28 % des pays participant à l'enquête concernant l'Atlas de la santé mentale avaient

réussi à intégrer la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans leurs plans de préparation aux catastrophes.²⁴¹ En Éthiopie, le Ministère de la santé, avec l'appui de l'OMS, a amélioré sa capacité à fournir des services de SMSPS en formant 1230 agents de santé dans les régions touchées par la guerre du Tigré, de l'Afar et de l'Amhara depuis 2023.²⁴²

237 Investment case for Zimbabwe (2): [https://www.who.int/publications/m/item/investment-case-for-zimbabwe-\(2\)](https://www.who.int/publications/m/item/investment-case-for-zimbabwe-(2))

238 Investment case for Ghana: <https://www.who.int/publications/m/item/investment-case-for-ghana>

239 Kenya Mental Health Investment Case 2021 - Mental Health (MoH Kenya): <https://mental.health.go.ke/download/kenya-mental-health-investment-case-2021/>

240 Atlas de la santé mentale 2020 : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

241 Atlas de la santé mentale 2020 : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

242 Scaling up mental health and psychosocial support in conflict settings | WHO | Regional Office for Africa: <https://www.afro.who.int/countries/ethiopia/news/scaling-mental-health-and-psychosocial-support-conflict-settings>

Agir sur les déterminants sociaux de la santé



8.1	Le défi de l'équité en santé	161
<hr/>		
8.2	Mobiliser les populations pour promouvoir la santé, agir sur les déterminants sociaux et organiser la riposte aux situations d'urgence	163
<hr/>		
8.3	S'attaquer au double fardeau de la malnutrition et assurer la sécurité sanitaire des aliments	170
<hr/>		
8.4	Prendre en compte les risques pour la santé environnementale et s'adapter de manière anticipative au changement climatique	176
<hr/>		
8.5	Prévenir les traumatismes, éliminer la violence faite aux femmes et aux enfants, réduire les inégalités en santé pour les personnes handicapées et renforcer les services de réadaptation	183

Le défi de l'équité en santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les facteurs non médicaux qui influent sur les résultats en santé, tels que les circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, et l'ensemble plus large des forces et systèmes qui façonnent leur vie quotidienne. Il s'agit notamment des politiques et des systèmes économiques, des programmes de développement, des normes sociales, des politiques sociales et des systèmes politiques, toutes choses qui ont un impact majeur sur les inégalités en santé – les différences injustes et évitables concernant l'état de santé au sein des pays et entre les pays qui déterminent souvent la vie ou la mort. La santé et la maladie suivent un gradient social à tous les niveaux de revenu dans les pays : plus le statut socioéconomique des personnes est bas, pire sera leur état de santé.

Les recherches indiquant que les déterminants sociaux de la santé influent sur les résultats de santé à hauteur de 30 à 55 %, il va sans dire que la santé n'est pas seulement influencée par les soins médicaux dans les hôpitaux et les cliniques. En fait, les estimations montrent

que la contribution des secteurs non liés à la santé des populations dépasse celle du secteur de la santé lui-même. Les crises récentes et en cours, notamment la pandémie de COVID-19, les inondations généralisées et le conflit au Soudan qui a entraîné le déplacement de centaines de milliers de personnes, en sont des illustrations.

Dans ce contexte, la D^e Moeti a cherché d'entrée de jeu à mettre l'accent sur ces liens en privilégiant une approche pangouvernementale et pansociétale pour agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé et du bien-être dans la Région africaine, y compris en prenant en compte le genre, l'équité et les droits humains. Cette approche s'appuie sur la longue expérience de collaboration de l'OMS avec les gouvernements et les partenaires pour réduire autant que possible les menaces que l'activité humaine et le changement climatique font peser sur la santé humaine.

Des facteurs tels que l'urbanisation rapide et débridée, la mondialisation des modes de vie malsains, la faiblesse des capacités de réglementation et d'application des lois, ainsi que



les effets bien établis du changement climatique sur la santé, compromettaient déjà les importants progrès réalisés dans la poursuite des objectifs du Millénaire pour le développement. Si le niveau de vie s'est amélioré pour certains, le partage de la prospérité est loin d'être équitable et les inégalités sociales se creusent, surtout dans la Région africaine.

Les recherches indiquant que les déterminants sociaux de la santé influent sur les résultats de santé à hauteur de 30 à 55 %, il va sans dire que la santé n'est pas seulement influencée par les soins médicaux dans les hôpitaux et les cliniques.

S'appuyant sur les réalisations accomplies dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement, le treizième programme général de travail de l'OMS, une approche unifiée pour accélérer les progrès vers les objectifs de développement durable, visait à atteindre les cibles du triple milliard. Ces cibles étaient les suivantes : un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle ; un milliard de personnes mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire ; et un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être. Pour faire face au large éventail de conséquences sur la santé dans la Région africaine, des interventions étaient nécessaires afin d'aider les populations et les systèmes de santé à devenir plus résilients face au changement climatique, tout en luttant contre la pollution atmosphérique et en

améliorant l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (WASH), entre autres. Les pouvoirs publics avaient également besoin d'aide pour s'attaquer efficacement à l'ensemble des autres facteurs qui contribuent à un mauvais état de santé, notamment l'usage nocif du tabac et de l'alcool, comme souligné dans le chapitre précédent, les régimes alimentaires malsains et l'impact de la violence sur les enfants.

Les personnes handicapées représentent une proportion importante de la population : selon les estimations, une personne sur six dans le monde vivrait avec un handicap majeur. La plupart de ces personnes ne reçoivent pas les soins de santé dont elles ont besoin. Elles sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté, dans des logements de moins bonne qualité, et d'avoir des niveaux d'éducation et d'emploi plus faibles. Elles sont régulièrement confrontées à des obstacles aux soins qui ont un impact négatif sur les résultats de santé pour tous les indicateurs de l'objectif 3 de développement durable (ODD 3).

Dans la Région africaine, il ressort de données provenant de quatre pays que seulement 26 à 55 % des personnes handicapées ont bénéficié des soins de réadaptation médicale dont elles avaient besoin, tandis que seulement 17 à 37 % d'entre elles ont reçu des appareils fonctionnels tels que des fauteuils roulants, des prothèses et des appareils auditifs. Les personnes handicapées vivent également en moyenne 20 ans de moins que les personnes non handicapées, sont en moins bonne santé et sont deux fois plus susceptibles de développer des affections telles que le diabète, les accidents vasculaires cérébraux et la dépression.

Mobiliser les populations pour promouvoir la santé, agir sur les déterminants sociaux et organiser la riposte aux situations d'urgence

L'un des principaux objectifs de l'action de l'OMS dans la Région, qui enregistre au moins 100 événements publics majeurs chaque année, parmi lesquels des flambées épidémiques et des catastrophes naturelles et anthropiques, a été d'associer les populations et de leur donner les moyens de s'attaquer à ces déterminants sociaux de la santé. L'hypothèse de base est simple : la responsabilisation des populations, l'amélioration de leur compréhension de la santé et la mise à leur disposition des outils nécessaires pour prendre en charge leur propre bien-être posent les jalons pour des progrès durables sur le plan de la santé publique.

Le Botswana est un exemple de référence en ce qui concerne la collaboration multisectorielle dès le début du mandat de la D^{re} Moeti. En 2015, le pays a adopté l'approche « la santé dans toutes les politiques », un groupe de travail de collaboration multisectorielle étant été mis sur pied qui reste en activité et réunit des acteurs de la santé, des transports, des services de police et d'autres parties prenantes. Grâce à la collaboration entre l'OMS et le Fonds pour les accidents automobiles, la santé a été in-

tégrée dans les mesures de conformité pour la sécurité routière, telles que le port de la ceinture de sécurité présenté comme enjeu de santé et de conformité, tandis que les barrages routiers comprennent régulièrement des laboratoires mobiles pour repérer les personnes qui conduisent en état d'ébriété. Cette approche dissuade la conduite en état d'ébriété et contribue ainsi à réduire les accidents et à sauver des vies. Entretemps, le ministère des finances a introduit des taxes sur le tabac (2014) et sur les boissons sucrées (2021). L'augmentation du prix de ces produits entraîne une réduction de la consommation, réduisant ainsi l'exposition à ces facteurs de risque de maladies non transmissibles.

La même année, l'approche « villes-santé » a été lancée dans la Région et conduit à la mise en place en 2017 d'un partenariat africain pour des villes-santé, coordonné par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et ses partenaires. Chacune d'elles a sélectionné l'une des 14 interventions visant à prévenir les maladies non transmissibles et les traumatismes, telles que la politique alimentaire, la lutte antitabac, la

sécurité routière, la mobilité active sûre et la surveillance de la qualité de l'air. Par exemple, Abidjan et Dakar ont élaboré des normes nutritionnelles pour réduire la consommation excessive de sel dans les écoles publiques, tandis que Freetown a sensibilisé les vendeurs aux dangers de la consommation excessive de sel et les a formés pour faire passer le message à leurs clients. Ouagadougou a élaboré des normes nutritionnelles et une politique pour les aliments servis dans les écoles et les hôpitaux en mettant l'accent sur la réduction de la consommation de sel et de sucre.

Kigali a adopté une politique de deux journées sans voiture par mois dans le cadre de laquelle plusieurs routes sont bloquées afin de permettre aux citoyens de marcher, de courir ou de faire du vélo librement.

Addis-Abeba a également amélioré ses lois sur la conduite en état d'ébriété afin d'améliorer la sécurité routière, grâce au programme Policy Accelerator, tandis que Kumasi a amélioré les infrastructures dans le but de réduire les traumatismes et les décès sur les routes. Le Cap a élargi les espaces sans tabac en modifiant les

politiques locales concernant le tabac sur le lieu de travail dans les bâtiments publics, et Kigali a adopté une politique de deux journées sans voiture par mois dans le cadre de laquelle plusieurs routes sont bloquées afin de permettre aux citoyens de marcher, de courir ou de faire du vélo librement.

Lors de situations d'urgence sanitaire, notamment la flambée épidémique de maladie à virus Ebola de 2014-2016 en Afrique de l'Ouest et les flambées épidémiques de cette même maladie qui ont suivi en République démocratique du Congo, la pandémie de COVID-19 et le nombre croissant de flambées épidémiques de choléra depuis 2022, l'OMS et ses partenaires se sont employés à inclure dans les mécanismes de riposte des groupes de travail techniques sur la participation des populations. Une démarche qui a permis de s'assurer que les interventions comprenaient des efforts visant à atténuer les effets néfastes sur les déterminants sociaux de la santé.

À titre d'exemple, dans le cadre de la riposte au choléra en Éthiopie, au Kenya, au Malawi, au Mozambique, au Soudan du Sud, en Zambie et au Zimbabwe, ces stratégies ont permis de renforcer les méthodes de surveillance des maladies, de prévention et de traitement des





World Health Organization

World Health Organization



World Health
Organization

EXEMPLE DE RÉUSSITE

L'approvisionnement en eau potable améliore la santé au Cameroun

1500

nombre de forages
fournissant de l'eau
potable aux habitants
du troisième district
municipal de Douala
pour la première fois

Dans le cadre de l'initiative Regional Laboratory on Urban Governance for Health and Well-being (laboratoire régional sur la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être), qui donne aux villes les moyens de mettre en place des structures et des systèmes pour agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé, la ville de Douala au Cameroun a adopté en 2020 un modèle de gouvernance pour recenser et relever les défis courants.

Tous les services municipaux, les collectivités et leurs dirigeants, les organisations religieuses, les propriétaires d'entreprises, les associations de chauffeurs de taxis et de motocyclistes et de nombreux autres intervenants ont pris part aux

discussions sur la hiérarchisation des défis.

Il en a résulté un plan d'action multisectoriel chiffré inédit qui présentait les effets concrets, dont la fourniture pour la première fois d'eau potable et saine à partir de 1500 forages aux résidents du troisième district municipal de la ville. Cette initiative a des incidences importantes sur la santé, car l'eau contaminée peut transmettre des maladies souvent mortelles, notamment la diarrhée, le choléra, la dysenterie, la typhoïde et la poliomyélite.

La communauté a également élu un comité de gestion de l'eau chargé de superviser l'utilisation et l'entretien des forages afin d'en assurer la durabilité.

infections, tout en favorisant la participation des populations et en renforçant la coordination multisectorielle en vue d'améliorer les normes d'assainissement et de garantir l'accès à l'eau potable. Plus particulièrement, le mécanisme de remontée des informations venant des populations a contribué à instaurer la confiance et à garantir un accès équitable à l'aide et aux services, tenant compte de facteurs tels que le genre et l'inclusion, ainsi que des dynamiques de pouvoir et des besoins de protection.

L'évaluation complète de la Stratégie régionale de promotion de la santé (2013-2022) réalisée par l'OMS en 2023 a révélé à la fois des progrès accomplis et des lacunes qu'il restait à combler. Au total, 29 États Membres²⁴³ sur les 47

que compte la Région africaine (soit 61,7 % du total régional) avaient élaboré ou révisé leurs politiques et plans stratégiques nationaux de promotion de la santé, et 18 d'entre eux²⁴⁴ (40 %) les avaient lancés. Huit pays²⁴⁵ mettaient en œuvre des stratégies multisectorielles et multidisciplinaires s'attaquant à la fois aux facteurs de risque et aux déterminants sociaux de la santé ; 26 pays²⁴⁶ (soit 58 % du total régional) avaient mis en place une direction de la promotion de la santé au sein de leur ministère de la santé et 25²⁴⁷ (56 %) avaient mis en place des mécanismes de coordination multisectorielle. L'évaluation a également révélé que 22 États Membres²⁴⁸ (soit 49 % du total régional) avaient mis en place au moins un mécanisme

243 Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

244 Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Libéria, Madagascar, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, Rwanda et Sierra Leone.

245 Botswana, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Kenya, Mauritanie, Seychelles et Tchad.

246 Afrique du Sud, Algérie, Angola, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Comores, Congo, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Madagascar, Malawi, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Seychelles, Tchad, Togo et Zambie.

247 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal et Sierra Leone.

248 Afrique du Sud, Algérie, Angola, Cabo Verde, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Madagascar, Malawi, Mozambique, Niger, République centrafricaine, Sénégal, Seychelles, Soudan du Sud et Zambie.



national de collaboration multisectorielle sur le financement innovant, en ayant recours aux systèmes fiscaux.

Cependant, si 18 pays²⁴⁹ (40 %) ont déclaré avoir mené des recherches liées à la promotion de la santé, il reste que presque tous ces travaux de recherche étaient axés sur la COVID-19. Des établissements nationaux de formation universitaire dispensant un module de base sur la promotion de la santé ont été signalés dans 27 États Membres²⁵⁰ (60 %), mais 18 États Membres²⁵¹ (40 %) ne disposent toujours pas d'établissements nationaux de formation capables de dispenser un tel module. Enfin, plus de la moitié des pays ayant participé à cette évaluation (58 %) ne disposaient pas d'un cadre de

planification, de mise en œuvre et d'évaluation des activités de promotion de la santé.

Au Libéria par exemple, une enquête nationale sur la culture de la santé menée en janvier 2024 a révélé que cette culture était insuffisante chez près de la moitié (45,5 %) de l'ensemble des personnes interrogées et que la proactivité dans la recherche d'informations sur la santé était limitée, en particulier chez les personnes âgées. Il était donc urgent de mettre en place des programmes complets d'éducation en santé, adaptés aux différents groupes d'âge et aux différents niveaux d'alphabétisation. De nombreuses personnes ont également déclaré qu'elles avaient du mal à trouver, à comprendre et à parcourir des informations sur la santé en

249 Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Cabo Verde, Érythrée, Gambie, Ghana, Kenya, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Seychelles et Zambie.

250 Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Cabo Verde, Comores, Congo, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Sierra Leone, Togo et Zimbabwe.

251 Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Mali, Maurice, Mauritanie, Namibie, Niger, République centrafricaine, Sao Tomé-et-Principe, Soudan du Sud et Tchad.

ligne, d'où l'importance d'améliorer la culture de la santé et de mettre à disposition les ressources appropriées.

La nécessité de combler les insuffisances de la participation des populations et des stratégies de promotion de la santé à la lumière des réalités culturelles, sociales et économiques sur le terrain, et pas seulement en temps de crise, a conduit à l'adoption en 2023 d'une stratégie multisectorielle de promotion de la santé et du bien-être dans la Région africaine. Se fondant sur l'approche de « la santé dans toutes les politiques », cette stratégie propose une

collaboration voulue entre le secteur de la santé et d'autres secteurs, le bien-être de la population étant placé au centre d'un programme d'action commun.

Les cliniciens ont également un rôle essentiel à jouer dans l'amélioration de la culture de la santé. Lorsqu'ils sont formés à des stratégies de communication efficaces et qu'ils procèdent constamment à l'éducation à la santé lors des consultations des patients, ils peuvent avoir un impact significatif sur la compréhension des problèmes de santé publique, en particulier les interventions promotionnelles et préventives.



S'attaquer au double fardeau de la malnutrition et assurer la sécurité sanitaire des aliments

Dans la Région africaine, la malnutrition se manifeste sous deux formes apparemment contradictoires : la sous-nutrition et l'augmentation tout aussi alarmante de l'incidence du surpoids et de l'obésité. Dans de nombreuses communautés, les deux extrêmes vont coexister au sein d'un même ménage, voire chez un même individu, un phénomène connu sous le nom de double fardeau de la malnutrition.

Les facteurs clés de cette charge complexe sont multiples et interdépendants. Un accès inadéquat à des aliments nutritifs et en quantité suffisante conduit à la dénutrition, tandis que la consommation croissante d'aliments hautement transformés et à forte densité énergétique, associée à de faibles niveaux d'activité physique, contribue à la surcharge pondérale, à l'obésité et aux maladies connexes telles que le diabète

de type 2 et les maladies cardiovasculaires.^{252,253}

Si les tendances actuelles se maintiennent, l'objectif d'éradiquer la faim et toutes les formes de malnutrition d'ici à 2030 ne sera pas atteint.²⁵⁴

Ce défi est exacerbé par une grave détérioration de la sécurité alimentaire dans la Région, une crise qui sévit de manière plus aiguë dans la Corne de l'Afrique, à Madagascar et au Sahel du fait du changement climatique, des conflits et des épidémies. Cette situation a un impact profond sur les populations vulnérables, notamment les femmes, les jeunes enfants et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, qui sont de plus en plus exposées au risque de maladie et de malnutrition sévère.

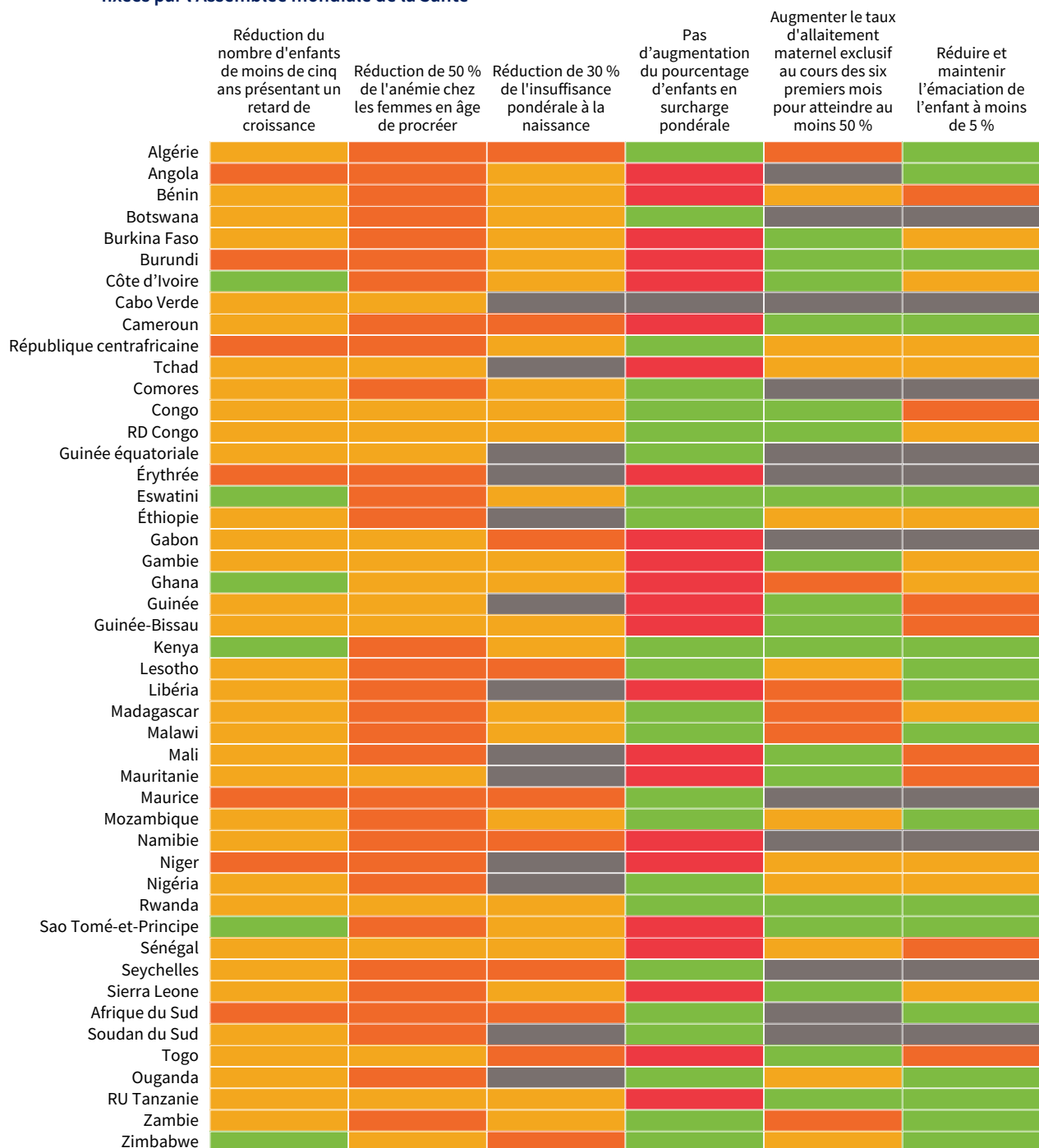
À l'heure actuelle, peu de pays sont en voie d'atteindre les cibles relatives à la nutrition fixées pour 2025 lors de l'Assemblée mondiale

252 Swinburn BA et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The lancet Commission Report. Publié en ligne le 7 janvier 2019, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8), consulté le 12 janvier 2023).

253 FAO, FIDA, UNICEF, PAM et OMS. 2022. L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2022 : Réorienter les politiques alimentaires et agricoles pour rendre l'alimentation saine plus abordable. Rome, FAO. <https://doi.org/10.4060/cc0639en>

254 Global Nutrition Report. 2021 Global Nutrition Report: The state of global nutrition. Bristol, UK : Development Initiatives. Disponible à <https://globalnutritionreport.org/reports/2021-global-nutrition-report/>

Figure 28 : Progrès réalisés par les pays dans la poursuite des six cibles relatives à la nutrition à atteindre d'ici à 2025 fixées par l'Assemblée mondiale de la Santé



■ Sur la bonne voie ■ Quelques progrès ■ Aucun progrès ou aggravation ■ Pas sur la bonne voie ■ Pas de données

Source : Global Nutrition Report 2021 : <https://globalnutritionreport.org/reports/2021-global-nutrition-report/>

de la Santé en 2012 (voir Figure 28). En ce qui concerne les cibles de la lutte contre le retard de croissance, seulement six pays²⁵⁵ sont susceptibles de réduire le nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance de 40 % par rapport aux niveaux de 2012. Le problème du surpoids et de l'obésité infantiles reste obstinément persistant, avec une prévalence qui stagne autour de 4 % (2012-2022). Avec d'importantes disparités entre les pays, la prévalence augmente notamment dans l'Est, le Sud et dans les petits États insulaires en développement.

Parmi les progrès spécifiques, citons l'augmentation de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de moins de six mois, qui est passé de 41,9 % à 48 % (2012-2022). À la lumière des données provenant de 35 pays, dix-huit pays sont bien placés pour atteindre la cible d'au moins 50 % d'allaitement maternel exclusif d'ici à 2025.

Entre-temps, les données sur l'insuffisance pondérale à la naissance se font rares. Les estimations les plus récentes remontent à 2015, date à laquelle il semblait peu probable que la Région atteigne la cible pour 2025 d'une réduction de 30 % par rapport au niveau de référence

de 2012. L'anémie chez les femmes en âge de procréer était un autre défi sombre, avec une prévalence constante de 40 % de 2012 à 2019. Malgré quelques progrès enregistrés dans 16 pays,²⁵⁶ aucun pays n'est susceptible d'atteindre la cible mondiale d'une réduction de 50 % d'ici à 2025.

Cependant, malgré ces défis, il y a eu des signes d'espoir. La mise en œuvre de la feuille de route pour l'Année de la nutrition (2022) de l'Union africaine a été un exemple notable du rôle central joué par l'OMS dans la Région africaine. L'un des principaux résultats a été l'adoption de la Déclaration d'Abidjan sur la nutrition, qui exhortait les États Membres à accorder la priorité à l'investissement dans la nutrition considérée comme catalyseur de la transformation économique, et a contribué à faire progresser le programme d'action pour la nutrition sur tout le continent.

Parmi les progrès spécifiques, citons l'augmentation de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de moins de six mois, qui est passé de 41,9 % à 48 % (2012-2022). À la lumière des données provenant de 35 pays, dix-huit pays²⁵⁷ sont bien placés pour atteindre la cible d'au moins 50 % d'allaitement maternel exclusif d'ici à 2025.²⁵⁸

255 Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Sao Tomé-et-Principe, Eswatini et Zimbabwe.

256 Cabo Verde, Congo, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Mauritanie, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Tchad, Togo et Zimbabwe.

257 Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Cameroun, Congo, Eswatini, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone et Togo.

258 Global nutrition report 2021.



La Sierra Leone a dépassé la cible relative à l'allaitement maternel exclusif

52,7 %

taux d'allaitement maternel exclusif atteint en Sierra Leone en 2022, dépassant la cible mondiale fixée à 50 % pour 2025

21 %

pourcentage des enfants âgés de 0 à 23 mois qui sont encore nourris au biberon en Sierra Leone

Dans une petite clinique rurale de Sierra Leone, de nouvelles mères se réunissent pour parler de l'allaitement et en savoir plus. La pratique de l'allaitement maternel exclusif a longtemps été présentée comme une mesure cruciale dans la lutte contre la malnutrition infantile et, en Sierra Leone, elle est devenue un succès.

En 2022, l'allaitement maternel exclusif dans le pays a atteint 52,7 % de 31,2 % en 2012, dépassant la cible mondiale de 50 % d'ici à 2025. Cette prouesse remarquable témoigne des efforts conjugués des autorités, de l'OMS et d'autres partenaires et des agents de santé communautaires qui s'engagent à faire en sorte que chaque enfant ait le meilleur départ possible dans la vie.

Le tournant s'est produit lorsque le pays a adopté la loi sur les substituts du lait maternel en 2021 et a lancé la campagne « Pas d'eau, plus fort avec du lait maternel uniquement ». La campagne visait à dissiper les idées fausses sur

l'allaitement, en particulier la croyance néfaste selon laquelle les nouveau-nés ont besoin d'eau en plus du lait maternel. Grâce à une éducation et un engagement ciblés, la campagne a trouvé un écho profond auprès des mères, et le taux d'allaitement maternel exclusif en Sierra Leone n'a cessé d'augmenter.

Cependant, 21 % des enfants âgés de 0 à 23 mois sont encore nourris au biberon et les croyances traditionnelles concernant le colostrum et les besoins nutritionnels des nourrissons de sexe masculin persistent, mettant en évidence les nuances culturelles qui continuent d'influer sur les comportements liés à la santé.

Malgré les défis qui subsistent, la Sierra Leone est un exemple de la façon dont l'accent mis sur la nutrition maternelle et infantile, associé à une législation solide et à des interventions communautaires, peut changer l'évolution du profil nutritionnel d'un pays.

Grâce à ses lignes directrices normalisées et fondées sur des données factuelles et au renforcement des capacités institutionnelles des services gouvernementaux, l'OMS a également contribué à améliorer la prévention et la prise en charge de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de cinq ans, contribuant ainsi à de meilleurs résultats et à une réduction de la mortalité. Par exemple, le soutien que l'Organisation apporte aux centres de stabilisation dans les zones à forte charge de morbidité comme le Soudan du Sud intègre des services de santé de qualité à des pratiques sûres en matière d'eau, assainissement et hygiène, améliorant ainsi considérablement les taux de survie des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère et de complications médicales.²⁵⁹

Malgré les statistiques globales sur le retard de croissance, un examen plus approfondi de la situation nutritionnelle dans les pays de la

Région montre une diminution significative de la prévalence chez les enfants de moins de cinq ans, qui a été ramenée de 35,8 % à 31 % (2012-2022) (voir Figure 29). Bien que la croissance démographique ait entraîné une augmentation du nombre absolu d'enfants souffrant d'un retard de croissance, qui est passé de 54,3 millions à 56,2 millions au cours de la période, six pays²⁶⁰ de la Région sont en passe d'atteindre la cible nationale d'une réduction de 40 % du nombre d'enfants souffrant de retard de croissance par rapport au niveau de référence de 2012. Ces réductions peuvent être attribuées à un engagement politique fort, à une gouvernance efficace de la nutrition, à l'accent mis sur la nutrition maternelle et infantile pendant les 1000 premiers jours et à la mise en œuvre d'interventions spécifiques et sensibles à la nutrition suivant des approches multisectorielles.

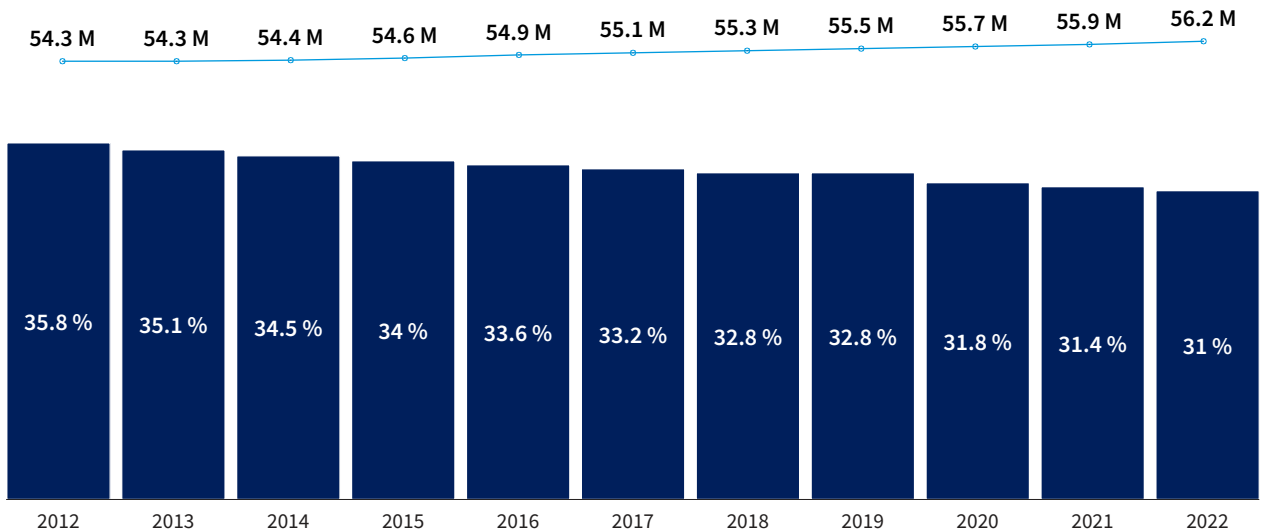
Des progrès considérables ont été accomplis

²⁵⁹ <https://www.afro.who.int/news/who-supports-stabilization-centres-treat-malnourished-children-south-sudan>

²⁶⁰ Côte d'Ivoire, Eswatini, Ghana, Kenya, Sao Tomé-et-Principe et Zimbabwe.



Figure 29 : Évolution de la prévalence et du nombre d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'un retard de croissance dans la Région africaine de l'OMS



- Évolutions de la prévalence du retard de croissance entre 2012 et 2022
- Évolutions du nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance entre 2012 et 2022

Source : Programme des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), OMS, Groupe de la Banque mondiale, Estimations conjointes de la malnutrition infantile, édition de mai 2023

dans l'ensemble de la Région sur la sécurité sanitaire des aliments pour améliorer la santé publique, grâce à l'adhésion et à la participation active au Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments. Entre 2016 et 2023, le nombre de pays disposant d'un point de contact désigné pour les situations d'urgence est passé de 30 à 45.²⁶¹ Depuis le lancement officiel du Fonds d'affectation spéciale pour le Codex 2 en 2016, en 2022, un programme de mentorat mené en collaboration avec la FAO a soutenu 28 pays²⁶² dans l'obtention de financements pour la mise en œuvre de projets visant à renforcer les normes alimentaires, conformément au Codex Alimentarius. En outre, 240 exploitants du secteur alimentaire et environ 170 experts nationaux ont été formés.

Au Sénégal par exemple, cela a conduit à la mise en place d'un système de collecte et

d'analyse de données sur la consommation et la contamination des arachides dans les zones fortement exposées. Depuis, le pays a fourni des données au Comité du Codex sur les contaminants dans les aliments. Au total, 20 pays²⁶³ ont également reçu un soutien pour concevoir et mettre en œuvre des initiatives de promotion de la sécurité sanitaire des aliments fondées sur les « Cinq clés de l'OMS pour des aliments plus sains », tandis que l'OMS a également joué un rôle clé dans la mise en œuvre de l'initiative pour des marchés d'aliments sains, qui vise à améliorer les pratiques d'hygiène et d'assainissement sur les marchés alimentaires traditionnels. Entre 2015 et 2023, des projets d'amélioration des marchés ont été mis en place avec succès au Cameroun, en Guinée, au Mali, au Sénégal et au Togo.

261 Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

262 Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Comores, Niger, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Zambie et Zimbabwe.

263 Angola, Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Lesotho, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Tchad, Togo, Sénégal et Sierra Leone.



Prendre en compte les risques pour la santé environnementale et s'adapter de manière anticipative au changement climatique

La dégradation de l'environnement et la santé sont inextricablement liées : non seulement le changement climatique endommage les écosystèmes, mais il menace aussi directement la vie humaine. La pénurie d'eau, la pollution de l'air et les phénomènes météorologiques extrêmes tels que les inondations et les sécheresses ont ouvert la voie à une crise de santé publique sans précédent, l'Afrique étant le continent le plus vulnérable.

Consciente de cette interdépendance, l'OMS a été à l'avant-garde des efforts visant à soutenir les pays africains afin qu'ils puissent s'adapter aux menaces croissantes posées par le changement climatique. Bien qu'il reste encore beaucoup à faire pour mettre en œuvre les engagements de la Déclaration de Libreville signée par 52 pays africains en 2008, le soutien technique et financier essentiel de l'OMS au cours de la dernière décennie a contribué à inscrire ce défi dans le programme d'action régional.

Parmi les premières mesures prises pour

mettre en œuvre la déclaration, l'OMS a prêté un soutien à 26 pays pour mener des évaluations de la vulnérabilité et élaborer des plans nationaux d'adaptation sanitaire. Parmi ces pays, 21²⁶⁴ ont bénéficié d'un appui pour élaborer des plans nationaux d'adaptation sanitaire dans le cadre de leurs plans nationaux d'adaptation globaux afin de faire face à l'impact du changement climatique sur la santé des populations et les systèmes de santé. Parmi les résultats positifs, citons la formation de plus de 50 experts régionaux et de 300 acteurs nationaux pour mener ces évaluations. Malheureusement, le manque de ressources a entravé la mise en œuvre.

Lors des Conférences des Parties (COP) à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (ONU), l'OMS s'est jointe à d'autres parties prenantes pour plaider en faveur d'une action climatique pour la santé. Ces efforts ont abouti au lancement d'une initiative pour la santé lors de la COP26 en 2021. Cette initiative a engagé les pays à mettre en place

264 Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Togo et Zambie.

des systèmes de santé résilients au changement climatique, durables et sobres en carbone. Lors de la COP27 en 2022, l'OMS a soutenu la création de l'Alliance pour une action transformatrice sur le climat et la santé et, grâce à des activités de plaidoyer et à une collaboration continues avec les présidences de la COP, la COP28 a été l'occasion de la toute première Journée de la santé, marquée par des dialogues ministériels, une déclaration sur la santé et de nouvelles possibilités de financement pour soutenir l'adaptation et le renforcement de la résilience dans les systèmes de santé.

Entre 2015 et 2022, les taux de couverture des installations d'assainissement gérées en toute sécurité a légèrement augmenté, passant de 22 % à 24 % (et de 30 % à 34 % pour l'assainissement de base), et les taux de défécation à l'air libre ont diminué, ramenés de 21 % à 17 %.

L'OMS dans la Région africaine a mobilisé de manière proactive les pays afin qu'ils se joignent à ces initiatives, 29 pays²⁶⁵ ayant signé l'engagement en faveur de la santé lors de la COP26 et rejoint l'Alliance pour une action transformatrice sur le climat et la santé. Une quinzaine de ministres africains de la santé et de représentants de haut niveau ont participé à la Journée de la santé de la COP28, renouvelant leurs engagements en faveur de la mise en place de systèmes de santé résilients et de la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville lors d'une série de dialogues interministériels. Le Groupe africain des négociateurs a dirigé la contribution de l'OMS à l'élaboration de la position africaine commune, une initiative de plaidoyer qui a abouti à l'inclusion de contenu lié à la santé dans l'objectif mondial concernant l'adaptation.

Dans le cadre des mesures de suivi prises sur divers fronts par le Secrétariat en 2024, l'OMS travaille avec le Groupe africain des négociateurs à la définition d'indicateurs de santé pertinents pour l'Afrique au titre de l'objectif mondial concernant l'adaptation, et à la for-

mation d'experts de la santé pour une future participation aux négociations sur le climat. L'OMS travaille également avec les pays pour mobiliser des ressources provenant de nouvelles sources possibles de financements, telles que le Fonds pour l'adaptation, et le bureau régional pour l'Afrique a soumis la première proposition de projet piloté par l'OMS pour soutenir la mise en place de systèmes de santé résistants au climat en Guinée, à Sao Tomé-et-Principe et au Kenya. En cas de succès, ces efforts permettraient de lever 14 millions de dollars É.-U. en soutien aux trois pays.

Dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, un programme commun de suivi de l'OMS et de l'UNICEF surveille régulièrement la couverture dans le cadre de cycles centrés sur les communautés (couverture de la population), les établissements de santé et les écoles. Entre 2015 et 2022, les taux de couverture des installations d'assainissement gérées en toute sécurité a légèrement augmenté, passant de 22 % à 24 % (et de 30 % à 34 % pour l'assainissement de base), et les taux de défécation à l'air libre ont diminué, ramenés de 21 % à 17 %. Au total, 31 % de la population a bénéficié d'installations d'approvisionnement en eau gérées en toute sécurité en 2022, contre 27 % en 2015, tandis que la couverture des services d'eau de base est passée de 59 % à 65 % au cours de la période considérée. En conséquence, le taux de dépendance à l'égard des sources d'eau de surface a baissé, passant de 10 % pour s'établir à 6 %.

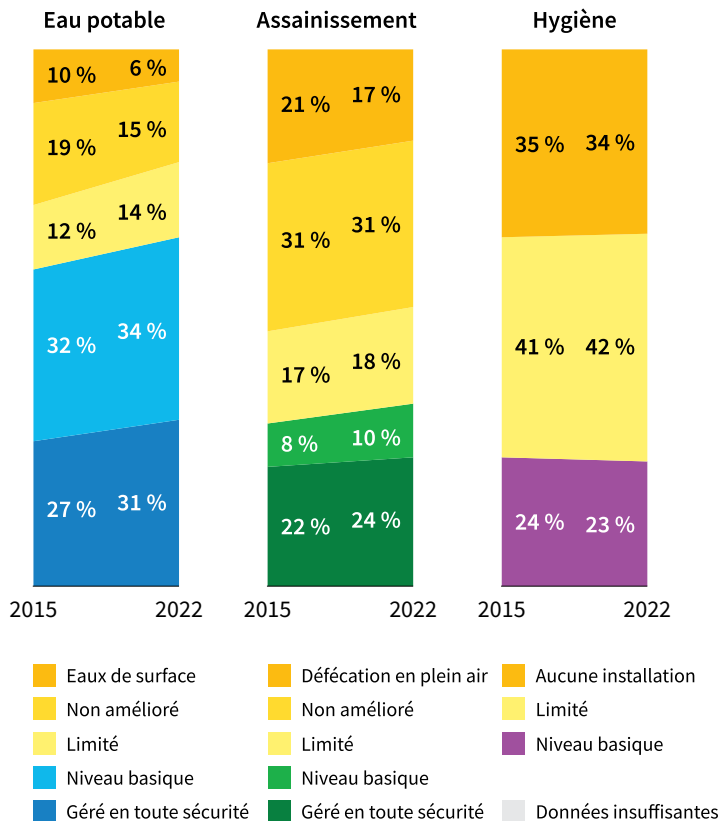
Bien que de modestes progrès aient été enregistrés dans les services communautaires d'eau et d'assainissement, les services d'hygiène eux ont stagné à environ 24 % entre 2015 et 2022, de sorte que peu de pays sont susceptibles d'atteindre, d'ici à 2030, les cibles de l'objectif 6 de développement durable concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH).

Les évaluations des installations d'eau, assainissement et hygiène dans les établissements de santé en 2019 ont révélé que près de trois quarts (73 %) de ces établissements disposaient d'installations d'hygiène des mains aux points

²⁶⁵ Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Togo, Zambie et Zimbabwe.



Figure 30 : Accès aux services d'eau, d'assainissement et d'hygiène au niveau des ménages, 2023, selon le Programme commun de suivi OMS-UNICEF



- Pour parvenir à un accès universel à des services d'eau potable gérés en toute sécurité d'ici à 2030, il faudra multiplier par six les taux d'avancement actuels (**par 20 dans les pays les moins avancés et par 19 dans les pays en situation de fragilité**).
- L'instauration de l'accès universel à des services d'assainissement gérés en toute sécurité d'ici 2030. Les taux d'avancement actuels doivent être multipliés par cinq (**par 16 dans les pays les moins avancés et par 15 dans les pays en situation de fragilité**).
- Pour parvenir à l'accès universel aux services d'hygiène de base à l'échelle mondiale d'ici à 2030, il faudra multiplier par trois les taux d'avancement actuels (**par 12 dans les pays les moins avancés et par 8 dans les pays en situation de fragilité**).



de service – 87 % pour les hôpitaux et 68 % pour les autres établissements, soit une légère augmentation par rapport à 84 % et à 64 %, respectivement (2016-2019). Une étude portant sur 30 pays a montré qu’une bonne hygiène des mains dans les hôpitaux réduit la transmission de bactéries et de virus nocifs entre les patients et le risque d’épidémies communautaires.²⁶⁶

Le Programme commun de suivi pour les établissements de santé a constaté que la couverture des services d’eau de base a stagné entre 2016 (51 %) et 2021 (52 %). Plus inquiétant encore, le taux de couverture correspondant pour les services d’assainissement de base est passé de 23 % en 2016 à 13 % en 2021.²⁶⁷ Cependant, cette baisse drastique pourrait être due à l’amélioration du suivi suite à l’appel à l’action

lancé par le Secrétaire général des Nations Unies en 2018 pour l’amélioration de l’accès aux services d’eau, d’assainissement et d’hygiène dans les établissements de santé afin de remédier aux mauvaises conditions qui y prévalent.

Entre-temps, tous les pays de l’OMS en Afrique ont reçu une formation à l’utilisation de l’outil d’amélioration des installations WASHFIT mis au point par l’OMS et l’UNICEF pour évaluer les installations d’eau, assainissement et hygiène dans les établissements de santé. Parti de six pays au départ en 2015, on compte aujourd’hui 33 pays²⁶⁸ qui ont mis en œuvre l’outil WASHFIT dans leurs établissements de santé avec le soutien direct de l’OMS, tandis que beaucoup d’autres l’ont adopté avec le soutien d’autres partenaires.

266 WHO/UNICEF (2020) Global Progress report on WASH in health care facilities: Fundamentals First. https://www.washinhcf.org/wp-content/uploads/2021/07/WHO_UNICEF_GlobalProgressReportWASHinHCF_forWeb_2020V2.pdf

267 WHO-UNICEF JMP WASH in health care facilities 2022.

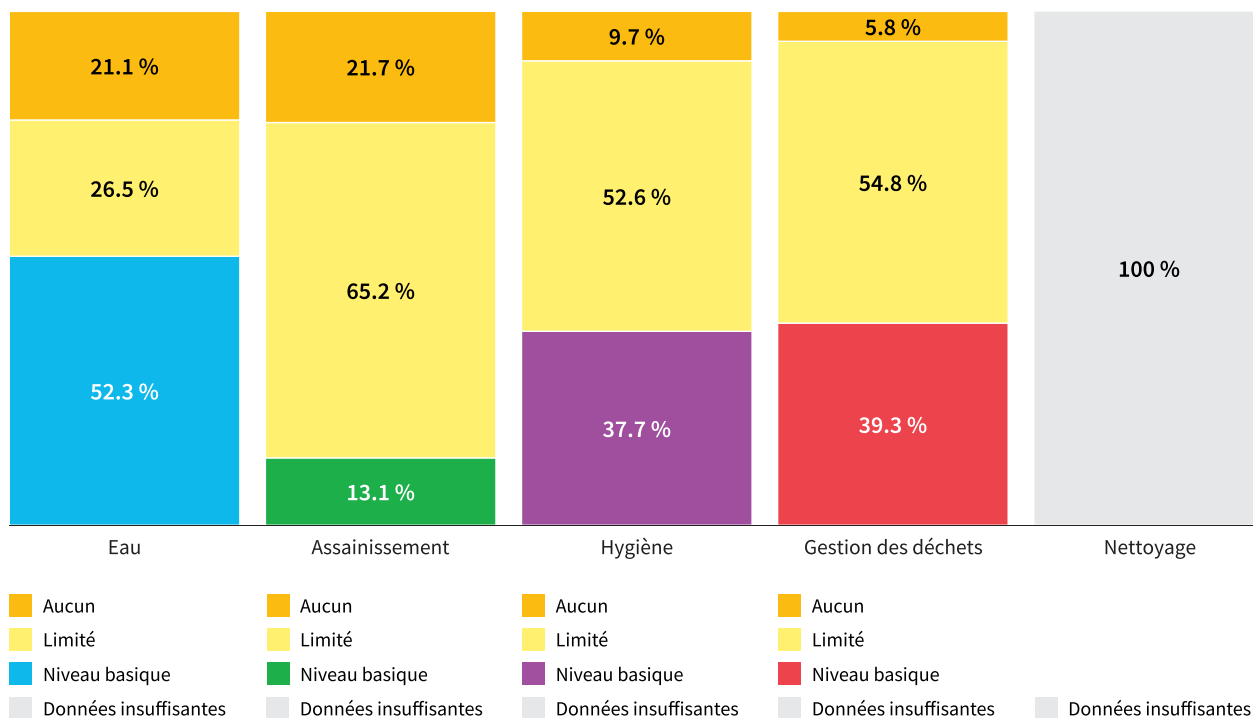
268 Angola, Bénin, Burundi, Burkina Faso, Comores, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

En collaboration avec le Fonds pour l'assainissement et l'hygiène et l'UNICEF, l'OMS prête également soutien aux pays pour l'élaboration des comptes WASH en utilisant la méthodologie TrackFin, afin d'estimer les dépenses associées. Ces comptes sont source d'informations utiles pour l'élaboration de dossiers d'investissement utilisés pour plaider en faveur d'une augmentation des budgets de sources nationales et externes, et améliorer la disponibilité et la qualité des données à des fins de suivi des investissements. En 2015, le Ghana était le seul pays de la Région à tenir des comptes WASH, mais en 2024, ils étaient 15 pays²⁶⁹ à le faire.

L'évaluation de la contribution de l'OMS dans la Région africaine à la Stratégie mondiale sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène 2018-2025 est en cours et devrait permettre d'identifier les points forts et les insuffisances dans les capacités régionales et nationales. Compte tenu de la lenteur observée des progrès et de certains revers accusés sur le plan de la couverture des services et installations d'eau, assainissement et hygiène au cours de la dernière décennie, des évaluations complémentaires sont essentielles pour comprendre comment accélérer les progrès vers les indicateurs pertinents de l'objectif 6 de développement durable.

269 Bénin, Burkina Faso, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, Sierra Leone, Sénégal et Tchad.

Figure 31 : Évaluations installations d'eau, assainissement et hygiène dans les établissements de santé, 2021



15 % des établissements des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure d'Afrique subsaharienne n'avaient aucun accès à l'énergie.

Source : Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène



World Health Organization



Prévenir les traumatismes, éliminer la violence faite aux femmes et aux enfants, réduire les inégalités en santé pour les personnes handicapées et renforcer les services de réadaptation

8.5.1 Accidents et décès de la route

Alors que l'Afrique connaît une urbanisation rapide, le fait pour les personnes de recourir principalement aux voitures et motos personnelles comme principal moyen de transport présente le regrettable inconvénient d'augmenter par la même occasion les accidents de la route, qui sont aujourd'hui la principale cause des décès liés à des traumatismes sur le continent. Au cours de la dernière décennie, le nombre de décès dus aux accidents de la route a considérablement augmenté dans la Région africaine, représentant près d'un cinquième de

l'ensemble des décès sur les routes du monde, avec près de 250 000 vies perdues sur les routes du continent rien qu'en 2021.²⁷⁰

Cette augmentation est imputable à un certain nombre de facteurs, notamment les insuffisances des législations et des normes de sécurité routière. Par ailleurs, les cotes de sécurité des infrastructures routières sont remarquablement faibles, seul un petit pourcentage de routes répondant à des normes acceptables pour divers usagers de la route.

Malgré cette tendance alarmante, des signes de progrès sont observés, les États Membres mettant en œuvre plusieurs mesures pour faire face à ce fardeau croissant pour la santé publique. Par exemple, l'augmentation du nombre de décès dus aux accidents de la route n'est pas uniforme dans l'ensemble de la Région : l'édition 2023 du rapport de situation sur la sécurité routière pour la Région africaine établi par l'OMS révèle des réductions dans plus d'un tiers des pays (voir Figure 32).

« Les conclusions du [Rapport de situation sur la sécurité routière 2023 pour la Région africaine établi par l'OMS] font état d'un grave problème de santé publique pour les pays africains, avec des centaines de milliers de pertes en vies humaines inutiles. »

D^e Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

²⁷⁰ <https://www.afro.who.int/news/road-traffic-deaths-rise-african-region-down-globally-who-report>



Sur les 17 pays²⁷¹ qui ont enregistré des réductions, trois pays²⁷² ont réalisé des réductions comprises entre 40 % et 49 %, et deux autres pays²⁷³ entre 30 % et 39 %. Les taux de mortalité routière les plus élevés sont observés dans les pays à faible revenu ou les pays à rev-

enu intermédiaire de la tranche inférieure, qui représentent 91 % de l'ensemble estimé des décès dus aux accidents de la route dans la Région.

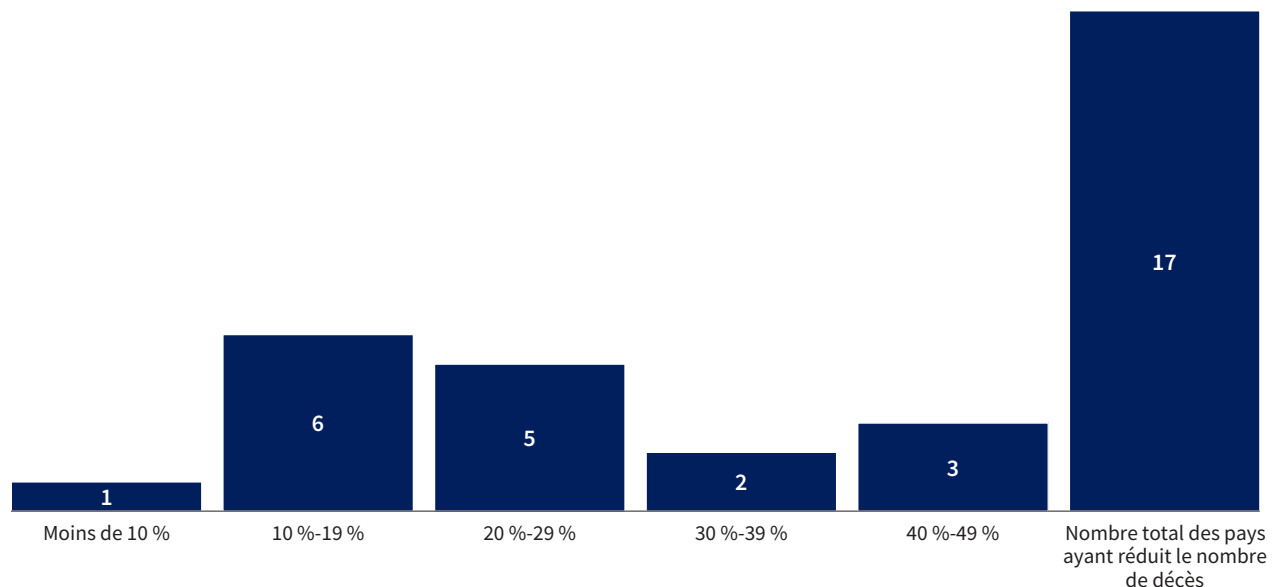
Ces succès sont riches de précieux enseignements pour la Région, démontrant que

271 Afrique du Sud, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Érythrée, Gabon, Lesotho, Libéria, Maurice, Mauritanie, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Sierra Leone et Soudan du Sud.

272 Congo, Mauritanie et Seychelles.

273 Burundi et Cameroun.

Figure 32 : Proportion de pays ayant réduit le nombre de décès dus aux accidents de la route dans la Région africaine de l'OMS, 2010-2021



des interventions de sécurité routière solides, multisectorielles et fondées sur des données probantes, associées à une mise en œuvre efficace, peuvent avoir un réel impact positif. Il est donc indispensable de plaider en faveur de travaux de recherche spécifiques pour la Région et de renforcer les capacités de recherche afin de déterminer et consigner par écrit les interventions axées sur l'Afrique qui sont couronnées de succès, dans l'optique de leur reproduction à une plus grande échelle.

Au total, 35 pays²⁷⁴ de la Région ont adopté des stratégies nationales de sécurité routière, dont la plupart cadrent avec les objectifs mondiaux, mais seulement 21²⁷⁵ d'entre eux ont des cibles spécifiques pour ce qui est de la réduction du nombre de décès dus aux accidents de la circulation.

L'action de la Région africaine de l'OMS est guidée par les plans d'action mondiaux de l'Organisation pour la première (2011-2020) et la deuxième (2021-2030) décennies d'action en faveur de la sécurité routière, en soutenant les pays suivant une approche dite de « sys-

tèmes sûrs ». La sécurité de l'individu est ainsi placée au cœur de toutes les composantes de la sécurité routière, qu'il s'agisse de l'urbanisme, des modes de transport alternatifs, de l'infrastructure routière, de la sécurité des véhicules, du comportement des usagers ou encore de l'intervention après un accident.

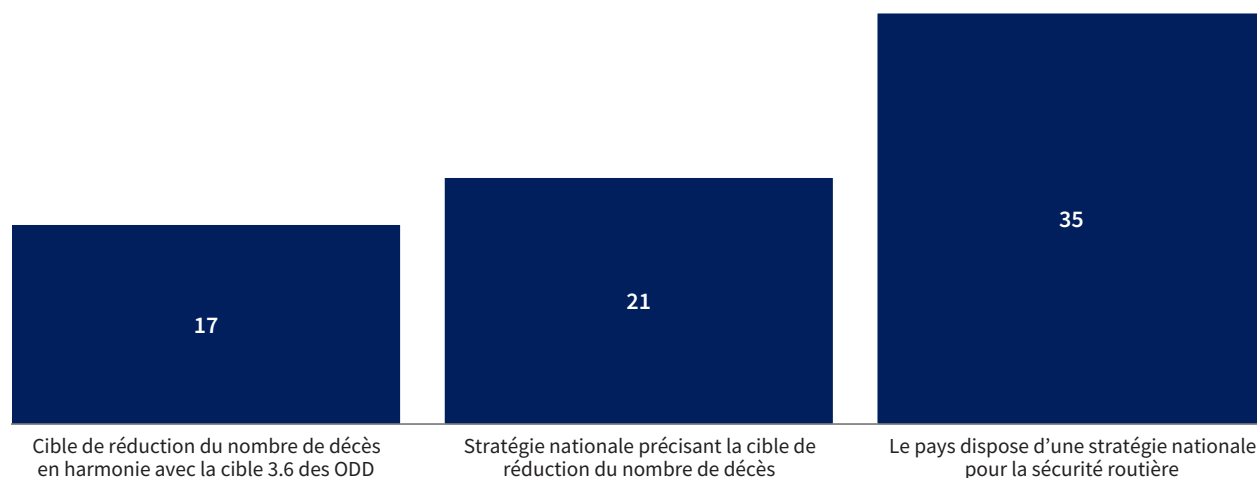
Au cours des 10 dernières années, les efforts déployés au niveau de la Région consistaient à apporter une assistance technique visant à renforcer les législations nationales sur les facteurs de risque d'accident de la route en Éthiopie, au Ghana, au Kenya, en République-Unie de Tanzanie et en Ouganda, dans le cadre de la Bloomberg Initiative for Global Road Safety (initiative Bloomberg pour la sécurité routière mondiale), ainsi qu'au Mozambique. Bien qu'aucun pays de la Région ne dispose actuellement d'une législation répondant aux normes de référence concernant les cinq principaux facteurs de risque comportementaux en matière de sécurité routière,²⁷⁶ des progrès modestes ont été constatés dans le respect des lois relatives à la gestion de la vitesse, au port

274 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

275 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Cabo Verde, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Lesotho, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Namibie, Nigéria, Ouganda, Sierra Leone et Zambie.

276 Excès de vitesse, conduite en état d'ébriété, non-port du casque de motocycliste ou de la ceinture de sécurité et non-installation d'un dispositif de retenue pour enfant.

Figure 33 : Nombre de pays de la Région africaine disposant de stratégies nationales de sécurité routière, 2021



du port de la ceinture de sécurité, à la conduite en état d'ébriété et aux dispositifs de retenue pour enfants.

Avec son ambitieux système de transport en commun rapide par bus, la ville de Dar es-Salaam (République-Unie de Tanzanie) a adopté l'approche de l'OMS pour des « systèmes sûrs » afin de devenir un modèle de synchronicité entre la planification urbaine et les réformes de la sécurité routière. Lancé en 2016, le système a permis à près de 200 000 personnes de bénéficier chaque jour d'un système de transport plus sûr et plus efficace, en cherchant à régler à la fois la problématique des embouteillages et les risques d'accidents de la route qui en résultent.

L'une des réussites nous vient de Dodoma, capitale de la République-Unie de Tanzanie, où une école locale a mis en œuvre le cadre INSPIRE après avoir été témoin de plusieurs cas de maltraitance d'enfants dans la communauté. Les enseignants ont été formés pour reconnaître les signes de maltraitance et un système de signalement a été mis en place pour assurer une action rapide lorsque des enfants ont été exposés à des risques. Le nombre de cas de violence signalés a chuté de façon spectaculaire au cours de la première année de mise en œuvre.

La disponibilité de données fiables sur le paysage de la sécurité routière et la charge des accidents de la route est essentielle pour éclairer les politiques et les interventions rapides qui sauvent des vies. L'OMS a donc fourni une assistance technique pour le renforcement des capacités de gestion des données sur la circulation routière, avec des avancées notables en Côte d'Ivoire, au Sénégal et en Zambie. En conséquence, le rapport sur la sécurité routière 2023 a révélé une réduction significative de 50 % des écarts entre les estimations de l'OMS et les données sur les décès déclarées par les pays.

8.5.2 Violence faite aux femmes et aux enfants

La lutte contre la violence à l'égard des enfants

figure en bonne place dans le programme d'action de l'État namibien. Étant l'un des 38 pays pionniers²⁷⁷ ayant pris l'engagement de mettre fin à ce fléau, dont 13²⁷⁸ se trouvent dans la Région africaine, la Namibie s'est dotée d'un cadre de politiques et de législations solide pour protéger les enfants contre la violence et les abus, ainsi que d'un plan d'action national pour prévenir et combattre la violence à l'égard des enfants pour la période 2022-2025.

Ce plan multisectoriel est aligné sur le cadre INSPIRE, un document d'orientation qui a été élaboré par l'OMS et ses partenaires en 2016 proposant des interventions fondées sur des données probantes en vue de réduire la violence à l'égard des enfants. Outre la Namibie, le cadre a guidé le renforcement des capacités et l'intensification des interventions en Ouganda et au Zimbabwe, la République-Unie de Tanzanie montrant la voie dans la Région avec ses stratégies globales de prévention de la violence dans les systèmes de santé, d'éducation et de services sociaux.

Ce cadre, qui comprend des interventions telles que le soutien aux parents et aux soignants, l'application des lois et la modification des normes sociales, a été porteur de transformations en République-Unie de Tanzanie, où à travers de nouveaux programmes, on apprend aux écoliers quels sont leurs droits et comment se protéger contre les abus. Les parents sont formés à des techniques de parenté positive qui mettent l'accent sur des formes non violentes de discipline, et l'OMS aide à intensifier ces interventions dans tout le pays.

L'une des réussites nous vient de Dodoma, capitale de la République-Unie de Tanzanie, où une école locale a mis en œuvre le cadre INSPIRE après avoir été témoin de plusieurs cas de maltraitance d'enfants dans la communauté. Les enseignants ont été formés pour reconnaître les signes de maltraitance et un système de signalement a été mis en place pour assurer une action rapide lorsque des enfants ont été exposés à des risques. Le nombre de cas de violence signalés a chuté de façon spectaculaire au cours de la première année de mise en œuvre.

277 <https://violenceagainstchildren.un.org/content/pathfinding-countries>

278 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Guinée, Kenya, Namibie, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

L'OMS a également travaillé avec ses partenaires à l'élaboration du premier rapport de situation mondial complet sur la prévention de la violence à l'égard des enfants en 2020. À l'aide du cadre INSPIRE, elle a retracé les progrès accomplis par les pays dans l'atteinte de l'ODD16.2 visant à mettre fin aux abus, à l'exploitation, à la traite et à toutes les formes de violence et de torture à l'égard des enfants. La seconde partie du rapport est en cours d'élaboration.

En outre, l'OMS dans la Région africaine a établi un partenariat solide avec l'UNICEF par le biais de l'initiative mondiale de soutien aux parents, qui a été lancée pendant la pandémie de COVID-19, alors que se posait un besoin accru de soutien aux parents et aux personnes s'occupant des enfants dans la Région africaine.

Parallèlement, la violence fondée sur le genre et l'exploitation et les abus sexuels constituent une menace majeure pour la santé publique. L'OMS a accompagné 20 pays²⁷⁹ de la Région dans la mise en œuvre de ses lignes directrices pour lutter contre ce fléau à travers le cadre RESPECT, lancé en 2019 en collaboration avec ONU-Femmes et d'autres partenaires. Fondé sur des données probantes, ce cadre aide les décideurs politiques à renforcer et à intensifier les efforts de prévention de la violence à l'égard des femmes.

Au Rwanda, en 2021, l'OMS, ONU-Femmes et d'autres partenaires ont lancé le site Web RESPECT Women, qui est en fait une plateforme en ligne visant à mener des actions spécifiques pour prévenir et répondre à la violence à l'égard des femmes et des filles. Cette plateforme décrit une série de mesures orientées vers l'action pour aider les décideurs politiques et les responsables de la mise en œuvre des programmes à concevoir, à planifier, à mettre en œuvre, à suivre et à évaluer des programmes qui utilisent des stratégies pour prévenir la violence à l'égard des femmes.

Le Botswana et le Soudan du Sud ont adapté les recommandations de l'OMS pour mettre à jour leurs directives nationales pour la préven-

tion et la gestion de la violence sexiste dans le secteur de la santé, y compris le cadre RESPECT pour les agents de santé de première ligne. L'Afrique du Sud et le Ghana disposent désormais de directives nationales pour la prise en compte d'une perspective sexospécifique dans les politiques de santé et les politiques de genre dans le secteur de la santé, respectivement.

Au Nigéria, six équipes de base zonales sur les soins et le soutien en matière de violence sexiste ont été mises sur pied à la suite d'une formation soutenue par l'OMS, tandis que les ressources humaines 4x4²⁸⁰ du Rwanda affectées à la conduite des réformes de la santé ont été examinées afin de mieux tenir compte de l'égalité des genres.

8.5.3 Intégrer la réadaptation dans les systèmes de santé

La réadaptation a été reconnue comme un élément essentiel du continuum des soins de santé depuis la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, mais elle n'est pas érigée au rang des priorités dans la Région africaine. Elle est le plus souvent présentée comme un service pour les personnes handicapées dans le contexte des cadres de réadaptation communautaires, ou comme une réponse post-conflit pour les blessés. Avec le lancement de l'initiative Réadaptation 2030 en 2017, l'OMS a réaffirmé l'importance de la réadaptation comme ensemble de services essentiels au sein des systèmes de santé nationaux.

Dans la Région africaine et dans le monde, le Botswana a été l'un des premiers pays à mettre à l'essai le guide d'action de l'OMS en matière de réadaptation 2017, qui reconnaît la nécessité pour les pays d'identifier leurs propres besoins en matière de réadaptation et d'élaborer des stratégies de réponse adaptées. Ce guide oriente les pouvoirs publics dans un processus en quatre phases d'évaluation, planification et mise en œuvre.

En 2024, treize pays de la Région africaine²⁸¹ avaient reçu un soutien pour élaborer des plans

279 Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burkina Faso, Eswatini, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Mali, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.

280 La stratégie 4x4 vise à quadrupler le nombre de travailleurs de la santé dans le pays d'ici à 2027 afin de répondre à la recommandation de l'OMS d'au moins quatre professionnels de la santé pour 1 000 habitants.

281 Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Éthiopie, Guinée-Bissau, Mozambique, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Seychelles.



« Dans le cadre de la lutte contre la violence, les traumatismes et le handicap dans la Région africaine, nous avons été les témoins directs du besoin pressant de services de réadaptation efficaces. Ce besoin n'est pas seulement une réponse à un problème de santé publique croissant ; c'est aussi un moyen de parvenir à la couverture sanitaire universelle et d'atteindre les cibles liées à la santé des objectifs de développement durable. »

D^e Adelheid Onyango
Directrice du groupe organique Couverture sanitaire universelle /
Amélioration de la santé des populations
dans la Région africaine de l'OMS

stratégiques nationaux de réadaptation. Parmi les autres ensembles techniques mis en œuvre dans le cadre de l'initiative Réadaptation 2030, on peut citer le guide pour l'évaluation du personnel de réadaptation mis en œuvre au Rwanda, l'intégration des données de réadaptation dans les systèmes d'information sanitaire de routine au Burkina Faso, en Éthiopie et en République-Unie de Tanzanie, et l'ensemble de base de modules cliniques de réadaptation au Ghana et en Ouganda, dont le but est d'élargir l'offre de réadaptation dans les soins de santé primaires.

Si les services de réadaptation dans la Région connaissent des progrès considérables, il n'en demeure pas moins qu'il reste encore beaucoup à faire. Pour développer davantage ces services, il est crucial d'intégrer la réadaptation dans les soins de santé primaires et de veiller à ce qu'elle devienne un élément fondamental du système de santé. Le développement d'une main-d'œuvre qualifiée dédiée à la réadaptation est essentiel, tout comme la promotion de solutions novatrices pour la prestation efficace de ces services, en particulier dans les milieux à ressources limitées.

Améliorer la sécurité sanitaire en Afrique

9

9.1	De la crise à la résilience	191
9.2	Information sanitaire et évaluation des risques	194
9.3	Soutien opérationnel et logistique (OSL)	201
9.4	Préparation aux situations d'urgence : tirer des enseignements du passé, préparer l'avenir	207
9.5	Secours d'urgence : agir rapidement, produire un impact réel	210

De la crise à la résilience

De la crise de la maladie à virus Ebola (2014-2016) en Afrique de l'Ouest à la pandémie de COVID-19 en 2020 et au-delà, les flambées épidémiques et les situations d'urgence ont plusieurs fois exposé les vulnérabilités des systèmes de santé publique africains, laissant dans leur sillage des services essentiels perturbés, des difficultés économiques et des populations aux prises avec la maladie et l'insécurité.

La Région africaine de l'OMS supporte la plus lourde charge de crises de santé publique au monde, enregistrant chaque année plus de 100 flambées épidémiques et situations d'urgence provoquées par des maladies, des conflits et des catastrophes naturelles. Outre Ebola et la COVID-19, ces maladies comprennent le choléra, la rougeole, la fièvre jaune, la poliomyélite, la méningite et, plus récemment, la variole simienne, qui mettent à rude épreuve les systèmes de santé et touchent particulièrement les populations vulnérables.

Reconnaissant que les situations d'urgence sanitaire ne s'arrêtent pas aux frontières et exigent de ce fait une approche globale et concertée, la D^{re} Moeti a privilégié une stratégie

mettant l'accent sur la nécessité non seulement de maîtriser ces situations, mais aussi de bâtir des systèmes de soins de santé plus solides et plus résilients, qui sont à même de surmonter les crises futures et d'en atténuer les effets.

Fondé en 2015, le groupe organique Sécurité sanitaire et situations d'urgence a été rebaptisé en 2016 Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE) suivant les recommandations formulées à la suite de la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest. En 2019, il a à nouveau changé de nom, pour devenir groupe organique Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (EPR).

Malgré ces changements de nom, l'objectif de ce groupe organique a toujours été de renforcer les défenses de la Région africaine contre les menaces qui pèsent sur la santé publique et contre les crises humanitaires. Par exemple, en tant que groupe organique Sécurité sanitaire et situations d'urgence, il a réuni des experts et ressources de programmes distincts travaillant sur les flambées épidémiques et les crises humanitaires en trois unités opérationnelles.

Au moment où il se mue en Programme WHE en 2016, cinq secteurs de programme sont normalisés dans toutes les Régions et au Siège de l'Organisation, à savoir : Préparation des pays aux urgences sanitaires et Règlement sanitaire international (CPI) ; Opérations d'urgence (EMO) ; Information sur les urgences sanitaires et évaluation des risques (HIR) ; Gestion des risques infectieux (IHM) ; et Gestion et administration (MGA). Le passage au groupe organique Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours en 2019, pour donner suite à la restructuration opérée au Siège de l'OMS, a ramené le nombre de secteurs de programme à trois, à savoir : Information sur les situations d'urgence sanitaire et d'évaluation des risques (HIR) ; Préparation aux situations d'urgence (EMP) ; et Secours d'urgence (EMR). Une quatrième Unité, Soutien opérationnel et logistique (OSL), s'est ajoutée à cette liste en 2021 pour assurer le déploiement rapide des fournitures médicales dans des situations d'urgence.

Ce protocole d'accord visionnaire a ouvert la voie à des partenariats qui ont permis de conjuguer les atouts des parties prenantes et changé, au bout du compte, la façon de faire face aux épidémies et aux flambées.

En 2015 déjà, le Bureau régional de l'Afrique, la Commission de l'Union africaine et d'autres partenaires avaient commencé à poser les bases²⁸² de la création du CDC-Afrique afin de répondre au besoin urgent d'un cadre de responsabilisation en matière de sécurité sanitaire en Afrique. Le protocole d'accord y relatif a été signé en 2016, dans le cadre ce que la D^{re} Moeti a décrit comme l'un de ses premiers actes majeurs en qualité de Directrice régionale (voir Dans les propres mots de la D^{re} Moeti – évolution du partenariat stratégique de l'OMS avec le CDC-Afrique plus loin dans ce chapitre).

Intitulé Cadre de collaboration entre l'OMS et la Commission de l'Union africaine sur la création et la mise en service du Centre africain de contrôle et de prévention des maladies (en vue d'améliorer la sécurité sanitaire en Afrique), ce

protocole d'accord visionnaire a ouvert la voie à des partenariats qui ont permis de conjuguer les atouts des parties prenantes et changé, au bout du compte, la façon de faire face aux épidémies et aux flambées.

S'appuyant sur les efforts entrepris pour renforcer les systèmes de préparation et de riposte aux situations d'urgence dans la Région, trois programmes phares ont été annoncés début 2022 pour aider les pays à se préparer aux urgences de santé publique, à les détecter et à y répondre. Ces programmes émanaient de consultations approfondies avec plus de 30 ministres africains, des partenaires techniques, d'autres partenaires sur le continent et des institutions régionales telles que le CDC-Afrique. Ce sont : « Favoriser la résilience des systèmes face aux situations d'urgence » (PROSE) ; « Transformer les systèmes de surveillance en Afrique » (TASS) ; et « Renforcer et utiliser les groupes d'intervention en cas d'urgence » (SURGE).

Depuis sa création, le groupe organique a fourni un appui aux États Membres dans le cadre de plus de 200 urgences de santé publique, apportant de l'espoir aux populations et faisant de l'OMS le principal organisme d'intervention lors des situations d'urgence dans la Région africaine. Désormais, dans les 48 heures suivant le déclenchement d'une situation d'urgence, une série de ripostes coordonnées est mise en place. Premièrement, l'OMS évalue la gravité de la menace sanitaire, activant ainsi un système de gestion des incidents qu'elle utilise pour organiser et gérer chaque intervention d'urgence. Des centres d'opérations d'urgence de santé publique sont établis dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de pays pour le personnel chargé de la gestion des situations d'urgence afin de coordonner les informations et les ressources opérationnelles.

Des fonds essentiels sont débloqués à partir du Fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence, afin de permettre le déploiement rapide d'intervenants spécialisés dans les situations d'urgence et l'activation de stocks de fournitures essentielles, notamment des équipements de protection individuelle, des médicaments et des vaccins. Des réseaux de

282 <https://www.afro.who.int/news/who-and-african-union-commission-are-working-establish-african-centre-disease-control-and>

communication sont également mis en place avec promptitude, des camps de base sont installés si nécessaire et des efforts sont entrepris pour alerter les communautés touchées et les pays voisins suivant les procédures officielles du RSI. Cette démarche rapide et structurée permet d'opposer une riposte efficace aux flambées, même dans des zones reculées et difficiles.

De la mise en place de systèmes d'information sanitaire de pointe à la création des centres régionaux de gestion des situations d'urgence, les progrès accomplis vers la sécurité sanitaire donnent une image de détermination et de collaboration. Les défis sont immenses, même avec cette approche transformée, mais la détermination l'est aussi.



Information sanitaire et évaluation des risques

9.2.1 Tirer parti du pouvoir des données

L'accès à des informations sanitaires précises, de qualité et disponibles en temps réel pour une prise de décision efficace est le socle sur lequel repose la préparation aux urgences de santé publique. Pour reprendre les mots de feu Kofi Annan, ancien Secrétaire général de l'ONU : « Sans de bonnes données, nous avançons à l'aveugle. Si vous ne voyez rien, vous ne résolvez rien. »

C'est l'un des enseignements majeurs tirés des années qui ont suivi l'épidémie de maladie à virus Ebola 2014-2016, qui souligne l'importance de données fiables pour permettre aux autorités sanitaires de pouvoir suivre la propagation de la maladie, affecter les ressources et communiquer efficacement avec le public. L'utilisation de dossiers papier, de télégraphes et du bouche-à-oreille pour signaler les cas était source de lenteurs et d'erreurs, et contribuait à retarder la riposte.

Au sein du groupe organique Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours, le programme d'information sur les situations d'urgence sanitaire et d'évaluation

des risques a joué un rôle clé dans la quête ambitieuse d'une révolution des systèmes d'information sanitaire. L'objectif était de créer une plateforme unique de collecte, d'analyse et de diffusion des données sanitaires en intégrant les systèmes de surveillance, en adoptant des outils numériques et en formant les agents de santé à la gestion et à l'analyse des données.

Au cours de la dernière décennie, le programme a évolué et s'est adapté pour devenir un point de référence et une source d'informations validées pour toutes les urgences de santé publique dans la Région. Constitué au départ de trois unités (voir Figure 34), son champ d'activité s'est ensuite étendu à une quatrième unité axée sur la génomique et les diagnostics de laboratoire.

Son tout dernier fait d'armes en 2024 a été le lancement d'un nouveau centre d'analyse des données et d'innovation, The Data Sphere, au Centre régional de gestion des situations d'urgence de l'OMS à Dakar (Sénégal). Il s'agit là d'un outil supplémentaire destiné à aider les pays à renforcer leurs capacités nationales et infranationales en matière de surveillance

épidémiologique, d'analyse des données et d'innovation, dans le but d'améliorer la détection des urgences de santé publique et la riposte.

L'impact combiné se voit clairement dans les statistiques. La flambée de maladie à virus Ebola survenue en 2014 dans trois pays d'Afrique de l'Ouest avait dépassé les capacités, faisant plus de 28 000 cas et 11 000 décès, en grande partie à cause des faiblesses des systèmes de surveillance qui ont entravé la détection précoce et la riposte. Après ces efforts d'envergure destinés à renforcer les systèmes de surveillance africains et à rationaliser les effectifs pour l'information sanitaire, une flambée similaire en République démocratique du Congo en 2022 a été détectée en 29 jours à peine. Celle-ci a été maîtrisée en un temps remarquablement court de 37 jours, ayant fait un seul cas et un seul décès.²⁸³

9.2.2 Mettre en œuvre le cadre de surveillance intégrée de la maladie et riposte partout

Le Cadre de surveillance intégrée de la maladie et riposte (SIMR) est le schéma Directeur de la surveillance de la santé publique dans la Région africaine depuis 1998. Cependant, bien qu'il ait

franchi plusieurs étapes importantes au cours de sa première décennie de mise en œuvre, les États Membres avaient encore du mal à prévenir et détecter des situations d'urgence sanitaire et y faire face.

C'est ainsi que le Bureau régional a réagi en incluant expressément des cibles intermédiaires et définitives dans la Stratégie régionale pour la SIMR 2020-2030, laquelle a été adoptée par le Comité régional de l'Afrique en 2019. Le programme phare TASS a été élaboré en 2022 pour accélérer la mise en œuvre de la Stratégie régionale. Il s'agit d'une plateforme importante destinée à mobiliser les parties prenantes et les ressources afin de pérenniser les progrès, qui a notamment accéléré la soumission en ligne par les États Membres de données hebdomadaires sur la SIMR via une plateforme centralisée.

Certes, des obstacles subsistaient, comme des établissements de santé dans des zones reculées ayant un accès limité à l'électricité et à Internet, ainsi que des agents de santé surmenés et sous-équipés qui devaient s'adapter aux nouvelles technologies et aux nouveaux protocoles de notification, mais le vent a commencé à tourner.

²⁸³ <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON411>

Figure 34 : Structure du programme informations sur les situations d'urgence sanitaire et d'évaluation des risques (HIR) et adaptations pendant le Programme de transformation



Principales statistiques montrant l'impact :



28 États Membres^{*}

ont reçu un financement catalytique essentiel de

14 783 860

dollars É.-U. pour faire face aux difficultés et renforcer leurs capacités en matière de SIMR.[†]



46 États Membres[‡]

sur les 47 que compte la Région africaine de l'OMS ont adapté et actualisé leurs lignes directrices nationales en matière de surveillance sur la base de la troisième édition des directives techniques et matériels de formation sur la SIMR.



La couverture des déclarations hebdomadaires de données sur la SIMR s'est améliorée, passant de

10 États Membres à

39 États Membres[§]

(sur la période 2022-2024), le taux d'exhaustivité des données a bondi à

83 %, contre 21 %

auparavant, et les chiffres concernant leur ponctualité sont passés de

11 % à 66 %.



Plus de

47 000

exemplaires de matériel de SIMR ont été distribués dans

10 États Membres.[¶]



Plus de

12 000

agents de santé dans

17 États Membres[#]

ont été formés à divers aspects de la SIMR afin d'améliorer leurs compétences et aptitudes en ce qui concerne les fonctions essentielles de la surveillance.



Grâce à l'appui du TASS,

seuls trois pays^{**}

ont encore des difficultés à communiquer des données sur la SIMR.

* Afrique du Sud, Angola, Botswana, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Tchad et Togo..

† Données au 31 août 2023.

‡ Hormis l'Algérie.

§ Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zambie.

¶ Botswana, Congo, Côte d'Ivoire, Kenya, Madagascar, Mauritanie, Namibie, Niger, Tchad et Togo.

Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Madagascar, Mali, Maurice, Mauritanie, Namibie, Niger, Ouganda et Togo.

** L'Algérie (sans avoir adopté la SIMR) envisage de partager ses données de surveillance par le biais d'un système d'échange ; les Comores et la Guinée équatoriale (où un travail est fait actuellement avec l'OMS — avec l'appui de consultants).

9.2.3 Améliorer la veille en santé publique grâce à l'innovation technologique

Des progrès considérables ont également été réalisés au cours de la dernière décennie en ce qui concerne l'intégration de l'innovation et de la technologie pour améliorer les activités de veille en santé publique. À ce titre, on peut citer l'initiative de veille épidémique à partir de sources ouvertes (EIOS).²⁸⁴

Près de quatre millions d'articles ont fait l'objet d'un examen approfondi entre 2018 et 2023 dans le cadre d'un effort gigantesque de collecte et d'analyse d'informations pertinentes, afin de garantir des réponses rapides et précises aux nouvelles crises sanitaires.

Depuis son lancement dans la Région africaine en mai 2018, EIOS est utilisé quotidiennement par des agents de santé publique qualifiés comme principal système de suivi des médias. En conséquence, près de quatre millions d'articles ont fait l'objet d'un examen approfondi entre 2018 et 2023 dans le cadre d'un effort gigantesque de collecte et d'analyse d'informations pertinentes, afin de garantir des réponses rapides et précises aux nouvelles crises sanitaires.

En plus d'utiliser EIOS comme outil interne, le programme HIR a soutenu sa transposition à une échelle bien plus grande afin d'améliorer les activités de surveillance basée sur la détection des événements au niveau des pays. À l'heure actuelle, la plateforme contribue à la détection de plus d'un tiers de tous les événements de santé publique dans la Région.

En particulier, le nombre d'États Membres qui y sont connectés est passé de deux seulement en 2019 à 38²⁸⁵ en 2024 ; plus de 1200 utilisateurs

ont été formés dans 38 États Membres,²⁸⁶ les autres pays devant être connectés d'ici fin 2024 ; et EIOS a atteint un taux de détection rapide (détection dans les sept jours suivant l'apparition) de 84 % pour la plupart des flambées de maladies dans la Région.

9.2.4 Accroître les capacités de séquençage génomique

Les progrès considérables réalisés dans la surveillance en laboratoire et la surveillance génomique ont encore renforcé la préparation de la Région aux futures flambées épidémiques, les avancées ayant été particulièrement visibles pendant la pandémie de COVID-19. En février 2020, lorsque le premier cas a été recensé dans la Région africaine, seuls quatre²⁸⁷ pays disposaient de moyens efficaces pour séquencer le SARS-CoV-2 et communiquer des données de séquençage. En décembre 2020, à peine 5000 séquences (1 %) avaient été notifiées dans la Région.

En septembre 2020, le Bureau régional de l'Afrique et le CDC-Afrique ont établi un réseau de laboratoires de séquençage du génome de la COVID-19 et d'autres agents pathogènes émergents.²⁸⁸ En plus d'aider à accroître les capacités nationales de séquençage, l'OMS a formé le personnel de laboratoire à l'utilisation de tests de diagnostic rapide des antigènes, a soutenu la mise en place d'un dispositif de surveillance des eaux usées pour les agents pathogènes susceptibles de donner lieu à une épidémie ou à une pandémie, et a dispensé une formation en bio-informatique.

D'autres outils ont été mis au point et expérimentés, notamment un outil d'évaluation des coûts de la surveillance génomique et un outil de suivi et d'évaluation pour apprécier l'incidence des missions dans les pays sur l'intensification de la surveillance génomique.

284 EIOS est la principale initiative mondiale de veille en source ouverte pour la prise de décision en santé publique et un outil important pour renforcer les activités de surveillance des médias.

285 Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

286 Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

287 Afrique du Sud, Kenya, Nigéria et Sénégal.

288 <https://www.afro.who.int/news/covid-19-genome-sequencing-laboratory-network-launches-africa>

Principales statistiques montrant l'impact :



Le nombre de pays disposant de capacités internes de séquençage est passé de

12 à 42*
(2020–2022).



47 États Membres

ont mis en place des laboratoires nationaux pour les tests de réaction en chaîne par polymérase d'ici à 2021.



Au total,

96

participants ont été formés à la bio-informatique.†



La production de données de séquençage a été multipliée par 30, passant de

5000 à plus de 150 000

(2020-2022), à la suite de visites sur place dans

44 États Membres‡

(94 %) pour soutenir l'intensification de la surveillance génomique.



Des plateformes de séquençage ont été établies, des formations sur site organisées et une cartographie des plateformes de séquençage réalisée dans

46 États Membres§

(98 %).

* Hormis le Burundi, les Comores, l'Érythrée, le Libéria et le Soudan du Sud.

† En collaboration avec les Centers for Disease Control des États-Unis et l'Institut national sud-africain de bio-informatique.

‡ Hormis les Comores, l'Érythrée et le Soudan du Sud.

§ Hormis le Soudan du Sud.

Les enseignements tirés de cette expérience sont importants. Des ressources financières et humaines conséquentes sont nécessaires, ainsi qu'un financement intérieur durable, pour renforcer véritablement les systèmes de surveillance et la mise en œuvre de la SIMR. L'intégration et l'interopérabilité des systèmes de données sont également essentielles pour une surveillance efficace des maladies, tandis que la transition vers des systèmes de notification électronique améliore considérablement l'exactitude et l'actualité des données.

La mobilisation communautaire est indispensable à la durabilité des activités de surveillance, tout comme l'établissement de relations solides avec les parties concernées au niveau local afin d'améliorer la conformité et la participation. Entretemps, la formation des agents de santé

à tous les niveaux aux principes de gestion et de surveillance de l'information garantit la disponibilité d'une main-d'œuvre bien préparée et capable de gérer des crises sanitaires.

Enfin, l'utilisation de plateformes et d'outils avancés pour l'analyse des données et la prévision des flambées épidémiques a changé la donne, soulignant la nécessité d'innovations continues dans les technologies de surveillance. Des partenariats efficaces et un suivi-évaluation continu sont aussi cruciaux pour adapter les stratégies et améliorer les résultats en matière de santé.



COVAX

EPI



Unicef



COVAX

CEPI



unicef



ACT Accelerator

Emirates

18" 125" 88/96"

125" 88/96"

125

Soutien opérationnel et logistique (OSL)

9.3.1 Fin de l'imbroglie logistique des fournitures médicales

Bien que les systèmes d'information sanitaire aient considérablement évolué, le défi majeur de la logistique demeure. La capacité de déployer rapidement des fournitures médicales est un pilier essentiel de l'action d'urgence, mais c'est l'un des domaines d'intervention les plus faibles en Afrique et pour l'OMS dans la Région.

De nombreux pays ont leurs propres stocks de fournitures médicales et circuits d'achat internationaux, mais ils sont souvent dépassés par les besoins accrus de leurs populations en situation d'urgence et comptent alors sur le soutien de l'OMS. Les zones difficiles d'accès, souvent épicentre de flambées épidémiques, sont particulièrement vulnérables à l'isolement en raison de l'insuffisance des infrastructures, de moyens de transport limités et de l'inadéquation des chaînes d'approvisionnement.

Pendant la flambée de maladie à virus Ebola (2014-2016), les difficultés logistiques liées à la livraison de fournitures médicales, au transport des patients et à la coordination des opérations sur le terrain ont créé des goulets d'étranglement

qui ont entravé la riposte, soulignant le besoin urgent de systèmes de soutien logistique et opérationnel solides et la nécessité d'une remise à plat.

Il fallait rendre ces systèmes plus sophistiqués, améliorer les mécanismes de coordination et renforcer la capacité de stockage et de déploiement rapide des fournitures médicales. Reconnaisant la nécessité d'une unité chargée de gérer les problèmes logistiques et opérationnels complexes liés aux urgences de santé publique, l'OMS a alors mis au point le cadre de soutien opérationnel et logistique (OSL) en 2021.

Il s'agissait là d'une amélioration par rapport à l'époque où la fonction OSL était intégrée dans le programme de secours d'urgence et où les effectifs étaient chroniquement insuffisants. À l'époque, l'Afrique ne disposait pas de stocks de fournitures médicales d'urgence propres et dépendait de l'entrepôt de l'OMS à Dubaï et de l'Entrepôt de fournitures humanitaires des Nations Unies au Ghana. Cette dépendance à l'égard d'autres partenaires a exacerbé les inefficacités, les livraisons du Ghana vers d'autres

parties du continent prenant jusqu'à 25 jours.

En début 2022, par exemple, il a fallu plus de trois mois pour livrer des fournitures essentielles aux pays au bord de la famine dans la Grande Corne de l'Afrique, tandis que certains pays ont dû attendre 21 jours pour recevoir leur première livraison d'équipements de protection tels que des masques après le démarrage de la pandémie de COVID-19 en 2020.

9.3.2 Des goulots d'étranglement à des percées

L'impact dévastateur de la COVID-19 a été pour les pays africains un signal d'alarme pour qu'ils accordent la priorité aux efforts visant à édifier des systèmes de santé résilients et capables de fournir des services de santé essentiels de qualité, tout en faisant face aux situations d'urgence sanitaire. En même temps, le besoin pour les pays africains de travailler en étroite collaboration en temps de crise n'a jamais été aussi clair.

Concrètement, le nouveau programme a réduit le délai de réponse aux demandes de fournitures d'urgence des États Membres, qui est passé de trois semaines en moyenne à moins de trois jours.

Le monde a vu des pays en Afrique, même ceux qui étaient prêts à payer une prime sur le marché privé, incapables de se procurer des fournitures essentielles, notamment des équipements de protection individuelle, des ventilateurs et des vaccins, pour protéger leurs citoyens.

Forte de l'avantage concurrentiel que lui procure sa présence sur le terrain, et de ses décennies d'action dans la Région africaine, l'OMS a réagi en 2021 en lançant son ambitieuse Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence (2022-2030), qui vise à améliorer la préparation et la détection des situations d'urgence sanitaire par les pays, ainsi que leur riposte, d'ici à 2030, sur la base de 12 cibles. Les 47 Ministres africains de la santé ont approuvé ladite stratégie en 2022.

Toujours en 2022, les trois initiatives phares mentionnées plus haut dans ce chapitre ont été lancées pour soutenir la mise en œuvre de la Stratégie régionale, et en particulier pour pro-

mouvoir une démarche pangouvernementale et pansociétale conduite par les États Membres. Pour étayer ces initiatives phares et la mission plus large de préparation et de riposte aux situations d'urgence, un autre programme de soutien opérationnel et logistique tenant compte des besoins a été lancé, à l'effet de combler les lacunes en matière d'appui opérationnel et de renforcer les compétences en logistique.

La décision d'établir un programme OSL indépendant, dirigé par un logisticien hautement expérimenté et appuyé par des experts de la chaîne d'approvisionnement, des opérations, de la logistique sanitaire, des douanes et de la passation des marchés, a marqué une rupture radicale par rapport aux opérations habituelles de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours, et une percée pour la Région. Concrètement, le nouveau programme a réduit le délai de réponse aux demandes de fournitures d'urgence des États Membres, qui est passé de trois semaines en moyenne à moins de trois jours.

L'une des grandes percées du cadre OSL a été la création de centres régionaux de gestion des situations d'urgence établis stratégiquement dans des régions sujettes à des crises sanitaires, pour servir de base de commandement des opérations d'urgence. Initiative importante et ambitieuse, les emplacements de ces plateformes au Kenya (2022), au Sénégal (2023) et en Afrique du Sud (en cours) ont été choisis pour leur infrastructure bien développée, la proximité d'aéroports internationaux modernes et l'accès aux ports maritimes.

Établis dans des endroits stratégiques et disposant de stocks permettant d'optimiser l'efficacité et l'efficacités, les centres au Kenya et au Sénégal accélèrent déjà les livraisons de fournitures pendant les crises. Afin de tirer parti des économies d'échelle, ils peuvent également être sollicités par d'autres institutions des Nations Unies pour des formations sur les situations d'urgence et les crises humanitaires, y compris la gestion des conflits, la sécurité alimentaire, la logistique et le relèvement.

Bien plus que de simples entrepôts, ces centres renforcent la coordination sous-régionale, favorisent une coopération étroite avec les administrations publiques afin de gérer efficacement des situations d'urgence complexes et

multinationales et décentralisent efficacement les interventions d'urgence tout en stockant et en déployant rapidement des fournitures et du matériel d'urgence.

Ils font également office de centres d'excellence pour la Région, favorisant le transfert de connaissances entre les pays et offrant une base de formation essentielle à 3000 intervenants africains pluridisciplinaires. Chaque centre est spécialisé de manière à tirer parti des atouts de la Région. C'est ainsi que le Sénégal met l'accent sur la chaîne d'approvisionnement, les données, l'innovation et le renseignement, tandis que le Kenya s'occupe essentiellement de la chaîne d'approvisionnement et du développement de la main-d'œuvre. Une fois opérationnel, le centre en Afrique du Sud se concentrera sur la recherche-développement et la surveillance génomique.

a) Les premiers succès

Amélioration considérable des délais d'expédition

En droite ligne de l'objectif clé de réduire considérablement les délais de réponse aux demandes des États Membres et de livrer des fournitures d'urgence aux populations en 24 heures, la mise en service de l'entrepôt tempo-

raire au centre du Kenya en septembre 2022 a immédiatement permis de ramener les délais de livraison de trois semaines voire plus à une moyenne de trois jours. Par exemple, entre janvier et juillet 2022, la livraison prenait en moyenne 17 jours (le délai le plus long étant de 67 jours). Depuis septembre 2022, ce délai a été ramené à trois jours et demi en moyenne (voir Figure 35).

b) Amélioration des secours d'urgence

Une meilleure organisation des secours étant essentielle à une gestion efficace des crises et pour garantir une action rapide en vue de sauver des vies et de réduire les souffrances, la Région a enregistré des avancées dans la riposte à plusieurs crises, notamment la COVID-19, le choléra au Malawi et au Mozambique, le cyclone, les inondations et les glissements de terrain à Madagascar, la flambée de maladie à virus Marburg au Ghana et l'épidémie de maladie à virus Ebola en Ouganda (voir Figure 35).

Par exemple, entre septembre 2022 et juin 2024, les entrepôts du Kenya et du Sénégal ont traité collectivement plus de 280 expéditions d'une valeur de 16 millions de dollars É.-U. à l'appui d'interventions d'urgence dans plus de 47 pays de la Région (voir Figures 36 et 37).

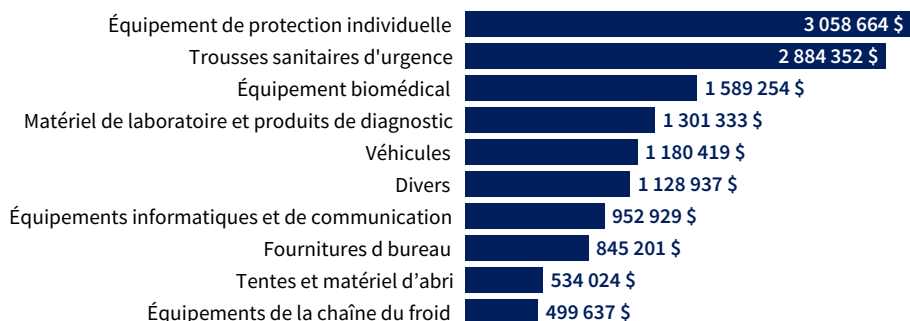
Figure 35 : Délais d'expédition dans la Région africaine de l'OMS avant et après la mise en service de l'entrepôt temporaire du Centre régional de gestion des situations d'urgence du Kenya



Figure 36 : Flux entrants et sortants des 10 principales marchandises dans l'entrepôt du Kenya, par riposte (septembre 2022-juin 2024)

Activités liées aux flux entrants (constitution de stocks)

Les 10 principales catégories d'achat :



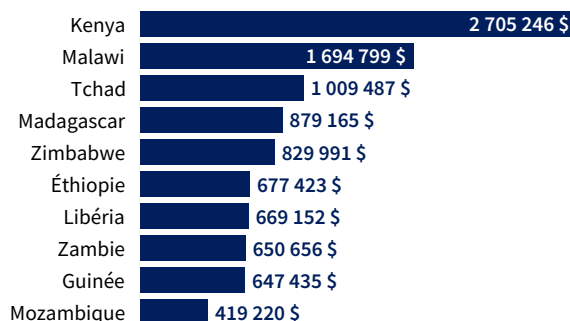
Ordre d'achat :
275 expéditions entrantes



Valeur des articles :
15 035 845 \$

Activités liées aux flux sortants (riposte aux situations d'urgence)

Pays par valeur de sortie de stock :



Sortie de stocks :
267 expéditions, 5 approvisionnements directs dans 45 pays



Valeur des articles :
15 533 844 \$

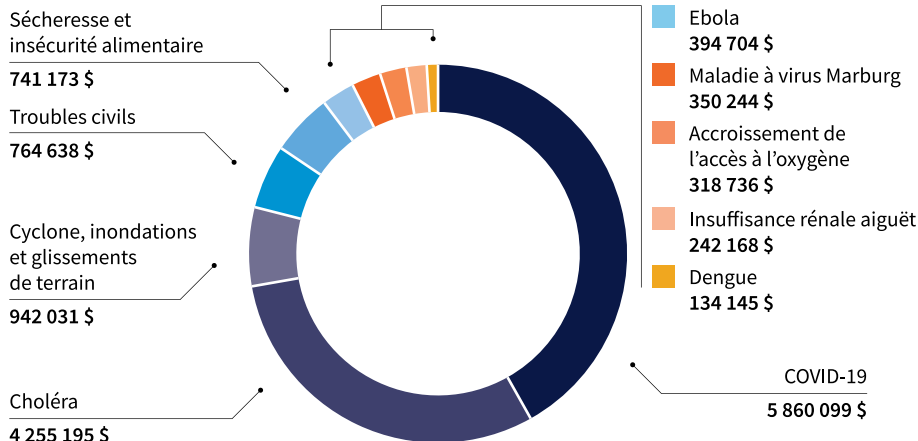


Poids :
1 090 346 kg



Volume :
6469,48 CBM

Opérations de riposte



14 situations d'urgence :

Insuffisance rénale aiguë, accidents et traumatismes, choléra, troubles civils, COVID-19, cyclone, inondations et glissements de terrain, dengue, sécheresse et insécurité alimentaire, Ebola, opérations de la plateforme et renforcement des capacités, Marburg, paludisme, variole simienne, accroître l'accès à l'oxygène, SVT, fièvre jaune, soutien régulier de l'OMS aux États Membres

Situations d'urgence classées :

choléra, dengue, diphtérie, cyclone, inondations et glissements de terrain

c) Augmentation de la capacité de stockage

Des stocks robustes permettent d'atténuer le risque de perturbation de la chaîne d'approvisionnement. En temps de crise, des difficultés logistiques peuvent entraver la livraison de fournitures, mais une bonne tenue des stocks garantit la disponibilité des articles essentiels en cas de besoin, indépendamment de facteurs externes. Cette fiabilité est essentielle pour maintenir un soutien ininterrompu pendant des opérations d'urgence.

En maintenant un stock plus important de fournitures essentielles, l'OMS dans la Région africaine assure une riposte rapide et efficace face aux crises, réduisant considérablement le temps nécessaire pour apporter une assistance essentielle aux populations touchées. Par exemple, en juin 2024, les entrepôts du Kenya et du Sénégal disposaient collectivement de stocks de fournitures d'urgence d'une valeur de plus de 10 millions de dollars É.-U., ayant reçu et traité plus de 330 livraisons.

Par exemple, l'expédition de 30 tonnes de fournitures de Dubaï vers un pays africain coûte environ 450 000 dollars É.-U., contre 75 000 dollars É.-U. pour une livraison de Nairobi vers la sous-région de l'Afrique de l'Est et Afrique australe, soit un gain de 83,3 %.

Ces stocks comprenaient des fournitures et du matériel d'urgence allant de trousseaux sanitaires d'urgence (choléra, traumatismes, kits interinstitutions pour les besoins sanitaires et la malnutrition) et d'équipements (biomédicaux, de laboratoire et de diagnostic, de la chaîne du froid, d'appui sur le terrain, d'informatique et de communication) à des tentes et du matériel de construction d'abris (voir Figures 36 et 37).

d) Économies spectaculaires dans l'achat et la livraison de fournitures d'urgence

La mise en service des entrepôts temporaires a eu un impact considérable sur les achats, le prépositionnement et la circulation des fournitures dans la Région. Elle visait notamment à promouvoir une démarche des achats « par l'Afrique », contribuant ainsi à renforcer la fabrication locale, tout en réduisant considérablement les coûts, de transit notamment. Elle réduit en outre la dépendance à l'égard d'entrepôts situés en dehors du continent africain.

Le centre du Kenya a travaillé avec les équipes d'assurance de la qualité de l'OMS pour sélectionner des fabricants et fournisseurs régionaux répondant aux normes requises. Il a ainsi pu réduire ses coûts grâce aux économies d'échelle et à des achats stratégiques, améliorer les délais de réponse et limiter son empreinte sur l'environnement. Les coûts du fret ont aussi diminué considérablement en raison de la proximité des stocks avec les zones en situation d'urgence.

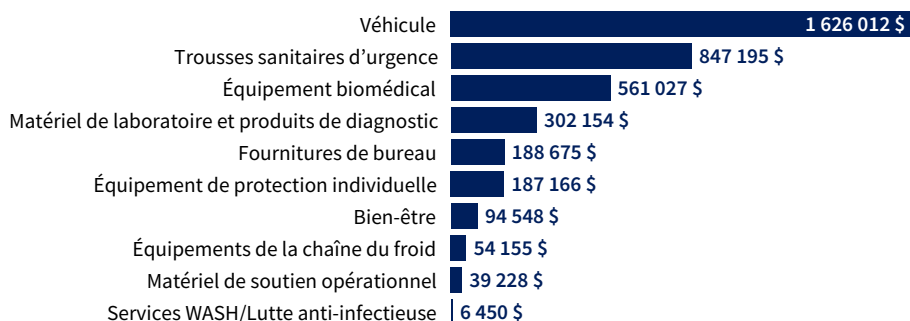
Par exemple, l'expédition de 30 tonnes de fournitures de Dubaï vers un pays africain coûte environ 450 000 dollars É.-U., contre 75 000 dollars É.-U. pour une livraison de Nairobi vers la sous-région de l'Afrique de l'Est et Afrique australe, soit un gain de 83,3 %. Des économies d'échelle similaires ont été constatées au centre du Sénégal, leur incidence illustrant clairement la capacité accrue de l'OMS à servir les États Membres d'une manière plus efficace et efficace.

Les premiers succès enregistrés en matière d'achats régionaux et de réduction des coûts démontrent encore l'intérêt d'une approche décentralisée et centrée sur l'Afrique de la logistique des urgences sanitaires. Ces avancées permettent non seulement de remédier aux problèmes logistiques immédiats, mais aussi de renforcer la préparation de l'Afrique à faire face aux crises sanitaires futures, en sauvant des vies et en assurant des ripostes plus rapides et plus efficaces.

Figure 37 : Flux entrants et sortants des 10 principales marchandises dans l'entrepôt du Sénégal, par riposte (janvier 2024-juin 2024)

Activités liées aux flux entrants (constitution de stocks)

Les 10 principales catégories d'achat :



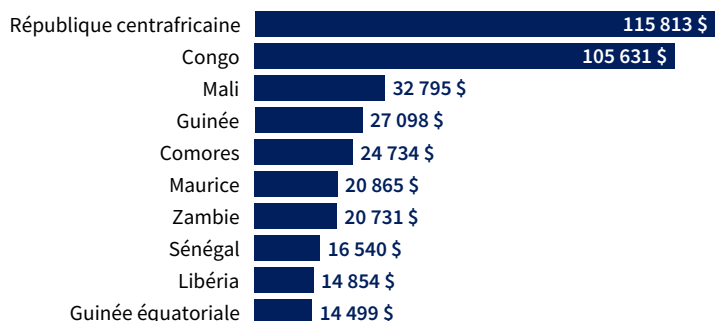
Ordre d'achat :
61 expéditions entrantes



Valeur des articles :
4 851 910 \$

Activités liées aux flux sortants (riposte aux situations d'urgence)

Pays par valeur de sortie de stock :



Sortie de stocks :
21 expéditions vers 21 pays



Valeur des articles :
457 996,13 \$

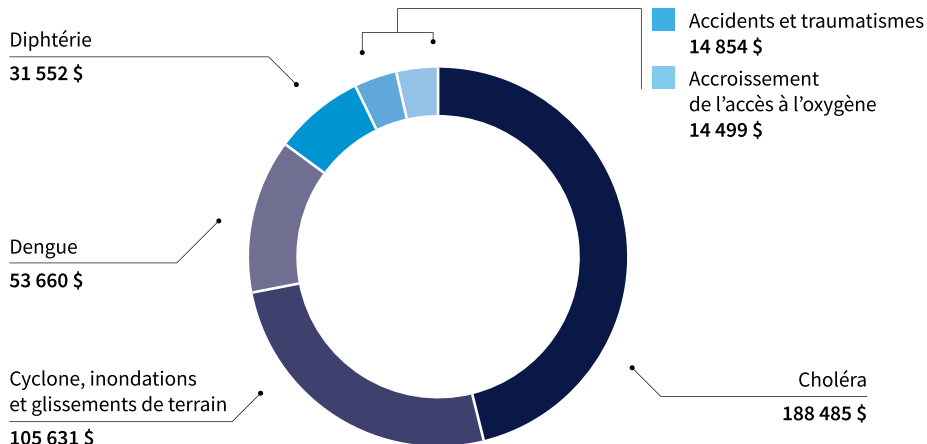


Poids :
20 205,12 kg



Volume :
3261,9 CBM

Opérations de riposte



Situations d'urgence :

Choléra, cyclone, inondations et glissements de terrain, dengue, diphtérie, dons, accidents et traumatismes, accroissement de l'accès à l'oxygène, soutien régulier de l'OMS aux États Membres

Situations d'urgence classées :

Choléra, dengue, diphtérie, cyclone, inondations et glissements de terrain

Préparation aux situations d'urgence : tirer des enseignements du passé, préparer l'avenir

Depuis la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, le monde a connu six autres urgences de santé publique de portée internationale, dont quatre ont eu d'énormes répercussions sur la Région africaine de l'OMS. Il s'agit de la résurgence de la poliomyélite en 2014, de la flambée de maladie à virus Ebola dans le Kivu en République démocratique du Congo de 2018 à 2020, de la pandémie de COVID-19 et, plus récemment, de l'épidémie de variole simienne (en 2022). Chacun de ces événements a imposé un fardeau sanitaire et économique important aux sociétés africaines et a rappelé de façon brutale la nécessité pour les pays d'être préparés au mieux aux situations d'urgence.

Bien que la Région ait enregistré une augmentation marginale des scores moyens pour

les principales capacités requises en vertu du RSI (2005) – qui sont passées de 42 à 50 (2008-2023), ces scores ont stagné depuis 2020 et restent inférieurs à la moyenne mondiale. Cette stagnation s'explique principalement par le sous-investissement dans ces capacités, comme en témoigne le déficit de financement des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire.

Le financement de la préparation reste un autre défi majeur, l'OMS et la Banque mondiale estimant à 10 milliards les besoins de financement annuels pour une préparation efficace aux situations d'urgence sanitaire aux niveaux national, régional et mondial. En outre, il y a eu beaucoup d'entraves au respect et à l'application du RSI, particulièrement en ce qui concerne les restrictions aux voyages et l'impact sur le commerce, lesquelles étaient nettement visibles pendant la pandémie de COVID-19.

Ces difficultés nonobstant, l'Unité Préparation aux situations d'urgence (EMP) du groupe organique EPR a évolué au cours de la dernière décennie pour pouvoir répondre aux nouveaux besoins, mettant en œuvre 484 activités dans les 47 États Membres entre 2016 et 2023 – plus que

L'OMS et la Banque mondiale estimant à 10 milliards les besoins de financement annuels pour une préparation efficace aux situations d'urgence sanitaire aux niveaux national, régional et mondial.



dans toute autre Région de l'OMS. Il apparaît clairement que les pays qui entreprennent un plus grand nombre d'activités de préparation en tirent profit, notamment par la réduction des délais de détection, de notification et de riposte pendant des flambées. Cependant, il faut plus de données pour mesurer avec précision l'impact des efforts de préparation et pour améliorer les politiques.

La transformation de l'Unité EMP fait écho en même temps aux changements dans le paysage des menaces pour la santé publique et à l'engagement inébranlable à améliorer la sécurité sanitaire. La dernière décennie a été marquée par des réorientations stratégiques et des progrès remarquables, soutenus par les efforts inlassables de professionnels dévoués qui s'emploient à préserver la santé de millions de personnes.

L'un des principaux enseignements tirés de la pandémie de COVID-19 et d'autres flambées régionales a été l'importance d'une approche plus globale et intégrée des situations d'urgence sanitaire. L'intégration des soins de santé primaires en tant que voie fondamentale vers la préparation et la résilience des systèmes de santé a été l'un des changements stratégiques les plus profonds. Cette approche souligne l'importance de la coordination multisectorielle au-delà du secteur de la santé, tel qu'elle est

concrétisée dans le cadre « Une seule santé », lequel établit un lien entre la santé humaine, animale et environnementale.

L'engagement de l'Unité EMP à renforcer les capacités de préparation a permis plusieurs avancées notables, comme l'accent mis sur l'établissement de cadres juridiques et de politiques favorables afin de jeter des bases solides pour la gestion des situations d'urgence. Des outils innovants ont également été mis au point pour prévoir les risques futurs, en exploitant le pouvoir de l'intelligence artificielle et de l'apprentissage automatique. Ces outils ont révolutionné la façon dont les risques sont évalués et gérés, permettant une prise de décision plus dynamique et éclairée.

Une évolution majeure au sein de l'Unité EMP a été le passage de l'évaluation des dangers uniquement après qu'ils se sont produits à la prédiction active de leur probabilité, en particulier grâce à l'adoption de l'outil stratégique d'évaluation des risques. En 2023, 31²⁸⁹ pays de la Région avaient utilisé cet outil pour élaborer des profils de risque complets et des plans multirisques. Cette approche proactive a joué un rôle crucial dans le renforcement de la capacité de la Région à se préparer aux situations d'urgence potentielles et à y faire face, en veillant à ce que les pays soient mieux outillés pour gérer les flambées avant qu'elles ne surviennent.

289 Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Nigéria, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo et Zambie.

La gouvernance et la collaboration multilatérale sont au cœur des progrès de l'Unité EMP. L'OMS dans la Région africaine joue un rôle de premier plan dans la diplomatie sanitaire mondiale, en soutenant l'organe intergouvernemental de négociation et le groupe de travail sur les amendements au RSI. De nouveaux partenariats, comme avec l'Union interparlementaire, renforcent le cadre juridique de la sécurité sanitaire sur l'ensemble du continent. En effet, ces partenariats jouent un rôle déterminant dans la promotion d'une riposte cohérente et coordonnée aux situations d'urgence sanitaire, qui est susceptible de protéger des millions de vies.

L'élaboration de guides et d'outils normatifs est un autre domaine dans lequel les résultats sont positifs ; il s'agit notamment du guide régional sur les fièvres hémorragiques virales et de l'initiative Préparation et résilience face aux menaces émergentes. Ces ressources fournissent aux États Membres des cadres clairs et exploitables pour renforcer leurs efforts de préparation. En 2023, un nombre impressionnant de 200 000 professionnel(le)s de la santé avaient été formés grâce à des plateformes hybrides, de sorte que le personnel de santé de la Région soit bien équipé pour organiser la riposte aux situations d'urgence.

Dans le même temps, les évaluations de la préparation jouent un rôle crucial dans la prévention de la propagation transfrontalière des maladies infectieuses. Celles réalisées lors de la flambée de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo, avant la pandémie de COVID-19, avaient mis en évidence des lacunes et accéléré l'élaboration de plans d'urgence efficaces. Pendant la pandémie, elles ont été réalisées par les 47 pays de la Région, ce qui a permis d'améliorer les scores de préparation et de mettre en place un plan d'urgence complet. Après la pandémie, la réalisation d'évaluations similaires pour des flambées épidémiques telles que le choléra, la variole simienne et les maladies à transmission vectorielle a encore renforcé la préparation, garantissant une riposte rapide et coordonnée aux menaces émergentes.

Les campagnes de vaccination sont une autre pierre angulaire du succès de l'Unité EMP. Après la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, l'introduction du vaccin contre la fièvre jaune dans 25²⁹⁰ pays à risque a permis de protéger 377 millions de personnes. En outre, 145 690 doses de vaccin anti-Ebola ont été déployées dans les zones à haut risque, offrant une protection essentielle aux agents de santé et au personnel de première ligne.

Dans l'ensemble, au cours de la dernière décennie, la préparation aux situations d'urgence dans la Région africaine a connu une évolution extraordinaire. Les initiatives stratégiques, les outils innovants et l'engagement indéfectible de l'Unité EMP ont considérablement renforcé la capacité de la Région à prévoir les situations d'urgence sanitaire, à s'y préparer et à y faire face. Bien que des défis subsistent, les progrès accomplis à ce jour, y compris l'utilisation des soins de santé primaires comme fondement de la résilience, offrent une base solide pour les efforts futurs.

Pour la suite, il est urgent d'investir davantage dans le renforcement des capacités de base, notamment en intégrant des mesures de développement de la résilience dans les plans nationaux de santé et les stratégies de préparation aux situations d'urgence. Il faut également plus d'investissements dans la préparation, en particulier dans des initiatives de renforcement des capacités par le biais de programmes de formation réguliers, d'ateliers et d'exercices de simulation. Il faut en outre poursuivre le plaidoyer en faveur de mécanismes de financement durables et de ressources budgétaires suffisantes pour la sécurité sanitaire.

L'accessibilité et la distribution des vaccins, en particulier dans les zones reculées et mal desservies, devraient être privilégiées, tout comme le soutien à la recherche-développement pour découvrir de nouveaux outils et méthodes permettant d'améliorer la préparation par la surveillance des maladies et l'évaluation des risques.

290 Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Tchad et Togo.

Secours d'urgence : agir rapidement, produire un impact réel

Si la préparation est cruciale, la capacité à réagir rapidement et efficacement face à une crise est le véritable test de la résilience d'un système de santé. La flambée de maladie à virus Ebola de 2014-2016 a permis de tirer des leçons amères et mis en évidence la vulnérabilité de la Région aux situations d'urgence sanitaire, en particulier les lacunes des mécanismes d'intervention d'urgence, les retards, les défaillances dans la coordination et le manque de ressources entraînant des conséquences dévastatrices.

Déterminée à changer le statu quo, l'Unité Organisation des secours du groupe EPR s'est employée à transformer la riposte de l'OMS à de multiples situations d'urgence sanitaire, prenant des mesures importantes pour aider les pays à mieux gérer les crises sanitaires et y faire face, tout en renforçant les systèmes de santé.

Aujourd'hui, la remise à plat du dispositif a permis de maîtriser 17 des 18 flambées de maladie à virus Ebola et de maladie à virus Marburg survenues entre 2015 et 2023, sans

propagation transfrontalière. On a également constaté une amélioration de 50 % de la rapidité de la détection des flambées épidémiques, ce qui s'est traduit par des maladies évitées et des vies sauvées.

Au surplus, le délai global d'endiguement des flambées a été réduit de 60 %, passant de 156 à 63 jours (2017-2023). Ce résultat prend en compte la réduction notable du délai de maîtrise de flambées de maladies à transmission vectorielle telles que la fièvre jaune, la dengue et la leishmaniose, qui est passé de 234 jours à seulement 16 jours ; de maladies à prévention vaccinale telles que le choléra et la diphtérie, qui est passé de 308 à 56 jours ; et de fièvres hémorragiques virales, qui est passé de 106 à 48 jours.

La riposte à toutes les flambées épidémiques et situations d'urgence repose sur une évaluation normalisée qui détermine l'ampleur des interventions. Le Cadre d'action d'urgence de l'OMS fournit une évaluation rapide de la

situation, laquelle est ensuite classée dans une catégorie particulière.²⁹¹ Fondées sur une politique « sans regret », les normes de performance dudit Cadre garantissent que les ressources sont fournies en temps utile, le cas échéant.

Entre 2017 et 2023, des équipes de gestion d'incidents ont été activées en 24 heures pour plus de 90 % des événements classés, et d'autres intervenants en situation d'urgence du Corps africain des volontaires de la santé (AVoHC) de l'initiative SURGE ont été déployés en 72 heures pour plus de 80 % de ces événements. Cette intervention rapide a considérablement amélioré l'efficacité opérationnelle et contribué à une maîtrise plus rapide des situations d'urgence.

Pendant la flambée de maladie à virus Ebola, par exemple, les premiers efforts ont été entravés par la méfiance des communautés et la résistance aux interventions sanitaires. Cependant, la mobilisation des responsables locaux et la mise en œuvre de stratégies de communication adaptées à la culture ont rendu les communautés beaucoup plus réceptives aux interventions de santé publique.

Le perfectionnement du personnel d'intervention en cas d'urgence sanitaire de SURGE joue un rôle central dans l'amélioration de la riposte, comblant d'importantes lacunes en matière de compétences et favorisant une riposte plus solide. Plus de 1700 membres dudit personnel ont été formés à divers modules d'organisation des secours, notamment la coordination, la prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels ainsi que de la violence sexiste. En outre, 134 membres du personnel de l'OMS ont été formés au Cadre d'action d'urgence et au système de gestion des incidents.

L'une des principales réalisations du programme EPR a été l'établissement et la mise en service de 42 centres d'opérations d'urgence de santé publique dans la Région. Gérant avec succès des flambées épidémiques telles que la maladie à virus Ebola, la maladie à virus Marburg, la fièvre jaune, le choléra et la COVID-19,

ces centres ont démontré leur importance dans la gestion efficace de situations d'urgence multiples et simultanées, la coordination des ripostes, la rationalisation de la communication et la facilitation de la prise de décision en temps utile.

Une participation communautaire efficace et des stratégies de communication sur les risques sont aussi cruciales. En mettant en œuvre des stratégies de communication adaptées qui tiennent compte des réalités culturelles, le programme a permis aux communautés d'être bien informées et de participer activement aux activités de préparation. La diffusion d'informations précises a permis de lutter contre la désinformation et de renforcer la confiance du public, ce qui est essentiel dans des situations d'urgence sanitaire.

Lors des flambées de maladie à virus Ebola, par exemple, la résistance des populations a d'abord posé un défi majeur. Cependant, en dialoguant avec les responsables locaux et en s'appuyant sur le savoir-faire local, le programme a favorisé un plus grand respect des mesures de santé publique, ce qui a permis d'endiguer les flambées. De même, pendant la pandémie de COVID-19, le programme de préparation aux situations d'urgence et organisation des secours a collaboré avec l'Unité de communication pour utiliser diverses plateformes médiatiques de manière à diffuser des informations exactes et actuelles, lutter contre la désinformation et veiller à ce que le public soit bien informé.

Enfin, une gestion efficace de la logistique et de la chaîne d'approvisionnement a permis d'améliorer l'achat, le stockage et la distribution de fournitures et d'équipements médicaux essentiels. La constitution de stocks régionaux, comme indiqué plus haut dans ce chapitre, ainsi que l'établissement de réseaux d'approvisionnement robustes, continue d'atténuer les pénuries de l'offre et de garantir la livraison en temps voulu de ressources essentielles en situation d'urgence.

²⁹¹ Les situations d'urgence sont classées en trois catégories, qui indiquent le niveau de réponse opérationnelle de l'Organisation : niveau 1 (réponse limitée), niveau 2 (réponse modérée) et niveau 3 (réponse majeure/maximale).

Principaux acquis de la riposte à la COVID-19 (2022-2024) :



Plus de

30 000

agents de santé et d'aide à la personne formés aux secours d'urgence.



Renforcement des unités de soins intensifs dans

10 pays*

par la fourniture d'équipements de protection individuelle, de matériel biomédical, de kits d'urgence et de médicaments.



Installation d'usines de production d'oxygène dans

neuf pays,†

augmentant la production d'oxygène d'environ

7,9 millions

de litres par jour, ce qui est suffisant pour traiter

1130

patients atteints d'affections critiques chaque jour.



Au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 reçue par

413 millions

de personnes dans

46 États Membres‡

sur 47 ;

365 millions

de personnes ayant achevé la série de primovaccination.



Renforcement des capacités des laboratoires dans les

47 pays,

avec l'appui de trois laboratoires spécialisés et de neuf laboratoires régionaux de référence.

* Cameroun, Congo, Ghana, Lesotho, Malawi, Mali, République démocratique du Congo, Soudan du Sud, Tanzanie (Zanzibar) et Togo.

† Gambie, Ghana, Lesotho, Mauritanie, Mozambique, Niger, République démocratique du Congo, Soudan du Sud et Tchad.

‡ Hormis l'Érythrée.

Dans les propres mots de la D^{re} Moeti :

Évolution du partenariat stratégique de l'OMS avec le CDC-Afrique

Au moment où je m'arrête pour réfléchir au voyage que nous avons entrepris ensemble, je ressens un profond sentiment de fierté et d'espoir pour l'avenir de la santé publique en Afrique. Les défis ne manquent pas dans notre Région, qui enregistre plus de 100 urgences de santé publique chaque année. Pourtant, malgré ces obstacles redoutables, nous assistons également à des progrès remarquables. Cela dit, ces progrès s'accompagnent de la prise de conscience de ce que nous devons continuellement faire évoluer et renforcer nos systèmes pour mieux protéger la vie de nos populations les plus vulnérables.

L'une des premières mesures importantes que j'ai prises en tant que Directrice régionale a été de signer un protocole d'accord en 2016. Ce protocole d'accord, que nous avons intitulé Cadre de collaboration entre l'Organisation mondiale de la Santé et la Commission de l'Union africaine sur la création et le fonctionnement du CDC-Afrique afin d'améliorer la sécurité sanitaire en Afrique, avait une vision prospective. Il a été établi bien avant la création officielle du CDC-Afrique en janvier 2017, soulignant ainsi le caractère visionnaire de notre collaboration. Et il a jeté les bases de nos efforts

conjointes pour mettre en place une infrastructure de santé publique solide dans toute la Région.

En effet, la création du CDC-Afrique a été un moment charnière pour le continent. Cette entité émane d'une vision consistant à donner aux États africains les moyens de riposter aux menaces de maladies et aux flambées épidémiques avec plus d'efficacité et de coordination. La collaboration entre le CDC-Afrique et l'OMS n'était pas seulement une décision stratégique, mais une évolution nécessaire pour répondre aux besoins croissants de notre Région. Nos premiers efforts conjoints, en particulier pendant la pandémie de COVID-19, ont mis en évidence ce que nous pouvions accomplir ensemble. Mais nous savions que ce n'était qu'un début.

En 2023, nous avons consolidé notre collaboration par l'établissement du Plan d'action d'urgence conjoint (JEAP) du CDC-Afrique et de l'OMS. Le Plan d'action d'urgence conjoint, que j'ai défendu de tout mon cœur, n'est pas qu'un plan – c'est une lueur d'espoir pour un avenir où l'Afrique est plus à même de se préparer aux urgences de santé publique, de les détecter et d'y faire face. Le soutien de la Fondation Bill et

Melinda Gates a été déterminant pour nous réunir autour de ce plan, ayant fourni les ressources et les encouragements nécessaires pour faire les premiers pas vers un objectif commun.

« Le Plan d'action d'urgence conjoint, que j'ai défendu de tout mon cœur, n'est pas qu'un plan – c'est une lueur d'espoir pour un avenir où l'Afrique est plus à même de se préparer aux urgences de santé publique, de les détecter et d'y faire face. »

Au cours de sa première année d'existence, le Plan d'action d'urgence conjoint a posé des bases solides grâce aux structures de gouvernance et de gestion complètes établies en application du protocole d'accord entre le CDC-Afrique et l'OMS. Un comité d'orientation de haut niveau, un secrétariat et des groupes de travail techniques ont été mis en place, assurant une supervision robuste et une gestion quotidienne efficace. Malgré les difficultés rencontrées dans certains domaines, les retours d'information continus et l'adoption de modalités de fonctionnement normalisées ont permis d'améliorer l'efficacité opérationnelle.

Concernant ses accomplissements, il convient d'indiquer particulièrement qu'en un an seulement, le Plan d'action d'urgence conjoint a servi directement plus de 36 pays dans des domaines essentiels tels que le perfectionnement du personnel, la surveillance, le renforcement des laboratoires et la coordination de la riposte. L'appui apporté aux pays et aux entités régionales pour qu'ils soumettent 57 propositions au deuxième appel du Fonds de lutte contre les pandémies illustre le consensus et la collaboration remarquables qui existent au niveau régional, ainsi que la vision commune d'une Afrique plus saine et plus sûre.

La vision que le Plan d'action d'urgence conjoint incarne est une vision qui me tient à cœur. C'est une vision qui, j'en suis convaincue, transformera notre approche de la santé publique sur le continent. Mais plus que cela, c'est une vision qui, je l'espère, sera portée avec la même passion et le même dévouement par ceux qui viendront après moi.

Outre le lancement et la mise en œuvre du Plan d'action d'urgence conjoint, j'ai fondé en 2022 un groupe consultatif technique sur la préparation et la riposte aux situations d'urgence. Cet organe indépendant est le principal groupe consultatif de l'OMS dans la Région africaine chargé de fournir des orientations stratégiques sur les urgences de santé publique.

À la suite d'un appel à candidatures lancé en juillet 2022 et qui a obtenu près de 600 réponses, 16 membres représentant diverses organisations, nationalités et compétences ont été retenus. Le groupe s'est réuni pour la première fois en présentiel au Sénégal en juillet 2024, ce qui a été un moment charnière pour discuter des questions clés dans les situations d'urgence et formuler des recommandations pratiques. En août 2024, la mise en œuvre des recommandations est en cours et le groupe est bien placé pour jouer un rôle important aux côtés du prochain Directeur régional.

Je crois au pouvoir de la collaboration, et j'ai pu constater de visu les choses incroyables qui peuvent être accomplies lorsque nous travaillons ensemble à la réalisation d'un objectif commun et que nous faisons appel à des experts externes pour des conseils ou des orientations. Le partenariat entre le CDC-Afrique et l'OMS dépasse le cadre d'un simple accord – c'est un engagement envers les populations africaines.

L'avenir de la santé publique en Afrique dépend de notre capacité à travailler ensemble, à innover et à rester inébranlables dans notre mission. Le voyage est long, mais la destination en vaut la peine : une Afrique plus saine et plus sûre pour tous.

Difficultés et enseignements

10

Difficultés et enseignements

Au cours des dix dernières années, l’OMS dans la Région africaine s’est heurtée à de nombreux défis de santé publique, traduisant la complexité et l’ampleur des problèmes de santé sur le continent ; une situation qu’aggravent les ressources financières limitées, les systèmes de santé en mal d’effectifs et les infrastructures de santé sous-optimales. Bien que confrontée chaque année à une centaine de situations d’urgence, allant des flambées sanitaires aux catastrophes naturelles, la Région a fait preuve d’une résilience, d’une ingéniosité et d’une capacité d’adaptation remarquables au cours de la dernière décennie. La mise à profit des principaux enseignements tirés a permis d’accomplir des progrès importants, ouvrant la voie à des solutions durables à plus long terme.

Une Région au cœur des crises sanitaires mondiales

Chaque année, la Région se trouve à l’épicentre d’un large éventail de flambées épidémiques et de situations d’urgence qui mettent à l’épreuve ses systèmes de santé. Qu’il s’agisse de maladies infectieuses telles que la maladie à virus

Ebola, la COVID-19 et la variole simienne ou des répercussions croissantes des catastrophes naturelles, la Région est soumise à un feu incessant de crises sanitaires. Ces situations surviennent dans un contexte de financement limité, le manque de ressources agissant souvent négativement sur les capacités de prévention, de préparation, d’identification et de riposte.

Pourtant, au milieu de ces difficultés, des progrès importants sont réalisés. La Région a enregistré une légère amélioration des principales capacités requises en vertu du RSI, le score médian des États parties en matière de capacité d’autoévaluation des rapports annuels étant passé de 42 à 51 (2018-2023). Bien que ces chiffres restent inférieurs à la moyenne mondiale, ils représentent un pas indéniable dans la bonne direction. La stagnation de ces dernières années traduit moins un manque de volonté que l’absence de financements et la faiblesse des infrastructures sanitaires, auxquels l’OMS s’efforce de remédier en collaboration avec ses États Membres et ses partenaires.

La leçon à retenir est que les progrès, même graduels, restent des avancées qui ont des effets

positifs sur la vie et les moyens de subsistance des populations africaines. Si l'accent est maintenu sur le renforcement des systèmes de santé, il est possible de parvenir à la couverture sanitaire universelle.

Le changement climatique : une menace croissante pour la santé publique

Le changement climatique fait peser une menace complexe et multidimensionnelle sur la santé et la stabilité environnementale dans la Région. Des conditions météorologiques de plus en plus irrégulières entraînent des catastrophes naturelles plus fréquentes et plus graves, notamment des inondations et des sécheresses, qui menacent la sécurité alimentaire et créent des conditions propices aux flambées épidémiques. L'une des conséquences du changement climatique est la recrudescence des zoonoses – maladies transmises de l'animal à l'homme, l'urbanisation et la destruction des habitats naturels augmentant les contacts entre l'homme et la faune.

Cependant, les pays de la Région prennent des mesures décisives pour mettre en place des systèmes de santé plus solides capables de mieux résister aux menaces sanitaires liées au climat, les progrès de l'innovation offrant de nouveaux modes de travail plus intelligents et plus stratégiques.

L'adoption et l'utilisation d'outils de santé

numérique pour le suivi et la gestion des flambées épidémiques dans la Région ont été un domaine de croissance important, qui a transformé la façon dont les gouvernements anticipent les situations d'urgence sanitaire, en font le suivi et y répondent, tout en renforçant les stratégies nationales de préparation et de riposte.

En fait, ces systèmes de suivi numérique et ces modèles basés sur l'intelligence artificielle permettent aux gouvernements d'anticiper les risques, de se préparer plus efficacement aux catastrophes futures et d'affecter les ressources de manière plus stratégique, démontrant ainsi que la technologie peut aider à concilier des ressources limitées et des besoins plus importants. Cette approche fournit non seulement aux pays des solutions immédiates pour faire face aux effets à court terme du changement climatique, mais elle instaure aussi une culture de préparation qui sera essentielle pour affronter les menaces sanitaires futures liées au climat.

Renforcer les systèmes de santé : un investissement crucial et continu

Le sous-financement chronique des systèmes de santé nationaux reste un obstacle majeur aux progrès dans la Région, qui est également confrontée à un déficit énorme de 61 millions d'agents de santé. Cette situation entrave la mise en œuvre des programmes de santé es-





sentiels et affaiblit la réponse aux besoins de soins de santé courants et aux situations d'urgence sanitaire fréquentes.

Les efforts visant à juguler la « fuite des cerveaux » en créant des débouchés pour les professionnels de la santé dans leur pays d'origine contribuent progressivement à la mise en place de systèmes de santé plus autonomes.

Malgré cette réalité effrayante, des progrès ont été accomplis : le nombre d'agents de santé dans la Région a triplé entre 2013 et 2022. Les pays de la Région s'emploient progressivement à pallier le manque de ressources humaines en renforçant les capacités de formation, en particulier pour les agents de santé au niveau des soins primaires.

Des programmes tels que le Programme mondial pour le leadership des laboratoires ont aidé les pays à renforcer et à pérenniser les capacités nationales des laboratoires, démontrant le pouvoir de l'investissement stratégique dans les talents locaux et permettant des ripostes plus rapides et plus efficaces aux flambées épidémiques et aux situations d'urgence.

Les partenariats avec les établissements universitaires et les organisations internationales de la santé renforcent également les programmes de formation des personnels de santé, dotant les professionnels des compéten-

es nécessaires pour répondre à l'évolution des besoins de la Région en matière de soins de santé. En dotant les agents de santé des compétences et des outils dont ils ont besoin, la Région jette les bases d'un personnel de santé plus résilient et autonome.

On reconnaît également de plus en plus la nécessité de fidéliser les professionnels de la santé dans leurs pays d'origine. Il est devenu prioritaire pour la plupart des gouvernements d'arrêter « l'exode des compétences », qui voit les agents de santé formés aller en quête de meilleures opportunités à l'étranger. Ce qu'il convient de retenir ici est qu'un investissement durable dans les agents de santé est non seulement nécessaire pour répondre aux besoins immédiats, mais constitue en outre une stratégie à long terme permettant de mettre en place des systèmes de santé autonomes et solides.

Fabrication locale : vers une plus grande autosuffisance

Un autre problème important auquel la Région est confrontée, mis en lumière crûment pendant la pandémie de COVID-19 et plus récemment pendant les flambées de variole simienne, est sa dépendance à l'égard des produits médicaux et vaccins importés. Cette situation est exacerbée par des systèmes d'achat sous-optimaux et des capacités réglementaires limitées qui font grimper les prix, tout en rendant les pays vulnérables aux perturbations de la chaîne

d'approvisionnement et à l'afflux de produits médicaux de qualité inférieure et contrefaits.

Toutefois, l'OMS coopère avec des partenaires africains de haut niveau pour aider les États Membres à prendre des mesures audacieuses permettant de remédier à ces vulnérabilités. Des pays comme le Ghana, le Sénégal et l'Afrique du Sud progressent remarquablement dans la production locale de vaccins, réduisant ainsi leur dépendance à l'égard de fournisseurs extérieurs et augmentant leur capacité à réagir rapidement aux crises sanitaires. Bien qu'il s'agisse d'une solution à long terme qui nécessite des investissements et une coordination importants, ces efforts s'inscrivent dans une stratégie plus large visant à promouvoir l'autonomie et la résilience dans le secteur de la santé.

Cependant, des pays comme l'Afrique du Sud, le Ghana et le Sénégal avancent dans la production locale de vaccins afin de renforcer l'autosuffisance.

De surcroît, les autorités nationales de réglementation de la Région reçoivent une assistance technique censée renforcer leurs capacités de surveillance et garantir que les produits médicaux locaux répondent aux normes internationales d'innocuité et d'efficacité. À ce jour, les autorités nationales de réglementation de quatre pays de la Région ont atteint le niveau de maturité 3 et ce nombre devrait atteindre au moins sept d'ici à 2025.

Ces initiatives renforcent la capacité future des pays africains non seulement à garantir l'accès aux produits médicaux essentiels, mais aussi à réduire leur vulnérabilité aux perturbations de la chaîne d'approvisionnement mondiale et à améliorer leur capacité à répondre aux besoins sanitaires de leurs populations.

Santé de la mère : résoudre un problème persistant

Malgré des progrès notables, les taux de mortalité maternelle restent alarmants dans la Région et parmi les plus élevés au monde, de nombreux pays ayant peu de chances d'atteindre la cible pertinente de l'objectif 3 de développement durable. Des changements importants sont encore

nécessaires pour remédier, entre autres, aux retards persistants dans l'accès aux soins, aux mauvaises pratiques médicales et à la disponibilité limitée d'interventions fondées sur des données probantes, y compris la prise en charge des complications obstétricales.

Toutefois, il y a lieu d'être optimiste. Sept pays ont atteint la cible pertinente de l'objectif 3 de développement durable, tandis que 13 ont réduit de plus de moitié leurs taux de mortalité maternelle au cours des deux années précédant 2020. Un nombre croissant de pays font également la différence en adoptant des outils numériques innovants qui suivent les femmes tout au long de la grossesse, du travail et de la période postnatale. Ces outils permettent de s'assurer que les femmes reçoivent des soins en temps utile et que les professionnels de la santé sont alertés en temps réel sur les complications potentielles.

En outre, de nombreux États Membres ont adopté le Cadre de l'OMS pour l'amélioration de la qualité des soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en mettant à nouveau l'accent sur l'amélioration de la qualité des soins pour les mères et les nourrissons. Cette évolution du simple élargissement de l'accès à l'amélioration de la qualité des soins produit déjà des résultats positifs.

Un autre facteur essentiel pour améliorer la santé de la mère est l'accent plus prononcé sur l'éducation et la formation des agents de santé. En dotant les professionnels des soins obstétricaux et infirmiers ainsi que les médecins des outils et des connaissances nécessaires pour gérer les urgences obstétricales, les pays prennent des mesures proactives pour réduire les taux de mortalité maternelle. Ces initiatives démontrent que des interventions ciblées, reposant sur la technologie, l'éducation et des pratiques fondées sur des données probantes, peuvent agir profondément même sur les problèmes sanitaires les plus insolubles.

La charge croissante des maladies non transmissibles

Si une grande attention a toujours été portée aux maladies transmissibles, la Région est désormais aux prises avec la charge croissante de maladies non transmissibles telles que le diabète, les cardiopathies et le cancer. Ces maladies

ont des causes diverses, notamment l'évolution des modes de vie, une mauvaise alimentation, la sédentarité et la prévalence croissante de facteurs de risque tels que le tabagisme et la consommation d'alcool.

L'une des principales difficultés dans la lutte contre les maladies non transmissibles est la méconnaissance des facteurs de risque et des mesures de prévention connexes par les communautés. Cependant, des campagnes de santé publique sont actuellement lancées dans l'ensemble de la Région pour sensibiliser aux dangers des maladies non transmissibles et encourager des modes de vie plus sains. Les pays intègrent la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles dans les systèmes de soins de santé primaires, veillant ainsi à ce que les communautés puissent accéder aux services nécessaires sans avoir à payer de leur poche des sommes astronomiques.

La sécurité routière et le tabagisme sont deux domaines dans lesquels de bons résultats ont été obtenus. Au cours des 10 dernières années, 17 pays de la Région ont réduit de moitié le nombre de décès dus aux accidents de la route. En outre, sur les 56 pays du monde qui devraient

réduire de 30 % le tabagisme d'ici à 2025, vingt-deux se trouvent en Afrique.

Cette réorientation cruciale vers la responsabilisation des communautés grâce aux connaissances est la première étape vers l'amélioration des résultats sanitaires. En sensibilisant les communautés aux risques et en encourageant des modes de vie plus sains, les pays peuvent réduire la charge à long terme de ces maladies. Les interventions précoces et la participation communautaire sont toutes deux essentielles pour lutter contre l'épidémie silencieuse de maladies non transmissibles.

Le VIH et la tuberculose : une lutte sur deux fronts appliquant des solutions communes

La Région africaine de l'OMS enregistre la plus forte charge de morbidité due au VIH dans le monde et la tuberculose reste un défi majeur de santé publique. Les épidémies de VIH et de tuberculose se chevauchent souvent, et les personnes vivant avec le VIH sont particulièrement vulnérables à la tuberculose. Malgré ces défis de taille, les pays adoptent de plus en plus des approches innovantes pour lutter contre les deux maladies.



Par exemple, la gestion conjointe des services de lutte contre le VIH et la tuberculose, par laquelle les ressources et les services de santé sont rationalisés pour fournir des soins complets, a amélioré les résultats pour les patients. Les outils de diagnostic partagés, les parcours de soins intégrés et les systèmes conjoints de suivi des patients contribuent à garantir que les personnes reçoivent le traitement efficace et rapide dont elles ont besoin. L'introduction de produits de diagnostic rapide recommandés par l'OMS, tels que GeneXpert, a révolutionné le diagnostic de la tuberculose, permettant une détection plus rapide et plus précise de la maladie. Cela permet un traitement précoce, améliorant considérablement les chances de guérison.

En améliorant la coordination et en réduisant les délais de riposte, ils ont permis de faire en sorte que les fournitures vitales parviennent plus rapidement aux zones touchées. La réduction drastique des délais à l'étranger – de trois semaines à seulement trois jours – traduit les effets d'une collaboration efficace.

En outre, l'engagement politique de haut niveau, comme en témoignent des initiatives telles que le tableau de bord africain de la tuberculose et la deuxième déclaration politique historique sur la tuberculose lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose 2023, a galvanisé les efforts régionaux visant à éliminer la maladie.

Cette approche démontre clairement l'importance de l'intégration et de la collaboration, avec des résultats nettement meilleurs lorsque les systèmes de santé mettent en commun les ressources pour optimiser l'utilisation des ressources limitées et adopter une approche globale.

Partenariats : le pouvoir de l'action collective

L'un des enseignements les plus précieux tirés des interventions visant à relever les défis sanitaires de la Région concerne peut-être le pouvoir des partenariats. Les gouvernements nationaux, les organisations internationales, les communautés locales et le secteur privé

ont tous un rôle à jouer dans le renforcement des systèmes de soins de santé et la riposte aux crises de santé publique, en particulier entre l'OMS dans la Région africaine, l'Union africaine, le CDC-Afrique et les gouvernements nationaux.

Par exemple, la création du programme OSL et la mise en place des centres régionaux d'urgence de l'OMS au Kenya et au Sénégal ont transformé la riposte de la Région aux situations d'urgence sanitaire. En améliorant la coordination et en réduisant les délais de riposte, ils ont permis de faire en sorte que les fournitures vitales parviennent plus rapidement aux zones touchées. La réduction drastique des délais à l'étranger – de trois semaines à seulement trois jours – traduit les effets d'une collaboration efficace.

Les partenariats ne se bornent pas aux interventions d'urgence et ont aussi grandement contribué au renforcement des systèmes de surveillance des maladies. En intégrant des outils de santé numérique et des systèmes de données interopérables, les pays peuvent désormais détecter les flambées épidémiques et y riposter plus rapidement, réduisant ainsi la propagation des maladies et sauvant des vies. Par exemple, dans la lutte contre la poliomyélite, la collaboration avec les donateurs internationaux, les organismes régionaux et les communautés locales a facilité le partage des ressources, l'appui technique et la coordination des interventions.

La leçon à retenir ici est que l'action collective amplifie les efforts individuels. Lorsque les pays et les organisations se réunissent autour d'un objectif commun, les résultats sont bien supérieurs à ce qu'ils seraient si chacun agissait isolément.

La participation communautaire : clé de la sécurité sanitaire

Un autre enseignement frappant des récentes situations d'urgence sanitaire, notamment la maladie à virus Ebola et la COVID-19, est le rôle essentiel de la participation communautaire. L'efficacité des interventions sanitaires est fonction du niveau de confiance et de coopération qu'elles inspirent aux communautés. Pendant la flambée de maladie à virus Ebola, par exemple, les premiers efforts ont été entravés par la méfiance des communautés



et la résistance aux interventions sanitaires. Cependant, la mobilisation des responsables locaux et la mise en œuvre de stratégies de communication adaptées à la culture ont rendu les communautés beaucoup plus réceptives aux interventions de santé publique.

Des messages adaptés respectant les coutumes et traditions locales ont été essentiels pour obtenir l'adhésion de la communauté et le respect des interventions sanitaires, démontrant que les soins de santé ne peuvent pas être simplement imposés aux populations. Ils doivent plutôt être créés conjointement avec les communautés cibles.

L'instauration de la confiance par la mobilisation, la transparence et le respect du contexte culturel est essentielle au succès de toute initiative de santé publique. Lorsque les communautés sont responsabilisées et impliquées, elles deviennent les alliés les plus solides de la Région dans la lutte pour la santé publique.

[Un avenir plus sain pour tous](#)

Malgré la multitude de défis auxquels la Région africaine est confrontée, il existe de nombreuses raisons d'être optimiste. Les enseignements tirés de la gestion des situations d'urgence, du renforcement des systèmes de santé, de la promotion de la production locale et de la participation des communautés constituent

une feuille de route pour les succès à venir. En continuant à nouer des partenariats, à intégrer les soins et à investir dans l'innovation, la Région peut transcender les difficultés et bâtir un système de soins de santé qui sert l'ensemble de sa population.

Le parcours de la Région africaine est marqué par la résilience, la détermination et la croissance. Le chemin à parcourir est long, mais les mesures prises aujourd'hui jettent les bases d'un avenir plus sain. Chaque difficulté offre une occasion d'apprendre, de s'adapter et de se rapprocher de l'objectif de sécurité sanitaire et d'équité pour tous.

« J'entrevois ... que notre partenariat régional avec les acteurs mondiaux de la santé, y compris la diaspora, continuera de croître ; que l'innovation et l'utilisation de la technologie dans le domaine de la santé augmenteront et se traduiront par une prestation de services plus efficace ; que le rôle du secteur privé dans le domaine de la santé sur le continent s'élargira et complétera celui des gouvernements ; et que les investissements et les financements en faveur de la couverture sanitaire universelle continueront de croître pour que nos États Membres atteignent pleinement la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030. »

D^{re} Matshidiso Moeti

Conclusions et perspectives d'avenir

11

Conclusions et perspectives d'avenir

Au cours de la dernière décennie, l'action de l'OMS dans la Région africaine a traduit un effort concerté pour mener une transformation sanitaire effective sur le continent. Guidée par le Programme de transformation lancé en 2015, la Région africaine s'est engagée dans une mission visant à remédier aux inégalités et disparités profondes qui entravent les progrès potentiels vers la couverture sanitaire universelle et l'atteinte du meilleur état de santé pour tous.

Poursuivant des objectifs stratégiques tels que l'amélioration de la sécurité sanitaire, le renforcement des systèmes de santé, l'action sur les déterminants sociaux de la santé et la promotion d'une culture de la responsabilisation au sein de l'Organisation, la Région a enregistré des progrès importants. L'évaluation de la transformation mondiale de l'OMS menée en 2021 a confirmé le changement positif dans la culture institutionnelle du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, tandis que le Corps commun d'inspection du système des Nations Unies a déclaré le Programme de transformation comme un modèle à suivre en matière de réforme de la culture institutionnelle.

Les changements dans la culture institutionnelle ont permis d'améliorer l'établissement de rapports par les donateurs, la conformité et la transparence dans l'utilisation des fonds, d'augmenter sensiblement l'allocation des ressources aux bureaux de pays de l'OMS et d'accroître les ressources mobilisées. Ces avancées ont, à leur tour contribué à des réalisations dans le domaine de la santé publique comme l'amélioration des temps de détection des flambées épidémiques et de riposte, l'endiguement des flambées épidémiques aiguës, les progrès vers l'éradication de la poliomyélite, la réduction des taux de mortalité maternelle et l'élimination des maladies tropicales négligées.

S'il est clair qu'il reste encore beaucoup à faire, les réalisations, associées aux précieux enseignements tirés des succès et des difficultés, ont laissé un héritage pérenne.

Une transformation ancrée dans la résilience des systèmes de santé

L'un des principaux piliers du Programme de transformation était le renforcement de la capacité de la Région à gérer les situations

d'urgence sanitaire et les maladies à potentiel épidémique, et des progrès importants ont été accomplis pour améliorer la sécurité sanitaire dans l'ensemble de la Région. Le Secrétariat de l'OMS dans la Région a consolidé ses relations avec les États Membres, soutenant le développement des principales capacités de riposte aux flambées épidémiques, améliorant la détection et assurant l'endigement rapide des maladies. Les progrès ont été particulièrement évidents dans les efforts d'éradication de la poliomyélite, une intervention rapide ayant empêché le poliovirus sauvage de reprendre pied dans la Région après la flambée épidémique de 2022, et dans l'amélioration de la surveillance et des délais de réaction pour d'autres maladies infectieuses.

La pandémie de COVID-19 a posé un défi sans précédent, menaçant d'effacer bon nombre des progrès réalisés dans le cadre du Programme de transformation. Pourtant, au lieu de plier face à ces difficultés, la Région africaine a fait preuve d'une résilience inébranlable.

La pandémie de COVID-19 a posé un défi sans précédent, menaçant d'effacer bon nombre des progrès réalisés dans le cadre du Programme de transformation. Pourtant, au lieu de plier face à ces difficultés, la Région africaine a fait preuve d'une résilience inébranlable. En utilisant les enseignements tirés des crises sanitaires précédentes et en s'adaptant rapidement, l'OMS, en collaboration avec les gouvernements et les partenaires, a organisé une riposte solide à la pandémie. Par conséquent, la pandémie a été beaucoup moins grave que prévu.

Si la pandémie a mis en lumière des vulnérabilités préoccupantes des systèmes de santé africains, elle a également offert des possibilités importantes de renforcer davantage les infrastructures de sécurité sanitaire. À ce titre, la phase de consolidation du Programme de transformation, qui a débuté à la suite de la pandémie, était une feuille de route pour une OMS plus forte, plus souple, plus responsable et plus résiliente dans la Région africaine, mieux outillée pour soutenir les efforts de relèvement des États Membres et faire de la santé pour tous une réalité sur le continent.

Cependant, la résilience ne découle pas automatiquement de l'amélioration des investissements dans le secteur de la santé, de la construction d'un plus grand nombre d'établissements de santé ou du développement des capacités épidémiologiques. Pour que les pays puissent prévenir efficacement les menaces pour la santé publique, s'y préparer, les détecter, s'y adapter, y riposter et s'en relever, tout en maintenant des services de santé courants optimaux, même dans les contextes de fragilité, de conflits et de vulnérabilités, l'OMS définit six éléments fondamentaux qui doivent fonctionner en synergie. Il s'agit des ressources humaines, de l'information et de la recherche, de la prestation de services, des médicaments et des technologies, du financement et de la gouvernance.

L'amélioration des soins de santé primaires, qui est corrélée avec de meilleurs résultats sanitaires, une meilleure équité, une plus grande sécurité sanitaire et un meilleur rapport coût-efficacité, est également essentielle. L'OMS souligne depuis longtemps son importance en tant que socle des systèmes de santé, comme en témoignent des déclarations historiques telles que la Déclaration d'Alma-Ata en 1978 et des initiatives ultérieures telles que la Déclaration d'Astana en 2018. Dans ce dernier cas, les États Membres ont réaffirmé leur engagement en faveur des soins de santé primaires en tant que pierre angulaire de systèmes de santé durables pour l'instauration de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable.

Équité en santé et couverture sanitaire universelle : l'engagement à ne laisser personne de côté

Rapprocher la Région de l'instauration de la couverture sanitaire universelle était au cœur du Programme de transformation, et si des progrès importants ont été accomplis, l'objectif est loin d'avoir été atteint. L'indice de couverture des services pour la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine a presque doublé entre 2000 et 2021, passant de 23 à 44, montrant ainsi une trajectoire clairement ascendante. Malgré ces progrès, cependant, en 2021, une proportion importante de la population de la Région n'avait toujours pas accès aux services de santé dont

elle avait besoin, restant mal desservie.

Il ne suffit pas simplement d'élargir l'accès aux services de santé pour parvenir à la couverture sanitaire universelle. Au-delà, les services de santé doivent répondre à des normes minimales fixées et être accessibles à tous, quel que soit le lieu de résidence, sans causer de difficultés financières. Malheureusement, les dépenses directes restent un obstacle important aux soins de santé pour beaucoup. Si le pourcentage de ménages confrontés à des dépenses de santé catastrophiques a diminué, le nombre de personnes consacrant au moins 10 % de leurs revenus à la santé a augmenté, enfonçant plusieurs dans une pauvreté plus grande.

La pauvreté, le manque d'éducation, les mauvaises conditions de logement et les facteurs environnementaux jouent tous un rôle déterminant dans les résultats sanitaires. Si l'on ne s'attaque pas simultanément à ces problèmes sous-jacents, tout progrès réalisé dans la prestation de services de santé aura au bout du compte une portée et un impact limités.

L'écart entre ceux qui ont les moyens et ceux qui n'ont pas les moyens de payer les services de santé nous rappelle avec force que l'équité doit rester au premier rang des priorités sanitaires de la Région. La santé ne doit pas être un privilège réservé à ceux qui ont des moyens financiers, mais plutôt un droit humain fondamental dont tous jouissent, quelle que soit leur situation socioéconomique.

Pour la suite, il est crucial de réformer le financement de la santé afin de parvenir à la couverture sanitaire universelle. Les pays doivent s'engager à accroître le financement national de la santé et à réduire le recours aux paiements directs. L'appui de l'OMS pour aider les pays à réformer l'assurance-maladie et d'autres mécanismes de prépaiement sera essentiel pour garantir la protection des populations vulnérables, tandis que des initiatives collaboratives telles que le tableau de bord africain sur

le financement national de la santé et le système de suivi du financement national de la santé de l'Union africaine offrent des cadres prometteurs pour aider les pays à suivre et à accroître les investissements nationaux dans la santé.

En augmentant l'efficacité des systèmes de financement de la santé, les pays seront en mesure d'affecter davantage de ressources à la couverture sanitaire universelle et de veiller à ce que les soins de santé soient accessibles à tous, en particulier aux plus pauvres et aux plus vulnérables de leurs populations. Beaucoup a été fait au cours de la dernière décennie pour accélérer les progrès réalisés par la Région africaine à la suite de la transition des OMD aux objectifs de développement durable, notamment des progrès importants, quoique variables, vers l'amélioration de la santé de la mère, la réduction de la mortalité infantile et la lutte contre le VIH, le paludisme et d'autres maladies. Toutefois, le nombre de cibles en bonne voie reste trop faible.²⁹²

Si l'Afrique veut atteindre les objectifs de développement durable d'ici à 2030, il reste encore beaucoup à faire, l'instauration de la couverture sanitaire universelle nécessitant une volonté politique encore plus grande, une planification stratégique et un ciblage minutieux des ressources pour s'assurer que personne n'est laissé de côté.

Déterminants sociaux de la santé : s'attaquer aux causes profondes des inégalités

Le Programme de transformation a également mis l'accent sur les déterminants sociaux de la santé. La pauvreté, le manque d'éducation, les mauvaises conditions de logement et les facteurs environnementaux jouent tous un rôle déterminant dans les résultats sanitaires. Si l'on ne s'attaque pas simultanément à ces problèmes sous-jacents, tout progrès réalisé dans la prestation de services de santé aura au bout du compte une portée et un impact limités.

L'un des déterminants sociaux de la santé les plus profonds dans la Région africaine est la malnutrition, qui est un problème persistant. Une mauvaise nutrition pendant l'enfance peut entraîner un retard de croissance, un affaib-

²⁹² <https://www.undp.org/africa/publications/2023-africa-sustainable-development-report>

lissement du système immunitaire et un risque accru de maladie tout au long de la vie. Consciente de cette réalité, l'OMS a fourni un appui aux pays pour qu'ils puissent mettre en œuvre des approches axées sur le cycle de vie afin d'améliorer les services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en intégrant les programmes nutritionnels dans des plans de santé plus larges.

Les initiatives visant à améliorer la sécurité sanitaire des aliments et à prévenir les maladies d'origine alimentaire se sont également intensifiées. L'adoption de l'approche « Une seule santé », une stratégie intégrée qui s'attaque aux maladies d'origine alimentaire et aux flambées de zoonoses en alignant la santé humaine, animale et environnementale, a été particulièrement bénéfique. Les pays se sont employés à aligner les normes nationales de sécurité sanitaire des aliments sur les lignes directrices internationales, et les programmes de formation tout au long de la chaîne d'approvisionnement alimentaire ont amélioré les résultats en matière de santé publique.

La lutte contre les maladies non transmissibles telles que le diabète et les cardiopathies est un autre élément crucial de l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Comme souligné dans les chapitres précédents, ces maladies, souvent dues à des facteurs liés au mode de vie tels qu'une mauvaise alimentation et la sédentarité, sont devenues une préoccupation croissante dans la Région. Les campagnes de santé publique visant à mieux faire connaître les facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles, parallèlement aux efforts visant à renforcer la participation communautaire, ont donné des résultats prometteurs en ce qui concerne l'évolution des comportements vers des modes de vie plus sains.

Le changement climatique, également abordé dans les chapitres précédents, touche de manière disproportionnée la Région africaine et apparaît désormais comme un nouveau déterminant important de la santé. La Région africaine ne contribue qu'à hauteur de 2 % à 4 % des émissions mondiales de gaz à effet de serre, mais elle subit de plein fouet les effets néfastes







du changement climatique. Face à cette situation, l'OMS collabore avec les pays pour mettre en place des systèmes de santé résilients face au changement climatique, améliorer les systèmes d'alerte précoce pour les maladies sensibles au changement climatique et promouvoir l'inclusion du changement climatique dans les plans d'investissement dans la santé.

À l'avenir, il sera essentiel de continuer à prêter attention aux déterminants sociaux et économiques de la santé si l'on veut combler avec succès l'écart en matière d'équité en santé. Les gouvernements doivent travailler dans tous les secteurs pour s'attaquer aux causes profondes des mauvais résultats sanitaires, en veillant à ce que les politiques en matière d'éducation, de logement, d'agriculture et d'environnement soient toutes alignées sur les objectifs sanitaires.

Situations d'urgence sanitaire : test de préparation des systèmes de santé

Les situations d'urgence sanitaire ont toujours été un défi majeur pour la Région africaine, et les chapitres précédents ont traité en détail des crises, qu'il s'agisse de la résurgence de la

maladie à virus Ebola ou de la pandémie dévastatrice de COVID-19, qui ont mis à l'épreuve la résilience et la préparation des systèmes de santé de la Région.

Grâce en grande partie au Programme de transformation, la riposte à ces situations d'urgence s'est considérablement améliorée. En collaboration avec les États Membres et les partenaires internationaux, l'OMS s'est employée à renforcer les systèmes d'alerte rapide et à améliorer les capacités de riposte aux flambées épidémiques. La création du programme d'appui opérationnel et logistique (OSL), qui a permis de réduire considérablement les délais de réaction dans les situations d'urgence, et la création de centres régionaux d'urgence ont changé la donne dans la gestion des crises sanitaires sur le continent.

L'épidémie de maladie à virus Ebola de 2014-2016 a marqué un tournant décisif dans la gestion des situations d'urgence sanitaire, et ce sont ces enseignements qui ont finalement contribué à façonner la riposte à la pandémie de COVID-19 et à de nombreuses autres flambées et situations d'urgence qui ont suivi. La riposte coordonnée de la Région africaine à la pandémie,



malgré les nombreux difficultés, a été la preuve des progrès réalisés en matière de sécurité sanitaire au cours de la dernière décennie.

Pour la suite, il est primordial de continuer à renforcer les systèmes de préparation et de riposte. Les investissements dans la surveillance des maladies, les capacités des laboratoires et le personnel de santé sont essentiels pour que la Région puisse riposter rapidement et efficacement aux futures flambées épidémiques. Il ne s'agit pas de savoir si, mais plutôt quand la prochaine crise sanitaire mondiale se produira, et la Région africaine doit être prête à y répondre.

Innover pour un avenir en meilleure santé : adopter de nouvelles technologies et approches

Au cours de la dernière décennie, une révolution discrète, mais porteuse de transformation, a eu lieu dans la Région africaine, le Secrétariat et les États Membres travaillant de concert pour ouvrir la voie à l'adoption d'approches et de technologies novatrices. Grâce aux efforts conjugués de l'OMS et de ses principaux partenaires, ces innovations ont jeté les bases de systèmes de santé plus efficaces, plus réactifs et plus équitables. L'engagement en faveur de cette transformation est manifeste dans les progrès accomplis, 37 États Membres ayant élaboré des stratégies globales de santé numérique conçues pour exploiter le pouvoir de la technologie et améliorer les résultats sanitaires de millions de personnes.

Au cours de la dernière décennie, une révolution discrète, mais porteuse de transformation, a eu lieu dans la Région africaine, le Secrétariat et les États Membres travaillant de concert pour ouvrir la voie à l'adoption d'approches et de technologies novatrices.

Ces stratégies sont bien plus que des politiques abstraites et se traduisent en actions concrètes. L'introduction de technologies de pointe a révolutionné la façon dont les services de santé sont fournis et gérés, non seulement en rationalisant les opérations, mais aussi en améliorant considérablement la prestation de

services, la gestion des données et les processus décisionnels.

Dans 19 pays, des interventions innovantes ont été mises en œuvre pour améliorer les connaissances en santé numérique des populations, en leur offrant de nouvelles manières d'utiliser les outils numériques et les services de soins de santé. Qu'il s'agisse d'accéder aux informations médicales au moyen d'applications mobiles ou de comprendre comment utiliser les plateformes numériques pour les consultations, ces efforts contribuent à doter les populations des connaissances voulues sur les technologies modernes de soins de santé.

Dans le même temps, l'utilisation de la surveillance géospatiale numérique s'avère un outil puissant qui permet aux systèmes de santé de suivre les crises sanitaires et d'y répondre plus efficacement. Cette technologie a joué un rôle crucial dans le renforcement des systèmes de santé dans toute la Région, garantissant une riposte plus rapide aux flambées épidémiques et de meilleurs résultats sanitaires globalement.

Pour poursuivre sur cette lancée, un appui continu aux États Membres est nécessaire afin d'ouvrir et d'élargir l'accès à de nouvelles données factuelles et connaissances. Il est essentiel de comprendre les problèmes existants et émergents pour élaborer des interventions efficaces. Les pays doivent identifier et encourager les innovations susceptibles d'améliorer les résultats sanitaires, en veillant à ce que ces technologies soient transposées à plus grande échelle de manière à bénéficier à tous, en particulier aux populations les plus vulnérables.

Dans cette entreprise, le rôle de l'OMS en tant que partenaire est vital. Il sera important que l'Organisation collabore avec les pays pour renforcer également les institutions et les capacités nationales prioritaires, contribuant ainsi à la mise en place d'infrastructures sanitaires scientifiques dans la Région. Cela donnera aux pays les moyens de mettre en œuvre des innovations fondées sur des données factuelles solides et de veiller à ce que les politiques nationales de recherche entraînent des changements véritables.

En outre, l'OMS doit aider les pays à mettre au point les outils et les politiques numériques nécessaires pour créer un environnement qui favorise la transformation de la santé numérique. Il s'agit notamment de fournir des orientations

et d'élaborer des spécifications techniques qui aident les pays à évaluer, sélectionner et régir les solutions de santé numérique appropriées pour leur contexte. L'intelligence artificielle a une énorme capacité à étayer les processus décisionnels dans le domaine de la santé et les diagnostics, voire à prédire les évolutions en matière de santé. Cependant, l'intelligence artificielle étant de plus en plus intégrée dans les soins de santé, elle doit être utilisée de manière responsable, encadrée par une gouvernance solide et des considérations éthiques pour protéger les données des patients et leur vie privée.

Alors que le mandat de la D^{re} Moeti touche à sa fin, il est clair que le Programme de transformation a hâté des progrès remarquables dans la Région africaine au cours des dix dernières années. L'espérance de vie a augmenté, les taux de mortalité maternelle et infantile ont diminué et la Région avance vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle.

L'utilisation responsable de l'intelligence artificielle, la lutte contre les menaces à la cybersécurité et la lutte contre la désinformation et la désinformation sont des problèmes émergents qui nécessitent tous une attention immédiate. Les systèmes de santé qui sont de plus en plus numérisés doivent également devenir plus résilients face à ces menaces. L'OMS aura un rôle clé à jouer pour encourager les partenariats multisectoriels, publics et privés afin de renforcer cette résilience et de veiller à ce que les systèmes de santé de la Région restent solides face à de nouveaux défis.

Consolider les acquis : un avenir fait de progrès durables

Alors que le mandat de la D^{re} Moeti touche à sa fin, il est clair que le Programme de transformation a hâté des progrès remarquables dans la Région africaine au cours des dix dernières années. L'espérance de vie a augmenté, les taux de mortalité maternelle et infantile ont diminué et la Région avance vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle.

Pour pérenniser ces acquis obtenus de haute lutte, il sera essentiel de continuer à investir

dans le renforcement des systèmes de santé, dans des partenariats solides et dans la participation active des communautés. La Région doit également continuer de mettre l'accent sur l'action sur les déterminants sociaux et économiques de la santé, en veillant à ce que les politiques intersectorielles contribuent à de meilleurs résultats sanitaires.

Pour la suite, l'OMS dans la Région africaine doit rester déterminée à progresser vers la couverture sanitaire universelle, la sécurité sanitaire et le développement durable, en mettant tout en œuvre pour s'assurer que toutes les actions sont systématiquement alignées sur les priorités sanitaires des pays, ainsi que sur les objectifs de développement durable. Pour ce faire, il faudra donner la priorité à des domaines clés tels que les soins de santé primaires, le financement de la santé et l'équité en santé. L'OMS doit également continuer à aider les pays à mettre en place des systèmes de santé résilients capables de résister aux pressions des futures situations d'urgence sanitaire.

En effet, la transformation des systèmes de santé de la Région africaine ne fait que commencer. Les bases jetées au cours de la dernière décennie constituent une feuille de route pour la poursuite des progrès. En mettant à profit les enseignements tirés et en s'appuyant sur les succès obtenus, la Région est bien placée pour induire des changements véritables et durables au cours des années à venir. Il ne fait aucun doute que l'héritage du Programme de transformation inspirera et orientera encore bien longtemps les travaux en cours de l'OMS, de ses partenaires et des États Membres qui s'emploient à faire de la santé une réalité pour tous les peuples de la Région africaine.

« Merci à toutes celles et à tous ceux d'entre vous qui ont contribué à la définition du Programme de transformation il y a 10 ans et qui ont œuvré sans relâche à mes côtés pour atteindre notre objectif fondamental qui est de donner aux États Membres les moyens de fournir des soins de santé optimaux à tous les Africains. »

D^{re} Matshidiso Moeti

Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est une institution spécialisée du système des Nations Unies créée en 1948 qui dirige et coordonne l'action sanitaire internationale et les questions de santé publique. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique est l'un des six bureaux régionaux répartis dans le monde. Chaque bureau régional a son propre programme adapté aux conditions sanitaires spécifiques aux pays qu'il dessert.

États Membres

Afrique du Sud	Madagascar
Algérie	Malawi
Angola	Mali
Bénin	Maurice
Botswana	Mauritanie
Burkina Faso	Mozambique
Burundi	Namibie
Cabo Verde	Niger
Cameroun	Nigéria
Comores	Ouganda
Congo	République centrafricaine
Côte d'Ivoire	République démocratique du Congo
Érythrée	République-Unie de Tanzanie
Eswatini	Rwanda
Éthiopie	Sao Tomé-et-Principe
Gabon	Sénégal
Gambie	Seychelles
Ghana	Sierra Leone
Guinée	Soudan du Sud
Guinée-Bissau	Tchad
Guinée équatoriale	Togo
Kenya	Zambie
Lesotho	Zimbabwe
Libéria	

Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Afrique

Cité du Djoué
Boîte postale 6, Brazzaville
Congo
Téléphone : +(47 241) 39402
Télécopie : +(47 241) 39503
Courriel : WHOAfricaNews@who.int
Site Web : www.afro.who.int