



# RAPPORT ANNUEL 2018

*Avril 2018*

## TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	4
INTRODUCTION	7
I. SITUATION SANITAIRE DANS L'ESPACE CEDEAO EN 2018	8
I.1. <i>Les maladies transmissibles et non-transmissibles</i>	8
I.1.2. Maladies transmissibles	8
I.2.2. Les Maladies Non-Transmissibles (MNT)	25
I.2. <i>La santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents, des jeunes et des personnes âgées</i>	33
I.2.1. La santé de la mère et du nouveau-né	33
I.2.2. La santé de l'enfant, de l'adolescent, du jeune et de la personne âgée	37
II. BILAN DES REALISATIONS DE L'ANNEE 2018	40
II.1. <i>Etat de mise en œuvre des principales recommandations de la 19<sup>ème</sup> session de l'Assemblée des Ministres de la Santé de la CEDEAO</i>	40
II.2. <i>Activités de pilotage</i>	40
II.2.1. Réunions statutaires :	40
II.2.2 Réunions avec les autorités politiques des États membres :	41
II.2.3 Rencontre avec les partenaires techniques et financiers	41
II.3. <i>Résultats de l'exécution des programmes prioritaires</i>	41
II.3.1. Information sanitaire et recherche pour la santé	41
II.3.2. Lutte contre les Maladies	43
II.3.3. Epidémies et Urgences sanitaires	45
II.3.4. Promotion de la Santé	49
II.3.5. Médicaments essentiels, vaccins et autres produits médicaux	49
II.3.6. Médecine Traditionnelle	50
II.3.7. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, du jeune et de la personne âgée	51
II.3.8. Infrastructures et équipements de santé	53
II.3.9. Gouvernance du système de santé	53
II.3.10. Ressources humaines pour la santé	53
II.3.11. Assistance Technique aux Etats membres	54
II.3.12. Partenariat stratégique et harmonisation des politiques	55
II.3.13. Renforcement des capacités institutionnelles de l'OOAS	55
III. ETAT D'EXECUTION FINANCIERE	56
IV. LA SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'OOAS	57
V. DEFIS EN 2018	58
VI. PERSPECTIVES	59
CONCLUSION	60

## Liste des tableaux

Tableau 1: Pourcentage de la charge du paludisme par rapport à la charge mondiale .....	21
Tableau 2: Distribution des nouvelles infections dans les pays de la CEDEAO.....	23
Tableau 3: Taux de décès néonataux.....	36
Tableau 4: Poids (en %) des personnes âgées de 60 ans et plus des pays de la CEDEAO de 2017 à 2095 .....	39
Tableau 5: Etat de mise en œuvre des recommandations de la 19 <sup>ème</sup> AMS .....	40
Tableau 6: Budget 2018 .....	56
Tableau 7: Ressources mobilisées.....	56
Tableau 8: Etat d'exécution du budget.....	57

## Liste des figures

Figure 1: Cas de choléra déclarés dans les pays de la CEDEAO, 2014 – 2018. ....	8
Figure 2: Comparaison de l'évolution hebdomadaire des cas de choléra au Ghana et au Nigeria entre 2014 et 2018 .	9
Figure 3: Evolution des cas de méningite notifiés dans l'ensemble des pays de la CEDEAO, 2014 – 2018.....	10
Figure 4 : Evolution des cas de méningite notifiés par semaine dans l'ensemble des pays de la CEDEAO, 2018/17 .	11
Figure 5: Bulletin d'information hebdomadaire sur la méningite cérébro-spinale ; semaine 9, 2019 .....	12
Figure 6: Nombre de cas de rougeole notifiés dans l'ensemble des pays de la CEDEAO, 2014-2018.....	13
Figure 7: Evolution annuelle des cas suspects de rougeole notifiés dans l'espace CEDEAO, entre 2017 et 2018. ....	13
Figure 8: Couverture vaccinale contre la rougeole dans l'espace CEDEAO de 2013 à 2017. Source: OMS/UNICEF. ....	14
Figure 9: Répartition géographique de la fièvre Lassa dans les pays d'Afrique de l'Ouest touchés, 1969-2018. ....	15
Figure 10: Fièvre Lassa dans les Etats membres de la CEDEAO ; 2016 - 2018 (Cas et décès).....	16
Figure 11: Taux d'attaque par État, des cas confirmés de fièvre Lassa au Nigeria au 3 mars 2019. ....	17
Figure 12: Cas de fièvre Lassa et décès associés, de la semaine 1 à la semaine 9 en 2019 au Nigeria .....	17
Figure 13: Cartographie du risque de fièvre jaune en Afrique .....	19
Figure 14: Evolution des cas ambulatoires de paludisme dans les pays d'Afrique de l'Ouest de 2010 à 2017 .....	22
Figure 15: Décès dus au paludisme en Afrique de l'Ouest - 2010 - 2017. ....	22
Figure 16: Prévalence du VIH dans les pays de la CEDEAO en 2017. ....	24
Figure 17: Personnes vivant avec le VIH recevant des traitements ARV au 30 juin 2018.....	24
Figure 18: Nombre de districts sanitaires faisant face à une endémie connue et nombre de districts sanitaires où la transmission de la maladie a cessé .....	25
Figure 19: Prévalence de l'hypertension dans les Etats membres de la CEDEAO .....	27
Figure 20: Prévalence de l'hypertension normalisée selon l'âge au Ghana et au Niger, 1975-2015. ....	27
Figure 21 : Pourcentage du total des nouveaux cas de cancers dus au cancer du sein en 2018 .....	30
Figure 22: Indice de la faim 2018 classé du plus bas (meilleur) au plus haut dans l'espace CEDEAO. ....	31
Figure 23: Prévalence du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale et de l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans dans l'espace CEDEAO .....	32
Figure 24: Supplémentation en vitamine A avec deux doses complètes chez les enfants dans l'espace CEDEAO .....	32
Figure 25: Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans la région. ....	33
Figure 26: Cas de décès maternels notifiés par l'ensemble des pays de la CEDEAO par mois, 2017/2018.....	34
Figure 27: Evolution du taux de mortalité maternelle, 2011 – 2015 dans les pays ayant le taux de mortalité maternelle le plus élevé et ceux ayant TMM le plus bas .....	34
Figure 28: Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, en zone urbaine et en zone rurale .....	35
Figure 29: Besoins satisfaits et non-satisfaits en planification familiale. ....	36
Figure 30: Nombre de cas de décès néonataux notifiés en 2018 selon le pays. ....	37

## GLOSSAIRE

ADE:	Amélioration dépendante des anticorps
AGA :	Assemblée Générale Annuelle
AMS :	Assemblée des Ministres de la Santé
ANRP:	Autorités nationales de réglementation pharmaceutique
ATM:	Accord de transfert de matériel
AVC :	Accidents vasculaires cérébraux
AVP :	Accident de Voie Publique
BPF :	Bonnes Pratiques de fabrication
CBI :	Intervention communautaire
CCC :	Communication pour un Changement de Comportement
CCVS :	Comité Consultatif pour la Vaccination au Sénégal
CDC :	Centre de contrôle des maladies
CEDEAO :	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CEDEAO :	Communauté Economique des États de l'Afrique de l'Ouest
CFR :	Taux de létalité
CP :	Chimiothérapie préventive
CPS :	Chimio prévention du paludisme saisonnier
CRSCM :	Centre régional de surveillance et de Contrôle de la maladie
CTD :	Document technique commun
DHIS2:	<i>District Health Information System 2</i>
EDS:	Enquêtes démographiques et sanitaires
EEQ :	Évaluation externe de la qualité
ELISA :	Test ELISA (test immunoenzymatique)
ENNS :	Enquête nationale sur la nutrition et la santé
EQUIST:	Outil EQUIST
FBPS:	Forum de la CEDEAO des Bonnes Pratiques en Santé
FDA:	<i>Food and Drug Authority</i>
FHV :	Fièvres Hémorragiques Virales
FID:	Fédération internationale du diabète
F-RCPFAS-DD :	Fédération des Réseaux des Champions en Plaidoyer pour le Financement Adéquat de la santé et le Dividende Démographique
GBD:	Charge mondiale de la maladie
GET :	Traitement des pathogènes émergents à l'échelle mondiale
GTCV:	Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination
H3Africa :	<i>Human Heredity and Health in Africa</i>
IATA :	Association internationale du transport aérien
IEC-CCC :	Information Education Communication – Communication pour un Changement de Comportement
IFM:	Indice de la faim dans le monde
I-HAB:	Institut de virologie humaine

INC :	Institut nationale de coordination
INFAS :	Institut National de Formation des Agents de Santé d'Abidjan
INFSS :	Institut National de Formation en Sciences de la Santé de Bamako
INSP :	Institut National de Santé Publique de Niamey
ISO:	Organisation internationale de normalisation
LNCQM :	Laboratoires nationaux de contrôle de la qualité des médicaments
MCV1 :	Vaccin contre la rougeole
MEP :	<i>Moving Evidence into Policy</i>
MICS :	Enquêtes en grappes à indicateur multiple
MII :	Moustiquaires imprégnées d'insecticide
MMC:	Méthodes Modernes de Contraception
MNT :	Maladies Non-Transmissibles
MTN:	Maladies Tropicales Négligées
MTN:	Maladies Tropicales Négligées
NACA:	Agence nationale de lutte contre le VIH/SIDA
NCDC:	Centre national de lutte contre les maladies - Nigéria
NEPAD:	Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique
ODD:	Objectif du Développement Durable
OIE :	Organisation Mondiale de la Santé Animale
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMD:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONUDI :	Organisation des Nations Unies pour le développement industriel
ONUSIDA :	Programme des Nations Unies sur le VIH/sida
OOAS :	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OOAS :	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OSC :	Organisme de la Société Civile
PAGE :	Passage à Grande Echelle
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PMB:	Petites et Moyennes Bibliothèques
PNLP :	Programme national de lutte contre le paludisme
PO:	Partenariat de Ouagadougou
PPP :	Partenariat Public Privé
PVH :	Virus du papillome humain
RAM:	Observatoire en Afrique de l'Ouest
RDC:	République démocratique du Congo
REDISSE:	Projet régional de renforcement des systèmes de surveillance des maladies en Afrique de l'Ouest
ROADIS	Réseau Ouest Africain de Documentation et d'Information Sanitaires
ROARES :	Réseau Ouest Africain de la Recherche en Santé
RQD:	Revue de la qualité des données

RSI:	Règlement sanitaire international
SAGO :	Société Africaine des Gynécologues et Obstétriciens
SAJ :	Santé des Adolescents et Jeunes
SANBI :	Institut national sud-africain de bioinformatique
SAP-ECOLINK :	Systems, Applications and Products
SGQ:	Système de Gestion de la Qualité
SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIMR :	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SLIPTA :	Processus graduel de mise à niveau des laboratoires en vue de leur accréditation
SM :	Santé Mobile
SMQ :	Système de Management de la Qualité
SNIS :	Systèmes Nationaux d'information Sanitaire
SONU :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SSARJ :	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
STEPS :	Enquêtes nationales et infranationales auprès des ménages
SWEDD:	Autonomisation des femmes et dividende démographique au sahel
TB :	Tuberculose
TCF:	Territoire de la capitale fédérale
TMM :	Taux de mortalité maternelle
UC :	Unité de Compte
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UNICEF :	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID :	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine
WAPCP:	Collège postuniversitaire des pharmaciens de l'Afrique de l'ouest
WIRA:	Femmes en âge de procréer

## INTRODUCTION

Créée le 9 juillet 1987 par les Chefs d'Etats et de Gouvernement par le protocole A/P2/7/87, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) est l'Institution spécialisée de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) en charge des questions de santé, avec pour mandat politique d'assurer la coordination régionale en matière de santé dans l'espace CEDEAO.

La mission de l'OOAS est d'offrir le niveau le plus élevé en matière de prestations de soins de santé aux populations de la sous-région sur la base de l'harmonisation des politiques des Etats membres, de la mise en commun des ressources et de la coopération entre les Etats membres et les pays tiers, en vue de trouver collectivement et stratégiquement des solutions aux problèmes de santé de la sous-région.

Depuis sa création, l'OOAS a élaboré trois Plans Stratégiques dont le dernier en cours couvre la période 2016-2020. Ce dernier Plan Stratégique s'articule autour de 3 axes stratégiques et 13 Programmes Prioritaires dont la mise en œuvre se fonde sur des plans annuels de travail.

Le présent rapport se veut être un compte rendu des principales activités réalisées au cours de l'année 2018, ainsi que les résultats obtenus. Il s'articule autour de six (6) points, notamment :

- La situation sanitaire de l'espace CEDEAO ;
- L'état de mise en œuvre des principales recommandations de la 19<sup>ième</sup> session de l'Assemblée des Ministres de la Santé de la CEDEAO ;
- Les activités de pilotage ;
- Les résultats de la mise en œuvre des 13 programmes prioritaires;
- La situation administrative et financière ;
- Les défis.

## I. SITUATION SANITAIRE DANS L'ESPACE CEDEAO EN 2018

Ce chapitre vise à résumer les éléments caractéristiques de la morbidité, de la mortalité et des facteurs de risque ayant marqué l'espace CEDEAO en 2018. Il porte essentiellement sur les maladies transmissibles et non transmissibles. En outre, il décrit également la situation de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, du jeune et de la personne âgée.

### I.1. Les maladies transmissibles et non-transmissibles

Cette section s'articule autour de la situation épidémiologique des maladies transmissibles et non-transmissibles ayant un impact plus important sur la morbidité et la mortalité dans l'espace CEDEAO.

#### I.1.2. Maladies transmissibles

Des milliers de personnes au niveau des Etats membres de la CEDEAO continuent d'être touchées par des épidémies, en particulier, celles relatives aux fièvres hémorragiques virales, le choléra, la méningite et la rougeole. Il en résulte une morbidité et une mortalité très importantes.

##### ⇒ Le choléra

L'espace CEDEAO a connu en 2014 une grande épidémie de choléra. Au total 68,348 cas dont 1114 décès soit un taux de létalité de 1.6% avaient été notifiés par un ensemble de 8 pays à savoir le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Ghana, la Guinée-Bissau, le Libéria, le Niger, le Nigéria et le Togo. Cinq ans après, la région a connu en 2018 sa deuxième plus grande épidémie de choléra avec un total de 64 678 cas dont 1215 décès soit 2,2% de taux de létalité. (Fig 1)

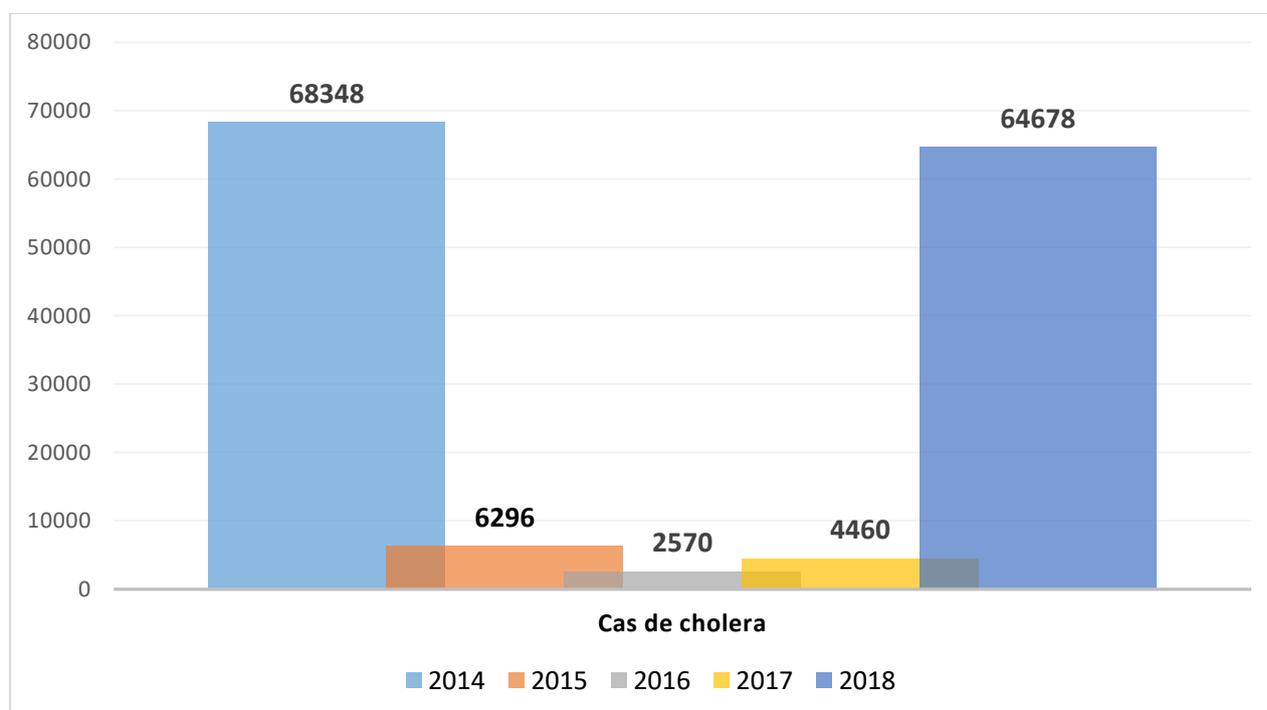


Figure 1: Cas de choléra déclarés dans les pays de la CEDEAO, 2014 – 2018. Source: Plate-forme régionale de partage d'information sanitaire

En 2014, le Nigeria et le Ghana représentaient 95% des cas déclarés (Nigeria 53% et Ghana 42%) et 90% de tous les décès observés.

En 2018, l'épidémie de choléra a particulièrement touché le Nigeria et le Niger. Le Nigeria a déclaré un total de 50 719 cas dont 1136 décès pour un taux de mortalité de 2,2% dans 20 Etats (Adamawa, Anambra, Bauchi, Borno, Ebonyi, FCT, Gombe, Jigawa, Kaduna, Kano, Katsina, Kebbi, Kogi, Kwara, Nasarawa, Niger, Plateau, Yobe, Sokoto et Zamfara). Parmi les cas confirmés, 26,3 % concernent les enfants âgés de 5 à 14 ans.

Le 15 juillet 2018, l'épidémie de choléra a été officiellement déclarée par le Ministère de la Santé Publique du Niger. Au 31 décembre 2018, le Niger a déclaré 3822 cas (dont 14% chez des résidents nigériens qui se sont rendus au Niger pour des soins) et dont 78 décès (soit un taux de létalité de 2,4%) ont été signalés par douze districts sanitaires dans quatre régions : Dosso, Maradi, Tahoua, et Zinder. Quatre districts touchés (Aguié, Guidam Roumji, Madarounfa et la commune de Maradi) dans la région de Maradi et deux districts touchés (Birni Koni et Mabalza) dans la région de Tahoua se situent à la frontière avec le Nigeria, tandis que le district de Gaya dans la région de Dosso est proche de la frontière avec le Bénin et le Nigeria.

En 2015, 2016 et 2017, respectivement, 6296, 2570 et 4460 cas de choléra ont été signalés, ce qui indique la persistance de la circulation et de la transmission du *Vibrio cholerae* dans l'espace CEDEAO

Le caractère saisonnier de l'épidémie de choléra qui a sévi en 2014 et 2018 est pratiquement le même. Les cas étaient principalement concentrés entre la semaine 29 et la semaine 45 – voir Fig. 2 ci-dessous :

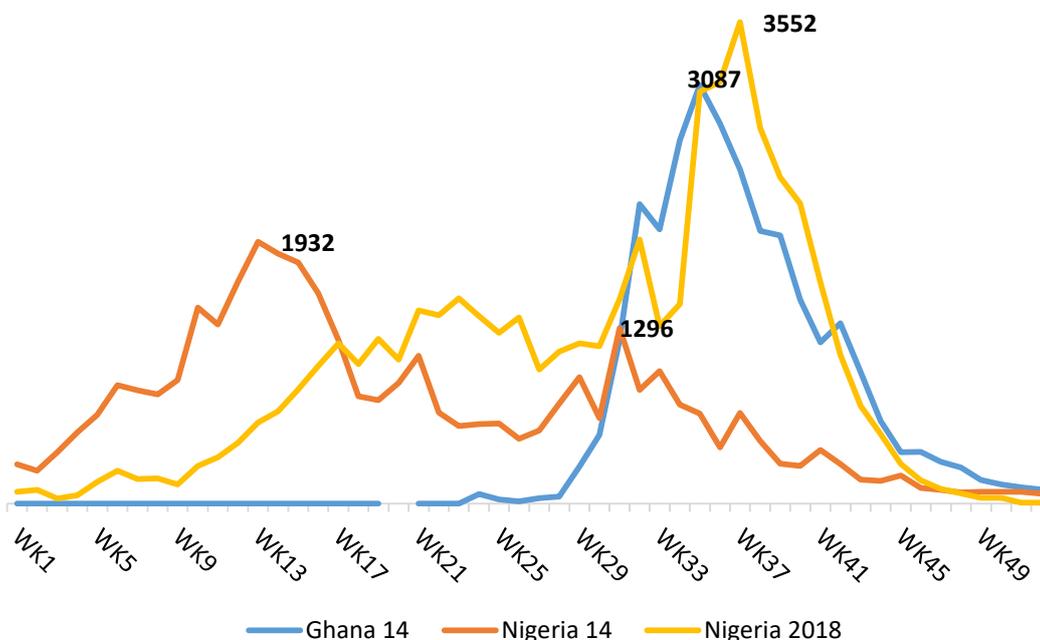


Figure 2: Comparaison de l'évolution hebdomadaire des cas de choléra au Ghana et au Nigeria entre 2014 et 2018. Source : Plateforme régionale de partage de l'information sanitaire

La lutte à long terme contre le choléra est possible dans l'espace CEDEAO. Le Sénégal semble avoir éliminé la transmission, aucun cas n'ayant été signalé au cours des cinq dernières années consécutives. Dans le cadre d'une collaboration multisectorielle, les pays doivent continuer à travailler à la détection et à l'identification des cas d'épidémies de choléra, à l'identification des zones à haut risque et des populations vulnérables afin d'orienter les mesures de prévention et de contrôle, y compris une amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, à l'éducation en matière de santé et d'hygiène dans la communauté.

La vaccination est efficace pour la prévention du cholera. Le taux de protection est d'environ 85 % au cours des six premiers mois et diminue à 50-62% au cours de la première année et à moins de 50% après deux ans. Lorsque la vaccination débute immédiatement après les premiers cas, le vaccin devient un très bon outil pour prévenir la propagation de la maladie.

Par conséquent, la détection précoce, la vaccination ciblée des populations à risque et l'accès rapide et adéquat aux soins des patients sont des mesures qui ont fait leur preuve en termes d'efficacité et chaque pays doit adopter les mesures de lutte contre les épidémies de choléra.

L'OOAS poursuivra ses efforts d'assistance aux États membres afin d'avoir un accès rapide aux vaccins par le biais du stock régional de sécurité.

#### ⇒ **La Méningite**

La **ceinture méningétique africaine** est une région de l'Afrique subsaharienne où le taux d'incidence de la méningite est très élevé. Cette ceinture comprend tout ou partie (de l'Ouest à l'Est), de la Gambie, le Sénégal, la Guinée-Bissau, la Guinée, le Mali, le Burkina Faso, le Ghana, le Niger, le Nigeria, le Cameroun, le Chad, la République centrafricaine, le Soudan, le Soudan du Sud, l'Uganda, le Kenya, l'Éthiopie, et l'Érythrée. Elle compte environ 300 millions d'habitants répartis sur toute sa superficie.

Les pays les plus touchés de la région sont le Burkina Faso, l'Éthiopie et le Niger, qui représentent 65% de tous les cas en Afrique. Pendant les grandes épidémies, le taux d'attaque (attack rate) se situe entre 100 et 800 personnes pour 100 000 habitants. Toutefois, les taux d'attaque dans les collectivités

peuvent atteindre 1 000 pour 100 000. Durant ces épidémies, les jeunes enfants ont les taux d'attaque les plus élevés.

La figure 3 montre la tendance des cas de méningite notifiés dans l'espace CEDEAO de 2014 à 2018.

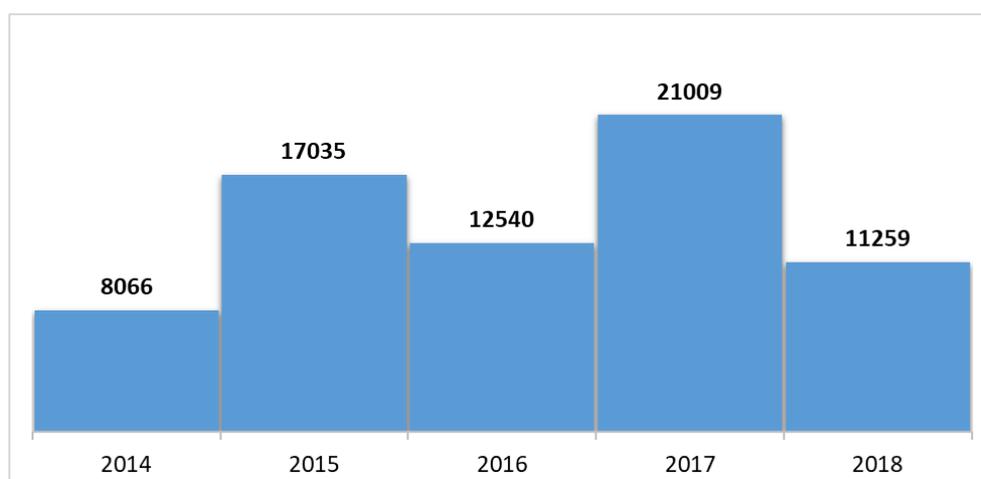


Figure 3: Evolution des cas de méningite notifiés dans l'ensemble des pays de la CEDEAO, 2014 – 2018 ; Source : Plate-forme régionale de partage de l'information sanitaire

En 2016 : 12 550 cas ont été signalés avec un taux de létalité de 7,9 %. Les germes prédominants étaient comme suit : Staphylocoque pneumoniae (Sp) 34,8%, suivi de Neisseria meningitidis (Nm) W 23,%, NmC 12,3%, Hib 2,9% et NmX 2,3% ; 38 districts ont atteint le seuil épidémique (Bénin - 3 ; Burkina Faso - 2 ; Côte d'Ivoire - 1 ; Ghana - 16 ; Niger - 3 ; Nigeria - 1 ; Togo - 9)

En 2017 : 21 009 cas ont été signalés avec un taux de létalité de 6,4 % ; Les germes prédominants étaient comme suit : S. Pneumonie (33,0%) ; suivi de NmX (19,1%) ; Hib (6,7) et Nm W (4.6%) ; 48 districts ont atteint le seuil épidémique (Bénin - 2 ; Burkina Faso - 1 ; Ghana - 5 ; Niger - 4 ; Nigeria - 35 et Togo - 1)

En 2018 : 11 259 cas ont été signalés avec un taux de létalité de 5,97 %. Les germes prédominants étaient comme suit : NmC (31,8%) ; suivi de Sp Pneumoniau (28,8%) ; NmX (11,9%) et nmW (9,4%) ; 15 districts ont atteint le seuil épidémique (Ghana - 6 ; Niger - 1 ; Nigeria - 8).

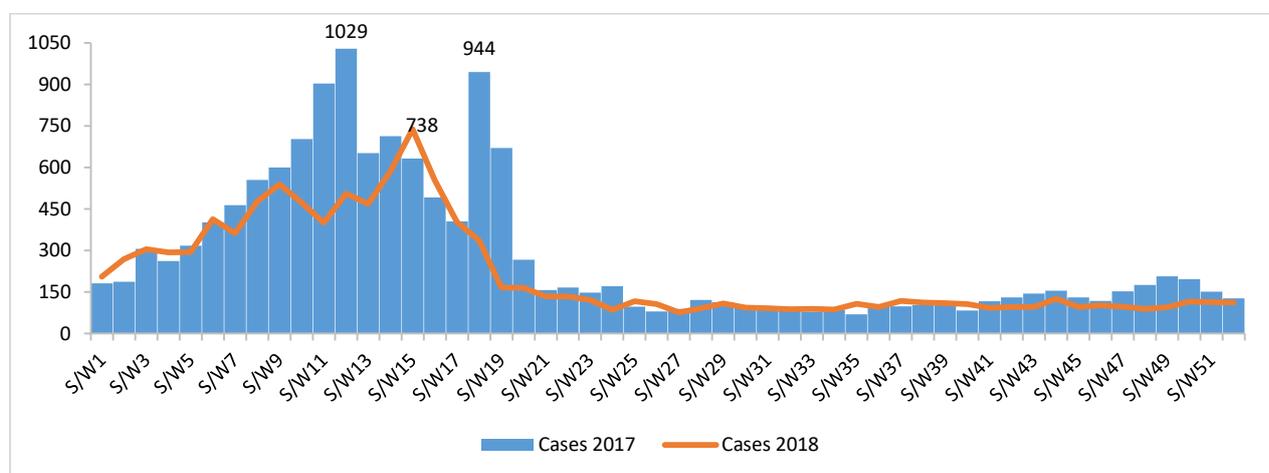


Figure 4 : Evolution des cas de méningite notifiés par semaine dans l'ensemble des pays de la CEDEAO, 2018/17. Source: Plateforme régionale de partage de l'information sanitaire

Comme le montre la figure 4, le premier trimestre de l'année est la période de grande transmission de la méningite. Au 1<sup>er</sup> mars 2019, 2104 cas de méningite ont été notifiés (CFR 6,7%) par le Bénin (102), le Burkina Faso (703), la Côte d'Ivoire (65), le Ghana (421), la Guinée (51), la Gambie (10), le Mali (103), le Niger (142), le Nigeria (360), le Togo (147). Deux districts au Nigeria (1) et au Togo (1) ont atteint le seuil épidémique et onze districts ont atteint le seuil d'alerte dans 4 pays : Bénin (3), Burkina Faso (4), Ghana (3) et Nigeria (1) - voir Fig 5 ci-dessous

(Semaine/ Week 09, 2019)

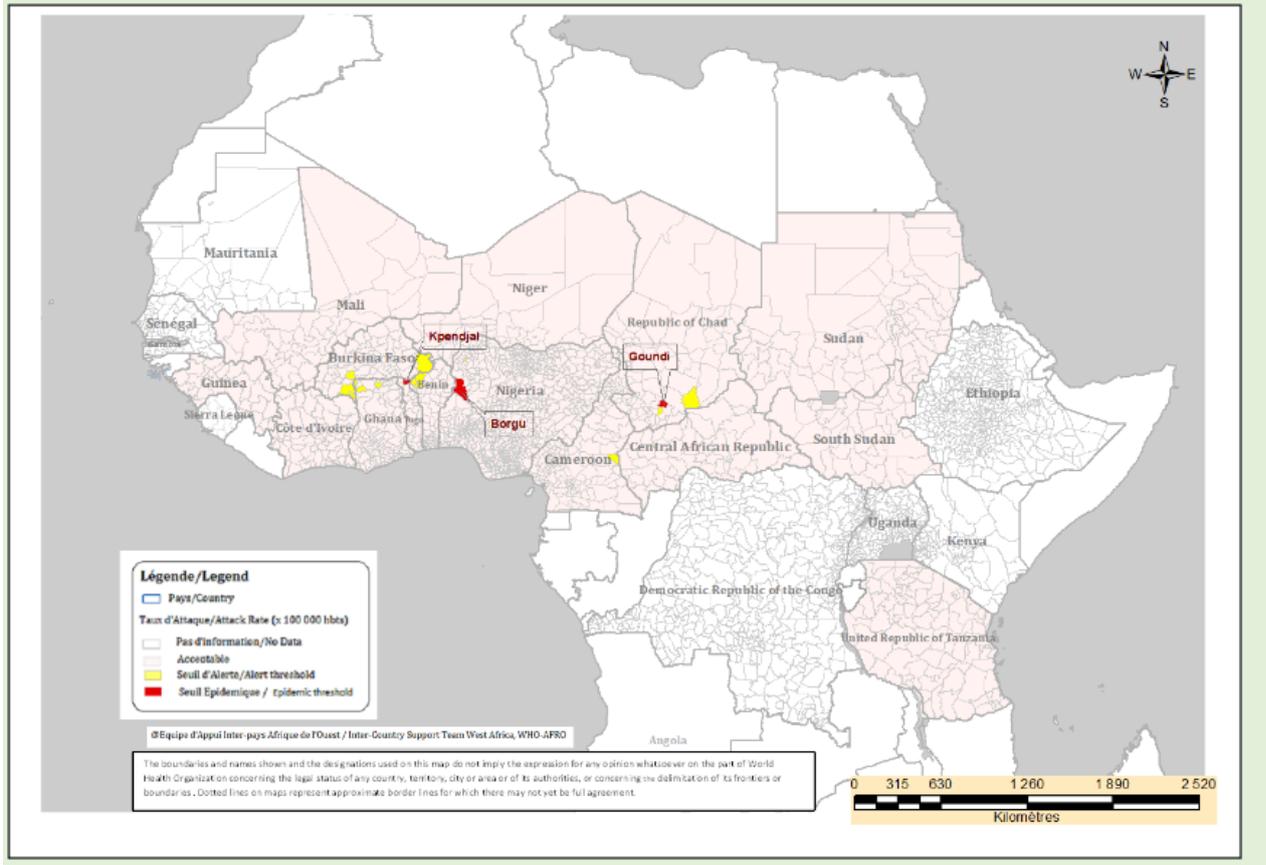


Figure 5: Bulletin d'information hebdomadaire sur la méningite cérébro-spinale ; semaine 9, 2019. Source : OMS

Certains Etats membres de la CEDEAO, notamment le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Mali, le Niger, le Nigéria et le Togo ont une couverture vaccinale partielle ou totale en ce qui concerne le MenAfriVac.

Cependant, MenAfriVac ne protège que contre les maladies causées par le méningocoque du groupe A, principale cause des épidémies de méningite en Afrique, représentant environ 80 à 85 % de tous les cas. Il existe aussi des cas de méningite causés par d'autres groupes, tels que W135, X et C. Les vaccins pour les autres groupes ne sont pas encore disponibles (X) ou sont beaucoup trop chers pour les pays africains (C, W, ou Y dans diverses combinaisons). Toutefois, la combinaison des efforts de recherche et de développement en cours et une tarification différenciée, devraient contribuer à rendre ces vaccins disponibles pour les pays en développement à l'avenir.

Les pays sont donc encouragés à renforcer la détection et la notification des cas. En outre, il est nécessaire d'augmenter le nombre de ponctions lombaires pratiquées et d'améliorer la confirmation en laboratoire, en particulier dans les districts qui ont dépassé le seuil d'alerte.

## ⇒ Rougeole

Bien qu'il s'agisse d'une maladie ciblée par les programmes d'élimination, ces programmes restent très inefficaces, d'où la persistance de la rougeole en tant que maladie endémique dans l'espace CEDEAO (voir fig 6).

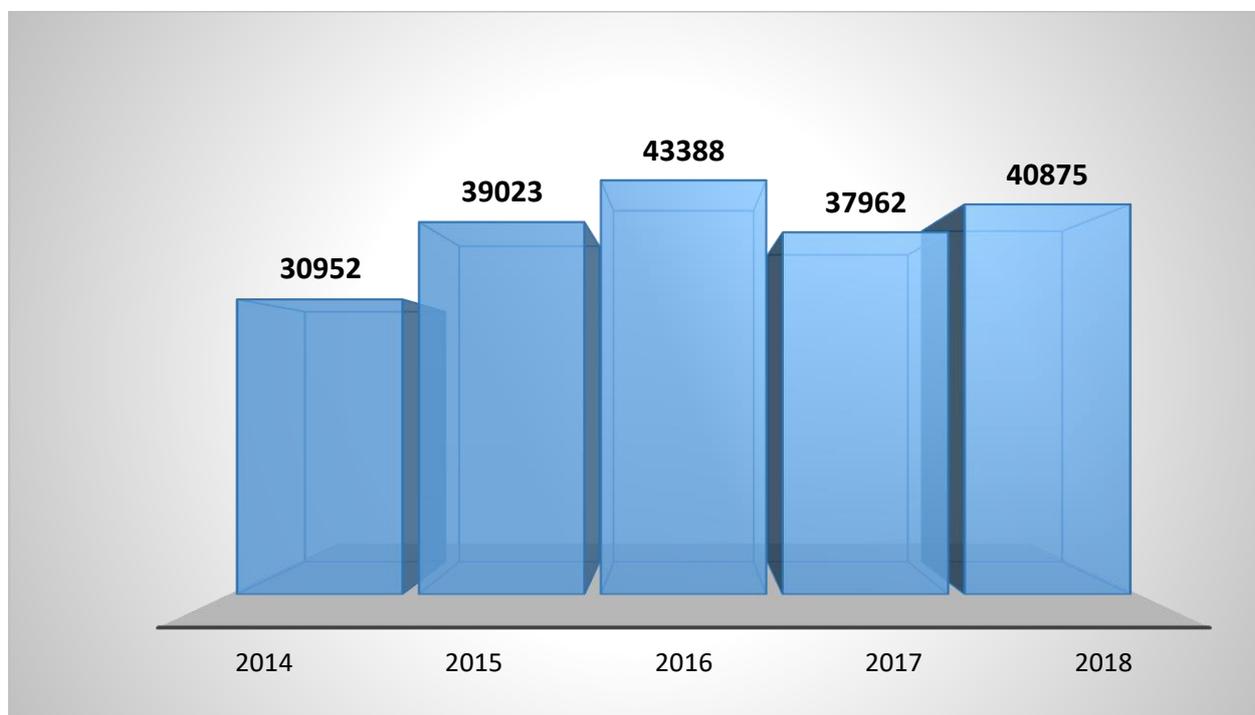


Figure 6: Nombre de cas de rougeole notifiés dans l'ensemble des pays de la CEDEAO, 2014-2018. Source: Plate-forme régionale de partage de l'information sanitaire

En 2018, un total de 40 875 cas et 209 décès liés à la rougeole (0,4 % de létalité) ont été notifiés dans 14 pays de la région. Le Cabo-Verde est le seul pays de la région qui n'a pas notifié de cas de rougeole ces dernières années. Les pays ayant notifié le plus grand nombre de cas en 2018 sont le Nigéria (17 412 cas), le Niger (4 616 cas), le Burkina Faso (4 490 cas) et le Libéria (4 234 cas).

Si l'on compare l'évolution hebdomadaire des cas entre 2017 et 2018, on constate des pics au premier trimestre de chaque année (fig.7).

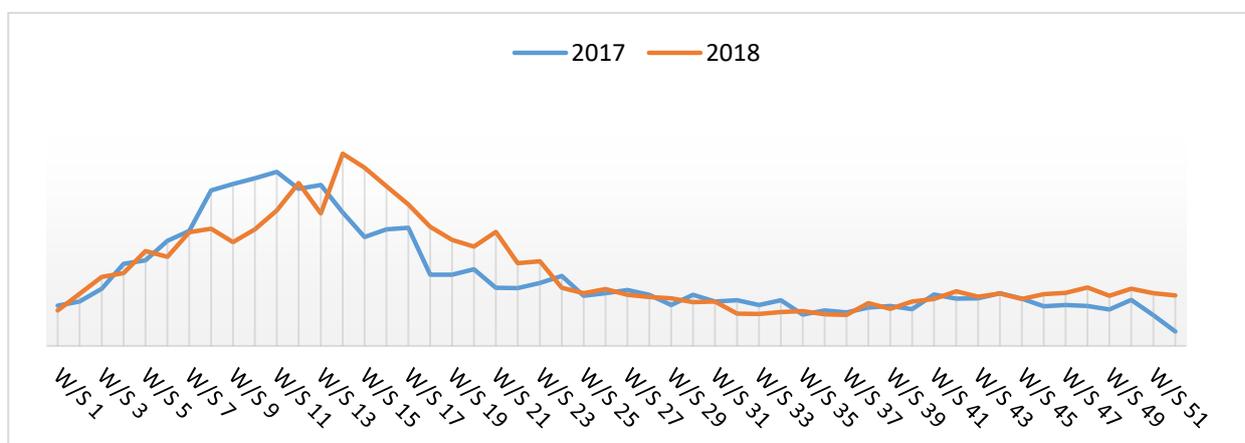


Figure 7: Evolution annuelle des cas suspects de rougeole notifiés dans l'espace CEDEAO, entre 2017 et 2018. Source: Plate-forme régionale de partage d'information sanitaire

L'élimination de la rougeole est réalisable en termes biologiques et en termes programmatiques, en s'appuyant sur l'expérience de réduction de la mortalité due à la rougeole de la décennie dernière.

Le calendrier de vaccination des Etats membres de la CEDEAO prévoit une première dose d'un vaccin anti rougeole (VCM 1) entre 9 et 11 mois de vie de l'enfant (92% de protection vaccinale - OMS). En dépit de quelques améliorations entre 2013 et 2017, la couverture vaccinale nationale du MCV1 dans les Etats-membres de la CEDEAO est en général faible (Fig 8).

Selon la note de synthèse sur la position de l'OMS en date du 28 avril 2017, deux doses de vaccin contre la rougeole sont plus efficaces pour la protection contre la rougeole. En 2018, sept Etats membres de la CEDEAO (Burkina Faso, Cabo Verde, Gambie, Ghana, Ghana, Niger et Sénégal) ont introduit une deuxième dose dans leur programme de vaccination mais avec un niveau de couverture plus faible.

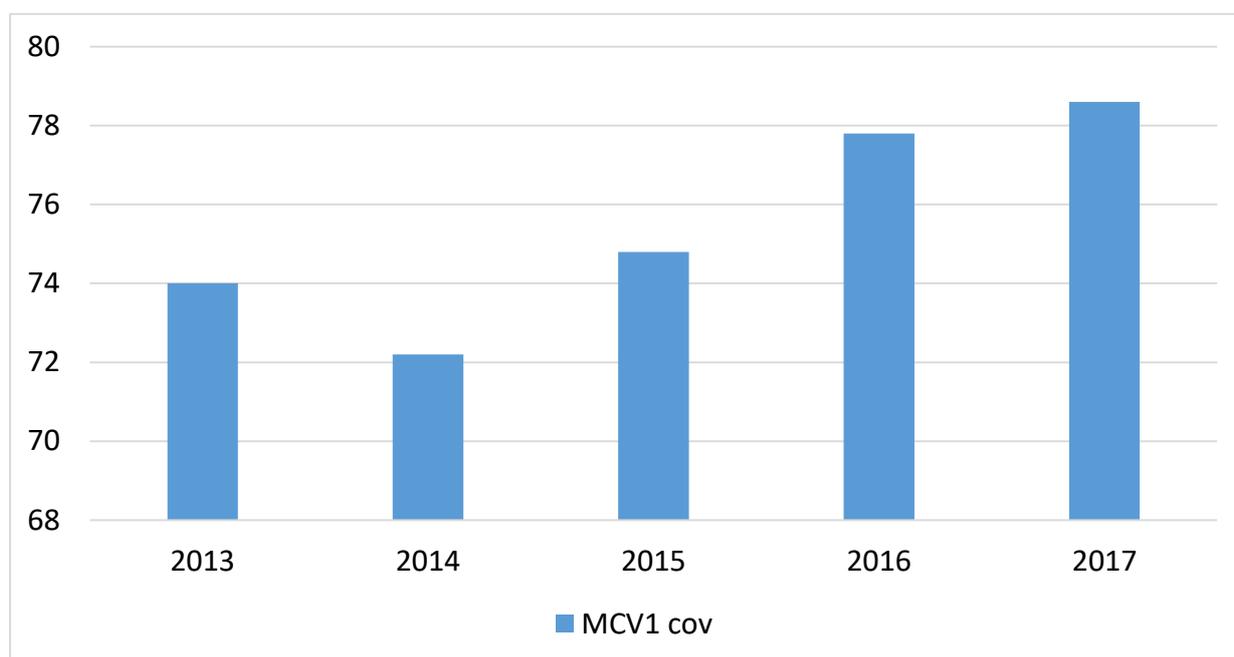


Figure 8: Couverture vaccinale contre la rougeole dans l'espace CEDEAO de 2013 à 2017. *Source: OMS/UNICEF*

Les efforts d'élimination doivent relever de la responsabilité des pays. Pour y arriver ils doivent renforcer les systèmes de vaccination et promouvoir l'équité dans l'accès aux services de santé.

Les interventions prioritaires doivent inclure l'amélioration de la couverture vaccinale par la mise en œuvre systématique d'une combinaison d'approches, l'offre d'une deuxième possibilité de vaccination contre la rougeole, la surveillance des maladies sensibles, le renforcement des capacités des agents de santé, l'amélioration de la qualité des données de suivi de la vaccination, la poursuite du plaidoyer, l'éducation sanitaire, la promotion de la santé, la mobilisation des partenaires locaux et internationaux, ainsi que l'intensification de la recherche opérationnelle.

## ⇒ La Fièvre lassa

La fièvre Lassa, qui sévit principalement en Afrique de l'Ouest, est une maladie hémorragique virale aiguë dont l'agent pathogène est un virus de la famille des Arenaviridae. C'est un virus d'origine zoonotique et le vecteur animal est principalement un rongeur : le "rat plurimammaire" (*Mastomys natalensis*).

Selon l'OMS, près de 80 % des cas de fièvre Lassa surviennent par la transmission des rongeurs à l'homme après une exposition humaine à l'urine ou aux excréments de rats contaminés. La transmission d'homme à homme, qui est estimée à 20 % des cas, est possible après exposition aux virus contenus dans les liquides organiques (sang, tissus, sécrétions ou excréments) d'une personne infectée par le virus Lassa ou dans les cas rares, par contamination de matériels médicaux.

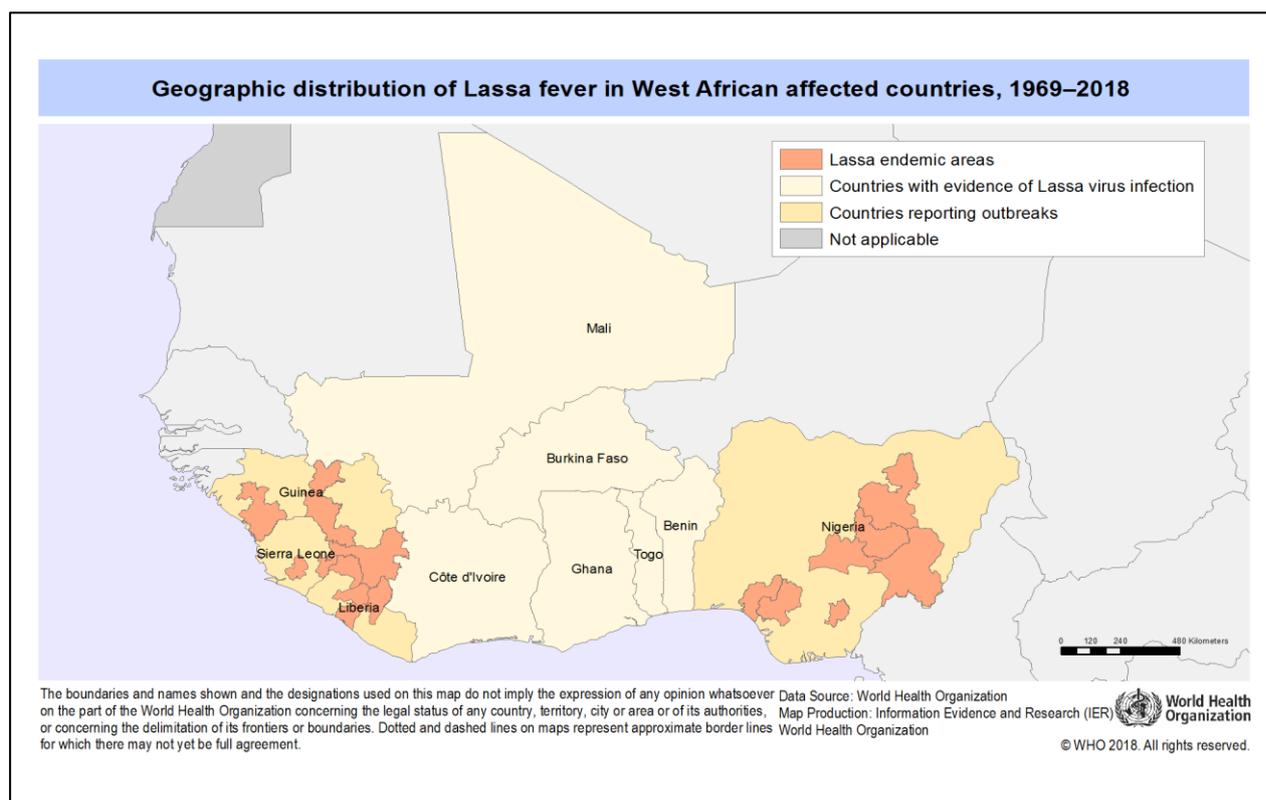


Figure 9: Répartition géographique de la fièvre Lassa dans les pays d'Afrique de l'Ouest touchés, 1969-2018. Source : OMS

La Fièvre Lassa est endémique en Afrique de l'Ouest et depuis sa découverte en 1969 dans le village Lassa au Nigeria (d'où le virus tire son nom), plusieurs épidémies sont survenues, notamment en Sierra Leone, au Liberia, en Guinée et au Nigeria. Il s'est également avéré que le virus circule dans l'ensemble de l'espace CEDEAO, à l'exception de 5 pays que sont le Cabo Verde, la Gambie, la Guinée-Bissau, la Niger et le Sénégal, où la situation de l'infection reste inconnue. Des cas sporadiques ont été signalés dans d'autres Etats membres à risque de la CEDEAO (Bénin, Mali, Ghana, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Togo).

Les données dont dispose l'OOAS sur la situation épidémiologique de la fièvre Lassa font ressortir une augmentation rapide du nombre de cas confirmés et une extension géographique de la zone endémique dans l'espace CEDEAO.

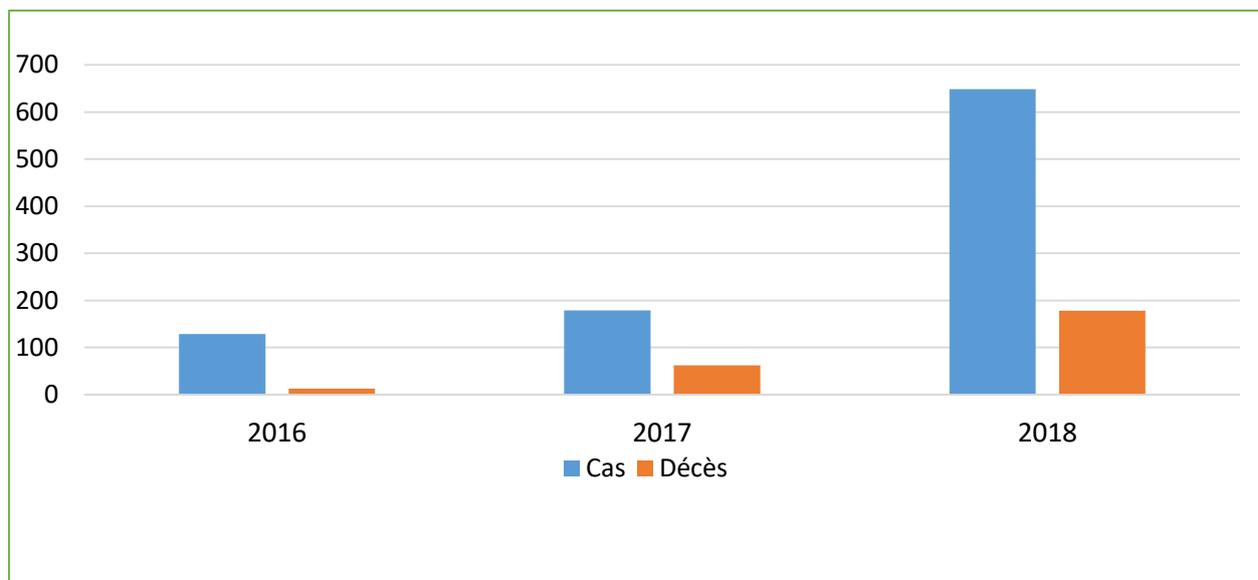


Figure 10: Fièvre Lassa dans les Etats membres de la CEDEAO ; 2016 - 2018 (Cas et décès). Source: Plate-forme régionale de partage de l'information sanitaire

La figure 10 montre que dans la région, l'incidence a quintuplé, passant de 129 à 649 cas confirmés entre 2016 et 2018, tandis que le nombre de décès est passé de 10,1 % à 27 % au cours de la même période en 2017 après un pic de 34,6 %. La situation se présentait comme suit :

- 129 cas confirmés, dont 13 décès (10,1% de létalité) ont été signalés en 2016 par 4 pays de la CEDEAO (Bénin, Libéria, Nigeria et Togo). Le Togo a récemment notifié ces deux premiers cas.
- 179 cas confirmés, dont 62 décès (34,6% de létalité) ont été signalés en 2017 par 4 pays de la CEDEAO (Bénin, Libéria, Nigeria et Togo).
- 649 cas confirmés, dont 178 décès (27% de létalité) ont été signalés en 2018 par 4 pays de la CEDEAO (Bénin, Libéria, Nigeria et Togo).

En 2019, déjà à la semaine 8, six (6) pays de la CEDEAO (Bénin, Guinée, Libéria, Nigeria, Sierra Leone et Togo) avaient notifié 433 cas confirmés de fièvre Lassa, dont 95 décès (soit un taux de létalité de 22%). Ces chiffres pourraient augmenter car la saison de la fièvre Lassa peut s'étendre jusqu'à la semaine 26 de 2019. En outre, une épidémie de la maladie est toujours active dans la région.

Par ailleurs, le caractère endémique de la maladie et les épidémies à grande échelle se déplacent vers le Bénin, qui fait face régulièrement à des épidémies depuis 2016. Récemment, le pays a connu une épidémie qui a commencé en décembre 2018 et s'est poursuivie jusqu'en 2019 avec 9 cas confirmés (zéro décès). Les trois premiers cas confirmés provenaient tous de l'État de Kwara (Nigeria), d'où l'importance de la coordination et de la mise en œuvre des activités transfrontalières.

Actuellement dans la région, seul le Nigeria continue de faire face à une persistance de l'épidémie (le pays le plus touché avec 96% des cas confirmés dans la région). Du 1er janvier au 3 mars 2019, le CDC du Nigeria (NCDC) a notifié un total de 420 cas confirmés avec 93 décès (taux de létalité de 22,1%) dans 21 Etats - Fig 11.

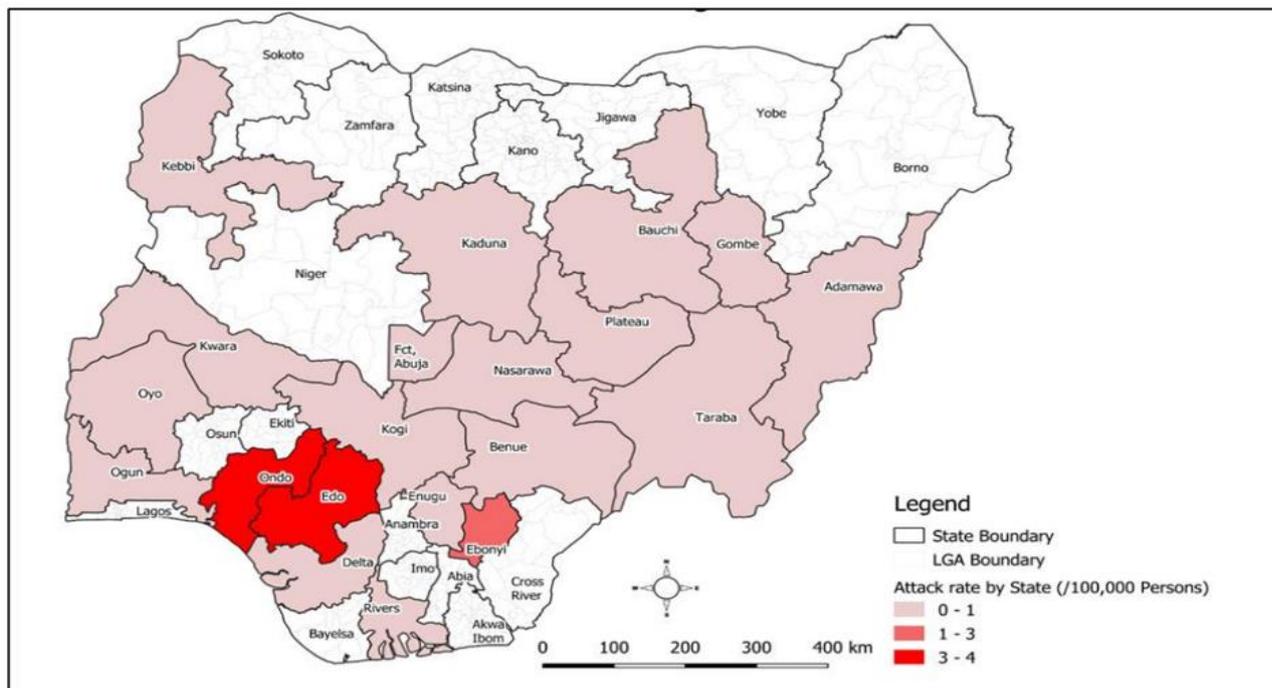


Figure 11: Taux d'attaque par État, des cas confirmés de fièvre Lassa au Nigeria au 3 mars 2019. Source CDC Nigéria

Cependant, des avancées satisfaisantes ont été réalisées en ce qui concerne les interventions déployées par les autorités sanitaires du Nigeria.

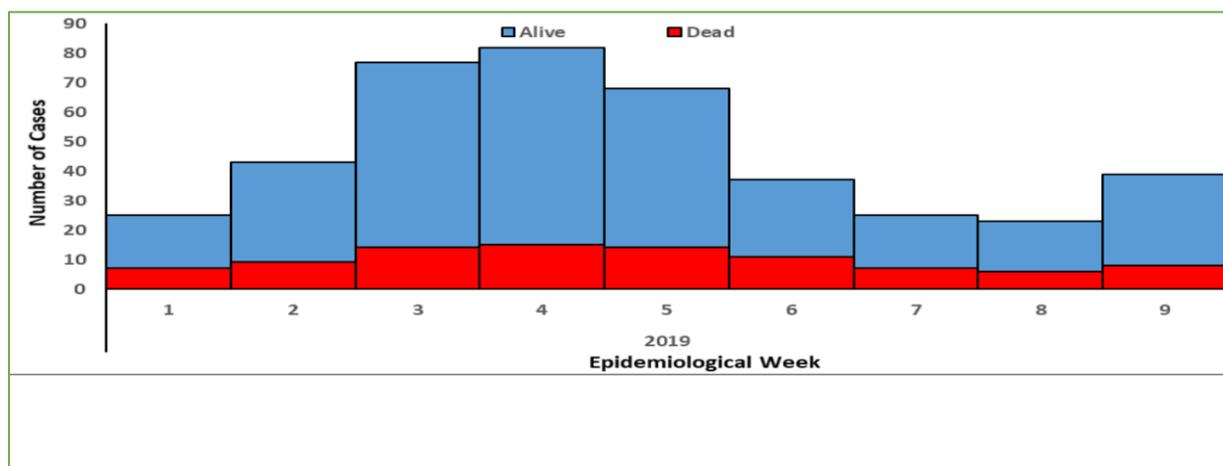


Figure 12: Cas de fièvre Lassa et décès associés, de la semaine 1 à la semaine 9 en 2019 au Nigeria. Source CDC Nigéria

La situation de la fièvre Lassa reste préoccupante dans l'espace CEDEAO, en raison de l'existence de plusieurs facteurs favorisant la progression de l'endémicité de la maladie. Il s'agit notamment des conditions climatiques favorables à la survie du virus en dehors de son hôte, de l'augmentation et de la dispersion de la population de rongeurs (vecteur). Ces facteurs sont entre autres, la pauvreté, les faibles niveaux d'assainissement de l'environnement dans les communautés à forte charge de morbidité, l'inadéquation de la formation des agents de santé en matière de surveillance et de diagnostic ainsi que la mauvaise application des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les établissements sanitaires.

Les Etats membres de la CEDEAO doivent renforcer la collaboration multisectorielle sur la base de l'approche "Une Seule Santé" (santé humaine, santé animale, l'environnement) pour des actions plus efficaces de prévention et de contrôle des maladies. Une collaboration transfrontalière entre

les États membres est également nécessaire. Cela comprend la mise en œuvre d'actions coordonnées pour :

- Renforcer les capacités de préparation et d'intervention, en particulier pour la détection précoce des cas, la confirmation en laboratoire, la gestion des cas dans le cadre des soins infirmiers recommandés, la communication des risques et l'engagement communautaire.
- Promouvoir une bonne "hygiène communautaire" pour prévenir la pénétration des rongeurs dans les maisons, par exemple en mettant des céréales et autres denrées alimentaires dans des emballages résistants aux rongeurs, en éliminant les déchets loin des habitations, en gardant les lieux d'habitation propres, en ayant des chats et en traitant les corps des personnes décédées de la maladie de manière sécurisée.
- Contribuer davantage à la recherche, notamment dans le développement de tests de diagnostic rapide (l'objectif étant une prise en charge précoce et adéquate afin d'accroître les taux de survie) et de vaccins (comme c'est le cas au Nigéria, qui doit participer aux essais cliniques pour développer des vaccins contre la fièvre Lassa en 2020).

#### ⇒ **La Fièvre jaune**

En 2016, deux épidémies de fièvre jaune survenues en milieu urbain respectivement à Luanda en Angola et à Kinshasa en République démocratique du Congo (RDC), avec des propagations à l'échelle internationale plus importantes de l'Angola vers d'autres pays, dont la Chine, ont montré que la fièvre jaune représente une menace mondiale grave qui exige une nouvelle réflexion stratégique.

Lors de flambées en milieu urbain, la densité de la population, le surpeuplement, le faible niveau d'immunité de la population, les déplacements quotidiens de la population à l'intérieur et à l'extérieur de la ville, ainsi que les conditions propices à une forte densité de vecteurs, telles que la présence de nombreuses gîtes au sein et autour des habitations, contribuent toutes à accroître la transmissibilité, ce qui augmente le risque de flambées à grande échelle. Les épidémies en milieu urbain se caractérisent par leur amplification rapide, leur capacité de propagation à l'échelle internationale et leur impact non seulement sur la santé publique mais aussi sur la vie économique, sociale et politique. **L'épidémie d'Ebola survenue en Afrique de l'Ouest a montré que lorsqu'un agent pathogène se propage dans les capitales, il peut se transformer en une épidémie majeure d'une ampleur jamais observée auparavant.**

Pour l'Afrique, une approche en trois étapes a été utilisée pour reclasser les 35 pays en différentes catégories de risque (élevé - moyen - potentiel). Tous les États membres de la CEDEAO ont été classés à haut risque, à l'exclusion du Cabo-Verde, qui a été classé comme pays à risque potentiel.



Figure 13: Cartographie du risque de fièvre jaune en Afrique Source OOAS

En 2018, seul le Nigeria a été touché. Les autorités nationales ont notifié un foyer en septembre 2018 et du début du foyer épidémique au 31 décembre 2018, 78 cas confirmés ont été notifiés dans 13 Etats (Kwara, Kogi, Kano, Zamfara, Kebbi, Nasarawa, Niger, Katsina, Edo, Ekiti, Rivers, Anambra, FCT et Benue) avec 13 décès.

Des campagnes de vaccination de masse ont été menées dans 6 Etats (Borno, Kebbi, Niger, Plateau, Sokoto et le territoire de la capitale fédérale) dans les deux semaines, entre le 22 novembre 2018 et le 2 décembre 2018, portant à 12 le nombre total d'États couverts par la campagne de vaccination préventive de masse.

Les objectifs de santé publique pour la fièvre jaune sont entre autres :

- Assurer la protection des populations à risque, y compris l'introduction du vaccin contre la fièvre jaune dans le cadre de la vaccination de routine, effectuer une vaccination de masse au niveau des populations à risque,
- Confiner rapidement les foyers, y compris la surveillance au cas par cas et les tests de laboratoire, les investigations et la réponse, ainsi que la surveillance et la lutte anti vectorielle.

- Prévenir la propagation à l'échelle internationale: cibler les voyageurs et améliorer le respect du RSI (les points d'entrée et de départ).

#### ⇒ **La Dengue**

En Afrique de l'Ouest, la circulation du virus de la dengue chez les humains a été signalée pour la première fois dans les années 1960 au Nigeria. De 1970 à 2000, la transmission par cycle sylvatique de sérotype 2 était alors prédominante dans la région, notamment au Sénégal et au Burkina Faso avec la notification de cas sporadiques. En effet, les sérotypes 1 et 2 de la dengue ont été responsables de la majorité des épidémies sur le continent.

Cependant, à partir des années 2000, le sérotype 3 a été détecté sur le continent, notamment en Afrique de l'Ouest, et en particulier au Burkina Faso (en 2003, 2004 et 2007), en Côte d'Ivoire en 2008 avant d'être la cause des épidémies survenues simultanément en 2009 au Sénégal et pour la première fois au Cabo Verde.

Le sérotype 4, qui n'avait jamais été associé à une épidémie en Afrique, a été détecté pour la première fois en Angola. Plus récemment, en 2016, une épidémie de dengue 2 avec des manifestations hémorragiques a été signalée au Burkina Faso. La Côte d'Ivoire a connu une épidémie de dengue en juin 2017 avec des foyers signalés au Mali, au Burkina Faso et au Sénégal en octobre 2017.

Ainsi, la présence des 4 sérotypes en Afrique de l'Ouest laisse présager une émergence des formes sévères et hémorragiques en raison de la théorie dite de facilitation de l'infection par des anticorps préexistants (amélioration dépendante des anticorps (ADE)).

En 2018, plusieurs États membres de la CEDEAO, dont le Mali, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo, le Bénin, le Nigeria et le Sénégal, ont notifié des cas de dengue. La charge réelle de la maladie est inconnue. De septembre à décembre 2018, le Sénégal a déclaré **292 cas confirmés** (Fatick -34, Diourbel -205, Saint Louis - 32, Louga - 6, Thiès -4, Dakar - 10 et Matam -1).

La disparition du virus étant improbable du fait de son maintien dans les vecteurs hôtes et de l'existence de réservoirs humains et animaux, la prévention reste un moyen efficace pour limiter son expansion. Cette prévention repose sur la mise en place de programmes de contrôle et d'éradication des moustiques vecteurs potentiels et sur la perspective de la vaccination.

L'analyse de la situation des capacités et des insuffisances en Afrique de l'Ouest a montré que la région dispose d'une certaine capacité de surveillance épidémiologique et entomologique ainsi que de contrôle des vecteurs. Toutefois, un appui est nécessaire pour porter cette capacité à un niveau qui permettrait de détecter rapidement les infections à arbovirus et de se préparer comme il convient aux épidémies potentielles. En effet, la lutte contre les arbovirus transmis par Aedes constitue un défi majeur de santé publique mondiale du 21<sup>ème</sup> siècle, exacerbé par une résistance généralisée aux insecticides dans les vecteurs et une croissance incessante dans les environnements urbains. Ceci nécessite la mise en place d'une surveillance entomologique harmonisée. Par ailleurs un programme de gestion intégrée des vecteurs des arbovirus transmis par Aedes est essentiel pour définir, comprendre et se préparer contre les menaces potentielles futures en Afrique de l'Ouest.

En 2019, l'OOAS souhaite mettre en place un programme de gestion intégrée des vecteurs en collaboration avec le NEPAD et un programme de suivi des indicateurs entomologiques des

maladies arbovirales, en particulier la dengue, pour la détection précoce des menaces à la santé publique.

### ⇒ **Le Paludisme**

Le paludisme demeure la principale endémie parasitaire et reste le problème de santé le plus grave. En 2018, le faciès général de cette maladie dans l'espace CEDEAO est comme suit :

- CEDEAO: Théâtre des 90% des cas de paludisme et 91% des décès dus au paludisme en Afrique.
- 77% des décès sont des enfants de moins de 5 ans
- Tous les pays de la région sont touchés par le parasite plasmodium falciparum
- Vecteurs : 11 Espèce d'Anophèles
- 3 pays à transmission modérée : Guinée, Libéria et Sierra Leone
- 5 pays très endémiques : Burkina Faso, Ghana, Niger, Niger, et Nigéria.

Au niveau mondial, près de 80 % des cas de paludisme ont été enregistrés dans 15 pays africains et en Inde en 2017. Près de 42 cas soit 25% dans le monde ont été recensés par le Nigeria, et 6 autres pays d'Afrique de l'Ouest, en 2017.

**Tableau 1: Pourcentage de la charge du paludisme par rapport à la charge mondiale**

Pays	Pourcentage
Nigeria	25%
Burkina	4
Ghana	4
Niger	4
Mali	3
Guinea	2
Benin	2
Charge du paludisme en Afrique de l'Ouest	42 %
Charge dans le reste du monde	58%

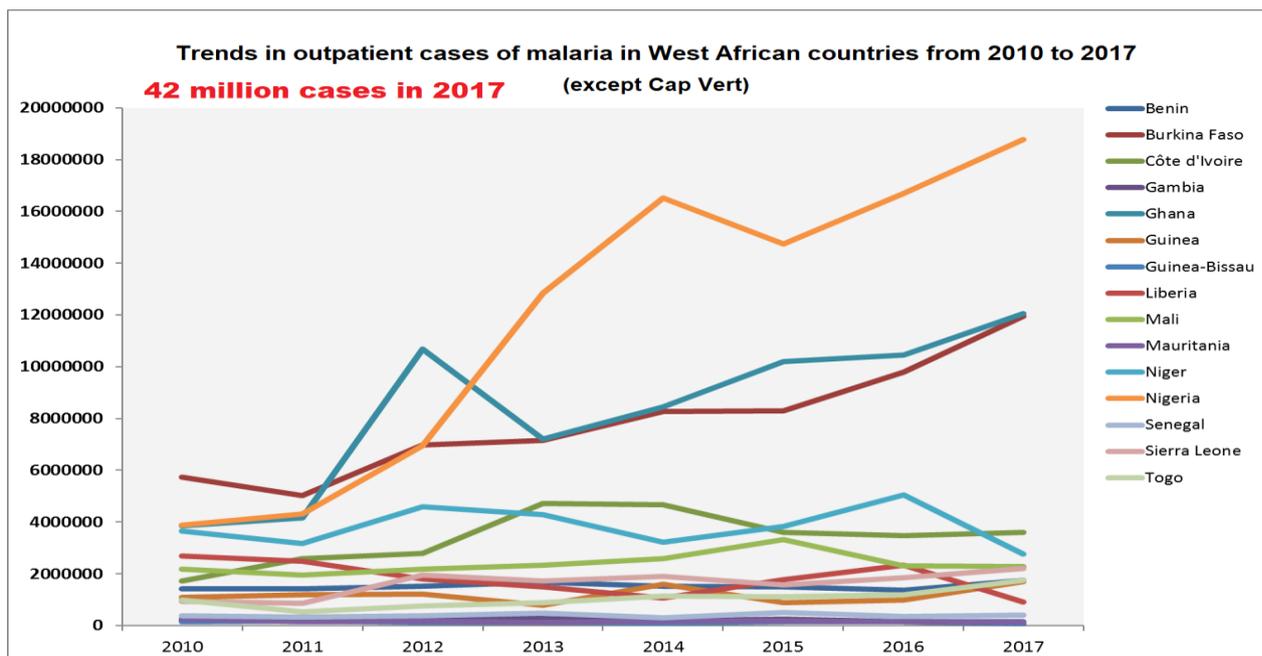


Figure 14: Evolution des cas ambulatoires de paludisme dans les pays d'Afrique de l'Ouest de 2010 à 2017. Programmes Nationaux de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et l'OMS

Ces dernières années, des progrès majeurs ont été réalisés dans le développement de nouveaux outils de prévention et de diagnostic et de nouveaux médicaments antipaludiques très efficaces contre les parasites résistants aux médicaments. Le Cap-Vert, la Gambie et le Sénégal ont fait de grands progrès dans la lutte contre le paludisme. La Gambie et certains districts du nord Sénégal sont en phase de pré-élimination. Le Cap Vert n'a pas eu de cas en 2018. La distribution du nombre de cas de décès dus au paludisme en Afrique de l'Ouest entre 2010 et 2017 se présente comme suit :

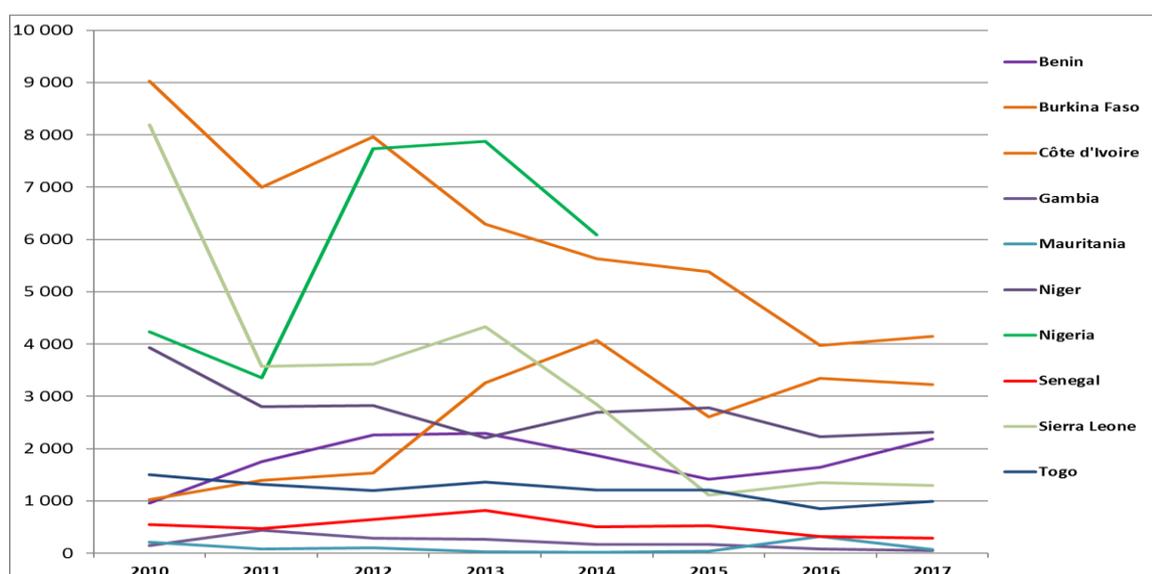


Figure 15: Décès dus au paludisme en Afrique de l'Ouest - 2010 - 2017. Sources : Programmes nationaux de lutte contre le paludisme

D'autres pays, dont les données sur la morbidité et la mortalité sont en baisse, sont encore à la phase de lutte contre la maladie.

Tous les Plans Stratégiques Nationaux de lutte contre le paludisme des pays de la CEDEAO ne sont pas orientés vers l'élimination conformément au cadre d'élimination du paludisme. En fait, seuls quelques-uns ont renforcé la surveillance des cas dans le contexte de l'élimination du paludisme à des degrés divers, car ils se rapprochent des seuils recommandés pour l'élimination du paludisme.

Des directives de diagnostic et de traitement du paludisme sont disponibles dans les 15 pays. Tous les pays utilisent le test de confirmation (Rapid Diagnostic Test-RDT ou frottis sanguin) des cas suspects avant le traitement, quel que soit le niveau de soins, et conformément aux recommandations, la thérapie combinée à base d'artémisinine (ACT) est la plus utilisée dans les centres de santé. Pour le paludisme grave, la quinine est progressivement remplacée par l'artémisunate injectable.

Dans le cadre de la mise en œuvre du Projet Paludisme et Maladies Tropicales Négligées financé par la Banque mondiale, 6 campagnes de masse ont été organisées dans 3 pays (Niger, Burkina Faso et Mali) pour prévenir l'apparition du paludisme saisonnier chez les enfants de 3 à 59 mois. Six millions d'enfants ont été traités dans ces 3 pays en 2018. Au total, 21 360 778 bénéficiaires ont été touchés, dont 114 352 306 femmes.

Lors de l'atelier régional de revue des programmes tenu en fin 2018, plusieurs pays ont évoqué la nécessité de renforcer les capacités techniques et de gestion de leurs programmes, en particulier la disponibilité de ressources humaines qualifiées et motivées. Ce manque d'expertise dans des domaines spécifiques de la lutte contre le paludisme varie d'un pays à l'autre.

Il est donc impératif d'aider les pays à accélérer la lutte contre le paludisme, en accordant une attention particulière aux pays les plus touchés, sans oublier les moins touchés.

Par ailleurs, une réunion régionale des programmes nationaux de lutte contre le paludisme et des partenaires travaillant dans le domaine du paludisme a été organisée et les discussions ont abouti à la création d'une coordination régionale pour l'élimination du paludisme dans la région de la CEDEAO qui sera basée à l'OOAS. Une plate-forme régionale de coordination de la lutte antivectorielle est également en cours d'élaboration.

Il sera nécessaire de promouvoir la mobilisation de ressources nationales et les autres possibilités offertes par le secteur privé pour assurer la durabilité des progrès vers l'élimination du paludisme. La lutte contre le paludisme devrait également impliquer une approche multisectorielle mettant l'accent sur l'hygiène, l'assainissement et le changement de comportement. Enfin, les pays devraient encourager, promouvoir et expérimenter de nouvelles approches et de nouveaux outils innovants par la recherche. Par exemple, il faudrait explorer la génétique et d'autres outils moléculaires dans le traitement et la lutte antivectorielle.

## ⇒ Le VIH/Sida et la Tuberculose (TB)

L'épidémie de VIH en Afrique de l'Ouest a une dynamique distincte des autres régions de l'Afrique subsaharienne. En 2017, l'ONUSIDA a estimé la prévalence du VIH chez les adultes à 2,2% dans la région, ce qui est relativement faible par rapport à l'Afrique australe. Cette prévalence nationale du VIH, allant de faible à modérée, varie de moins de 1 % à 4,5 %. Par exemple, la prévalence varie considérablement d'un pays à l'autre, allant de 0,5% au Niger et au Sénégal, 1,7% en Sierra Leone à 3,4% en Guinée-Bissau.

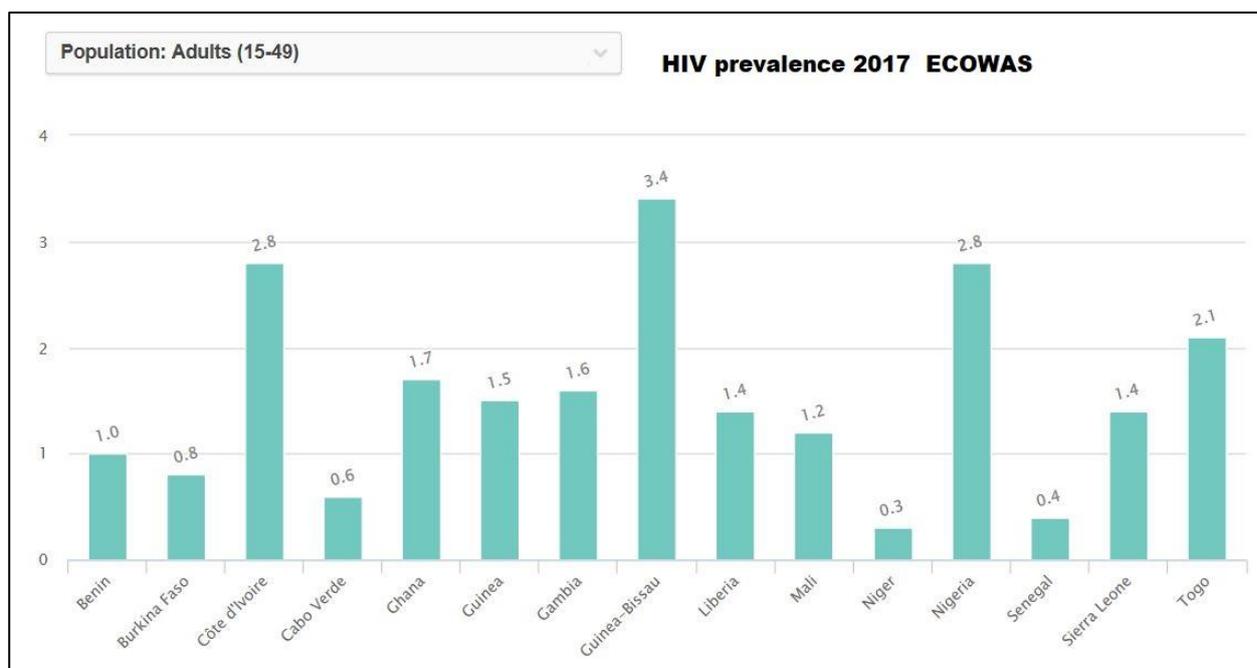


Figure 16: Prévalence du VIH dans les pays de la CEDEAO en 2017. Source : Programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA

En termes d'incidence, le Nigeria a la deuxième plus grande épidémie de VIH dans le monde (NACA 2017), vu sa population, cela représente 3,1 millions de personnes vivant avec le VIH en 2017, bien que la prévalence du VIH chez les adultes soit beaucoup plus faible (2,8%) que dans les autres pays africains.

**Tableau 2: Distribution des nouvelles infections dans les pays de la CEDEAO**

PAYS	Nouvelles infections à VIH 2017	Évolution des nouvelles infections à VIH depuis 2010	Evolution des infections liées au VIH	Évolution des décès liés au sida depuis 2010	Prévalence du VIH en 2017 au sein de la population (15-49) (2017)
Bénin	4000 [2100 - 6800]	-8	2500 [1300 - 4500]	-3	1.0 [0.7 - 1.4]
Burkina Faso	4300 [2600 - 6700]	1	2900 [1900 - 4100]	-46	0.8 [0.6 - 1.0]
Cabo-Verde	<200 [<100 - <500]	11	<100 [<100 - <100]	-53	0.6 [0.5 - 0.7]
Côte d'Ivoire	30 000 [13 000 - 56 000]	3	24 000 [15 000 - 37 000]	-30	2.8 [1.8 - 4.0]
Gambie	1400 [<1000 - 1800]	-16	1100 [<1000 - 1400]	-9	1.6 [1.3 - 2.0]
Ghana	19 000 [15 000 - 24 000]	-8	16 000 [12 000 - 19 000]	-24	1.7 [1.4 - 2.0]
Guinée	8100 [5700 - 11 000]	-5	5100 [3900 - 6400]	7	1.5 [1.2 - 1.9]
Guinée Bissau	2300 [1700 - 2900]	-27	1900 [1600 - 2200]	-5	3.4 [2.6 - 3.8]
Libéria	2300 [1700 - 3200]	-8	2500 [2000 - 3000]	-34	1.4 [1.1 - 1.7]
Mali	9900 [7300 - 12 000]	6	6300 [4900 - 7900]	26	1.2 [1.0 - 1.5]
Niger	1700 [1200 - 2200]	4	1800 [1400 - 2300]	-14	0.3 [0.3 - 0.4]
Nigéria	210 000 [110 000 - 320 000]	-5	150 000 [86 000 - 230 000]	-19	2.8 [1.8 - 4.0]
Sénégal	1600 [<1000 - 2300]	-30	2100 [1500 - 2800]	14	0.4 [0.3 - 0.5]
Sierra Leone	3200 [2000 - 4800]	-34	2600 [2100 - 3200]	-11	1.4 [1.1 - 1.7]
Togo	4900 [2100 - 8300]	-27	4700 [2500 - 7700]	-32	2.1 [1.4 - 3.0]

Source: AIDS Info Summary HIV et AIDS data

Les cibles 90-90-90 de l'ONUSID : " 90% des personnes séropositives connaissent leur statut sérologique, 90% des personnes diagnostiquées séropositives pour le VIH recevant un traitement antirétroviral et 90% des personnes sous traitement antirétroviral voyant leur charge virale disparaître" - visaient à modifier l'approche mondiale du traitement du VIH en vue de maximiser la suppression virale chez les personnes vivant avec le VIH Il vise à mettre fin à l'épidémie de SIDA.

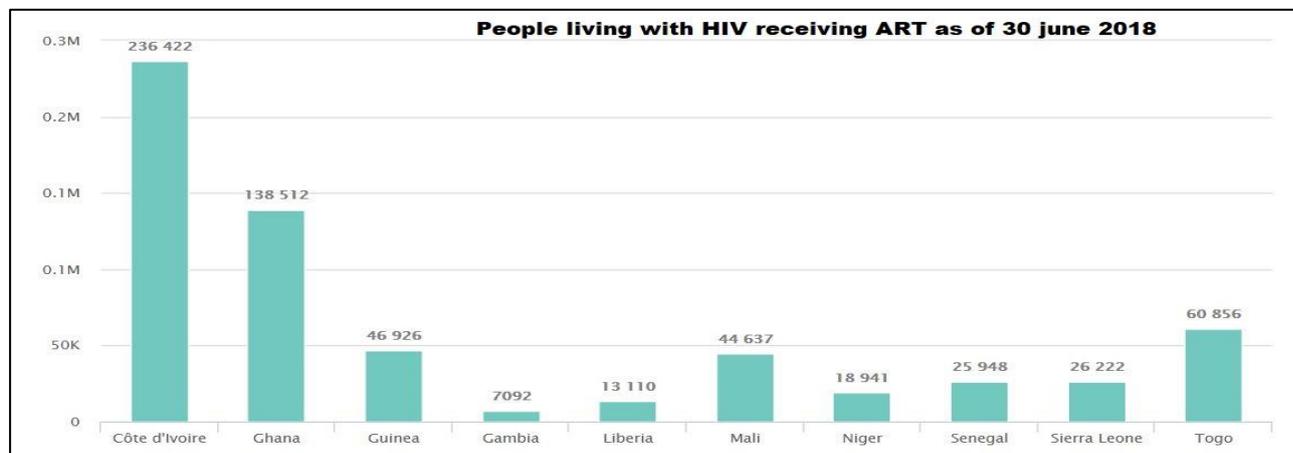


Figure 17: Personnes vivant avec le VIH recevant des traitements ARV au 30 juin 2018 Source AIDS Info Juin 2018

Dans l'ensemble, moins de la moitié (48 %) des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur état sérologique en 2017. Ces dernières années, des populations clés ont été identifiées comme les principales responsables de l'épidémie, en particulier dans les sociétés où elles semblent cacher leurs pratiques sexuelles. Selon l'ONUSIDA, ces populations clés représentent jusqu'à 45% des nouvelles infections à VIH, bien qu'elles représentent une proportion bien moindre par rapport à la population totale. Le manque d'accès au traitement par cette population clé contribue à la propagation de l'épidémie. Par conséquent, compte tenu de la charge élevée du VIH parmi les groupes de population clés, et de l'importance de ces populations dans la dynamique de la transmission du VIH ainsi que de la nécessité d'avoir des partenaires clés pour une réponse efficace à l'épidémie, les ministres de la Santé des États membres de la CEDEAO ont adopté la "Déclaration de Dakar sur la prise en compte des populations clés dans la riposte au VIH et au SIDA dans l'espace CEDEAO" en 2015.

D'autre part, la tuberculose reste la principale infection opportuniste. L'épidémie de VIH contribue à l'augmentation de la prévalence de la tuberculose, y compris la propagation de la tuberculose multirésistante.

#### ⇒ Les Maladies Tropicales Négligées (MTN)

Les maladies tropicales négligées (MTN) représentent une charge importante dans les pays à faible revenu. Il s'agit d'un groupe de maladies qui constituent une charge importante et lourde principalement sur les communautés les plus pauvres, les plus marginalisées et les plus isolées du monde. En outre, les interventions menées pour contrôler ou éliminer ces maladies ont manqué d'investissements adéquats par rapport à leur impact. Par exemple, les MTN ne reçoivent qu'une partie infime du financement mondial de la santé et n'ont pas été spécifiquement mentionnées dans les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Ce qui est paradoxal, c'est que ces maladies tropicales sont des comorbidités courantes avec les trois grands fléaux mondiaux que sont l'infection à VIH, la tuberculose et le paludisme.

Diverses maladies négligées sont endémiques dans les pays de la région, en particulier au Sahel. L'accent a été mis sur les maladies pour lesquelles il existe des médicaments sûrs et efficaces et qui permettent de mettre en œuvre une chimiothérapie préventive (CP) pour des populations entières à risque de maladies. Ces médicaments sont principalement administrés par le biais de campagnes de masse. Les 5 maladies sont : l'onchocercose (cécité des rivières), la filariose lymphatique (éléphantiasis), la schistosomiase, l'helminthiase transmise par le sol (vers ronds, vers à crochet et vers fouettés) et le trachome cécitant.

Pour la filariose lymphatique par exemple, le Togo est le premier pays africain de la CEDEAO à avoir atteint cet objectif global d'élimination. En ce qui concerne l'onchocercose, les pays connaissent des avancées constantes et sont sur la voie de l'élimination.

**Numbers of Known Disease Endemic Health Districts and Health Districts Where Disease Transmission Has Stopped**

Country	# Known endemic districts by September 2017				
	# Districts stopped PC (at least at district level for trachoma), by end FY17 SAR2				
	LF	Oncho	SCH	STH	Trachoma
Burkina Faso	70	6	70	70	48
	55*	0	0	0	29
Côte d'Ivoire	74	67	80	82	9
	0	0	0	0	1
Ghana	98	85	216	216	37
	83	0	0	0	37
Niger	31	NA	41	41	35
	11	NA	0	0	23
Sierra Leone	14	12	12	14	NA
	8	0	0	0	NA
Togo	8	32	35	28	NA
	8	0	0	0	NA
Total	295	266	454	451	129
	165 (56%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	90 (70%)

*#s in red are endemic districts and #s in black are districts that were endemic but have stopped treatment.*

**END neglected tropical diseases in AFRICA**

Figure 18: Nombre de districts sanitaires faisant face à une endémie connue et nombre de districts sanitaires où la transmission de la maladie a cessé ; Source : END neglected tropical diseases in AFRICA

### I.2.2. Les Maladies Non-Transmissibles (MNT)

La portée des maladies non transmissibles (MNT) est très large. Tel qu'adopté à Brazzaville en 2011, cela comprend les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, le cancer, les maladies respiratoires chroniques, les maladies bucco-dentaires, les maladies musculosquelettiques, les hémoglobinopathies et les troubles neuropsychiatriques. Différents sous-ensembles de ces maladies sont répandus dans différents Etats membres de la CEDEAO. Dans certains pays, des programmes tels que la lutte contre la drépanocytose, le tabagisme et le cancer ne relèvent pas des programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles. La plupart des programmes nationaux ainsi que ceux de l'OOAS couvrent les quatre principaux MNT notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète

et les maladies respiratoires chroniques - et leurs facteurs de risque associés. L'OOAS est également active dans la prévention, la lutte et la gestion des troubles oculaires et mentaux dans la région.

La principale activité mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles en 2018 a été la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles tenue en septembre, et qui s'est terminée par une déclaration politique sur les maladies non transmissibles. Les chefs d'État et de gouvernement ont réaffirmé leur engagement, conformément à l'Agenda pour le développement durable de 2030, à réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles d'ici 2030 par la prévention et le traitement et à promouvoir la santé mentale et le bien-être, par des interventions sur leurs facteurs de risque et les déterminants de la santé.

En mai 2018, le Directeur général de l'OMS a appelé à l'élaboration d'un plan d'action mondial pour l'élimination du cancer du col de l'utérus. Les stratégies clés sont la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH), le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses, le diagnostic précoce et le traitement rapide du cancer invasif et les soins palliatifs.

Selon l'étude GBD 2017 (Global Burden of Disease), la proportion des décès survenus dans toutes les tranches d'âges dans l'espace CEDEAO et qui sont attribuables aux MNT est passée de 22,3% en 1990 à 30,8% en 2017. Les maladies cardiovasculaires et le cancer se classent respectivement au quatrième et au septième rang des causes de décès. Au niveau des pays, la proportion des décès dus aux MNT se situe entre 24,3% au Niger et 68,3% au Cabo-Verde en 2017. Les taux de mortalité dus aux maladies non transmissibles sont passés de 446,4 pour 100 000 habitants au Cabo-Verde à 850,4 pour 100 000 habitants en Guiné-Bissau.

En outre, l'hypertension artérielle systolique élevée, l'hyperglycémie à jeun et l'indice de masse corporelle élevé figurent parmi les dix principaux facteurs de risque de décès en Afrique de l'Ouest en 2017. La situation des MNT dans la région se présente comme suit :

#### ⇒ **L'Hypertension**

Entre 2003 et 2015, tous les États membres de la CEDEAO, à l'exception de la Guiné-Bissau, ont mené des enquêtes nationales et infranationales auprès des ménages pour estimer l'ampleur et la répartition des facteurs de risque chroniques des MNT (STEPS). Les résultats montrent que la prévalence de l'hypertension dans les groupes d'âge de 15 à 64 ans ou de 25 à 64 ans se situe entre 19,0% au Togo à 38,7% au Cabo Verde.

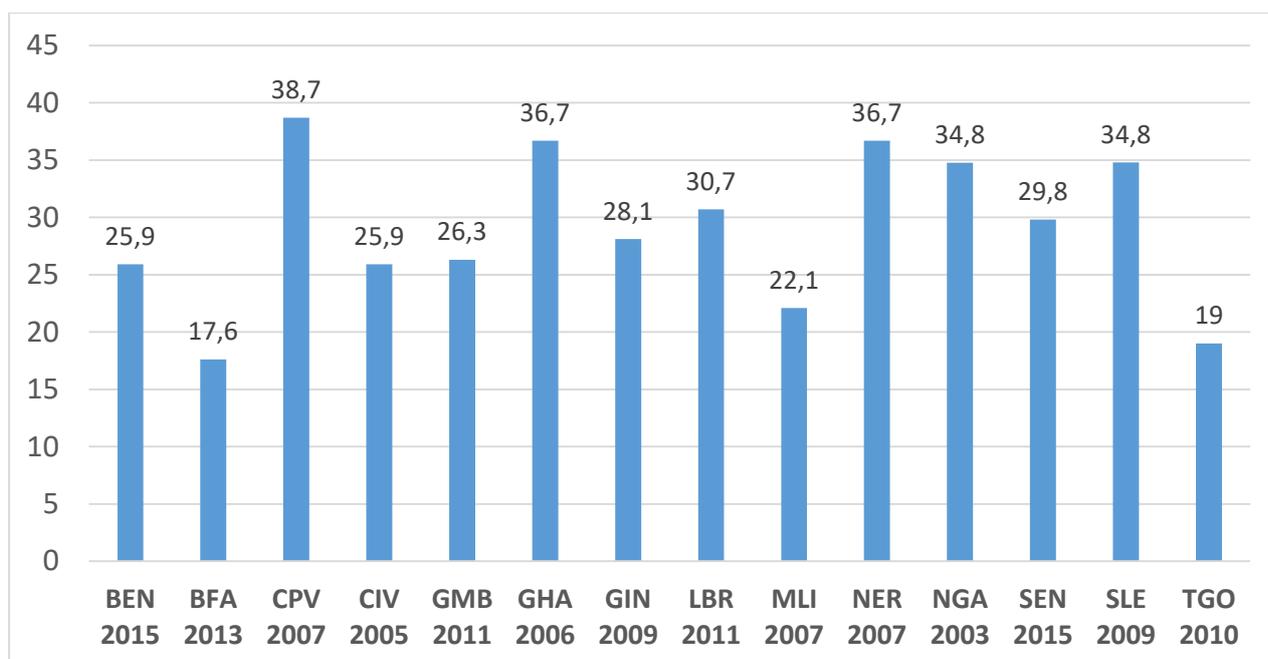


Figure 19: Prévalence de l'hypertension dans les Etats membres de la CEDEAO Source: STEPS surveys, 2003-2015

Les estimations modélisées du NCD-RisC, un Centre collaborateur de l'OMS sur la surveillance et l'épidémiologie des maladies non transmissibles, dont la coordination est assurée par l'Imperial College de Londres, montrent que la prévalence de l'hypertension normalisée selon l'âge diminue lentement ou s'est stabilisée dans la région entre 1975 et 2015.



Figure 20: Prévalence de l'hypertension normalisée selon l'âge au Ghana et au Niger, 1975-2015. Source: NID RisC (<http://ncdrisc.org/data-downloads-blood-pressure.html>)

La courbe d'évolution de l'hypertension diffère d'un pays à l'autre par exemple, il y a une tendance à la baisse et à la hausse au Ghana et au Niger respectivement (Fig. 20). En effet, le Ghana est le seul pays de la région dans lequel la prévalence chez les femmes a diminué au cours de la période. Le Burkina Faso et le Mali figurent parmi les 5 premiers pays (sur 200) dans le monde, enregistrant la plus forte augmentation de la prévalence chez les femmes au cours de cette période. Chez les hommes, il y a une augmentation de la prévalence au Burkina Faso, en Guinée, au Niger, au Mali, en Guinée-Bissau et au Cabo-Verde au cours de la période

Les principaux facteurs de l'hypertension dans la région sont l'âge avancé, le surpoids, l'obésité et le périmètre brachial.<sup>1</sup> Les femmes obèses du Bénin, du Ghana et de trois autres pays africains présentent 5,3 fois plus de risque de souffrir d'hypertension que celles dont l'indice de masse corporelle est normal.<sup>2</sup>

En moyenne, seulement 22 % environ des personnes atteintes d'hypertension connaissent déjà leur état de santé.<sup>3</sup> Moins de 10 % des hypertendus dans la région ont une tension artérielle contrôlée.<sup>4</sup> Les personnes conscientes de leur état d'hypertension sont entre autres les personnes mariées, les personnes qui ont fait des études secondaires ou supérieures, les personnes ayant une assurance maladie ou les personnes qui ont visité un établissement de santé au cours des 6 derniers mois.

### ⇒ Le Diabète

L'estimation du NCD-RisC en qui concerne la prévalence du diabète chez les hommes et les femmes en Afrique de l'Ouest se situe entre 5% et 8% Dans tous les pays, la prévalence a connu une hausse de 1999 à 2014. Les pays ayant la prévalence la plus élevée sont la Sierra Leone, le Cabo-Verde, la Gambie, le Sénégal et le Mali, tandis les pays ayant la prévalence la plus faible sont le Nigeria et le Niger. Selon une estimation du 6ème Atlas de la Fédération Internationale du Diabète (FID), la prévalence du diabète chez les adultes âgés de 20 à 79 ans dans l'espace CEDEAO était de 4,3% en 2013, allant de 1,3% au Mali à 5,5% au Cabo Verde. Cette prévalence concerne 6,3 millions d'adultes dans l'espace CEDEAO touchés en 2013. Ce nombre devrait doubler pour atteindre 13 millions en 2035, avec une prévalence légèrement plus élevée de 4,6 %.

Selon une autre estimation contenue dans le 8ème Atlas de la Fédération Internationale du Diabète (FID), la prévalence du diabète dans les pays de la CEDEAO varie de 0,8% au Bénin à 4,7% au Togo.<sup>5</sup> Treize des 15 pays de la CEDEAO avaient une prévalence  $\leq 2,0\%$ . Sur la base de ces estimations, il y a eu 3,5 millions de diabétiques et 72 000 décès liés au diabète dans les pays de la CEDEAO en 2017.

Une revue systématique d'études empiriques basées sur la population en Afrique de l'Ouest a révélé que la prévalence du diabète a connu une variation de 0,3% en Gambie en 1993 à 17,9% au Sénégal.<sup>6</sup> Une méta-analyse en 2017 a estimé une prévalence combinée de 4,1% au Nigeria et une altération de la glycémie à jeun de 5,8%. Près de 40% de personnes diabétiques n'ont pas été diagnostiquées. Cette dernière étude estime que le nombre de cas de diabète au Nigeria est passé de 874 000 en 1990 à 4,7 millions en 2015. Une autre méta-analyse publiée en 2018 a estimé la prévalence globale du diabète au Nigeria à 5,77 % (IC 95 % : 4,3-7,1).

<sup>1</sup> Amugsi DA, Dimbuene ZT, Asiki G, Kyobutungi C. Quantile regression analysis of modifiable and non-modifiable drivers' of blood pressure among urban and rural women in Ghana. Scientific reports. 2018; 8 (1):8515. Epub 2018/06/06. doi: 10.1038/s41598-018-26991-4

<sup>2</sup> Yaya S et al. Differentials in prevalence and correlates of metabolic risk factors of non-communicable diseases among women in sub-Saharan Africa: evidence from 33 countries. BMC Public Health. 2018 Oct 11;18(1):1168

<sup>3</sup> Adeloye D, Basquill C. Estimating the prevalence and awareness rates of hypertension in Africa: a systematic analysis. PLoS One. 2014;9(8):e104300

<sup>4</sup> Bosu WK. The prevalence, awareness, and control of hypertension among workers in West Africa: a systematic review. Glob Health Action. 2015; 8:26227. Epub 2015/01/28. Doi: 10.3402/gha.v8.26227. PubMed PMID: 25623611; PubMed Central PMCID: PMC4306751.

<sup>5</sup> <https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=1405&task=download>

<sup>6</sup> Sundufu AJ, Bockarie CN, Jacobsen KH. The prevalence of type 2 diabetes in urban Bo, Sierra Leone, and in the 16 countries of the West Africa region. Diabetes/Metabolism Research and Reviews. 2017; 33(7): n/a-n/a. doi: 10.1002/dmrr.2904.

<sup>7</sup> Adeloye D, Ige JO, Aderemi AV, Adeleye N, Amoo EO, Auta A, et al. Estimating the prevalence, hospitalisation and mortality from type 2 diabetes mellitus in Nigeria: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2017; 7(5):e015424. Epub 2017/05/13. Doi: 10.1136/bmjopen-2016-015424.

Dans neuf pays dont l'enquête STEPS comportait des mesures biochimiques, la prévalence du diabète a varié considérablement entre 2,6% au Togo et 22,5% au Niger (Fig 22). Ces études ne peuvent cependant pas être comparées avec précision car elles ont été réalisées à différentes dates dans des pays et avec des populations d'étude différentes.

### ⇒ **Surpoids / obésité**

Dans l'analyse des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) publiées en 2018, il est apparu que la prévalence du surpoids ou de l'obésité chez les femmes au Ghana (40,7%) et au Togo (31,4%) s'est classée respectivement au troisième et dixième rang des plus élevés sur 33 pays d'Afrique subsaharienne<sup>8</sup> En revanche, la prévalence chez les femmes au Burkina Faso est classée parmi les plus faibles. En 2018, une analyse d'au moins trois séries d'enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) menées entre 1991 et 2014 auprès de femmes non enceintes dans 24 pays africains a montré qu'il existait, selon les statistiques, des tendances à la hausse importantes de la surcharge pondérale dans 17 pays et de l'obésité dans 13 pays.<sup>9</sup> Dans les neuf pays de la CEDEAO inclus, selon les statistiques, la tendance à la hausse significative de la surcharge pondérale et de l'obésité a été observée dans cinq et six pays respectivement. Les taux d'obésité ont doublé au Bénin, au Niger et en Côte d'Ivoire et triplé au Burkina Faso et au Mali au cours des périodes étudiées. Au Ghana et au Niger, plus de 40% des femmes étaient en surpoids ou obèses lors des dernières séries d'EDS, un chiffre qui est parmi les plus élevés du continent africain.

Une méta-analyse récente qui a regroupé la prévalence de 43 études publiées jusqu'en mars 2016 a confirmé que près de 43% des adultes ghanéens étaient en surpoids ou étaient obèses.<sup>10</sup>

### ⇒ **Le Cancer**

Sur la base des données des registres du cancer, le Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS estime qu'il y a eu 226 608 nouveaux cas de cancer et 151 319 décès dus au cancer dans l'espace CEDEAO en 2018. Les types de cancer les plus fréquents dans la région, par ordre décroissant, sont ceux du sein, du col de l'utérus, de la prostate, du foie, du colorectum, du lymphome non hodgkinien, de l'estomac et des ovaires.<sup>11</sup>

Au niveau des pays, la proportion de nouveaux cas de cancer dus au cancer du sein a varié de 6,8% en Gambie à 25,1% en Sierra Leone (Fig. 23). Pour le cancer du col de l'utérus, la proportion est passée de 6,3% au Niger à 26,1% en Gambie. Pour le cancer du foie, elle a varié de 3,7% au Bénin à 45,2% en Gambie. Pour le cancer de la prostate, elle a varié entre 2,0% au Niger et 17,2% en Côte d'Ivoire.

Une méta-analyse réalisée en 2018 a estimé que l'incidence du cancer du sein en Afrique de l'Ouest d'après les registres du cancer de la population, est de 24,2 pour 100 000 habitants.<sup>12</sup> Par ailleurs,

<sup>8</sup> Yaya S, Ekholuenetale M, Bishwajit G. Differentials in prevalence and correlates of metabolic risk factors of non-communicable diseases among women in sub-Saharan Africa: evidence from 33 countries. *BMC Public Health*. 2018; 18(1):1168.

<sup>9</sup> Amugsi DA, Dimbuene ZT, Mberu B, Muthuri S, Ezech AC. Prevalence and time trends in overweight and obesity among urban women: an analysis of demographic and health surveys data from 24 African countries, 1991-2014. *BMJ Open*. 2017; 7(10):e017344. Epub 2017/10/29. Doi: 10.1136/bmjopen-2017-017344.

<sup>10</sup> Ofori-Asenso R, Agyeman AA, Laar A, Boateng DJBPH. Overweight and obesity epidemic in Ghana—a systematic review and meta-analysis. *2016;16(1):1239*. doi: 10.1186/s12889-016-3901-4.

<sup>11</sup> <http://gco.iarc.fr/>

<sup>12</sup> Adeloje D, Sowunmi OY, Jacobs W, David RA, Adeosun AA, Amuta AO, et al. Estimating the incidence of breast cancer in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Journal of global health*. 2018;8(1):010419. Epub 2018/05/10. doi: 10.7189/jogh.08.010419.

l'incidence du cancer du sein est passée de 23,1 pour 100 000 à 26,3 pour 100 000 entre 2000 et 2015 en Afrique. En général, le cancer du sein touche les femmes plus jeunes qu'on ne le croit.

Dans plus de 80 % des cas, l'âge moyen au moment du diagnostic est inférieur à 50 ans. Environ 53% des patientes atteintes d'un cancer du sein se présentent tardivement au stade III/IV en Afrique. Le délai entre l'apparition des symptômes et la déclaration est de 8 à 12 mois. Une revue systématique récente basée sur des études menées au Ghana, au Nigeria, au Kenya, en Libye et en Égypte a identifié les interprétations négatives qui contribuent à une présentation tardive des femmes atteintes du cancer du sein, en milieu hospitalier. Ce sont entre autres la peur, la croyance en la médecine alternative, les relations et réseaux sociaux, le manque de confiance dans la médecine conventionnelle, et le manque d'accès aux soins de santé.<sup>13</sup>

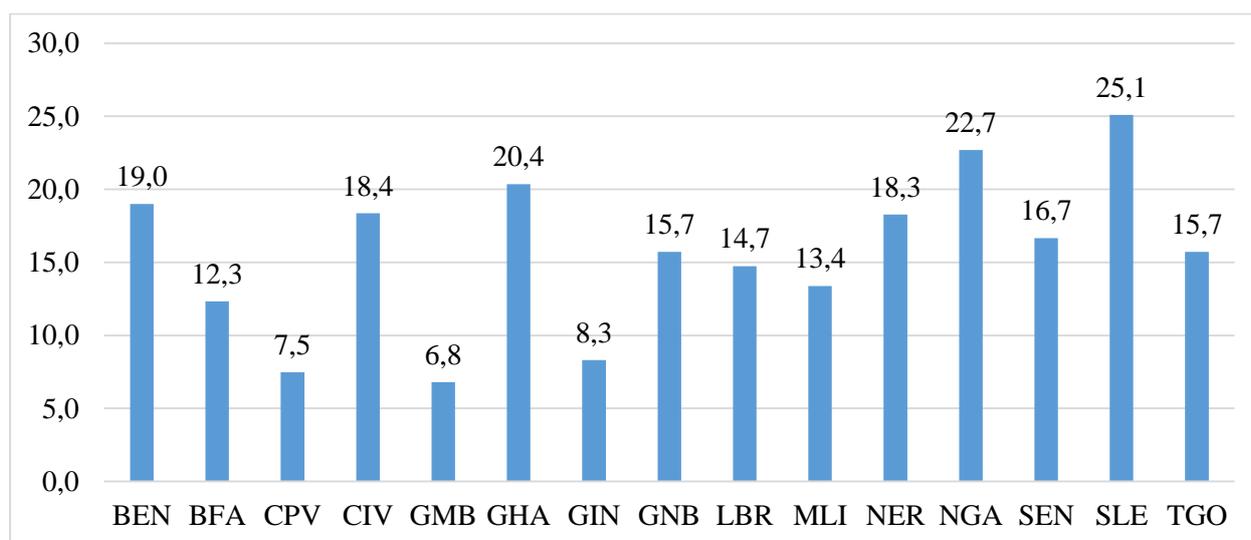


Figure 21 : Pourcentage du total des nouveaux cas de cancers dus au cancer du sein en 2018 dans l'espace CEDEAO  
Source: OMS / CIRC Fr 2018

### ⇒ La Situation nutritionnelle

Il y a des avancées, quoique lentes, dans la réalisation des objectifs nutritionnels mondiaux et des objectifs stratégiques de développement durable. L'indice de la faim dans le monde (GH) est calculé en tenant compte de la sous-alimentation infantile, de l'émaciation, du retard de croissance et de la mortalité des moins de cinq ans. Les résultats sont présentés sur une échelle de gravité de l'IGS de 100 points, où 0 est le meilleur score (pas de faim) et 100 est le pire. En 2018, les scores de l'IGS allaient de 15,2 au Ghana à 35,7 en Sierra Leone (Fig 22).

<sup>13</sup> Donkor A, Lathlean J, Wiafe S, Vanderpuye V, Fenlon D, Yarney J, et al. Factors contributing to late presentation of breast cancer in Africa: a systematic literature review. 2015;8(2.2):1-10

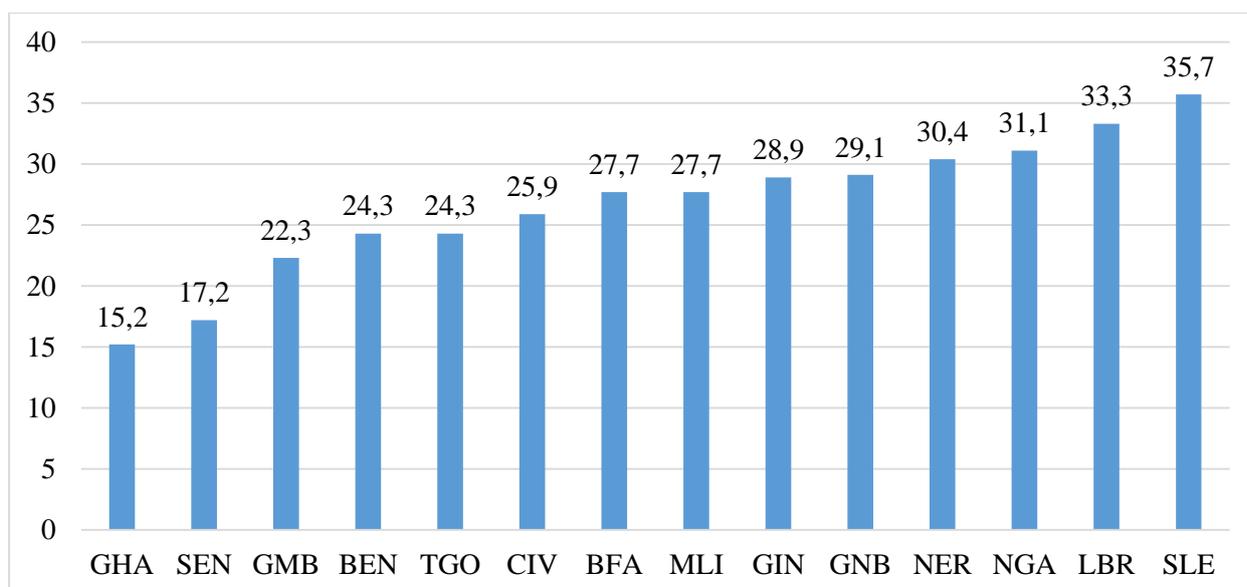


Figure 22: Indice de la faim 2018 classé du plus bas (meilleur) au plus haut dans l'espace CEDEAO. Source: <https://www.globalhungerindex.org/results/>

Fin 2018, le Rapport mondial sur la nutrition montre que le nombre de pays de la CEDEAO en voie d'atteindre les objectifs était de trois (Côte d'Ivoire, Ghana, Liberia) pour le retard de croissance, deux (Benin, Ghana) pour l'émaciation, sept (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée-Bissau, Nigeria, Senegal, Sierra Leone) pour le surpoids des enfants et huit (Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, The Gambia, Guinea, Guinée-Bissau, Mali, Sierra Leone) pour l'allaitement exclusif (tableau 1). Aucun pays n'était en passe d'atteindre les objectifs relatifs à l'anémie chez les femmes en âge de procréer (WIRA), à l'obésité chez les personnes adultes, au diabète chez les personnes adultes.

La prévalence de l'anémie dans la région WIRA variait entre 33,3% au Cabo-Verde et 57,5% en Gambie. La prévalence était supérieure à 40% dans tous les pays de la CEDEAO à l'exception du Cabo Verde et du Libéria. La couverture de quatre visites prénatales ou plus varie avec du personnel qualifié entre 34 % au Burkina Faso et 87 % au Ghana. Moins de la moitié des femmes enceintes au Burkina, en Côte d'Ivoire, au Mali, au Niger et au Sénégal sont allées en consultations prénatales au moins 4 fois.

La prévalence du retard de croissance des moins de cinq ans dans l'espace CEDEAO est la plus élevée au Nigeria, au Niger et en Sierra Leone et la plus faible au Ghana (Fig. 23). La prévalence de l'insuffisance pondérale infantile est la plus élevée au Nigeria, au Niger et au Mali. On observe une tendance à la baisse dans les pays où la prévalence est la plus élevée. Au Burkina Faso, par exemple, la prévalence du retard de croissance chez les enfants est passée de 35,1% en 2009 à 21,2% en 2017. Au Nigeria, il est passé de 41 % en 2008 (DHS) à 36 % en 2011 (MICS), 32 % en 2014 (NNHS) et 33 % en 2015 (NNHS 2015). La prévalence de l'émaciation sévère chez les enfants se situe entre 0,7% au Ghana et 4,3% en Gambie.

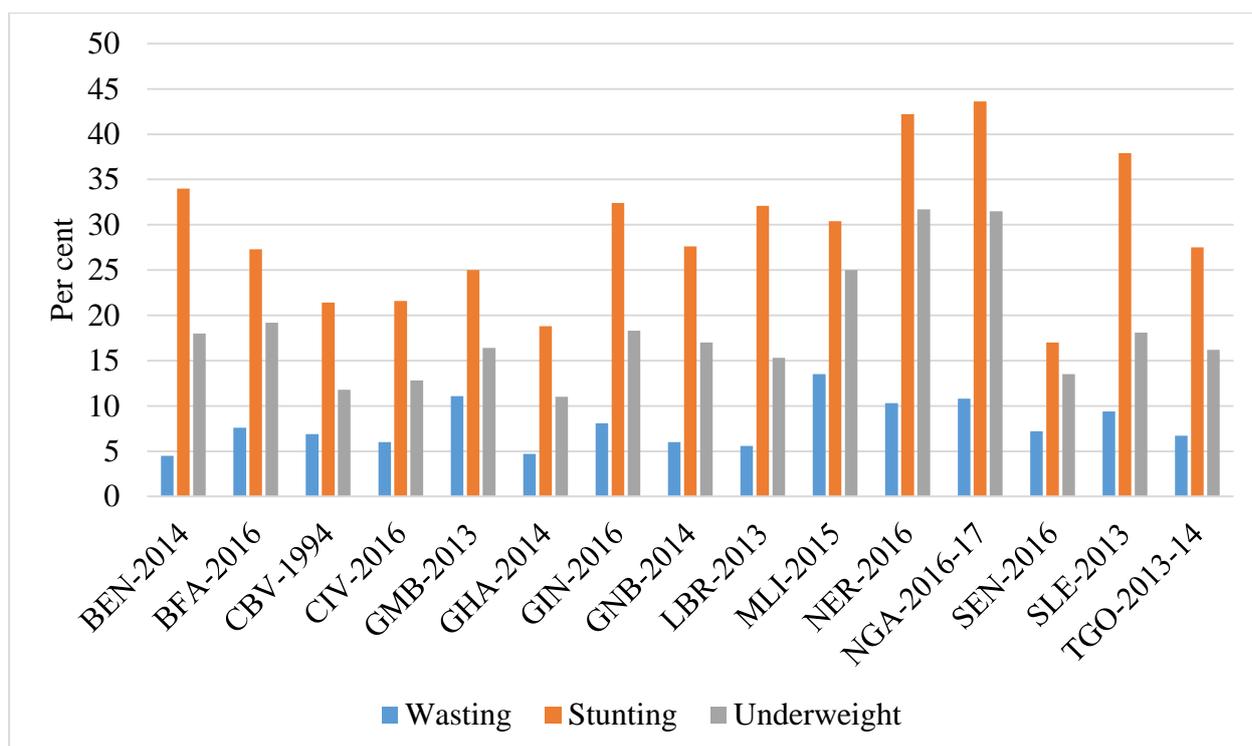


Figure 23: Prévalence du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale et de l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans dans l'espace CEDEAO ; Source: Global Nutrition Report 2018 and DHS reports

Les carences en micronutriments restent un problème majeur chez les femmes enceintes et les enfants dans l'espace CEDEAO. Cependant la réponse n'est pas adéquate. Dans les enquêtes de l'EDS, 3 % à 21 % des femmes déclarent ne pas avoir pris de comprimés ou de sirop de fer pendant leur dernière grossesse. Parmi celles qui ont pris des suppléments de fer, seulement 25 % à 63 % en ont pris pendant un nombre de jours  $\geq 90$ . La proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu deux doses complètes de suppléments de vitamine A de 9 % au Togo à 99 % au Burkina Faso, au Mali et en Sierra Leone (Fig. 24).

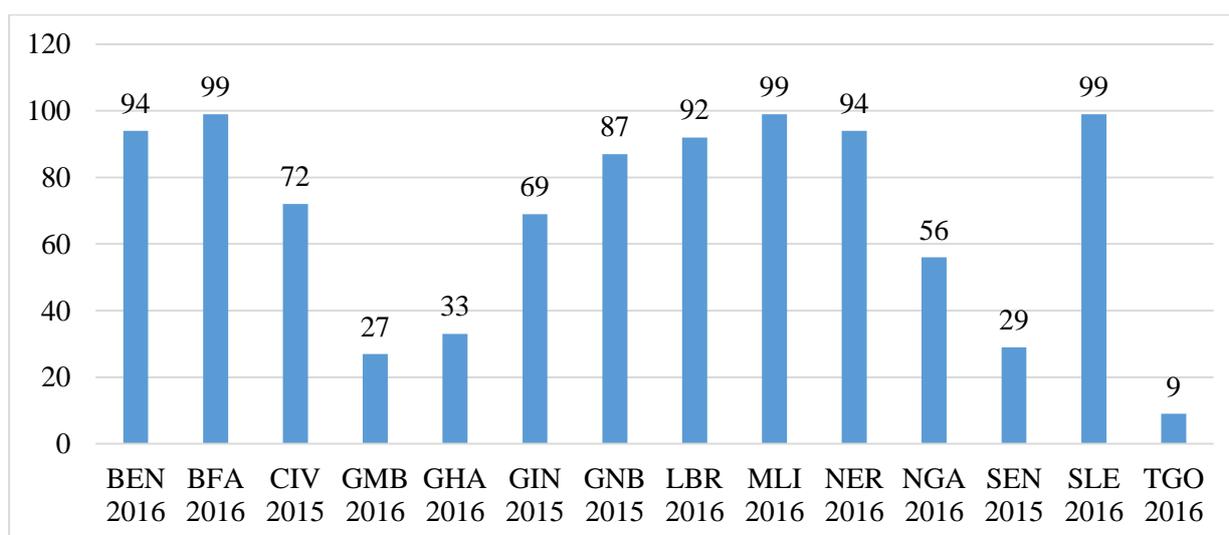


Figure 24: Supplémentation en vitamine A avec deux doses complètes chez les enfants dans l'espace CEDEAO  
Source: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-malnutrition-2018/>

Les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant restent inadéquates, moins de 10 % des enfants de la région ayant reçu le régime alimentaire minimum acceptable.

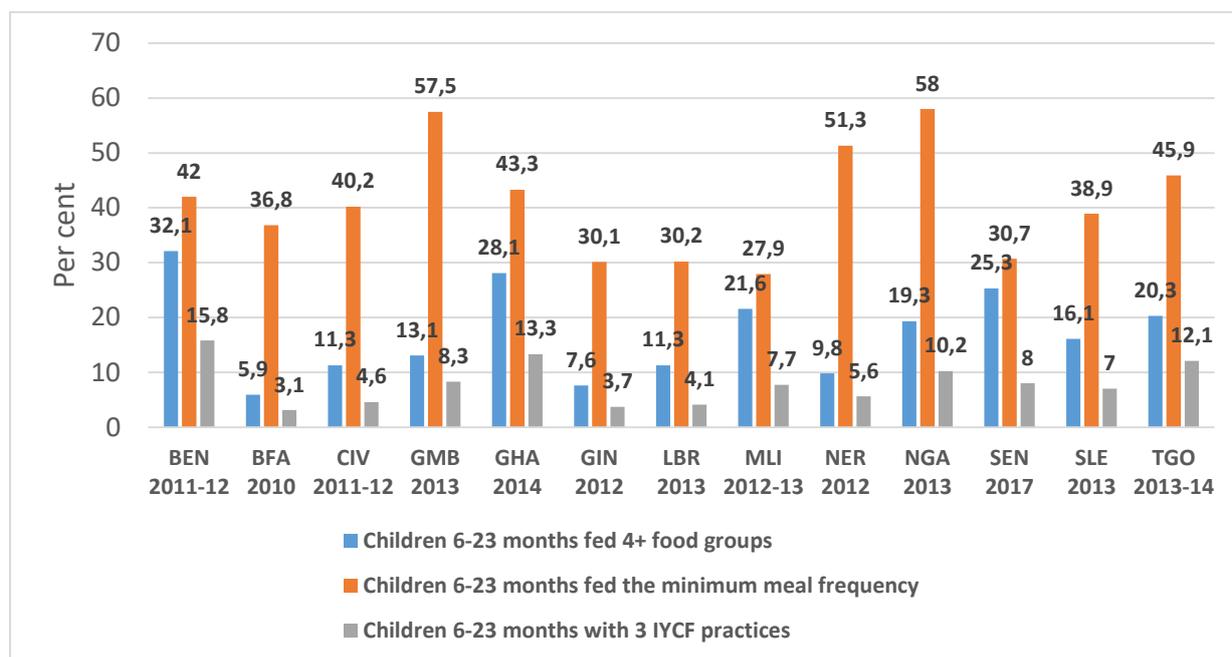


Figure 25: Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans la région. Source: The DHS Program STAT compiler. <http://www.statcompiler.com>.

## I.2. La santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents, des jeunes et des personnes âgées

### I.2.1. La santé de la mère et du nouveau-né

#### I.2.1.1. Décès maternels

Les décès maternels sont notifiés de manière hebdomadaire ou mensuelle à l'OOAS à travers la plateforme régionale de partage d'information.

En 2018, à l'exception de Cabo Verde et du Nigéria pour lesquels il manque des données, les treize (13) autres pays de la CEDEAO ont notifié un total de 5167 décès maternels en milieu de soins, contre un total de 5092 de décès notifiés en 2017 par l'ensemble des 15 pays. On note une augmentation du nombre de décès en 2018 (fig.26). Bien que sous-estimées, ces informations montrent que les décès maternels restent un des principaux problèmes de santé publique dans la région avec une moyenne hebdomadaire de 100 décès maternels.

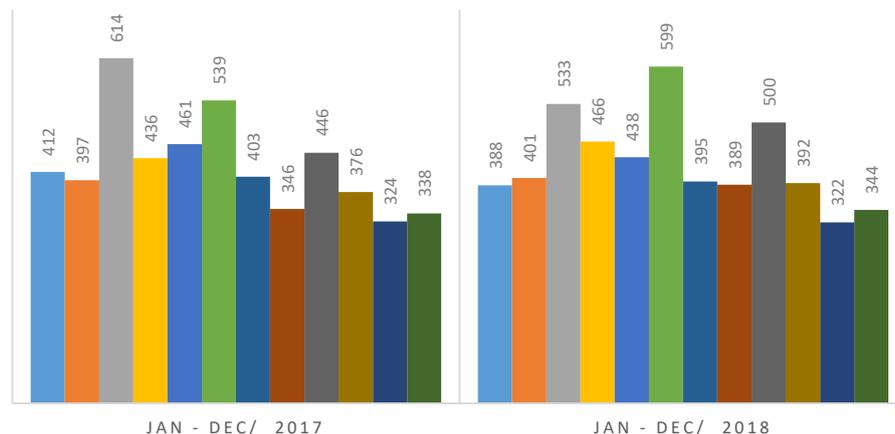


Figure 26: Cas de décès maternels notifiés par l'ensemble des pays de la CEDEAO par mois, 2017/2018. Source : Plateforme régionale de partage d'informations

Les principales causes de décès rapportées étaient l'anémie du post-partum, l'éclampsie et l'hémorragie du post-partum, la rupture utérine, la septicémie, l'obstruction du travail et la complication anesthésique. On note aussi que les risques de décès maternel sont les plus élevés pendant le travail, l'accouchement et dans les jours suivants celui-ci.

Ces causes corroborent l'importance d'une assistance qualifiée lors de l'accouchement et le suivi des soins post-natals, afin de réduire significativement le risque de décès maternel. Toutefois, la présence de personnel qualifié à l'accouchement ne saurait être la seule stratégie permettant de

réduire les niveaux de mortalité maternelle dans les pays de la région. La mise en œuvre de stratégies permettant d'induire un changement au niveau de la santé de la mère et de l'enfant telles que l'amélioration des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et la réduction des barrières à l'accès des femmes à des soins

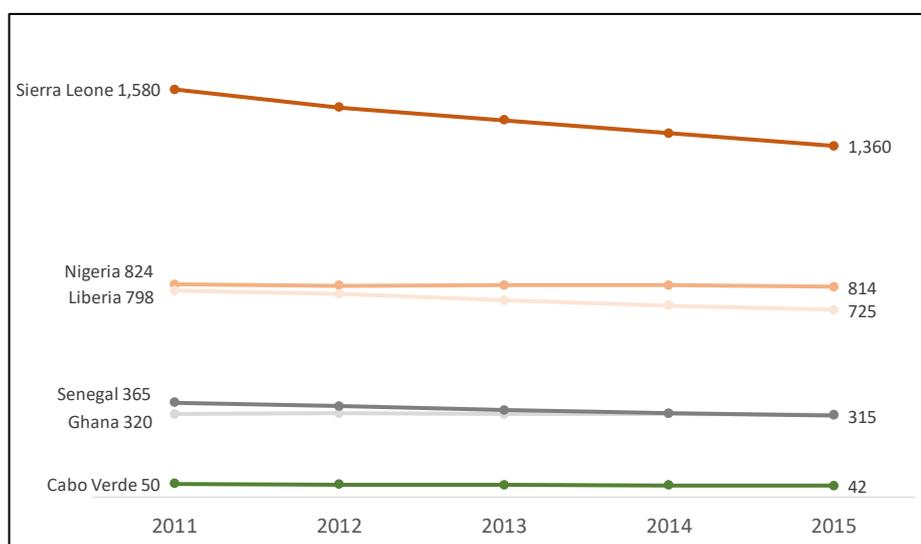


Figure 27: Evolution du taux de mortalité maternelle, 2011 – 2015 dans les pays ayant le taux de mortalité maternelle le plus élevé et ceux ayant TMM le plus bas Source: OMS

de qualité restent indispensables. Dans ce sens, plusieurs efforts ont été faits dans les pays de la région CEDEAO au nombre desquels : la gratuité des SONU, la formation des prestataires de santé aux soins obstétricaux d'urgence, le renforcement du système de soins de santé maternels, le développement d'initiatives aux niveaux communautaires pour accroître le recours des femmes aux soins prénatals et à l'accouchement assisté, l'équipement des centres de santé de matériel chirurgical pour traiter les complications et des initiatives d'incitation des prestataires de santé.

Ces efforts ont permis d'enregistrer quelques progrès, bien que peu significatifs (fig.27).

Aussi, est-il indispensable de prendre des mesures d'accès équitables aux services. Malgré les concentrations dans des grandes villes, une large majorité de la population reste rurale. Ces populations doivent être prises en compte et être au centre des interventions qui doivent produire des grands impacts dans la réduction des décès maternels. Les dernières informations disponibles dans ce sens, montrent un énorme écart entre les zones rurales et urbaines, pour ce qui concerne les accouchements assistés (fig.28).

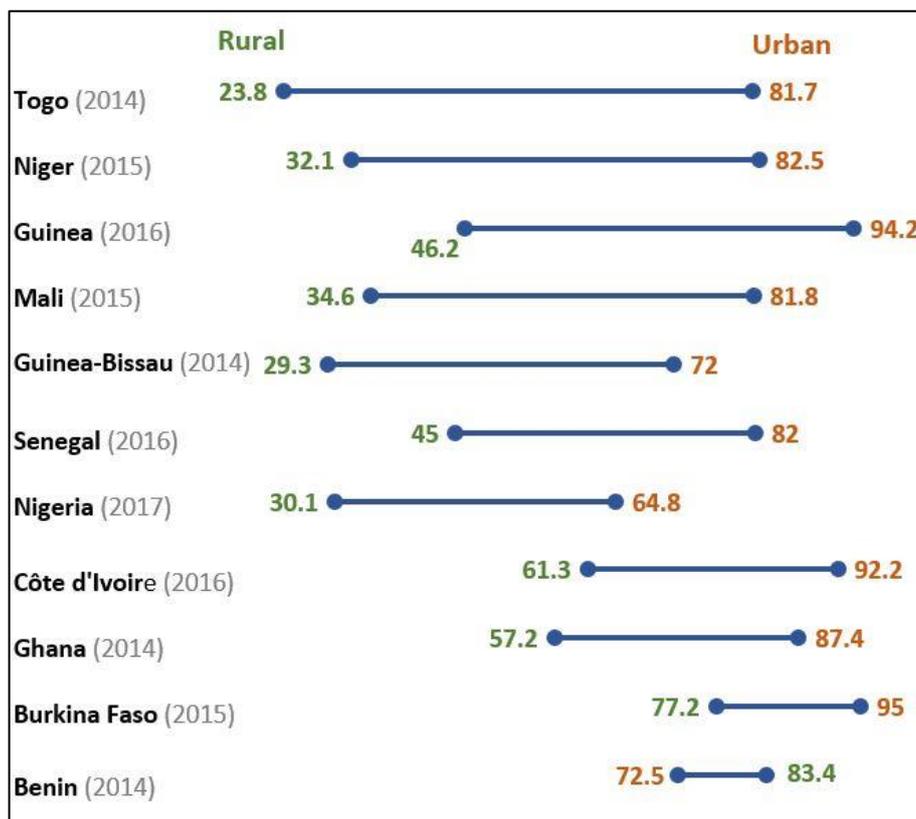


Figure 28: Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, en zone urbaine et en zone rurale Source: OMS

### I.2.1.2. La Planification familiale en Afrique de l'Ouest

Pour lutter contre la mortalité maternelle, la planification familiale est présentée comme l'une des stratégies efficaces et les mieux éprouvées. En effet, les femmes et les couples qui ont accès à la planification familiale et en particulier aux méthodes modernes de contraception sont mieux à même d'éviter les grossesses non désirées et d'espacer les naissances. Grâce à ces méthodes, les femmes ont beaucoup moins de risques de mourir en couches, ou d'être exposées à des problèmes de santé à long terme. Toutefois, les données montrent que les pays de la CEDEAO sont au niveau mondial, ceux ayant des niveaux d'utilisation de la planification familiale les plus faibles. En effet, aucun des pays n'a un taux de prévalence contraceptive supérieur à 50% et la majorité des pays ont des niveaux de prévalence contraceptive compris entre 10 et 20%. Toutefois les niveaux des besoins non-satisfaits sont importants et environ une femme sur trois a un besoin non-satisfait. Par ailleurs, les niveaux de demande totale restent faibles : moins de 40% en Guinée, au Niger, au Nigeria, en Gambie et au Mali.

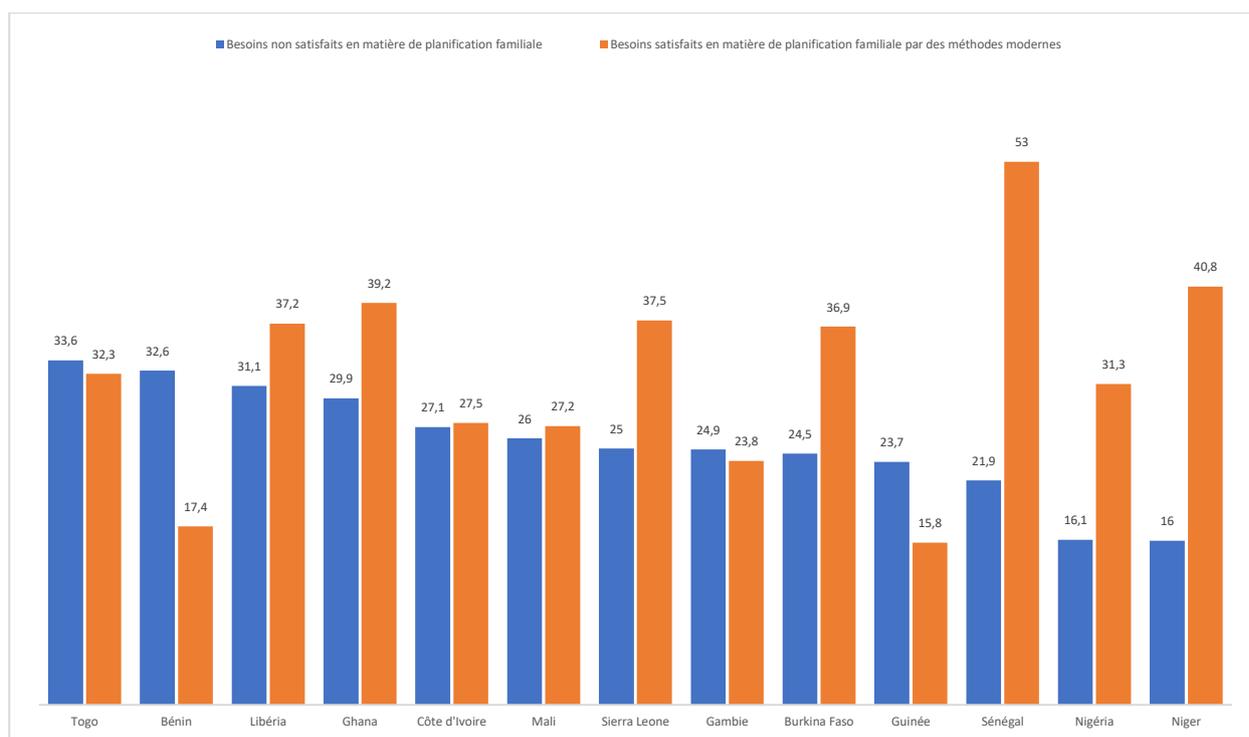


Figure 29: Besoins satisfaits et non-satisfaits en planification familiale. Source : DHS programme, statcompiler.com

### I.2.1.3. Les décès néonataux

Bien que les taux de mortalité néonatale soient élevés dans la quasi-totalité des pays de la région à l'exception du Cabo Verde, on observe une tendance à la baisse depuis 2000 dans l'ensemble des pays. Au cours de la période 2000-2017, le taux de mortalité néonatale a le plus baissé en Guinée et au Mali respectivement de 22,6 et 21,4 points. Dans la majorité des autres pays cette baisse se situe entre 10 et 19 points (Tab. 3). Toutefois, le taux de mortalité néonatale dans la majorité des pays est largement au-dessus de 12 décès pour 1000 (objectif 3 des ODD).

Tableau 3: Taux de décès néonataux

Pays	Taux de mortalité néonatale (pour 1000)			
	2000	2010	2017	Écart entre 2000-2017
Bénin	40,1	35,2	32,7	7,4
Burkina Faso	41	30,7	25,4	15,6
Cabo-Verde	17,2	14,9	10,4	6,8
Côte d'Ivoire	45,4	37,9	33,5	11,9
Gambie	40,7	32,3	27,6	13,1
Ghana	36,3	30,9	24,2	12,1
Guinée	46,7	30	24,1	22,6
Guinée Bissau	55	44,9	37,3	17,7
Libéria	44,7	29,6	25,1	19,6
Mali	56,8	40,8	35,4	21,4
Niger	43,1	31,6	26	17,1
Nigéria	48,1	38	32,9	15,2

Sénégal	38,2	26,1	20,5	17,7
Sierra Leone	50,5	41,3	33,5	17
Togo	36,1	28,9	25,4	10,7

Source: UNICEF

En 2018, un total de 9938 décès néonataux a été notifié dans la plateforme régionale par 10 pays sur les 15, avec 3590 cas au Burkina et 2604 au Bénin (Fig.30)

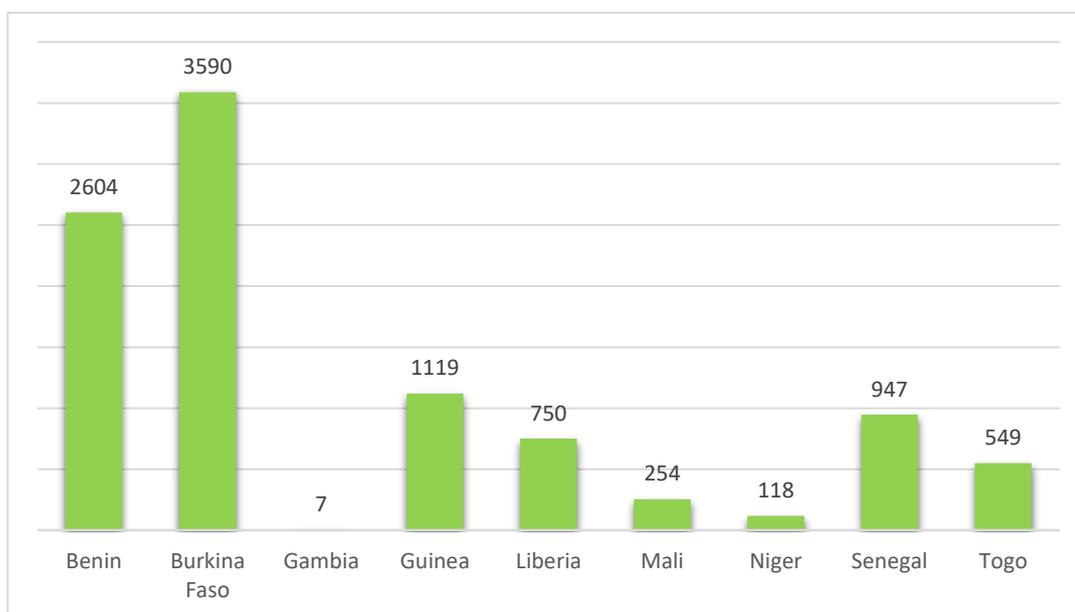


Figure 30: Nombre de cas de décès néonataux notifiés en 2018 selon le pays. Source : Plateforme régionale de partage d'informations

## I.2.2. La santé de l'enfant, de l'adolescent, du jeune et de la personne âgée

### I.2.2.1. La situation de la santé de l'enfant

Avec les efforts conjugués des pays et de leurs partenaires, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a diminué de plus de moitié de 1990 à 2015. Mais malgré ces progrès, seulement trois pays de la CEDEAO (Cap Vert, Liberia et Niger) ont pu réaliser l'OMD4 qui préconisait la réduction d'au moins deux tiers, la mortalité infanto-juvénile, entre 1990 et 2015. Ainsi la mortalité des enfants de moins de 5 ans continue d'être une préoccupation pour notre région.

Pour pouvoir atteindre l'ODD3 relatif à la santé de l'enfant (mettre fin aux décès évitables des enfants et réduire à moins de 25 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes avant 2030), il nous faudra capitaliser les progrès enregistrés à la faveur des OMD et mettre davantage l'accent sur des interventions ayant fait leur preuve et les passer à grande échelle.

Les interventions à haut impact sur la santé de l'enfant comportent, entre autres, l'accès équitable à l'eau potable, aux conditions d'hygiène, aux infrastructures d'assainissement adaptées, à une bonne nutrition, à une couverture optimale en prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et l'accès universel à la vaccination.

La vaccination demeure de tous les temps l'une des interventions de santé publique les plus coût-efficaces. Malgré cela, l'accès universel à la vaccination voulue par les ministres africains à travers la Déclaration d'Addis de février 2016 est encore loin d'être une réalité dans notre région. Ainsi,

nous assistons à la stagnation, voire au déclin de la couverture vaccinale qui devrait être d'au moins 90%.

### **I.2.2.2. La situation sanitaire des adolescents et jeunes**

Le poids démographique des adolescents et des jeunes ainsi que les problèmes et besoins spécifiques de santé auxquels ils sont confrontés nécessitent qu'une attention particulière leur soit accordée. La génération actuelle de jeunes de 10 à 24 ans est d'un peu moins de 1,8 milliard d'individus, sur une population mondiale de 7,3 milliards d'habitants. Près de 90% de ces jeunes vivent dans les pays en développement.

Avec plus de 350 millions d'habitants, la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) compte plus de 33% de jeunes âgés de 10 à 24 ans.

L'analyse de la situation de la santé des adolescents et jeunes (SAJ) réalisée en 2015 par l'OOAS a suffisamment décrit l'état de santé de cette cible dans la région. La situation n'a pas trop changé en 2018. Elle est caractérisée, entre autres par :

- le fait que trop d'adolescents continuent d'être négligés, d'être victimes, de mourir et de souffrir inutilement de causes évitables ;
- de nouvelles infections au VIH en augmentation (2<sup>ème</sup> cause de mortalité) chez les adolescents;
- un taux de fécondité élevé (115 p 1000, soit plus de deux fois le niveau moyen global) chez les adolescentes, avec des grossesses précoces non désirées, source d'un taux d'avortement à risque élevé (26 p1000, contre 9 p1000 en Asie sans l'Asie de l'Est)
- l'usage de substances psychoactives (tabac (18%), alcool, drogue, ...)
- la mort violente (AVP, suicide, violence interpersonnelle, ...)

### **I.2.2.3. La santé des personnes âgées**

La vieillesse et les personnes âgées constituent un véritable enjeu de Santé Publique, dont nos sociétés découvrent le poids et l'influence socio-économique actuels avec les implications par rapport aux systèmes de soins.

A la faveur des progrès technologiques, économiques (bien que lents) et des sciences médicales, le poids démographique (de même que le nombre) de personnes âgées augmentent d'année en année et de manière assez rapide dans l'espace CEDEAO, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Ainsi, le nombre total de personnes âgées dans l'espace CEDEAO passera de 16 702 328 en 2017 à 53 100 234 en 2050, puis à 253 320 473 en 2100, selon les projections des mêmes sources.

Les 15 pays de l'Afrique de l'ouest regroupés au sein de la CEDEAO vont faire face à un défi de santé et de développement qu'est le vieillissement rapide de la population dont le corollaire sera à n'en pas point douter les coûts élevés de la prise en charge médicale des personnes âgées. Cette cible que constituent les personnes âgées doit être prise en charge au même titre que les enfants et les jeunes et ne doit pas être négligée.

L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) a procédé à l'analyse de la situation de la santé des personnes âgées des pays membres de la CEDEAO en vue de contribuer à l'amélioration de leur prise en charge socio-sanitaire dans la région.

Cette analyse situationnelle a dégagé un profil épidémiologique caractérisé par la transition épidémiologique avec la persistance de maladies infectieuses et l'émergence des maladies chroniques non transmissibles.

Ces maladies chroniques non transmissibles sont dominées par les pathologies cardio-vasculaires avec en tête l'hypertension artérielle suivie du diabète, puis viennent les pathologies oculaires, ostéo-articulaires et les troubles cognitifs.

La mortalité est liée aux accidents vasculaires cérébraux (AVC), au choc septique, au paludisme et au cancer.

**Tableau 4: Poids (en %) des personnes âgées de 60 ans et plus des pays de la CEDEAO de 2017 à 2095**

Pays	Bénin	Burkina Faso	Cabo-Verde	Côte d'Ivoire	Gambie	Ghana	Guinée	Guiné-Bissau	Libéria	Mali	Niger	Nigéria	Sénégal	Sierra Leone	Togo
<b>2017</b>	5	3,9	6,9	4,8	3,8	5,3	5,2	4,9	4,9	4,0	4,2	4,5	4,7	4,2	4,6
<b>2020</b>	5,1	3,9	7,3	4,8	3,9	5,5	5,3	5,0	5,0	3,9	4,2	4,5	4,7	4,2	4,7
<b>2025</b>	5,3	4,1	8,8	4,9	4,2	5,9	5,4	5,1	5,3	3,8	4,3	4,6	4,9	4,3	5,0
<b>2030</b>	5,6	4,4	10,2	5,0	4,5	6,5	5,6	5,3	5,7	4,0	4,2	4,8	5,3	4,7	5,4
<b>2035</b>	6,0	4,8	11,4	5,2	4,8	7,3	5,8	5,7	6,2	4,4	4,0	5,1	5,8	5,2	6,0
<b>2040</b>	6,4	5,3	12,9	5,5	5,3	8,1	6,2	6,3	6,8	4,8	4,0	5,5	6,5	5,9	6,7
<b>2045</b>	6,9	5,9	15,3	5,9	5,8	8,9	6,8	7,2	7,5	5,2	4,0	6,0	7,4	6,7	7,4
<b>2050</b>	7,4	6,5	18,2	6,3	6,4	9,8	7,6	8,1	8,2	5,6	4,1	6,4	8,3	7,6	8,1
<b>2055</b>	8,1	7,1	21,3	6,9	7,1	10,6	8,5	9,1	8,9	6,1	4,2	6,9	9,2	8,5	8,6
<b>2060</b>	8,9	7,9	24,0	7,6	8,0	11,5	9,6	9,9	9,9	6,7	4,7	7,4	10,0	9,5	9,2
<b>2065</b>	9,7	8,8	26,2	8,3	9,0	12,4	10,7	10,7	11,2	7,7	5,3	8,2	10,9	10,8	10,1
<b>2070</b>	10,5	9,9	28,0	8,9	10,2	13,4	12,0	11,7	12,4	8,9	6,0	9,2	12,1	12,3	11,1
<b>2075</b>	11,4	11,1	29,6	9,6	11,6	14,7	13,3	12,9	13,7	10,1	6,8	10,2	13,5	13,6	12,1
<b>2080</b>	12,3	12,3	31,1	10,4	13,0	15,8	14,6	14,1	15,0	11,4	7,7	11,3	14,8	14,9	13,0
<b>2085</b>	13,2	13,5	32,5	11,3	14,3	16,9	16,0	15,3	16,3	12,7	8,8	12,4	16,0	16,1	13,8
<b>2090</b>	14,1	14,7	33,6	12,1	15,7	17,9	17,4	16,4	17,6	14,2	9,9	13,6	17,3	17,3	14,7
<b>2095</b>	15,0	16,0	34,6	13,0	17,0	19,0	18,8	17,5	19,0	15,6	11,1	14,8	18,5	18,4	15,6

**Source:** Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2017). Perspectives de la population mondiale La révision de 2017.

## II. BILAN DES REALISATIONS DE L'ANNEE 2018

Ce chapitre vise à rendre compte de la mise en œuvre des réalisations au cours de l'année 2018 notamment, l'état de mise en œuvre des recommandations de la 19<sup>ème</sup> Session de l'Assemblée des Ministres de la Santé de la CEDEAO, des activités de pilotage menées par la Direction Générale de l'OOAS et de l'exécution des programmes prioritaires.

### II.1. Etat de mise en œuvre des principales recommandations de la 19<sup>ème</sup> session de l'Assemblée des Ministres de la Santé de la CEDEAO

La dix-neuvième session ordinaire de l'Assemblée des Ministres de la Santé de la CEDEAO tenue en juin 2018 à Banjul avait formulé trois (3) recommandations à l'endroit de l'OOAS. L'état de la mise en œuvre de celles-ci est résumé dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 5: Etat de mise en œuvre des recommandations de la 19<sup>ème</sup> AMS**

Recommandations	Etat d'exécution	Actions entreprises
Elaborer et mettre à la disposition des Ministères de la Santé un canevas de rapport à utiliser pour la passation de service des Points Focaux.	Mise en œuvre	Canevas élaboré et sera présenté aux différentes réunions de l'AMS
Préparer et de soumettre à la prochaine Assemblée des Ministres de la Santé une communication relative au problème de santé publique que constituent au sein de la région les accidents de la circulation routière.	Mise en œuvre	Présentation préparée et inscrite à l'ordre du jour de l'AMS
Assurer un suivi de la mise en œuvre par les pays de toutes les résolutions adoptées par l'Assemblée de Ministres.	En cours de mise en œuvre	L'OOAS envisage élaborer un répertoire des résolutions à transmettre aux pays pour faire le point de la mise en œuvre

### II.2. Activités de pilotage

A l'instar des années précédentes, en 2018, la Direction Générale de l'OOAS a mené des activités visant à renforcer le positionnement de l'Institution au niveau régional et international, le plaidoyer sur les questions essentielles de santé, le partenariat stratégique et la mobilisation des ressources. C'est dans ce cadre que la direction générale a participé aux réunions statutaires de la Communauté et entrepris des visites auprès des Autorités Politiques des Etats membres et des partenaires techniques et financiers.

#### II.2.1. Réunions statutaires :

La Direction générale a participé à toutes les sessions ordinaires de la Conférence des chefs d'État et de gouvernement, du Conseil des ministres, de l'Assemblée des ministres de la santé, de la réunion du Conseil de médiation et de sécurité de la CEDEAO et des sessions du Comité Administratif et Financier.

## **II.2.2 Réunions avec les autorités politiques des États membres :**

La Direction générale de l'OOAS s'est rendue dans tous les pays en 2018, à l'exception de la Guinée qui est prévue pour mai 2019. Au cours de ces visites, la DG y a rencontré de nombreuses autorités politiques (chefs d'Etat, présidents de parlement, ministres, chefs d'institutions...). Les échanges ont porté, entre autres, sur les points suivants :

- les échanges et recueil d'orientations politiques sur les questions prioritaires de santé des pays de la région;
- la prise de contact avec les responsables ministériels nouvellement nommés ;
- l'information sur les activités de l'OOAS ;
- le plaidoyer sur les questions essentielles de santé, y compris le financement ;
- la mise en œuvre des résolutions et décisions communautaires sur la santé.

## **II.2.3 Rencontre avec les partenaires techniques et financiers**

Dans le cadre de son mandat visant à rechercher collectivement et stratégiquement des solutions aux problèmes de santé de la région, l'OOAS a poursuivi et intensifié sa collaboration avec les partenaires techniques et financiers. Le Directeur Général a pour ce faire entrepris plusieurs visites et engagé également des séances de vidéo-conférences, des échanges téléphoniques et par Skype.

## **II.3. Résultats de l'exécution des programmes prioritaires**

Le plan d'action annuel a prévu deux cent cinquante-huit (258) activités pour un budget de 40 625 810 UC dont 26 150 569 UC mobilisés. Au 31 décembre 2018, le taux physique de réalisation était de 78%, avec un taux d'exécution financière de 81.77% soit 21 382 862 UC. Les principaux résultats enregistrés portent sur les 13 programmes prioritaires et se déclinent comme suit :

### **II.3.1. Information sanitaire et recherche pour la santé**

L'objectif général de ce programme est d'améliorer la production, la diffusion, l'utilisation des informations et de la recherche en santé dans l'espace CEDEAO. Les actions menées dans la communauté au titre de l'année 2018 ont permis d'enregistrer les résultats ci-après :

- Renforcement des capacités en méthodologie de recherche de dix-huit (18) jeunes chercheurs;
- Renforcement des capacités de cinquante-cinq (55) gestionnaires des données des SNIS des pays de l'espace CEDEAO à l'utilisation de la plateforme régionale de partage d'informations sur les maladies à potentiel épidémique dans le contexte de l'approche Une Seule Santé;
- Formation de vingt (20) gestionnaires des systèmes d'information sanitaire de 10 pays de la CEDEAO (Bénin, Burkina Faso, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée,

Guinée-Bissau, Mali, Niger, Sénégal) sur les nouveaux modules du système d'information sanitaire de routine ;

- Formation de quinze (15) cadres du Ministère de la santé de la Gambie à la revue de la qualité des données à l'aide du module DQR du DHIS2;
- Formation de vingt-quatre (24) administrateurs des entrepôts nationaux de données sanitaires en gestion et déploiement des Serveurs DHIS2 afin de rendre les pays indépendants dans la gestion des bases de données intégrées ;
- Formation de trente et un (31) administrateurs des bases de données en intégration et interopérabilité de différentes bases des données selon le concept « Une seule Santé » ;
- Appui technique à quatre (4) pays (Gambie, Guinée Bissau, Guinée et Sierra Leone) sur l'utilisation du module d'évaluation de la qualité de données du DHIS2.
- Réalisation d'un film documentaire sur l'Initiative Canadienne « Innovation pour la Santé des Mères et des enfants d'Afrique » ;
- Publication de 13 bulletins épidémiologiques hebdomadaires ;
- Fournir une assistance technique aux plates-formes nationales de SIS sur la plate-forme DHIS2 et par rapport à la gestion des serveurs (Bénin, Burkina Faso, Nigeria, Togo) ;
- Appui technique et financier au Cabo Verde pour la migration vers la plate-forme DHIS2 pour la gestion des données du SNGIS ;
- Renforcement des capacités de trente (30) chercheurs et analystes des politiques de santé en analyse des données et communication des résultats de la santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile à partir des enquêtes démographiques et sanitaires ;
- Appui technique et financier au Burkina pour la mise en place d'un site pilote de télésanté basé sur le téléphone portable MH (Mobile Health) ;
- Renforcement des capacités de douze (12) gestionnaires à l'utilisation d'équipements de visio conférence et, partage d'expériences sur les autres solutions innovantes telles que WEBEX et, CISCO TELEPRESENCE ;
- Sélection de six (6) projets de recherche dans le domaine de la demande de l'offre de service de Santé Sexuelle et Reproductive et contractualisation avec six Institutions de recherche ;
- Financement de projets de recherche sur :
  - o identification des zones et interventions prioritaires en santé de la mère et de l'enfant dans 6 pays de la CEDEAO (Benin, Burkina Faso, Ghana, Nigeria, Mali, Sénégal);
  - o utilisation des évidences dans les hôpitaux du Ghana ;
  - o étude des facteurs qui influencent l'observance des 2<sup>ième</sup> et 3<sup>ième</sup> doses de la chimio prévention du paludisme saisonnier CPS au Burkina Faso, Mali et Niger ;

- Analyse des paramètres techniques, et proposition de solutions aux défis et problèmes liés à l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants dans l'espace CEDEAO ;
- Renforcement des capacités de cinquante (50) cadres du Burkina Faso et du Nigéria en transfert des connaissances et en recherche centrée sur l'identification des barrières et des solutions potentielles en concertation avec les acteurs, pour améliorer la mise en œuvre des actions de santé;
- Formation de quarante (40) chercheurs du Nigeria à l'utilisation des média sociaux pour partager les résultats de recherche ;
- Renforcement des capacités de neuf (9) jeunes chercheurs du Benin, de la Côte d'Ivoire, du Ghana, de la Gambie, du Mali et du Nigeria, en rédaction des protocoles de recherche ;
- Par ailleurs des appuis financiers ont été fournis pour :
  - o financer une thèse de PhD d'un étudiant du Ghana, dans le domaine de la santé publique, à Cape Town en Afrique du Sud.
  - o établir un cadre formel de dialogue entre chercheurs et décideurs du Nigéria pour l'utilisation des évidences dans la prise de décision en santé maternelle et infantile.
  - o accompagner le Réseau Ouest Africain de la Recherche en Santé (ROARES) dans la mise en œuvre de ses activités et faciliter la collaboration entre chercheurs et partager les résultats de recherche.
- Elaboration d'une politique documentaire et d'un Plan Stratégique du Réseau Ouest Africain de Documentation et d'Information Sanitaires (ROADIS) ;
- Renforcement des capacités de trente (30) acteurs des unités de documentation dont vingt-trois (23) enseignants chercheurs et sept (07) bibliothécaires, en recherche documentaire, en utilisation du logiciel Zotero, en lecture critique de documents scientifiques et à l'utilisation du logiciel documentaire PMB.

### **II.3.2. Lutte contre les Maladies**

L'objectif de ce programme est de réduire la prévalence des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles. Les activités menées dans ce cadre ont porté essentiellement sur la coordination régionale et le renforcement des capacités des pays dans la lutte contre le VIH/Sida, le Paludisme, la tuberculose, les maladies tropicales négligées et les maladies non transmissibles. Les interventions menées en 2018 ont permis d'obtenir les réalisations ci-après :

#### **⇒ En ce qui concerne le Paludisme :**

- Six (6) campagnes de masse ont été organisées dans 3 pays (Niger, Burkina Faso et Mali) pour prévenir l'apparition du paludisme saisonnier chez les enfants de 3 mois à 59 mois. Six millions d'enfants ont été traités dans ces 3 pays en 2018. Au total, 114 352 306 bénéficiaires ont été touchés, dont 21 360 778 femmes.

- Une réunion régionale du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et des partenaires intervenant dans le domaine du paludisme a été organisée et les discussions ont abouti à la mise en place d'une Coordination Régionale pour l'élimination du paludisme dans l'espace CEDEAO, avec un Secrétariat régional basé à l'OOAS.
- Une plate-forme régionale de coordination de la lutte antivectorielle a été mise en place.
  - ⇒ **En ce qui concerne le VIH/SIDA et la Tuberculose:**
  - Une enquête (état des lieux) a été commanditée par l'OOAS, l'ONUSIDA et l'USAID Afrique de l'Ouest pour évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Déclaration de Dakar. Cette enquête a montré que sur les 15 pays, seuls 4 pays (Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Mali et Togo) ont développé une feuille de route pour commencer la mise en œuvre de la Déclaration de Dakar.
  - L'élaboration de feuilles de route pour accélérer la mise en œuvre de la Déclaration de Dakar sur les " populations clés " dans leurs pays respectifs ;
  - Une plate-forme régionale avec les partenaires et l'OOAS mise en place pour lutter contre le VIH/SIDA au niveau des populations clés.

⇒ **Concernant les Maladies Tropicales Négligées (MTN):**

- L'OOAS a appuyé en 2018 l'organisation de sept (7) camps de chirurgie de l'hydrocèle, dont 3 au Burkina Faso, 2 au Mali et 2 au Niger. Ces camps ont permis de traiter un total de 1134 cas d'hydrocèle et de former une douzaine de médecins du district sanitaire sur la technique de prise en charge des cas d'hydrocèle.

⇒ **Quant aux Maladies Non Transmissibles (MNT):**

Les principaux résultats obtenus par l'OOAS dans le domaine des MNT en 2018 sont les suivants :

- La situation du cancer du col de l'utérus dans la région et les stratégies de lutte accélérée identifiées
- L'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations visant à améliorer la surveillance nutritionnelle a été cartographié
- La situation sur les troubles oculaires et celle de sa réponse connue, les insuffisances et les meilleures pratiques identifiées
- Le Plan régional de santé mentale adopté par l'Assemblée des Ministres de la Santé de la CEDEAO
- La répartition des différents types de virus du papillome humain (VPH) chez les femmes en bonne santé et chez les patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus dans la région a été évaluée.

### II.3.3. Epidémies et Urgences sanitaires

L'objectif de ce programme est de renforcer les capacités de surveillance, de prévention des maladies, de riposte et la résilience aux chocs épidémiques et aux urgences. En 2018, les activités réalisées ont permis d'obtenir les résultats ci-après:

#### ⇒ **Création d'un centre régional pour la prévention et la lutte contre les maladies**

La 47ème session de la Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement de la CEDEAO tenue le 19 mai 2015 à Accra, au Ghana, a approuvé la mise en place du Centre régional de surveillance et de contrôle des maladies de la CEDEAO (CRSCM-CEDEAO) dont le siège est basé au Nigéria. L'objectif du CRSCM est de renforcer les systèmes de santé des États membres et de renforcer les capacités de la région en matière de prévention, de diagnostic et de lutte contre les épidémies.

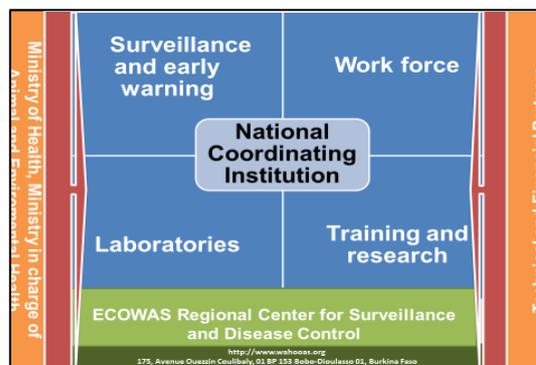
Dans ce contexte, le Président de la Commission de la CEDEAO, en collaboration avec l'OOAS, a été mandaté par la Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement de prendre les mesures nécessaires pour accélérer la mise en œuvre et l'opérationnalisation du Centre régional de surveillance et de contrôle des maladies de la CEDEAO (CEDEAO-CRSCM). En outre, un appel a été lancé à l'endroit des partenaires afin qu'ils appuient le processus. Le CRSCM-CEDEAO se définit comme une agence spécialisée de la CEDEAO sous le leadership de l'OOAS (Organisation Ouest Africaine de la Santé). Sa mission principale sera d'identifier, d'évaluer et de notifier les menaces actuelles et émergentes que les maladies font peser sur la santé humaine afin d'en préparer la réponse. Le CRSCM interagira principalement avec les Etats membres par le biais d'un réseau de structures scientifiques et techniques compétentes dans les 15 pays.

A cette fin, chaque État membre devra désigner un Institut National de Coordination (INC) doté d'un coordinateur qui servira de point focal officiel auprès de la CRSCM et assurera la mise en réseau des structures devant participer à la surveillance des maladies et aux systèmes d'alerte précoce et aux interventions dans la Communauté.

Afin de mettre en œuvre la décision des Chefs d'État et de gouvernement, l'OOAS a entrepris une

série d'actions et obtenu les principales réalisations suivantes :

- L'approbation du règlement c/reg .../12/15 portant création et modalités de fonctionnement du centre régional de surveillance et de contrôle des maladies de la CEDEAO.
- Le Centre Régional de Surveillance et de Contrôle des Maladies de la CEDEAO a été doté d'un immeuble de bureaux servant de " domicile légal " et d'" adresse administrative



- L'accord de siège a été préparé pour signature entre le Président de la Commission de la CEDEAO et le Ministre fédéral des Affaires étrangères de la République fédérale du Nigeria afin de renforcer le statut juridique du Centre régional de surveillance et de contrôle des maladies de la CEDEAO.
- Le Conseil d'administration du Centre a été mis en place et son règlement intérieur, approuvé. Sur proposition du Conseil, la Conférence des Chefs d'Etats et de Gouvernement a approuvé le recrutement d'un personnel minimum et validé le plan de travail du CRSCM au titre de l'exercice 2017-2018. Dans le cadre de cette disposition, une partie du personnel professionnel du CRSCM de la CEDEAO a déjà été recrutée et le processus de recrutement des autres membres du personnel est en cours...
- Un plan stratégique régional pour la préparation et la réponse aux épidémies et aux situations d'urgence a été élaboré et validé par les États membres.
- Treize (13) pays de la CEDEAO (à l'exception de la Gambie et du Mali) ont désigné leurs instituts nationaux de coordination qui ont été évalués. Des plans harmonisés de renforcement des capacités ont été proposés.
- Les capacités de l'INC à s'acquitter des tâches assignées conformément aux dispositions et règlements en vigueur à la CEDEAO ont été réalisées et des plans ont été élaborés pour renforcer leurs capacités ;
- Plan régional de communication des risques élaboré et validé ;

#### ⇒ **Personnel et Formation**

- L'Equipe Régionale d'Intervention Rapide de la CEDEAO (ERIR) a été mise en place et formée.
- Un manuel de procédures (SOP) pour le déploiement des équipes d'intervention rapide a été élaboré et validé.
- Un exercice de simulation en ce qui concerne l'appui à la gestion d'une épidémie de fièvre jaune a été mené à Lagos.
- Cent quatre-vingt-dix-neuf (199) agents de santé humaine et animale de treize (13) pays (à l'exception du Cabo Verde et du Nigéria) sont en formation en épidémiologie de terrain.
- Les équipes médicales d'urgence du Ghana, du Sénégal, du Nigéria et de la Guinée ont été mises en place et soixante-dix-sept (77) membres de ces équipes ont été formés.
- La Plate-forme régionale de coordination de la politique "Une seule santé" a été mise en place et une feuille de route 2017-2018 a été adoptée.

#### ⇒ **Les laboratoires régionaux de référence, etc.**

Le réseau des laboratoires régionaux de référence de la CEDEAO a été adopté par la Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement pour couvrir les besoins de diagnostic biologique de la région. Les résultats suivants ont été atteints :

#### ⇒ **Processus d'accréditation**

- Le processus d'accréditation ISO 15189 pour les 12 laboratoires régionaux de référence est en cours et se poursuivra en 2019.
- Vingt-sept (27) auditeurs SLIPTA (Stepwise Laboratory Improvement Process towards Accreditation) ont été formés et certifiés pour évaluer et aider les laboratoires dans le renforcement de leur système qualité.

⇒ **Lutte contre la résistance aux antimicrobiens**

- L'analyse situationnelle de la résistance aux antimicrobiens en Afrique de l'Ouest tenant compte de l'approche Une Seule Santé a été développée ;
- Un groupe de travail a été mis en place pour finaliser la feuille de route pour l'opérationnalisation de l'observatoire régional RAM en Afrique de l'Ouest.

⇒ **Métrie et maintenance des équipements de laboratoire**

- Vingt-sept (27) professionnels des laboratoires régionaux de référence (Côte d'Ivoire, Nigeria, Ghana, Burkina Faso et Sénégal) ont été formés et certifiés par les deux laboratoires de métrologie accrédités en Afrique (Accra et Tunis) Ces professionnels sont maintenant en mesure de calibrer leurs équipements de base (micropipettes, balance, thermomètre, etc.) et mettre en œuvre une politique de gestion de la métrologie essentielle pour le processus d'accréditation des laboratoires médicaux selon la norme ISO 15189.
- Douze (12) kits de calibrage et de maintenance sont livrés au LRRS pour l'entretien préventif de ses appareils et pour quelques travaux de calibrage de leurs appareils.
- Quinze (15) cadres de cinq (5) pays (Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Sierra Leone et Togo / 3 par pays) ont été formés pendant huit (8) semaines au Centre régional de formation de Cotonou, en ce qui concerne l'entretien et la maintenance de équipements biomédicaux.

⇒ **Transport de matières infectieuses**

- Dix-huit (18) professionnels des laboratoires nationaux de référence de huit (8) pays membres de la CEDEAO ont été formés aux techniques et procédures de transport sécurisé des substances biologiques selon les normes IATA

⇒ **Diagnostic biologique des arbovirus et des fièvres hémorragiques virales**

- Vingt (20) membres du personnel des laboratoires de référence de cinq (5) pays de la CEDEAO (Burkina Faso, Niger, Mali, Cabo Verde, Gambie) ont été formés par les experts du Centre collaborateur de l'OMS pour les Arbovirus et les FHV sur les techniques et stratégies de diagnostic biologique de ces pathogènes dangereux comme la dengue, la fièvre jaune, Zika, Lassa fièvre etc.

⇒ **Appuis aux laboratoires nationaux de référence**

- Trois (3) laboratoires nationaux de référence (Niger, Gambie et Cabo-Verde) ont été renforcés par la fourniture d'équipements de diagnostic sérologique (ELISA) et de diagnostic moléculaire (PCR) ainsi que de réactifs et consommables.

- Trois (3) pays membres (Mali, Burkina Faso et Niger) ont été appuyés à travers l'acquisition de laboratoires mobiles pour soutenir le diagnostic précoce et le contrôle efficace des maladies épidémiques dans les ménages les plus reculés. (Livraison prévue fin mars 2019).

⇒ **Renforcement des capacités des laboratoires de district**

- Quarante-sept (47) laboratoires de district sanitaire de quarante-sept (47) nouveaux centres de surveillance épidémiologique dans cinq (5) pays (Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Sierra Leone et Togo) ont été renforcés ;
- Dix (10) formateurs nationaux et cent soixante (160) techniciens de laboratoire ont été formés aux modules suivants : Biosécurité et transport des échantillons ; maintenance préventive des équipements de laboratoire ; Gestion des données de laboratoire ; Diagnostic des maladies à potentiel épidémique.
- Une session d'évaluation externe de la qualité (EQA) a été organisée dans les pays bénéficiaires du projet REDISSE (Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Sierra Leone et Togo).
- Des plans nationaux de maintenance des équipements de laboratoire ont été élaborés pour les cinq (5) pays bénéficiaires (Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Sierra Leone et Togo)

⇒ **Mise en place de la Biobanque régionale**

- Le règlement portant création de la Biobanque Régionale de la CEDEAO a été préparé et validé par l'Assemblée des Ministres de la Santé ;
- Une évaluation des capacités techniques et organisationnelles de la Biobanque régionale selon les normes internationales a été réalisée par des experts reconnus dans le domaine (Institute of Human Virology, H3Africa Bio repository (I-HAB), Global Emerging Pathogens Treatment Consortium (GET consortium) South African National Bioinformatics Institute (SANBI) University of the Western Cape Town, South Africa ;
- Une feuille de route pour son opérationnalisation a été élaborée ;
- L'OOAS a appuyé la mise en place d'un système informatisé de gestion des ressources biologiques (BAOBAB-LIMS)

⇒ **Mise en place de mécanismes de gouvernance et d'opérationnalisation du Réseau régional des laboratoires de référence des pays membres de la CEDEAO**

- Le Plan stratégique régional des laboratoires et le Plan de renforcement des laboratoires de référence des pays-membres de la CEDEAO ont été validés par l'Assemblée des Ministres de la Santé.
- La directive réglementant le transfert des échantillons biologiques dans les pays membres de la CEDEAO et les modèles d'accords de transfert de matériaux (ATM) ont été développés et techniquement validés.

- La feuille de route régionale sur la gestion des déchets biomédicaux est élaborée et validée
- Une analyse de la situation entomologique des arbovirus a été réalisée ;
- Le manuel de procédures du Réseau régional de laboratoires a été élaboré ;
- L'OOAS a finalisé les discussions techniques et commerciales avec DHL Express pour assurer le transport rapide et sécurisé des échantillons biologiques dans l'espace CEDEAO (procédures de signature des contrats en cours)

#### **II.3.4. Promotion de la Santé**

L'objectif de ce programme est de contribuer au renforcement de la Promotion de la Santé dans les politiques de développement dans les Etats membres. Les réalisations effectuées ont permis d'obtenir les résultats suivants :

- Mise en place d'interventions stratégiques pertinentes pour appuyer les efforts de réforme hospitalière en cours dans les pays.

#### **II.3.5. Médicaments essentiels, vaccins et autres produits médicaux**

Ce programme vise à accroître l'accès des populations aux médicaments essentiels, vaccins et aux autres produits médicaux. Les interventions conduites au cours de l'année ont permis d'atteindre les résultats suivants :

- Le Document Technique Commun Régional (CTD) harmonisé élaboré, validé et adopté par la 19<sup>ème</sup> Réunion de l'Assemblée des Ministres de la Santé de la CEDEAO tenue en Gambie en juin 2018. Ce document est une référence pour la réglementation pharmaceutique dans les 15 pays de la CEDEAO. Fort de cela, l'UEMOA a incorporé le CTD dans sa législation pour permettre aux pays de l'UEMOA d'actualiser les processus d'homologation des médicaments ;
- Pour appuyer la mise en œuvre du CTD et le processus d'harmonisation de l'homologation des médicaments dans la région, cent soixante-trois (163) documents régionaux (directives, manuel de procédures (SOP) qui couvrent les sept (7) principaux domaines de réglementation des médicaments ont été validés ;
- Quarante-six (46) cadres des Autorités nationales d'harmonisation de la réglementation pharmaceutique ANRP) des quinze (15) États membres ont reçu une formation sur l'évaluation des dossiers de demande d'homologation des médicaments en vue de leur l'approbation au moyen du CTD harmonisé.
- Deux (2) dossiers de demandes d'autorisation de mise sur le marché ont été évalués conjointement par les ANRP des quinze (15) Etats membres de la CEDEAO. A l'issue du processus, ces deux médicaments peuvent recevoir une autorisation de mise sur le marché délivrée par les quinze (15) Etats de la CEDEAO
- Vingt-trois (23) experts des quinze (15) ANRP ont reçu une formation sur les bonnes pratiques de fabrication (BPF) et les inspections. Cette formation a été suivie d'une inspection conjointe menée par le Groupe d'experts en charge des BPF/Inspection

auprès des deux (2) industries pharmaceutiques qui ont soumis leurs dossiers pour l'évaluation conjointe.

- Soixante-cinq (65) fabricants pharmaceutiques locaux ont fait l'objet d'une évaluation en ce qui concerne les bonnes pratiques de fabrication (BPF) et les inspections dans toute la région dans le cadre du projet CEDEAO/ONUDI (dont 25 au Nigéria, 25 au Ghana, 5 en Côte d'Ivoire, 4 au Sénégal, 3 au Togo, 1 au Bénin, 1 au Mali et 1 au Cabo Verde) Entre-temps, la NAFDAC a couvert cent vingt-cinq (125) industries supplémentaires au Nigeria pour un total de cent quatre-vingt-dix (190) installations ;
- Une feuille de route régionale sur les BPF (un outil pour améliorer la qualité de la production dans l'espace CEDEAO) élaborée par des experts de l'ONUDI a été validée par les ANRP et d'autres parties prenantes.
- Trente-quatre (34) responsables du contrôle de la qualité et des techniciens des laboratoires nationaux de contrôle de la qualité des médicaments (LNCQM) ont été formés aux bonnes pratiques de laboratoire pour le contrôle de la qualité des médicaments.
- Une évaluation du Système de Gestion de la Qualité (SGQ) des quinze (15) ANRP des Etats membres de la CEDEAO a été réalisée. Par conséquent, une feuille de route visant à améliorer le système de gestion de la qualité dans les quinze ANRP a été élaborée et validée et trente-sept (37) membres du personnel des ARNM ont reçu une formation sur la mise en œuvre du SGQ.
- L'appui à "*GHANA Food and Drug Authority (FDA)* pour renforcer son système de gestion de la qualité et qui a obtenu la certification ISO 9001 : 2015 ;
- La finalisation du Projet de document juridique sur les médicaments de qualité inférieure et falsifiés , et la finalisation du protocole pour faire l'état des lieux des médicaments de qualité intérieure et falsifiés dans l'espace CEDEAO en 2019.

### **II.3.6. Médecine Traditionnelle**

L'objectif du programme est de promouvoir l'intégration de la Médecine Traditionnelle dans les systèmes de santé afin d'augmenter sa contribution à la réalisation de la couverture sanitaire universelle dans la région. Aussi, les résultats ci-dessous ont-ils été obtenus de la mise en œuvre des activités planifiées au cours de l'année 2018 :

- Promotion du dialogue entre les Tradi-praticiens et les praticiens de la médecine conventionnelle à travers l'organisation du 9ème Congrès scientifique de la médecine traditionnelle sous le thème «10 ans de promotion de la médecine traditionnelle dans l'espace CEDEAO»: Réalisations et Défis”;
- Finalisation et validation du Manuel harmonisé sur la protection et l'utilisation des connaissances en matière de médecine traditionnelle dans l'espace CEDEAO;
- Réalisation des études de toxicité, de microscopie et de macroscopie sur 30 plantes médicinales pour le traitement des maladies émergentes, identifiées pour le Volume 2 de la Pharmacopée des plantes de la CEDEAO.

### **II.3.7. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, du jeune et de la personne âgée**

L'objectif du Programme est de promouvoir la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, jeune et de la personne âgée dans l'espace CEDEAO. Au titre de l'année 2018, les résultats ci-après ont été obtenus:

- Appui technique au Sénégal et à la Guinée pour l'organisation de la campagne sur le Partenariat de Ouagadougou;
- Appui technique et financier à la Guinée et au Nigeria pour l'utilisation de RapidSMS dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle ;
- Appui financier à sept (7) pays (Bénin, Burkina Faso, Ghana, Guinée-Bissau, Niger, Sierra Léone et Mali) pour l'achat des produits contraceptifs et ayant permis de combler 94% du Gap de ces pays ;
- Appui technique et financier aux Equipes Champions SONU du Togo et de la Guinée pour répliquer la formation SONU dans les régions de leurs pays ;
- Dépistage du VIH de 6 335 personnes, adhésion de 800 nouvelles utilisatrices de Méthodes Modernes de Contraception (MMC) et 111 000 condoms distribués au cours de la Campagne transfrontalière de mobilisation sur la planification familiale et le dépistage Niangoloko (Burkina Faso) – Ouangolodougou (Côte d'Ivoire);
- Appui financier à sept (7) pays (Bénin, Burkina Faso, Ghana, Guinée-Bissau, Niger, Sierra Léone et Mali) pour mettre en œuvre 111 activités de renforcement des capacités dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive et de la Planification Familiale;
- Renforcement des capacités de trente (30) chargés d'achat des produits contraceptifs des huit (8) pays francophones de la CEDEAO, en gestion de la chaîne d'approvisionnement ;
- Appui technique et financier à l'organisation de la revue du Partenariat de Ouagadougou (PO) pour l'atteinte de 2,2 millions d'utilisatrices additionnelles de méthodes contraceptives modernes d'ici 2020 ;
- Prise en charge de 26 membres du comité de Passage à Grande Echelle (PAGE) du Burkina Faso, du Mali et du Niger au Forum des Bonnes Pratiques en Santé ;
- Formation de 67 acteurs de différents ministères au Burkina Faso et au Mali en IEC-CCC, Genre, Droits Humains et Santé de la Reproduction ;
- Appui financier et technique au Mali pour l'élaboration et la dissémination de la stratégie nationale sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSARJ) ;
- Appui financier de 1 783 385 euros au Mali pour l'achat des produits contraceptifs et pour financer quatorze (14) activités devant booster l'offre et la demande de produits contraceptifs ;

- Prise en charge de onze (11) participants du Mali à la revue annuelle des Programmes de Santé de Reproduction ;
- Appui financier à trois consortia d'OSC au Burkina Faso, au Mali et au Niger pour la mise en œuvre d'un projet sur le plaidoyer politique et la mobilisation sociale ;
- Appui technique au Bénin pour l'organisation de l'atelier de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME);
- Appui technique et financier au GTCV du Togo pour le renforcement de son fonctionnement ;
- Appui technique au GTCV du Burkina Faso pour l'évaluation de son plan de travail annuel 2017 et l'élaboration de celui de 2018-2019 ;
- Contribution à la formation de pool régional d'experts pour la mise en place et le renforcement des capacités des GTCV ;
- Contribution à l'élaboration du document de formation des GTCV ;
- Appui financier à la Guinée et la Guinée Bissau pour le renforcement du PEV de routine ;
- Appui financier de dix (10) bourses pour la formation en vaccinologie à l'Université Nazi Boni de Bobo-Dioulasso ;
- Elaboration d'un manuel de référence pour l'enseignement de la PCIME dans les institutions de formation des agents de santé.
- Appui technique et financier au Burkina Faso et au Togo pour l'élaboration des directives de visites médicales systématiques dans les établissements secondaires ;
- Appui financier au Burkina Faso, Niger, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Sierra Leone, Gambie, et Liberia pour la mise en œuvre des activités de promotion de la SSRAJ ;
- Appui financier et technique à la participation des jeunes de 13 pays de la CEDEAO à la troisième édition du Forum de la CEDEAO des Meilleures Pratiques en Santé et à la 5ème Conférence Internationale sur la Planification Familiale ;
- Organisation d'un atelier régional de partage d'expériences sur la formation à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) dans les institutions de formation en santé ;
- Evaluation externe du Comité Consultatif pour la Vaccination au Sénégal (CCVS) ;
- Appui technique et financier à sept (7) jeunes du Sénégal, de la Sierra Leone, de la Gambie, du Nigeria, du Togo, de la Côte d'Ivoire et du Burkina Faso pour participer à la Conférence Internationale sur la Planification Familiale à Kigali;
- Appui technique et financier à quinze (15) jeunes des pays de la CEDEAO pour participer au Forum de la CEDEAO des Bonnes Pratiques en Santé (FBPS) ;
- Elaboration d'une analyse de la situation sur la santé des personnes âgées ;

- Elaboration d'un projet de plan stratégique régional pour le vieillissement en bonne santé dans l'espace CEDEAO, à valider au premier trimestre de 2019 ;
- Appui technique au Niger pour l'élaboration de son plan stratégique national multisectoriel pour le vieillissement en bonne santé.

### **II.3.8. Infrastructures et équipements de santé**

Ce programme vise à améliorer la disponibilité et la qualité des infrastructures et des équipements de santé. Les résultats obtenus en 2018 sont comme suit :

- Construction d'un centre de santé moderne au Libéria à la frontière avec la Sierra Leone.
- Appui financier à la formation des quinze techniciens de maintenance des équipements biomédicaux pour le ministère fédéral de la santé du Nigéria.

### **II.3.9. Gouvernance du système de santé**

L'objectif du Programme est de contribuer à l'amélioration de la gouvernance des systèmes de santé. Les résultats ci-après ont été obtenus au titre de l'année 2018 :

- Elaboration et validation par l'AMS des axes stratégiques d'interventions en soutien aux réformes hospitalières dans les pays membres de la CEDEAO ;
- Réalisation d'une analyse situationnelle de la cartographie sanitaire de l'ensemble des pays membres de la CEDEAO, en vue de l'élaboration d'une base de données cartographique régionale.

### **II.3.10. Ressources humaines pour la santé**

Il s'agit à travers ce programme de faciliter la formation, l'utilisation et la libre circulation des professionnels de santé dans l'espace CEDEAO, afin que des ressources humaines en santé de qualité soient disponibles et utilisées dans cet espace. La mise en œuvre des activités au cours de l'année 2018 a permis d'atteindre les résultats suivants :

- Renforcement des capacités de trois (3) cadres du Burkina Faso en gestion hospitalière et couverture sanitaire universelle ;
- Harmonisation et validation des outils et guides d'évaluation des stages des élèves infirmiers et sages-femmes ;
- Formation de cinquante (50) formateurs des écoles de base et des encadreurs de stages à l'utilisation des outils harmonisés (carnet et guide de stage, plan de soins et partogramme) élaborés pour les apprenants des écoles de formation de base (infirmiers et sages-femmes) des pays francophones de la CEDEAO ;
- Formation de douze (12) pharmaciens des Ministères de la santé et des ordres de pharmaciens en gestion des produits pharmaceutiques et de la logistique en situation de catastrophe ;
- Elaboration d'un plan régional pour la formation de base et des spécialistes dans l'espace CEDEAO ;

- Alignement dans les différentes langues officielles de la CEDEAO et validation des curricula de formation de base harmonisés pour les disciplines des professions alliées à la santé dans l'espace CEDEAO (physiothérapie, optométrie, radiographie, technologie dentaire, génie biomédical, science de laboratoire médical, santé mentale, prothèses et orthèses, audiologie et orthophonie, Réadaptation médicale, promotion / éducation en santé, médecine vétérinaire, nutrition et diététique, informatique de la santé et logistique de la santé);
- Harmonisation et validation des Curricula harmonisés de la formation spécialisée des professions alliées à la santé de l'espace CEDEAO (Santé environnementale, Physiothérapie, Optométrie, Radiographie et imagerie médicale, Entomologie médicale, Physique médicale, Technologie dentaire, Génie biomédical, Science de laboratoire médical, santé mentale et psychiatrie, prothèses et orthèses, audiologie et orthophonie, réadaptation médicale, promotion / éducation en santé, médecine vétérinaire, nutrition et diététique, information sanitaire / informatique médicale et logistique de la santé);
- Mise en place de trois Centres d'Excellence pour la délivrance des diplômes de Master en Soins Infirmiers et en Obstétrique (Master en Pédagogie des Sciences de la Santé, à l'INFAS d'Abidjan, Master en Santé de la Reproduction, à l'INSP de Niamey et Master en Management des Services de Santé, à l'INFSS de Bamako. Pour la première cohorte 104 boursiers ont été sélectionnés dans les 6 pays par le projet SWEDD (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Mauritanie, Tchad) ;
- Formation en collaboration avec l'OMS AFRO, d'un groupe de consultants sur la mise en place et le renforcement des capacités des GTCV.

### **II.3.11. Assistance Technique aux Etats membres**

Ce Programme vise à contribuer à l'amélioration des capacités gestionnaires et logistiques des Etats membres. Les interventions menées ont permis d'obtenir les résultats ci-après :

- Assistance technique au Benin, au Burkina Faso et au Cabo Verde pour l'amélioration de la gestion des plateformes nationales d'information sanitaire;
- Assistance technique au Ministère de la santé du Togo pour l'installation et la configuration de serveurs informatiques pour la gestion des données du SNIS avec le DHIS2 ;
- Financement de deux études sur l'application EQUIST pays du projet MEP (Benin, Burkina, Ghana, Mali, Nigeria, Sénégal) et de l'utilisation des évidences en milieu hospitalier du Ghana ;
- Appuis technique en PPP fournis au Burkina Faso, à la Guinée, au Niger et au Togo pour identifier des projets porteurs ;
- Elaboration de guides de stages, de manuels, d'outils pédagogiques et de fiches d'évaluation pour les cliniques et pour la communauté;

- Appui financier et technique pour l'organisation de la 30ème Assemblée Générale Annuelle (AGA) et du 60ème Symposium Scientifique du Collège Ouest Africain des Pharmaciens (WAPCP), à Banjul en Gambie;
- Appui financier à la “Société Africaine des Gynécologues et Obstétriciens” (SAGO) pour l'organisation de la réunion de son Conseil Consultatif;
- Appui financier au Niger, au Cabo Verde, au Burkina Faso et à la Gambie pour la mise en œuvre du plan de renforcement des capacités de leurs institutions nationales de coordination;
- Appui financier au Nigeria pour renforcer les capacités de détection de la fièvre de Lassa dans le contexte de la dernière épidémie ;
- Appui technique et financier au Libéria, la Sierra Leone et la côte d’Ivoire pour la révision et l’élaboration de plans stratégiques et de différentes politiques de santé.

### **II.3.12. Partenariat stratégique et harmonisation des politiques**

Ce programme vise le renforcement du partenariat stratégique et l’harmonisation des politiques et devrait permettre à terme d’améliorer la coordination des interventions et, faciliter la mise en œuvre des politiques, normes et législations régionales. Les résultats saillants obtenus en 2018 sont comme suit :

- Elaboration d’une feuille de route pour l'amélioration de la réglementation du secteur privé de la santé ;
- Elaboration d’une « feuille de route » pour l’opérationnalisation de l’Engagement des Présidents des Parlements de la CEDEAO, de la Mauritanie et du Tchad sur le financement adéquat de la santé et le dividende démographique et les politiques de population et développement;
- Mise en Place de la Fédération des Réseaux des Champions en Plaidoyer pour le Financement Adéquat de la santé et le Dividende Démographique (F-RCPFAS-DD) ;
- Une revue documentaire sur les stratégies nationales de communication pour le changement de comportement (CCC) dans six (6) pays en vue d'une future évaluation approfondie de leurs stratégies nationales de CCC;
- Elaboration d’un guide d'orientation régional sur le développement d'une stratégie nationale d'intervention communautaire (CBI), en voie de duplication;
- Conclusion d’un projet d’appui au renforcement de la Santé Sexuelle et Reproductive de l’Adolescent et du Jeune (SRRAJ) d’une valeur de 6,6 millions d'euros financé par les Pays Bas.

### **II.3.13. Renforcement des capacités institutionnelles de l’OOAS**

L’objectif de ce programme est de renforcer les capacités institutionnelles de l’OOAS afin de pallier aux défis liés à l’insuffisance des ressources humaines et financières, au déficit de la communication institutionnelle, à l’utilisation des technologies de l’information et de la

communication et enfin à la coordination des interventions au niveau régional. La mise en œuvre de ce programme a permis d'obtenir les résultats suivants :

- Acquisition et l'installation de matériel et d'équipement de bureau;
- Formation du personnel dans divers domaines et particulièrement sur l'utilisation du logiciel SAP-ECOLINK ;
- Mise en ligne d'un nouveau Site web de l'OOAS ;
- Réception, configuration et installation des équipements informatiques pour le personnel
- Installation et configuration d'une vingtaine de serveurs virtuels ;
- Câblage des bureaux des différents bâtiments pour un meilleur réseau informatique ;
- Finalisation du tableau de bord DHIS2 en tant que portail Web qui sera intégré au site Web de l'OOAS pour la publication périodique de données sélectionnées de l'entrepôt de données régional;
- Acquisition et installation de d'équipement réseau, de stockage, de sauvegarde de sécurité des données ;
- Recrutement d'une assistance à maîtrise d'ouvrage pour le développement du numérique à l'OOAS et dans l'espace CEDEAO ;
- Initiation des professionnels de l'OOAS à l'utilisation de plateforme régionale de partage d'informations sur les maladies à potentiel épidémique.

### III. ETAT D'EXECUTION FINANCIERE

Le budget 2018 de l'OOAS s'élève à un montant total de 47 625 562 UC réparti comme suit :

- 702 691 au titre des Organes de Gouvernance soit 1.49% ;
- 5 438 553 UC au titre de l'administration générale soit 11.53% ;
- 40 625 810 UC au titre des programmes soit 86.13% et,
- 403 508 UC au titre des imprévus soit 0.86%.

**Tableau 6: Budget 2018**

Description	Budget Approuvé pour 2018 (UC)	% du budget
CEDEAO	16 947 344	35.1%
Financement extérieur	30 223 217	64.1%

La mobilisation des ressources par source est résumée dans le tableau suivant :

**Tableau 7: Ressources mobilisées**

Description	Approuvé pour 2018 (UC)	Mobilisé au 31 Décembre 2018 (UC)	Taux de mobilisation
CEDEAO	16 947 344	15 012 332	88.58%
Financement extérieur	30 223 217	16 152 994	53.45%

Sur la base des ressources mobilisées, ce budget a été exécuté un taux global de 82.1% dont 87.4% au titre de l'administration contre 54% en 2017 et 81.77% au titre des programmes contre 73 % en 2017.

Le tableau suivant présente la synthèse de l'état d'exécution du budget en 2018.

**Tableau 8: Etat d'exécution du budget**

Description	Mobilisé au 31 Décembre 2018 (UC)	Exécuté au 31 Décembre 2018 (UC)	Taux d'exécution
Organes de Gouvernance	702 691	435 791	62.02%
Administration	4 296 096	3 754 997	87.40%
Programmes	26 150 569	21, 382,862	81.77%

#### IV. LA SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'OOAS

L'année 2018 a enregistré l'arrivée d'un nouveau Directeur Général et la poursuite de la mise en œuvre de la réforme institutionnelle de la CEDEAO. Ainsi le poste de Directeur Général Adjoint de l'OOAS a été supprimé et le cadre organique de l'Institution a également été révisé. Cette réforme restructure l'OOAS en cinq (5) Départements techniques et une Unité Stratégique placée auprès du Directeur Général.

L'année 2018 a également vu la poursuite de la sécurisation de l'espace de travail, du renforcement des capacités des ressources humaines et de gestion administrative et financière de l'OOAS. Il en ressort ce qui suit:

- Recrutement de sept (7) cadres permanents dont cinq (5) Professionnels et deux (2) cadres des Services Généraux. A ce personnel permanent s'ajoute huit (8) Consultants pour l'appui à la mise en œuvre de projets ;
- Départ à la retraite de trois (3) membres permanents du personnel dont un Directeur de Département, un Professionnel Principal et un cadre des Services Généraux.
- Démission d'un (1) Contractuel et de deux (2) Consultants.

Au cours de l'année, l'OOAS a poursuivi ses efforts d'amélioration des conditions de travail. La construction du bloc administratif, initialement prévue pour six mois, a connu des retards qui ont rendu impossible la réalisation des travaux de rénovation des bâtiments. On estime à environ 95 % le niveau d'achèvement du nouveau bâtiment administratif.

Ces efforts vont se poursuivre en 2019, par :

- la construction de l'extension du bâtiment du siège social ;
- la rénovation du toit du bâtiment administratif, des annexes et de la salle de conférence Kabba- Joiner ;
- la construction et les installations récréatives du personnel en 2019. La création d'un nouveau parking au sein de l'enceinte du siège pour le personnel,
- la reconstruction de la clôture de l'Institution ;
- la fermeture des caniveaux en devanture de l'Institution.

L'OOAS a mis en œuvre plusieurs mesures de réduction des coûts visant à améliorer continuellement l'efficacité de l'utilisation des ressources. Entre autres, le transport routier entre Bobo-Dioulasso et Ouagadougou a été confié à des agences de voyages. Cependant, lorsqu'un nombre important du personnel ou de participants voyagent à la même date, le bus de l'OOAS est utilisé pour leur transport.

La participation aux missions a également limitée à au nombre minimum de jours réellement requis pour l'activité. De plus, toutes les activités ont été limitées à 3 jours et, en tout état de cause, pas plus de 5 sauf en cas de circonstance exceptionnelle. Le point culminant d'une nouvelle gestion prudente des finances a été l'introduction d'une politique de "missions sans numéraire" qui supprime la pratique antérieure consistant à se déplacer avec de grandes quantités d'argent au cours des missions.

## **V. DEFIS EN 2018**

Outre les défis relatifs à la situation sanitaire de l'espace CEDEAO et, tout comme les années précédentes, en 2018 l'OOAS a fait face à plusieurs défis, notamment:

- La limitation de la progression du budget annuel de l'OOAS ;
- Les difficultés de communication et de transport dans la Région ;
- La persistance des épidémies (particulièrement celle de la Fièvre de Lassa) et conséquemment leur gestion;
- Le gel du recrutement du personnel.

D'autres défis importants auxquels l'OOAS est confrontée et qu'elle doit surmonter à court terme pour assurer l'appropriation régionale et la durabilité sont entre autres :

- ⇒ Le Protocole A/P2/7/87 portant création de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé, signé le 9 juillet 1987 à Abuja par les Chefs d'État et de Gouvernement, a souligné la nécessité de s'appuyer sur la mise en commun des ressources et la coopération entre les États Membres pour trouver des solutions collectives et stratégiques aux problèmes sanitaires de la CEDEAO. L'une des ressources à mettre en commun, c'en est certainement les "ressources humaines" et les "institutions nationales hautement qualifiées" Par conséquent, l'OOAS doit agir conformément aux dispositions et aux règlements en vigueur.
- a) Opérationnaliser la participation du personnel national aux interventions régionales et ainsi tirer profit des compétences existantes de la CEDEAO.
  - b) Faciliter l'utilisation d'"institutions nationales hautement qualifiées" pour qu'elles puissent jouer un rôle régional

⇒ L'OOAS joue, parmi les institutions de la CEDEAO, un rôle important dans la mobilisation des ressources financières. Par exemple, en 2017, l'OOAS a mobilisé plus de 70% de toutes les ressources mobilisées par la CEDEAO. Ceci est le résultat non seulement de la politique des bailleurs les plus importants qui exigent qu'il faut passer par les communautés régionales pour obtenir un appui financier, mais aussi du travail acharné réalisé par l'OOAS en mettant en place un cadre régional pour les interventions de santé dans l'espace CEDEAO. L'OOAS doit donc assurer:

- ⇒ La coordination des interventions au niveau régional et au niveau national, en particulier s'agissant d'interventions mises en œuvre par des partenaires au niveau national avec un appui financier ; et
- ⇒ Un processus de passation de marchés et d'approvisionnement plus efficace

## VI. PERSPECTIVES

L'OOAS réaffirme son engagement à poursuivre l'appui aux Etats Membres dans la recherche des solutions aux problèmes de santé des populations de la Région. Dans cette perspective outre la mise en œuvre du Programme d'activités 2019, elle s'engage dans le futur immédiat à :

- Procéder à l'évaluation à mi-parcours du Plan Stratégique 2016-2020 ;
- Recruter le personnel des postes vacants ;
- Renforcer les contacts avec les décideurs politiques et les autres acteurs de la santé dans les Pays Membres;
- Accorder une attention particulière aux Pays Membres en difficulté;
- Renforcer le rôle de leadership de l'OOAS dans la recherche des solutions aux problèmes de santé de la Région ;
- Renforcer les relations de travail avec les partenaires, pour une synergie d'intervention;
- Engager des actions de suivi de la mise en œuvre des résolutions, décisions, et recommandations des différentes Instances délibérantes ;
- Rationaliser et aligner les interventions sur les cinq domaines thématiques prioritaires examinés lors de l'AMS de Banjul.

Certaines activités sont stratégiques en raison de leur effet catalyseur sur toutes les autres activités régionales et nationales. La raison en est, entre autres, que de telles activités peuvent améliorer les choses par rapport à la question des besoins critiques en ressources humaines et/ou faciliter la mise en œuvre efficace des réseaux et assurer ainsi la durabilité des interventions.

L'année 2019 est cruciale pour obtenir des résultats concrets :

Mettre en place un mécanisme de coordination de la lutte contre le paludisme en collaboration avec des partenaires clés, notamment *L'Initiative pour l'élimination du paludisme au Sahel*, *l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme (ALMA)* et l'initiative *Faire reculer le paludisme (Roll Back Malaria)* pour des actions plus synergiques, notamment en matière de gestion de la lutte antivectorielle. Pour ce faire, l'OOAS doit :

- Assurer le recrutement du personnel pour le compte du Centre Régional de Surveillance et de Contrôle des Maladies dans la perspective de le rendre pleinement opérationnel.
- Assurer un encrage institutionnel adéquat de la Coordination Nationale afin de lui permettre de jouer son rôle.
- Assurer une communication régulière et efficace entre les instituts nationaux de coordination, y compris à travers les téléconférences et la production et la diffusion d'informations sur les grandes épidémies ou événements de santé publique.
- Renforcer les capacités régionales et nationales en matière de ressources humaines, y compris à travers l'appui aux pays dans l'accélération de la formation des épidémiologistes de terrain.
- Rendre fonctionnel le réseau de laboratoires régionaux, y compris à travers les contrats avec les laboratoires régionaux et les centres d'excellence pour appuyer le diagnostic et l'investigation des maladies épidémiques dans la région, les contrats avec les principaux transporteurs pour assurer le transport rapide et sécurisé des échantillons épidémiologiques, y compris pendant les périodes épidémiques et l'opérationnalisation de la plate-forme de réseau des laboratoires de référence.
- Améliorer l'accès à des médicaments de qualité

## CONCLUSION

En 2018, la région CEDEAO a connu une situation sanitaire marquée par les épidémies récurrentes de méningite, de rougeole, de choléra, de fièvre jaune et de fièvre de lassa dans certains pays membres.

Au plan opérationnel, plusieurs résultats de nature à renforcer la recherche des solutions aux problèmes de la santé ont été obtenus. Dans le même ordre d'idées plusieurs actions visant à renforcer les relations avec les Pays Membres et les partenaires ont été entreprises.

Néanmoins la situation sanitaire de la Région reste encore marquée par des épidémies et des indicateurs sanitaires qui doivent être améliorés.

Sur la base de ces différents constats et des leçons apprises, l'OOAS poursuivra la mise en œuvre des actions encore plus vigoureuses en 2019 en vue de renforcer les résultats obtenus. Ces interventions seront focalisées sur quelques thèmes prioritaires à travers des activités à haut impact sur la population de l'espace CEDEAO.

L'OOAS lance un appel de soutien aux pays membres et aux partenaires pour une bonne réussite de cet important chantier.