

**AFR/RC54/2**  
**ORIGINAL : ANGLAIS**

# **ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2002–2003**

**Rapport biennal du Directeur régional**



**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**  
**Bureau régional de l'Afrique**  
**Brazzaville**

# **ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2002-2003**

**Rapport biennal du Directeur régional**

**Cinquante-quatrième session  
du Comité régional de l'Afrique,  
Brazzaville, République du Congo,  
30 août – 3 septembre 2004**

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**  
Bureau régional de l'Afrique  
Brazzaville • 2004

*AFR/RC54/2*

©  
Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique  
(2004)

Les publications de l’Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du Protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d’Auteur. Tous les droits sont réservés.

Les désignations utilisées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n’impliquent de la part du Secrétariat de l’Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Le fait de mentionner les produits de compagnies spécifiques ou de certains fabricants ne signifie pas qu’ils sont approuvés ou recommandés par l’Organisation mondiale de la Santé de préférence à d’autres produits de nature analogue qui ne sont pas mentionnés. À l’exception des erreurs et des omissions, les noms des produits sont signalés par des majuscules au début du mot.

Imprimé en République d’Afrique du Sud

**Le Directeur régional a l'honneur de présenter au Comité régional le rapport d'activités de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au 31 décembre 2003.**

**Dr Ebrahim M. Samba  
Directeur régional**

## SOMMAIRE

|   | Pages              |
|---|--------------------|
| <b>ABRÉVIATIONS</b> .....   | vii                |
|   | <b>Paragraphes</b> |
| <b>INTRODUCTION</b> .....   | 1 – 21             |
| <b>PREMIÈRE PARTIE : MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2002–2003</b> .....                                    | 22 – 285           |
| <b>RÉALISATIONS NOTABLES</b> .....  | 22 – 282           |
| Développement et direction d'ensemble des programmes .....  | 22 – 59            |
| Développement des systèmes et services de santé .....   | 60 – 78            |
| Lutte contre les maladies transmissibles .....  | 79 – 141           |
| Lutte contre les maladies non transmissibles .....  | 142 – 182          |
| Santé familiale et santé génésique .....  | 183 – 229          |
| Milieux favorables à la santé et développement durable .....  | 230 – 262          |
| Administration et finances .....  | 263 – 282          |
| <b>FACTEURS AYANT FAVORISÉ OU ENTRAVÉ LA MISE EN ŒUVRE<br/>DU BUDGET PROGRAMME</b> .....                      | 283 – 285          |
| <b>DEUXIÈME PARTIE : RAPPORT D'ACTIVITÉS SUR LA MISE EN ŒUVRE<br/>DES RÉOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL</b> ..... | 286 – 338          |
| Stratégie régionale relative aux opérations d'urgence<br>et à l'action humanitaire .....                      | 286 – 297          |
| Stratégie régionale de développement des ressources<br>humaines pour la santé .....                           | 298 – 305          |
| Stratégie de promotion de la recherche en santé pour<br>la Région africaine de l'OMS .....                    | 306 – 313          |
| Sécurité transfusionnelle : Stratégie de la Région africaine .....  | 314 – 320          |
| Promotion de la santé : Stratégie de la Région africaine .....  | 321 – 325          |
| Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003–2005.....   | 326 – 332          |
| Macroéconomie et santé : Perspectives dans la Région<br>africaine .....                                       | 333 – 338          |
| <b>CONCLUSION</b> .....   | 339 – 347          |

## ANNEXES

|   | <b>Pages</b> |
|---|--------------|
| 1. Mise en oeuvre du budget ordinaire de l'OMS dans la Région africaine<br>(Bureau régional) .....                  | 73           |
| 2. Mise en oeuvre du budget ordinaire de l'OMS dans la Région africaine (Pays).....                                 | 75           |
| 3. Mise en oeuvre du budget ordinaire de l'OMS dans la Région africaine<br>(Fonds provenant d'autres sources) ..... | 77           |

## LISTE DES FIGURES

### Pages

|   |    |
|---|----|
| 1. Bourses accordées pendant les périodes biennales 1990–1991 à 2002–2003.....                                  | 13 |
| 2. Enquête sur la formulation des prescriptions et les connaissances des malades<br>sur les médicaments .....   | 14 |
| 3. Capacités des autorités de réglementation pharmaceutique dans la Région africaine .....                      | 15 |
| 4. Donneurs de sang volontaires non rémunérés dans la Région africaine .....                                    | 16 |
| 5. Contrôle du sang dans la Région africaine de l'OMS .....   | 16 |
| 6. Nombre de cas de maladie du ver de Guinée notifiés dans la Région africaine.....                             | 19 |
| 7. Le programme de lutte contre la trypanosomiase cherche à intensifier<br>la détection des cas .....           | 21 |
| 8. Surveillance de la paralysie flasque aiguë .....   | 26 |
| 9. Octroi de fonds GAVI pour les vaccins 2000–2003 .....  | 27 |
| 10. Tendances et impact estimé de la lutte accélérée contre la rougeole .....                                   | 27 |
| 11. État de la mise en oeuvre du traitement TPI <sub>f</sub> dans la Région africaine<br>à la fin de 2003 ..... | 29 |
| 12. Distribution des agents de santé formés à la lutte antipaludique, 2002–2003.....                            | 30 |
| 13. Principales causes de décès dans le monde chez les adultes<br>de 15 à 59 ans, 2002 .....                    | 37 |
| 14. Mise en oeuvre de la PCIME dans la Région africaine, 2003.....  | 40 |
| 15. Schéma des accouchements à domicile par catégorie d'accoucheurs.....  | 42 |
| 16. Mise en oeuvre de l'initiative MPS dans le district de Soroti (Ouganda).....                                | 44 |

## ABRÉVIATIONS

|         |   |
|---------|---|
| ADPIC   | Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce           |
| AFRO    | Bureau régional de l'Afrique  |
| AMS     | Système de gestion des activités  |
| ARV     | Antirétroviraux   |
| CCARDS  | Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires      |
| CDC     | Centres de lutte contre la maladie  |
| CIM     | Classification internationale des maladies  |
| DOTS    | Traitement de brève durée sous surveillance directe                               |
| DDT     | Dichlorodiphényltrichloréthane  |
| DTC     | Diphtérie, tétanos, coqueluche  |
| EDCTP   | Partenariat entre l'Europe et les pays en développement pour les essais cliniques |
| FAO     | Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture               |
| FMSTP   | Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme             |
| FNUAP   | Fonds des Nations Unies pour la Population  |
| GAVI    | Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination                              |
| GDF     | Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux        |
| IEP     | Initiative pour l'éradication de la polio   |
| IMPAC   | Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement                     |
| MSF     | Mutilations sexuelles féminines   |
| NEPAD   | Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique                            |
| TAR     | Thérapie antirétrovirale  |
| ONG     | Organisation non gouvernementale  |
| OIT     | Organisation internationale du Travail  |
| OMD     | Objectifs du Millénaire pour le développement                                     |
| OMS     | Organisation mondiale de la Santé   |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA                                |
| OPEP    | Organisation des pays exportateurs de pétrole                                     |
| PEV     | Programme élargi de vaccination   |
| PCIME   | Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant                                 |
| PMDS    | Système de gestion et de développement de la performance                          |
| PTME    | Prévention de la transmission mère-enfant   |
| PTN     | Pratiques traditionnelles néfastes  |
| SADC    | Communauté de Développement de l'Afrique australe                                 |
| SRAS    | Syndrome respiratoire aigu sévère   |
| SIDA    | Syndrome de l'immunodéficience acquise  |
| SIMR    | Surveillance intégrée des maladies et riposte                                     |
| SCP     | Stratégie de coopération avec les pays  |
| SSP     | Soins de santé primaires  |
| UNICEF  | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance  |
| USAID   | Agence des États-Unis pour le Développement international                         |
| VIH     | Virus de l'immunodéficience humaine   |
| WHA     | Assemblée mondiale de la Santé  |

## INTRODUCTION

1. Le présent rapport 2002–2003 rend compte des principaux résultats obtenus par l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine en ce qui concerne l'aide apportée aux États Membres, en prenant en considération les grandes orientations de la stratégie institutionnelle de l'OMS ainsi que le contexte de budget à croissance nominale zéro.

2. Le Budget Programme 2002–2003 était le premier du Dixième Programme général de Travail qui, pour la première fois, avait assigné le même objectif général au Siège, aux Bureaux régionaux et aux bureaux de pays : aider les États Membres dans l'esprit de «l'unicité» de l'OMS. Il a été établi sur la base de 35 domaines d'activité dans l'ensemble de l'Organisation; ce qui suppose une coopération plus efficace avec les pays ainsi que la prise en compte des enjeux régionaux et des priorités mondiales.

3. Les leçons tirées de l'évaluation de l'exécution du Budget Programme 2000–2001 et des plans de travail correspondants ont inspiré l'exécution du Budget Programme 2002–2003. On s'est employé à tirer parti de ces enseignements pour faciliter l'exécution et s'affranchir des contraintes. Dans un souci de continuité et pour faciliter du même coup la comparaison et l'analyse des grandes tendances, un certain nombre des caractéristiques essentielles du Budget Programme 2000–2001 ont été conservées, à savoir :

- a) le caractère stratégique du budget programme, sorte de «plan d'entreprise» de l'Organisation;
- b) la notion de domaines d'activité, constituant autant d'agrégats fonctionnels pour la planification, la budgétisation et l'établissement des rapports dans l'ensemble de l'Organisation;
- c) l'accent placé sur les résultats escomptés et les indicateurs en tant que moyens d'améliorer la planification, le suivi et l'évaluation ultérieures des opérations;
- d) l'accent accru placé sur les priorités, justifiant des infléchissements judicieux dans l'affectation des fonds du budget ordinaire et d'autres sources;
- e) l'élaboration et l'exécution conjointes du budget programme par le personnel administratif de l'OMS, favorisant un esprit d'appropriation et d'engagement à tous les échelons de l'Organisation.

4. Ce furent deux années laborieuses et fécondes pendant lesquelles le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique s'est employé à relever les défis sanitaires nationaux. L'exécution du Budget Programme 2002–2003 s'est caractérisée non seulement par des contraintes et des défis, mais également par des circonstances favorables.

5. Le tableau épidémiologique de la mauvaise santé et de la charge de morbidité a présenté un aspect inacceptable et alarmant, et cela malgré les efforts faits par les États Membres, le Bureau régional et les partenaires du développement sanitaire. L'instabilité politique, les conflits civils et les situations d'urgence ont encore compliqué la situation. En outre, la Région africaine a supporté la double charge des maladies transmissibles et non transmissibles. Le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme sont demeurés les principales menaces pour la santé publique. La prévalence et l'incidence des maladies non transmissibles et des facteurs de risque liés au mode de vie sont en hausse.

6. Des situations telles que l'absence d'accès à de l'eau saine et à des conditions d'assainissement satisfaisantes, jointes à l'insécurité alimentaire, à la consommation d'aliments frelatés ainsi qu'aux fréquentes situations d'urgence naturelles ou d'origine humaine ont été les plus grands obstacles à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. L'urbanisation, la mondialisation et la médiocrité de la gouvernance et des résultats macroéconomiques nationaux ont encore accru les difficultés. Ces facteurs ont à nouveau influé sur les niveaux constamment élevés de morbidité et de mortalité maternelles, néo-natales et infantiles entretenus par la pauvreté, la condition inférieure des femmes et les difficultés d'accès à des services de santé de qualité.

7. Les efforts consentis pour améliorer l'accès à des services de santé de qualité dans la majorité des pays africains ont été entravés par la faiblesse des systèmes de santé, l'absence d'une bonne administration, l'exode des cerveaux, l'insuffisance du financement et un minimum d'interventions rentables. En outre, les fortes corrélations entre pauvreté, mauvaise santé et sous-développement, mises en évidence par la Commission Macroéconomie et Santé, ont continué à former un cercle vicieux ininterrompu.

8. Plusieurs circonstances favorables ont marqué l'exécution du Budget Programme 2002–2003. Le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique et l'Union africaine ont l'un et l'autre désigné la santé comme domaine d'action prioritaire, et l'OMS a été priée de jouer un rôle directeur, en tenant compte des objectifs du Millénaire pour le développement.

9. Relever les défis sanitaires nationaux a également obligé à trouver des ressources pour soutenir les efforts faits par les pays ainsi qu'à renforcer les partenariats avec d'autres acteurs de développement. À cette fin, l'action de l'OMS a été complétée par plusieurs initiatives internationales telles que les sessions extraordinaires de l'Assemblée générale des Nations Unies<sup>1</sup>; le Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme; la Commission Macroéconomie et Santé; le Sommet mondial pour le développement durable; l'Initiative Halte à la tuberculose; l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite; et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.

10. Vu la modicité des moyens et les attentes des États Membres quant aux contributions de l'OMS, les efforts se sont concentrés sur des priorités clairement définies qui correspondent aux besoins des pays ainsi qu'au mandat et aux atouts de l'OMS. Ces efforts se sont inspirés de la Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21<sup>ème</sup> siècle : Agenda 2020 et de la Stratégie institutionnelle de l'OMS. Au nombre des priorités sanitaires régionales figurent notamment la promotion de la santé, le virus de l'immunodéficience humaine, le syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH/SIDA), le paludisme, la tuberculose, la santé maternelle, la santé de l'enfant, la santé mentale, le cancer, les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les maladies respiratoires chroniques, la sécurité transfusionnelle, le renforcement des systèmes de santé, la pauvreté et la mauvaise santé, la préparation et la riposte aux situations d'urgence complexes et aux épidémies.

11. L'Initiative en faveur des pays a été le principal moyen d'adaptation de l'action de l'OMS aux besoins des pays. La Stratégie de coopération avec les pays a inspiré la coordination du soutien apporté à ceux-ci par les trois niveaux d'intervention de l'Organisation et a servi de cadre au renforcement de la coopération technique avec les pays.

---

<sup>1</sup> Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : «À crise mondiale, action mondiale», adoptée à la vingt-sixième session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies, 25–27 juin 2001; Un monde digne des enfants, Rapport du comité spécial plénier de la vingt-septième session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies, Supplément N° 3 (A/S-27/19/Rev.1) 10 mai 2002.

12. Le nouveau Directeur général, le Dr Jong-Wook Lee, élu pendant la période biennale, a assuré la continuité en axant les efforts sur les priorités des pays et sur les orientations du Programme de l'OMS telles qu'elles avaient été présentées par le Directeur général qui l'avait immédiatement précédé, le Dr Gro Harlem Brundtland. De remarquables efforts ont été consentis pour obtenir un maximum de résultats sans nécessiter des ressources supplémentaires.

13. Au titre du Développement et de la gestion d'ensemble des programmes, une des principales réalisations a été le soutien financier aux activités imprévues mais urgentes en vue d'améliorer l'état sanitaire des populations exposées dans certains pays. Tout aussi importantes ont été les précieuses contributions et propositions émanant des États Membres qui ont permis d'orienter l'activité future de l'OMS lors des cinquante-deuxième et cinquante-troisième sessions du Comité régional, des cent-onzième et cent-douzième sessions du Conseil exécutif ainsi que des Cinquante-Cinquième et Cinquante-Sixième Assemblées mondiales de la Santé. La formation au Système de Gestion des Activités a permis d'améliorer la qualité des plans de travail, à mesure que le système est devenu pleinement opérationnel au Bureau régional et dans plusieurs bureaux de pays. Le Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires s'est réuni à Maurice où 100 cadres supérieurs (planificateurs et spécialistes de la santé publique) de 43 États Membres ont reçu une formation en macroéconomie et santé.

14. S'agissant du Développement des systèmes et services de santé, les principales réalisations ont concerné l'actualisation des politiques sanitaires nationales, la promotion de la médecine traditionnelle, la formation à la sécurité transfusionnelle, et l'organisation d'une étude sur l'exode des cerveaux et ses incidences sur le secteur de la santé.

15. Pour ce qui est de la Lutte contre les maladies transmissibles, des efforts concertés ont été faits pour intensifier la surveillance intégrée de la maladie et la riposte. Le Programme de Lutte contre l'Onchocercose a été fermé, après reconnaissance internationale de son succès. Un soutien technique a été fourni à des États Membres pour les aider à satisfaire aux conditions du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme; pour renforcer la vaccination systématique; pour accélérer la mise en œuvre de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite; ainsi que pour éradiquer certaines autres maladies transmissibles dans la Région africaine.

16. En matière de Lutte contre les Maladies non transmissibles (MNT), les principales réalisations ont notamment consisté à cartographier des épidémies de MNT, des troubles mentaux et des toxicomanies, ainsi qu'à analyser leurs causes. En outre, des politiques et des stratégies fondées sur des bases factuelles ont été élaborées pour la promotion de la santé, et un soutien a été fourni à des États Membres pour l'élaboration de la Convention-cadre pour la lutte antitabac.

17. En matière de Santé de la famille et de santé génésique, un soutien important a été assuré aux pays pour qu'ils renforcent les soins obstétricaux d'urgence et les soins aux nouveau-nés, grâce à une augmentation de leurs capacités, à l'acquisition de technologies appropriées et à des initiatives telles que des ambulances communautaires, des comités de gestion communautaires et des régimes d'assurance-maternité. Une autre réalisation majeure a été l'extension de l'application, dans les États Membres, de la Stratégie relative à la santé de l'adolescent et de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

19. La Division Administration et Finances s'est attachée à rationaliser et à améliorer les processus de gestion des ressources financières, humaines et autres dans la Région africaine de l'OMS. Le Bureau régional a entièrement utilisé les fonds alloués au titre du budget ordinaire. De remarquables progrès ont été faits pour améliorer la technologie de l'information et de la communication au Bureau régional et dans les bureaux de pays. Dans les services administratifs et de logistique, des personnels et du matériel ont été transférés de façon satisfaisante de Harare à Brazzaville, et les conditions de vie et de travail se sont améliorées au Bureau régional.

20. L'évaluation des plans de travail des bureaux de pays pour 2002–2003 a été menée en étroite collaboration avec les autorités nationales. Les bureaux de pays et les divisions du Bureau régional ont produit des rapports pertinents et détaillés sur les évaluations 2002–2003 qui constituent la base de ce rapport.

21. Le présent rapport biennal se divise en deux parties. La Première Partie rend compte de l'exécution du Budget Programme 2002–2003 par domaine d'activité. Elle s'attache aux réalisations importantes, aux principaux facteurs ayant facilité l'exécution, aux facteurs de contrainte, aux leçons tirées et aux grandes orientations pour la prochaine période biennale. La Deuxième Partie décrit les progrès réalisés dans la mise en œuvre des résolutions adoptées par le Comité régional. Les annexes contiennent les chiffres relatifs à l'exécution du budget programme.

# **PREMIÈRE PARTIE : MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2002–2003**

## **RÉALISATIONS NOTABLES**

### **DÉVELOPPEMENT ET DIRECTION D'ENSEMBLE DES PROGRAMMES**

#### **Programme et initiatives du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement (DDP)**

22. Les pays africains, notamment ceux qui sont en crise et ceux dont la population vit dans la pauvreté, sont confrontés à des problèmes de santé de plus en plus difficiles. Les besoins des pays ont été mieux définis et traités grâce à l'Initiative en faveur des pays que l'Organisation mondiale de la Santé a récemment adoptée. L'initiative ayant suscité beaucoup d'espoirs chez les États Membres et autres parties prenantes, l'OMS a dû plaider activement en leur nom pour qu'ils obtiennent le soutien dont ils ont besoin pour satisfaire les besoins recensés dans les stratégies de coopération avec les pays.

23. Parmi les activités menées en vue d'appuyer les pays on peut citer les activités de sensibilisation de haut niveau, l'appui technique ou financier pour renforcer les partenariats, le lancement de nouvelles initiatives, la promotion de bonnes pratiques, la mobilisation de ressources supplémentaires pour la santé, et les activités visant à faciliter la mise en œuvre des résolutions adoptées par les organes directeurs. La finalité de toutes ces interventions de l'OMS au niveau des pays était d'améliorer l'état de santé des populations.

24. L'une des principales réalisations enregistrées au cours de la période biennale 2002–2003 a été la sensibilisation des chefs de gouvernement et des décideurs de divers pays de la Région africaine et de partenaires dans d'autres continents. Plus de 60 missions ont permis d'améliorer grandement la collaboration entre le Bureau régional, divers partenaires intervenant dans le domaine de la santé, le Siège et les pays, dont beaucoup avaient achevé la rédaction de leur stratégie de coopération.

25. Quinze pays qui faisaient face à des situations d'urgence – tremblements de terre, explosion d'un dépôt d'armes, inondations, épidémies, populations déplacées à cause de troubles civils et de la sécheresse – ont bénéficié d'une assistance. Le Fonds de développement du Directeur régional a permis d'aider des groupes cibles dans 12 pays, y compris les plus nécessiteux : orphelins du SIDA, enfants des rues et femmes en situation particulièrement difficile. Les programmes prioritaires – lutte contre le tabagisme, lutte antipaludique, prévention de la maltraitance des enfants, lutte contre le VIH/SIDA – ont été mis en œuvre dans huit pays. Un appui a été apporté au renforcement des capacités institutionnelles de certains États Membres et de quatre bureaux de l'OMS dans les pays.

26. Un des enjeux critiques de la période 2004–2005 tel qu'énoncé dans l'Initiative en faveur des pays est de renforcer la contribution de l'OMS à la santé et au développement des populations. Dans le même temps, il convient de donner aux pays les moyens d'exercer une plus grande influence sur la santé publique à l'échelle régionale et mondiale, grâce au concours des bureaux de pays, du Bureau régional et du Siège. Au niveau de la Région africaine, tous les 46 pays devraient achever leur document de stratégie de coopération et le traduire dans les faits pour améliorer la performance de l'OMS dans les pays.

## **Mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats (REC)**

27. L'environnement évolutif des activités sanitaires, associé à des attentes plus grandes de la part des États Membres et des partenaires, a conduit l'Organisation mondiale de la Santé à reconsidérer son action pour répondre aux besoins et aux priorités des pays. Soucieuse d'apporter un soutien plus efficace aux États Membres, l'OMS a renforcé ses bureaux dans les pays, encouragé et intensifié la diffusion d'informations sanitaires de qualité et créé des partenariats novateurs considérés comme des moyens efficaces d'améliorer la gestion des programmes.

28. Au cours de la période considérée, le Bureau régional s'est employé à concrétiser le projet de l'OMS tendant à placer les pays au cœur de son action en accélérant la formulation et la mise en œuvre, dans les États Membres, de la Stratégie de coopération avec les pays (SCP). Le processus SCP a été conduit dans 28 pays pendant la période examinée, ce qui porte à 39 le nombre de pays qui disposent maintenant de leur propre document SCP. La mise en œuvre de la SCP en vue du renforcement des bureaux de pays a débuté dans 20 pays.

29. L'intégration de la SCP dans le processus gestionnaire de l'OMS a permis d'obtenir de meilleurs résultats au niveau des pays, et donc d'améliorer les consultations et la collaboration entre les partenaires, sous la conduite de l'OMS. La mise en œuvre de l'Initiative en faveur des pays a également permis d'améliorer la cohérence des activités de l'OMS au niveau des pays.

30. Compte tenu du rôle essentiel de l'information dans les actions de plaidoyer, de sensibilisation et de lutte contre les maladies, les programmes et les messages de l'OMS en faveur de la santé ont été exposés ou cités dans des communiqués de presse, des documents audiovisuels et des revues comme l'*African Health Monitor*. Parmi les questions traitées en priorité figuraient l'éradication de la poliomyélite, le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et la médecine traditionnelle.

31. Les collections de photos et de documents audiovisuels du Bureau régional à Brazzaville, qui avaient été pillées pendant la guerre civile de 1997, sont en train d'être reconstituées pour être mises à la disposition des programmes techniques, des médias et d'autres partenaires. Les réunions organisées dans la Région, notamment les cinquante-deuxième et cinquante-troisième sessions du Comité régional, tenues respectivement à Harare et Johannesburg, ont été largement couvertes par les médias internationaux et ont servi de tremplin pour donner aux questions de santé la place qui leur revient dans les programmes des gouvernements et les médias.

32. Pour ce qui est des partenariats et de la mobilisation des ressources, l'accent a été mis sur le renforcement des capacités pour les personnels de l'OMS, les personnels nationaux et d'autres partenaires. Plus de 70 fonctionnaires de rang supérieur et leurs partenaires ont reçu une formation sur la négociation de l'aide extérieure; le guide du Bureau régional intitulé «Format standard des documents de projet», conçu pour aider les pays et les unités techniques à préparer des propositions de projets convaincantes et facilement négociables, a été actualisé et révisé; le système de surveillance des ressources extrabudgétaires a été réactualisé; des accords ont été signés avec des partenaires importants; la collaboration avec les organisations non gouvernementales au niveau régional a été examinée et analysée et une nouvelle politique régissant les relations entre l'OMS et les ONG a été formulée; les divisions et les bureaux de pays ont reçu une aide d'un montant total de US \$26 500 000 à la suite des propositions de projets qui ont été élaborées.

33. Pendant la période biennale 2004–2005, le Bureau régional apportera un soutien accru aux mesures à prendre pour mettre en œuvre l'initiative en faveur des pays, renforcer les capacités internes d'information et améliorer la collaboration avec d'autres partenaires, afin d'améliorer la situation sanitaire en Afrique.

## **Bases factuelles à l'appui des politiques de santé (GPE)**

34. Le défi à relever dans ce domaine consiste à faire en sorte que les décideurs aient accès aux meilleures bases factuelles et aux meilleurs outils possibles et soient capables de les utiliser pour améliorer la performance des systèmes de santé. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique continue à renforcer le potentiel des équipes sanitaires nationales et des équipes des bureaux de pays pour leur permettre de produire et d'utiliser des données épidémiologiques et économiques

35. Pendant la période biennale 2002–2003, 100 hauts responsables de l'action de santé publique et de la planification de 43 États Membres ont reçu une formation sur divers aspects de l'économie de la santé. Quatre pays (Angola, Ghana, Namibie et Sierra Leone) ont bénéficié d'un soutien financier ou technique pour des études d'efficience portant sur les hôpitaux et les centres de santé.

36. Le Bureau régional a organisé un atelier interpays pour l'élaboration de propositions de recherche concernant la détermination du coût des interventions «Pour une grossesse à moindre risque» dans deux pays (Ghana, Nigéria) et de programmes de santé scolaire dans quatre pays (Gambie, Namibie, Ouganda, Swaziland). Les études sur la grossesse à moindre risque sont en cours et des recherches portant sur les services de santé scolaire débiteront en 2004. Des programmeurs cliniques de Maurice ont été formés à la classification CIM-10 et des ateliers portant sur l'analyse et la gestion des données se sont tenus en Guinée et en Guinée équatoriale.

37. Un document technique intitulé «Macroéconomie et Santé : L'avenir dans la Région africaine» et la résolution préparée sur ce sujet ont été examinés et adoptés à la cinquante-troisième session du Comité régional. Une étude a été faite sur le coût des troubles mentaux et comportementaux et ses résultats ont été largement diffusés. Un article portant sur la pharmacéconomie des médicaments traditionnels a été publié dans la revue *African Health Monitor*.

38. Un document technique intitulé «Development of a health management information system in the WHO African Region» a été préparé et distribué pour servir de cadre directeur en vue de la gestion de l'information dans la Région; il est en cours d'application. Afin de renforcer la diffusion des bases factuelles, les concepts de base de la *Revue africaine de santé publique* ont été définis, et l'équipe et le comité de rédaction constitués. Une brochure intitulée «Health situation in the WHO African Region: Basic indicators» a été finalisée et diffusée. Des principes directeurs sur les sites Web ont également été élaborés et diffusés.

39. Plusieurs enseignements ont été tirés de ces activités, dont la nécessité de former les spécialistes appelés à dispenser une formation en économie de la santé et celle de multiplier les activités de recherche et de diffusion de données, en collaboration avec les planificateurs et les économistes des ministères de la santé et les bureaux de l'OMS dans les pays. Il importe d'accélérer la mise en œuvre du système d'information pour la gestion sanitaire et d'obtenir et utiliser des bases factuelles pour la prise de décisions. Les efforts fournis pour améliorer les capacités en matière d'information pour la gestion sanitaire dans les pays devraient être poursuivis.

40. Pendant la période biennale 2004–2005, on s'emploiera notamment à enseigner les méthodes de l'économie sanitaire à des économistes de niveau universitaire et à apprendre à des personnels nationaux comment mesurer la charge de morbidité, appliquer le système d'information pour la gestion sanitaire et utiliser la CIM-10 pour la notification de statistiques démographiques. Des recherches seront consacrées à la santé en milieu scolaire, à la viabilité économique des mécanismes de financement prépayé des soins de santé, à l'efficacité des services de santé et au thème mondialisation et santé. Il est également prévu de créer une base de données intégrée pour renforcer le site Web du Bureau régional et faciliter la création de sites Web dans les pays.

## **Organes directeurs (GBS)**

41. En raison de l'intérêt croissant des Ministres de la Santé et de leurs délégations pour l'identification des problèmes de santé prioritaires de la Région, l'examen des stratégies proposées par le Siège de l'OMS et pour les questions liées au financement de la santé, des efforts ont été faits pour permettre aux délégués africains de participer efficacement aux réunions des Organes directeurs grâce à l'utilisation de tous les canaux de communication et d'information disponibles, y compris la coopération avec les partenaires.

42. Le Bureau régional a amélioré le mécanisme de communication et de transmission de toute correspondance adressée aux États Membres, ce qui permet maintenant aux délégués de recevoir leurs documents à temps et de mieux préparer leur participation aux réunions. Globalement, la participation des délégués au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé s'est améliorée

43. Au cours de la prochaine période biennale, le Bureau régional intensifiera et diversifiera son appui aux délégués de la Région africaine pour qu'ils participent plus efficacement aux activités et au développement de l'OMS, s'assurant ainsi que les contributions des quarante-six États Membres bénéficieront pleinement à la Région entière. À cet effet, par souci d'efficacité, la mobilisation des pays se poursuivra sous plusieurs formes.

44. Les réformes administratives de l'Organisation mondiale de la Santé ont été caractérisées par le principe d'«une seule OMS», l'adoption d'une stratégie institutionnelle et la mise en œuvre d'une gestion axée sur les résultats. Malgré les progrès considérables enregistrés en ce qui concerne la mise en œuvre des réformes administratives dans la Région africaine, des difficultés importantes subsistent. Il reste encore des problèmes de formulation des éléments de planification et du lien logique entre les résultats. Les plans de travail des divisions et des pays révèlent que les administrateurs éprouvent de la difficulté à passer d'une planification et d'une budgétisation axées sur les ressources à une planification et une budgétisation axées sur les résultats, et à maîtriser les concepts de l'approche logique.

45. Dans le prolongement des orientations stratégiques de la Stratégie institutionnelle et des budgets programmes, le plan de travail du domaine d'activité Budget et réforme administrative 2002–2003 a consolidé les acquis de la réforme et remédié aux problèmes existants et nouveaux. Rien n'a été négligé pour bien faire comprendre la stratégie institutionnelle, la gestion axée sur les résultats et d'autres réformes. Dans le même temps, le renforcement des capacités au Bureau régional et dans les bureaux de pays a notamment porté sur l'utilisation du système de gestion des activités comme outil administratif pour la planification, le suivi et l'établissement de rapports.

46. Au cours de la période considérée, des lignes directrices relatives à la planification, au suivi et à l'évaluation ont été élaborées et distribuées à toute la Région. Elles ont permis de parvenir à une conception commune du processus et d'établir des plans de travail 2004–2005 circonstanciés et des rapports semestriels, à mi-parcours et biennaux complets. En outre, la composante évaluation a été pleinement intégrée au processus gestionnaire. Des évaluations portant sur des thèmes ou des pays donnés ont été menées, et le rapport de l'évaluation thématique réalisée par le Bureau régional sur les activités de formation conduites dans les divisions techniques et les pays a été finalisé. L'appui dont ont bénéficié le Bureau régional et les bureaux de pays à ce sujet a contribué à améliorer considérablement la qualité des plans de travail 2004–2005.

47. L'unité Planification et évaluation du programme a renforcé les capacités de gestion du programme dans les pays. Le système de gestion des activités (AMS) a été installé et rendu pleinement opérationnel dans 35 bureaux de pays, ce qui a permis aux équipes de pays (personnel des bureaux de l'OMS dans les pays et ministères de la santé) et aux gestionnaires de données de l'utiliser pour la gestion du programme. Les administrateurs ont été formés à la gestion du programme et à la décentralisation des imputations budgétaires. En collaboration avec l'unité Planification, suivi et évaluation du Siège, les matériels didactiques du «Logical Framework

Approach» ont été adaptés et six représentants et conseillers régionaux de l'OMS ont été formés. L'unité a fait la synthèse des rapports semestriels, à mi-parcours et biennaux des pays et des divisions pour examen lors des Réunions régionales du Programme et des rapports du Directeur régional pour les sessions du Comité régional.

48. Le renforcement des capacités du personnel a grandement amélioré la gestion du programme dans la Région africaine. Toutefois, il convient de maintenir et d'intensifier cet effort pour consolider les acquis de la réforme administrative et obtenir des résultats. Il est nécessaire de moderniser un tant soit peu les systèmes informatiques et de communication des pays pour faciliter le travail des équipes de pays et améliorer la communication entre les pays et le Bureau régional. Il est également nécessaire d'accorder davantage de ressources à la planification et à l'évaluation du programme pour appuyer convenablement les divisions techniques et les pays dans le processus de réforme administrative de l'OMS.

49. La culture de la gestion axée sur les résultats étayée par des processus cohérents et uniformes de planification, mise en œuvre, suivi et présentation de rapports reste un défi majeur pour la gestion du programme à l'OMS. En outre, les stratégies de coopération avec les pays élaborées dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays doivent être intégrées dans des plans stratégiques et opérationnels à l'échelon des pays, tâche difficile dont l'OMS n'a pas l'expérience.

50. La mise en œuvre du Budget Programme 2004–2005 devrait tirer parti des progrès réalisés et de l'expérience acquise au cours des deux dernières périodes biennales pour améliorer davantage les pratiques de gestion du programme dans la Région. L'accent sera mis sur le renforcement de la capacité des personnels en gestion du programme, y compris l'utilisation de systèmes de gestion des informations comme l'AMS. Des outils – documents de référence et un manuel – seront élaborés et serviront de documents d'information.

### **Politique et coordination en matière de recherche (RPC)**

51. Les principaux problèmes rencontrés en ce qui concerne la politique et la coordination en matière de recherche ont été l'insuffisance des capacités institutionnelles pour la recherche en santé au niveau des pays, l'absence de politiques et priorités nationales clairement établies dans le domaine de la recherche en santé, et l'utilisation insuffisante des résultats de la recherche pour la formulation des politiques et l'élaboration des programmes. Dans le même temps, l'OMS a continué à promouvoir le rôle de la recherche dans l'élaboration des programmes et la prise de décision en coordonnant les activités de recherche, en aidant les États Membres à élaborer des politiques et stratégies dans le domaine de la recherche en santé et en utilisant les résultats de la recherche pour la prise de décision.

52. Le domaine d'activité Politique et coordination en matière de recherche s'est chargé de coordonner les activités de recherche menées dans les divisions en associant le plan stratégique régional portant sur la recherche en santé à la recherche menée dans les domaines de la lutte contre la maladie, de la santé génésique et des systèmes de santé. Cette coordination a été assurée grâce à des réunions des points focaux des divisions et du Comité pour le développement de la recherche. Une réunion du Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires (CCARDS) a été organisée pour affirmer et renforcer son rôle directeur dans la Région africaine. Le Bureau régional a continué à forger des partenariats avec les centres collaborateurs de l'OMS dans la Région.

53. Les principales réalisations accomplies ont été les suivantes : la distribution aux pays de directives pratiques pour la création de comités d'éthique; la poursuite de l'appui pour faciliter la désignation et la reconduction des centres collaborateurs de l'OMS par l'entremise du Comité pour le développement de la recherche; la mise à jour de la liste des centres collaborateurs OMS et de leurs principes de gestion; l'amorce d'un dialogue avec le Partenariat entre l'Europe et les pays en voie de développement pour les essais cliniques; la mise au point d'un instrument de collecte de

données intitulé «Enquête sur les capacités de recherche en santé des pays» qui a ensuite été envoyé aux pays pour les aider à planifier l'appui dont ils ont besoin en matière de recherche.

54. Pendant la période biennale 2004–2005, il est prévu d'élaborer à l'intention des pays des principes directeurs d'ordre général sur la formulation des politiques et plans stratégiques nationaux pour la recherche en santé; de leur fournir une aide en vue de la mise en place ou du renforcement de mécanismes nationaux de coordination et de mise en réseau de la recherche en santé; d'appuyer la création ou le renforcement de comités de bioéthique et d'examen scientifique; et de donner aux responsables nationaux de la recherche en santé une formation sur la méthodologie de la recherche et la diffusion des résultats obtenus. Les centres collaborateurs de l'OMS et le CCARDS devront être associés à ces projets.

### **Gestion et diffusion de l'information sanitaire (IMD)**

55. Des informations fiables communiquées en temps opportun sont essentielles pour la mise au point, la production et la distribution de tous les biens et services. Dans le secteur de la santé, l'information apporte des connaissances et des indications utiles aux agents de santé, aux décideurs et au grand public. C'est un outil majeur au service de la promotion de la santé, de la prévention et de la lutte contre les maladies. Malheureusement, même lorsqu'elles existent, des informations fiables et à jour sont difficilement accessibles, notamment en raison de carences dans le domaine des communications, du coût et de la nature des informations à transmettre. Les responsables de ce secteur d'activité sont chargés de la mise en forme rédactionnelle, de la traduction, de l'impression, de la diffusion et de la conservation de toute la documentation produite au Bureau régional. La communication dans des délais appropriés d'informations sanitaires et biomédicales reposant sur des bases concrètes à ses États Membres, à ses partenaires, aux personnels concernés et au grand public demeure la responsabilité de l'OMS.

56. Pendant la période considérée, tous les documents destinés aux cinquante-deuxième et cinquante-troisième sessions du Comité régional ont été édités, traduits, publiés et envoyés aux États Membres dans les trois langues de travail de la Région. Des services d'interprétation simultanée ont été assurés lors de toutes les réunions tenues dans la Région jusqu'en décembre 2002.

57. On a équipé les services chargés de la gestion et de la diffusion de l'information sanitaire afin d'améliorer la production de l'information au Bureau régional. En même temps, des ouvrages de formation, des manuels, des guides et des modules ont été publiés ou sont en cours de publication pour aider à la mise en oeuvre des programmes. Au total, 506 projets de publications ont été menés à bien dans les bureaux de pays. Afin de stimuler la recherche, d'améliorer la qualité des revues médicales africaines et de mieux les faire connaître, l'unité a participé aux mesures prises par le Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales (au Siège) pour lancer le forum des rédacteurs de revues médicales africaines.

58. La bibliothèque du Bureau régional a été réouverte et rénovée. Elle a fait l'acquisition de BiblioMaker et d'un serveur pour faciliter l'accès à sa base de données. Afin de tenir le personnel et les utilisateurs informés des progrès des connaissances et des résultats des recherches en médecine et en santé, la bibliothèque a lancé un bulletin d'information mensuel appelé *InfoDigest*. Par ailleurs, 238 responsables des bibliothèques bleues de neuf pays ont bénéficié d'une formation, dans le but de promouvoir cet outil.

59. La leçon à tirer de ce qui précède est que la circulation de l'information souffre du manque de moyens financiers. Dans ces conditions, il faudrait prévoir un budget d'activités pour toutes les périodes biennales. Des allocations budgétaires régulières permettraient d'actualiser les équipements nécessaires à la production de l'information au Bureau régional, de faire face aux pénuries de personnel, de renforcer les activités de diffusion de l'information dans les pays et de reprendre le travail nécessaire à la compilation de l'*Index Medicus africain*.

## DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES ET SERVICES DE SANTÉ

60. Le renforcement des systèmes de santé en vue de fournir des services de santé de qualité, notamment aux pauvres et aux défavorisés, demeure l'une des priorités dans la Région africaine. Les pays devraient élaborer et actualiser les politiques et les stratégies sanitaires visant à améliorer l'accès aux services de santé essentiels, y compris l'accès aux médicaments essentiels et à du sang non contaminé, ainsi que l'usage approprié des technologies sanitaires requises pour traiter les maladies et les affections prioritaires. L'insuffisance des ressources financières et humaines consacrées à la santé constitue l'un des défis actuels.

61. Pour relever ces défis, un appui a été accordé aux pays pour qu'ils réorganisent et renforcent leurs systèmes de santé. Une attention particulière a été accordée aux systèmes de santé locaux et de district afin d'améliorer la performance dans le cadre de la *Politique de la santé pour tous pour le 21<sup>ème</sup> siècle dans la Région africaine : Agenda 2020*. Par ailleurs, des efforts ont été faits pour appuyer les projets de recherche qui stimulent la collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine classique. La Division Développement des Systèmes et Services de Santé comprend trois domaines d'activité : Organisation des services de santé; Médicaments essentiels : Accès, qualité et usage rationnel; et Sécurité transfusionnelle et Technologie clinique.

### Organisation des services de santé (OSD)

62. Un certain nombre d'activités ont été menées pour aider les pays à renforcer les fonctions de leurs systèmes de santé. Ces fonctions sont la fourniture de soins, le financement équitable, l'administration générale et la production de ressources en vue d'assurer un accès équitable à des services de qualité, acceptables et d'un prix abordable.

63. Grâce à l'appui fourni, dix pays<sup>2</sup> ont examiné leurs politiques et plans stratégiques nationaux de santé. Le Cameroun a évalué la politique de recouvrement des coûts, tandis que le Ghana et le Kenya ont élaboré des plans d'assurance maladie. Seize pays<sup>3</sup> ont évalué le fonctionnement de leurs systèmes de santé de district et ont lancé des programmes destinés à développer l'ensemble minimum de prestations de santé au niveau du district et à renforcer les capacités de gestion sanitaire de district. Le Botswana a entrepris une évaluation des soins de santé primaires. Cent-quatre-vingt-quatorze fonctionnaires techniques de 46 pays et 60 décideurs de 27 pays ont été formés aux comptes nationaux de santé, et huit pays<sup>4</sup> ont entrepris la mise en œuvre de ces comptes. L'Érythrée, la Mauritanie, Maurice, les Seychelles et d'autres pays ont informatisé leurs systèmes d'archives hospitalières et en ont étendu l'usage aux hôpitaux de district; 14 pays<sup>5</sup> ont renforcé leurs systèmes d'information sanitaire.

---

<sup>2</sup> Botswana, Burkina Faso, Cap-Vert, Comores, Éthiopie, Guinée, Guinée équatoriale, Mali, République du Congo, Togo.

<sup>3</sup> Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gambie, Lesotho, Madagascar, Niger, République du Congo, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Zambie.

<sup>4</sup> Gambie, Kenya, Maurice, Namibie, Nigéria, Ouganda, Swaziland, Togo.

<sup>5</sup> Burkina Faso, Cameroun, Érythrée, Gabon, Gambie, Kenya, Madagascar, Mali, Mauritanie, Namibie, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, Togo.



*Fonctionnaire de l'information sanitaire au travail  
dans un hôpital de district à Zoba Makel (Érythrée).*

64. Le Malawi a bénéficié d'un appui pour mener une campagne nationale de sensibilisation sur la politique de recherche en santé. Le Swaziland a effectué une analyse de la situation en ce qui concerne la recherche en santé, et le Niger a élaboré un plan de développement de la recherche. En collaboration avec le Siège, l'Enquête sur la santé dans le monde a été menée dans 18 États Membres<sup>6</sup>. Cinq pays (Érythrée, Éthiopie, Ouganda, Tanzanie, Zambie) ont élaboré leurs plans d'action et en ont entamé la mise en oeuvre dans le cadre d'un projet triennal destiné à renforcer les systèmes de santé de district en vue de s'attaquer aux problèmes de santé prioritaires; le projet est financé par l'Agence norvégienne de développement international.

65. La politique des soins de santé primaires (SSP) dans la Région africaine a été évaluée. La principale conclusion a été que le secteur de la santé a été marqué par une dégradation des tendances sanitaires et une augmentation des défis malgré la volonté politique manifestée en faveur des SSP. Les autres conclusions ont été les suivantes : les SSP ont été abordés comme un programme vertical plutôt que comme une stratégie, la mise en oeuvre a surtout porté sur les structures et les progrès ont été fortement entravés par la mauvaise performance économique et la pénurie de ressources humaines. La réunion internationale sur les SSP tenue à Madrid (Espagne) vers la fin de 2003 a réaffirmé la pertinence des SSP comme une approche qui devrait être adaptée aux situations spécifiques des pays et utilisée par eux pour le développement sanitaire.

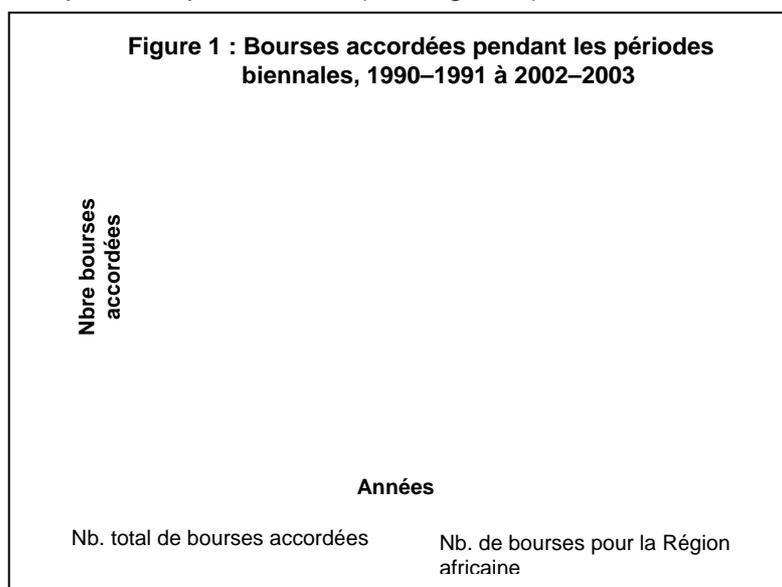
66. La recherche sur les systèmes de santé (HSR) a fait l'objet d'une évaluation au titre de la période 1987–2002; l'une des principales conclusions a été que la recherche en santé est désormais considérée comme un instrument permettant de prendre des décisions sur la base de données factuelles. Certains établissements d'enseignement ont donc inscrit la méthodologie HSR dans leurs programmes de formation à la recherche. Les autres résultats de cette évaluation ont été les suivants : certains agents de santé ont acquis davantage de compétences dans le domaine de la recherche; de nouvelles structures et de nouveaux mécanismes ont été mis en place dans le secteur de la santé de certains pays participants; et la recherche sur les systèmes de santé a créé un cadre pour la mise en réseaux, l'échange de données d'expérience et la coopération technique.

---

<sup>6</sup> Afrique du Sud, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Namibie, Comores, République du Congo, Sénégal, Swaziland, Tchad, Zambie, Zimbabwe.

67. Vingt-six pays<sup>7</sup> se trouvent à différentes étapes de l'élaboration de leurs politiques et plans en matière de ressources humaines pour la santé (HRH), ce qui constitue un progrès par rapport aux 15 pays de la période biennale précédente. Par ailleurs, 33 administrateurs issus de 30 pays ont été formés à la gestion des ressources humaines pour la santé, et 23 experts HRH ont suivi un cours de base et apportent actuellement un appui aux pays. Les établissements de formation régionaux et les centres collaborateurs de l'OMS ont été renforcés. De nouveaux partenariats ont été constitués avec l'Organisation internationale pour les Migrations, l'Union africaine et la Fondation Rockefeller au sujet de la fuite de cerveaux dans les professions sanitaires et de la poursuite du plaidoyer en faveur des ressources humaines pour la santé. L'étude sur la migration menée dans six pays<sup>8</sup> et l'enquête effectuée sur le même sujet dans 40 pays ont montré que la migration croissante d'agents de santé qualifiés a un effet néfaste sur l'accès, la qualité, l'efficacité et l'équité des soins de santé. La situation varie d'un pays à l'autre, mais est généralement liée à la récession économique.

68. La principale conclusion de l'évaluation du programme de bourses a été que la Région africaine avait bénéficié d'un plus fort pourcentage de bourses de l'OMS. Les autres conclusions ont été que la plupart des bourses portaient sur la santé publique et que les unités techniques avaient augmenté les sessions de formation consacrées à la mise en oeuvre des programmes au niveau du district. Le renforcement de la collecte et du traitement des données en vue d'améliorer le suivi et la gestion des programmes de formation appuyés par l'OMS demeure une nécessité. Au total, 544 bourses ont été accordées pendant la période biennale, ce qui constitue une évolution positive par rapport aux périodes précédentes (voir Figure 1).



### **Médicaments essentiels : Accès, qualité et usage rationnel (EDM)**

69. Des activités ont été menées dans le domaine des Médicaments essentiels pour permettre aux pays d'offrir un accès équitable à des médicaments essentiels de qualité, sûrs, efficaces et d'un prix abordable pour le traitement des maladies prioritaires. L'accent a été mis sur l'usage rationnel des médicaments, y compris les remèdes traditionnels, en particulier pour les groupes défavorisés.

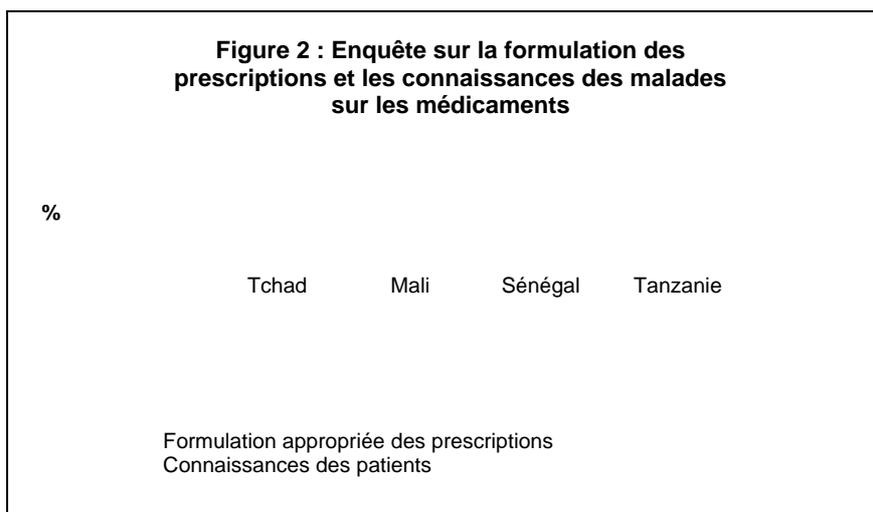
70. Les pays ont reçu un appui technique pour faciliter la mise en oeuvre des politiques pharmaceutiques nationales. Des professionnels ont été recrutés localement dans 11 pays, et un personnel analogue a été recruté au niveau régional pour fournir un appui technique adéquat aux

<sup>7</sup> Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, République Centrafricaine, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Zimbabwe.

<sup>8</sup> Afrique du Sud, Cameroun, Ghana, Ouganda, Sénégal, Zimbabwe.

pays. Des lignes directrices pour la formulation, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation des politiques pharmaceutiques nationales ont été publiées et diffusées. Le Burundi, le Botswana, le Cap-Vert, le Lesotho et le Rwanda ont finalisé leurs politiques pharmaceutiques nationales.

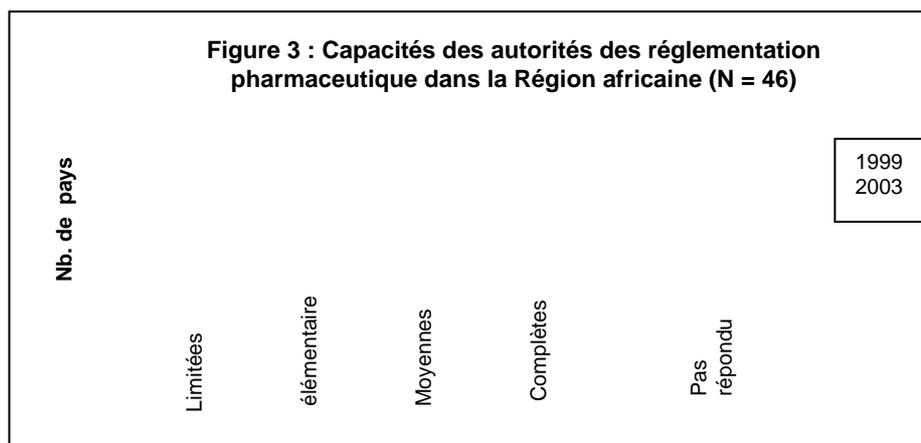
71. Les secteurs pharmaceutiques de neuf pays<sup>9</sup> ont été évalués. Une étude effectuée dans quatre pays a permis de recueillir des données grâce à des entretiens organisés avec les malades à la sortie des formations sanitaires publiques. Environ 80 % des malades dans les quatre pays savaient utiliser correctement les médicaments, mais la formulation des prescriptions laissait à désirer (voir Figure 2). Il convient donc d'intensifier la formation pour améliorer la formulation, surtout en ce qui concerne le dosage et la durée exacts du traitement. Le personnel des services pharmaceutiques du Burkina Faso, du Mali, du Rwanda, du Sénégal et du Tchad a été formé sur l'usage rationnel des médicaments.



72. Un atelier de sensibilisation aux aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce (ADPIC) a été organisé à l'intention des décideurs politiques pour leur permettre d'incorporer les clauses de garantie des accords ADPIC dans la législation sanitaire publique relative aux produits pharmaceutiques. Un atelier régional sur le renforcement des systèmes nationaux d'approvisionnement en médicaments a aussi été organisé. La Guinée équatoriale et la Mauritanie ont bénéficié d'un appui pour examiner et renforcer leurs systèmes d'approvisionnement en médicaments. Le Cameroun et le Ghana ont reçu un appui technique pour examiner l'ensemble de leurs systèmes d'achat et de distribution des médicaments; ces pays ont également évalué la quantité d'antirétroviraux dont ils disposaient en vue d'intensifier la thérapie antirétrovirale. La troisième édition de l'*Indicateur des prix des médicaments essentiels d'AFRO* a été publiée.

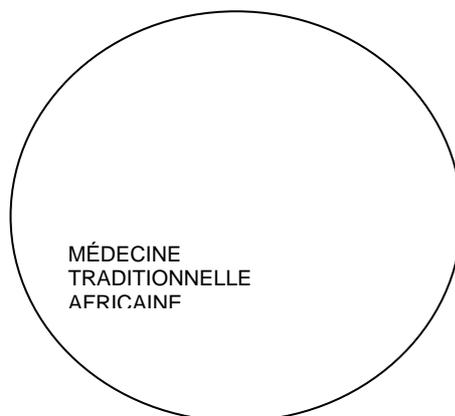
73. Afin d'aider les pays à améliorer la qualité des médicaments, on a élaboré et testé sur le terrain dans huit pays des lignes directrices pour l'inspection des circuits de distribution des médicaments qui sont maintenant utilisées dans certains pays. Des inspecteurs chargés de la réglementation pharmaceutique dans cinq pays (Cameroun, Gambie, Lesotho, Nigéria, Tanzanie) ont suivi une formation sur les bonnes pratiques d'inspection. Une enquête a été menée sur les capacités des autorités de réglementation pharmaceutique. Le nombre de pays ayant des capacités complètes dans ce domaine est passé de deux à sept, mais il est préoccupant de constater que près d'un tiers des pays ont des capacités très limitées en la matière (voir Figure 3).

<sup>9</sup> Éthiopie, Ghana, Kenya, Mali, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Tanzanie, Tchad.



74. Le logiciel de l'OMS pour l'enregistrement des médicaments (SIAMED) a été installé et lancé au Tchad, en Éthiopie et au Nigéria. L'Éthiopie, le Mali, le Sénégal et la Tanzanie ont reçu un appui technique pour examiner et renforcer leurs autorités nationales de réglementation pharmaceutique. Une étude pilote sur le contrôle de la qualité de la chloroquine et de la sulfadoxine/pyriméthamine a été menée et a mis en évidence des déficiences au niveau de la substance active et des profils de dissolution.

75. Des outils de recherche pour évaluer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des médicaments traditionnels ont été mis au point, ainsi qu'un manuel de formation sur la médecine traditionnelle destiné aux praticiens de la médecine classique et un manuel sur les soins de santé primaires destiné aux tradipraticiens. Diverses études ont été menées sur l'efficacité des médicaments traditionnels pour la prise en charge du paludisme (Burkina Faso, Éthiopie, Ghana, Kenya, Nigéria, Ouganda), de la drépanocytose (Bénin, Burkina Faso, Nigéria), du diabète (Ghana) et du VIH/SIDA (Afrique du Sud, Burkina Faso, Nigéria, Zimbabwe). Des efforts sont en cours pour que ces médicaments soient largement disponibles dans les pays. La première Journée de la Médecine traditionnelle africaine a été célébrée le 31 août 2003; elle avait pour thème «Médecine traditionnelle : notre culture, notre avenir»; le logo de cette journée a été lancé en octobre de la même année. Treize pays<sup>10</sup> ont bénéficié d'un appui technique pour divers aspects de leurs programmes de médecine traditionnelle.

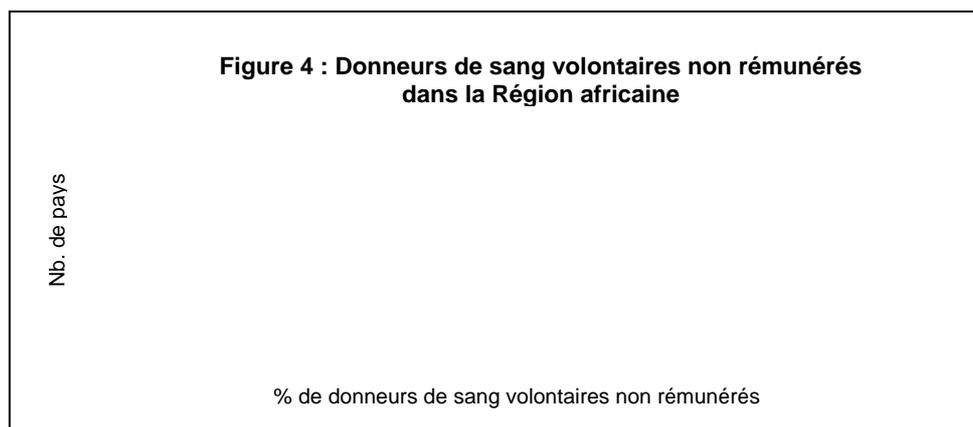


*Le logo de la médecine traditionnelle africaine*

<sup>10</sup> Burkina Faso, Ghana, Guinée, Kenya, Malawi, Mali, Mauritanie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Principe, Tanzanie, Zimbabwe.

## Sécurité transfusionnelle et Technologie clinique (BCT)

76. Des activités portant sur la Sécurité transfusionnelle et la technologie clinique ont été menées pour aider les pays à améliorer la qualité des soins dans les milieux hospitaliers, la sécurité de toute la technologie utilisée en médecine clinique et la fourniture de sang non contaminé aux malades. Afin d'améliorer la qualité des services de transfusion sanguine, neuf pays<sup>11</sup> ont organisé des campagnes de sensibilisation sur le don de sang volontaire et ont augmenté le nombre de donneurs de sang volontaires non rémunérés (Figure 4). Le nombre total d'unités de sang recueillies par an dans la Région africaine (2,08 millions) reste très faible par rapport aux besoins annuels, qu'on estime à 15 millions d'unités.



77. Deux cours de formation sur la gestion de la qualité ont été organisés aux centres nationaux de transfusion sanguine de Côte d'Ivoire et du Zimbabwe et ont permis de former 37 responsables de la qualité. À la suite de cette formation, 14 pays<sup>12</sup> ont démarré ou renforcé leurs programmes de gestion de la qualité. Par ailleurs, le Ghana, la Guinée et Maurice ont formulé des lignes directrices nationales sur l'usage clinique du sang. Du matériel et des réactifs pour le contrôle du sang ont aussi été achetés pour appuyer les activités de transfusion sanguine dans 23 pays. Toutes ces activités ont permis d'améliorer le dépistage du VIH et d'autres infections transmises par la transfusion dans la Région par rapport à 1999 (voir Figure 5).



<sup>11</sup> Côte d'Ivoire, Érythrée, Ghana, Guinée, Maurice, Mozambique, République centrafricaine, Rwanda, Swaziland.

<sup>12</sup> Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gambie, Guinée, Kenya, Mali, Mozambique, République démocratique du Congo, Rwanda, Swaziland.

78. Un ensemble minimum de services de laboratoire au niveau du district a été défini et bénéficie actuellement d'un appui. Un outil d'évaluation des laboratoires de santé a été mis au point et testé sur le terrain en Zambie; il est maintenant mis à la disposition des pays. Le Togo a formulé une politique nationale en matière de laboratoire et lancé un programme d'assurance de la qualité des services d'imagerie.

## **LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES**

### **Surveillance des maladies transmissibles (CSR)**

79. Les principaux problèmes rencontrés en ce qui concerne la Surveillance des maladies transmissibles ont été la capacité de riposte limitée des pays face aux épidémies, la multiplicité des systèmes de surveillance portant sur des maladies particulières qui entraîne des doubles emplois et un surcroît de travail pour les agents de santé, la participation marginale des laboratoires dans la surveillance des maladies et la pénurie de ressources humaines pour une surveillance efficace des maladies transmissibles prioritaires.

80. L'OMS a facilité la mise en oeuvre de la surveillance intégrée des maladies et de la riposte (SMIR) en aidant les pays à préparer des lignes directrices nationales à ce sujet, à former le personnel de santé concerné, à renforcer les laboratoires nationaux de santé publique et à améliorer la riposte aux épidémies. La capacité régionale de riposte aux épidémies a été renforcée au cours de la période biennale 2002–2003. Les équipes régionales sont maintenant en place pour apporter un appui technique dans les 48 heures après réception de la demande. Ces équipes ont fourni un appui technique à l'occasion de plusieurs épidémies : grippe à Madagascar; fièvre jaune en Guinée et au Sénégal; fièvre hémorragique à virus Ebola en République du Congo; fièvre hémorragique de Crimée-Congo en Mauritanie; méningite au Burkina Faso et au Burundi; paludisme en Éthiopie, au Burundi et au Kenya; et choléra dans plusieurs pays. La flambée épidémique du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a par ailleurs été suivie de près.

81. Dans la Région, 42 pays ont mis en oeuvre la Surveillance intégrée des maladies et la riposte, et 12 pays ont formé au moins 60 % de leur personnel de santé de district à la surveillance des maladies. Une étude menée au Burkina Faso, au Ghana, en Éthiopie, au Mali et en Ouganda a révélé un triplement en ce qui concerne la rapidité et la complétude des rapports de notification des maladies ainsi qu'une amélioration de la détection des flambées épidémiques. Un centre pluripathologique de surveillance des maladies a été créé à Ouagadougou pour continuer à surveiller l'onchocercose et contribuer à la surveillance générale des maladies dans la Région.

82. Un appui technique par la formation de personnels et la fourniture de réactifs et de méthodes standardisées de laboratoire a été apporté à neuf pays<sup>13</sup> pour faciliter la surveillance de la méningite. Cette intervention a permis de mettre en évidence l'importance de *Neisseria meningitidis* W135 comme cause émergente d'épidémies exigeant une modification des stratégies de lutte.

83. Des moyens de communication ont été fournis à tous les laboratoires nationaux de référence en bactériologie de la Région, ce qui a contribué à mettre en place cinq réseaux de laboratoires sous-régionaux. Un programme d'assurance et de contrôle de la qualité a été instauré pour 29 laboratoires de bactériologie.

---

<sup>13</sup> Bénin, Burkina Faso, Éthiopie, Ghana, Mali, Niger, Nigéria, Tchad, Togo.

84. Du matériel électronique de saisie, d'analyse et de notification des données de surveillance a été mis à disposition et la capacité des gestionnaires de données a été renforcée à tous les niveaux. Le Bureau régional a publié régulièrement des bulletins d'information sur les résultats de la surveillance, y compris un rapport hebdomadaire sur les maladies à potentiel épidémique et le mensuel *Rapport épidémiologique sur les maladies transmissibles*. Cette information est également publiée sur le site Internet du Bureau régional.

85. Pour la période biennale 2004–2005, les efforts resteront axés sur la formation du personnel de santé participant à la surveillance intégrée des maladies et à la riposte ainsi que sur le renforcement des laboratoires et l'amélioration de l'utilisation des données de surveillance. La participation des principaux acteurs concernés, des administrateurs de programme, des partenaires du développement sanitaire et des agents au niveau des districts dès les premières étapes de la mise en œuvre de la SIMR favorise l'appropriation de l'initiative.

### **Maladies transmissibles : prévention, éradication et lutte (CPC)**

86. Les maladies transmissibles demeurent l'une des plus graves menaces pour le développement socioéconomique des pays africains. Les maladies ciblées représentent une part importante du fardeau de la maladie et affectent surtout les plus pauvres d'entre les pauvres. La plupart de ces maladies sont à transmission vectorielle. Les maladies ciblées dans le cadre du domaine Maladies transmissibles : prévention, éradication et lutte ont été la maladie du ver de Guinée (qu'on entend éradiquer); la lèpre, l'onchocercose et la filariose lymphatique (à éliminer); ainsi que la schistosomiase, la trypanosomiase, la leishmaniose, la parasitose intestinale, l'ulcère de Buruli et les vecteurs associés (à contrôler).

87. Les défis abordés au cours de la période biennale 2002–2003 ont été : i) l'intensification des activités visant l'éradication de la dracunculose et l'élimination de la lèpre pour atteindre les objectifs fixés; ii) la relance des activités de lutte contre la trypanosomiase africaine humaine dans des pays donnés; iii) l'amplification des activités visant à éliminer la filariose lymphatique malgré la pénurie de ressources; iv) le lancement de la lutte contre la schistosomiase et l'helminthiase d'origine tellurique au moins dans quatre pays affectés, malgré le caractère peu spectaculaire de ces programmes; et v) la mise en œuvre d'activités de lutte antivectorielle intégrée comme élément important de la lutte contre les maladies transmissibles.

88. Avec l'appui du Bureau régional, les pays à forte endémicité de lèpre ont intensifié les activités de lutte tandis que les pays d'endémie pour la maladie du ver de Guinée ont mis en œuvre une surveillance amplifiée, y compris des stratégies transfrontières et des actions efficaces d'endiguement de cas. Les pays ont adopté des stratégies pour l'administration de masse de médicaments et la cartographie de la répartition de la filariose lymphatique. Ils ont également entrepris des programmes de déparasitage en milieu scolaire et relancé la détection et le traitement précoces des cas là où la trypanosomiase africaine humaine est endémique. En ce qui concerne la lutte antivectorielle, les pays ont introduit la stratégie de lutte antivectorielle intégrée en intensifiant l'utilisation de moustiquaires traitées aux insecticides et en menant des campagnes de masse d'imprégnation de moustiquaires.

89. **Maladie du ver de Guinée** : Le nombre total de cas de dracunculose dans la Région africaine est tombé de 14 243 en 2001 à 9031 en 2003, soit une réduction de 36 %. La moitié des pays d'endémie (12 au total en 2001) ont notifié moins de 50 cas en 2003 (voir Figure 6). Une incidence de zéro cas indigène a été maintenue au Cameroun, au Kenya, au Sénégal et au Tchad. La République centrafricaine a notifié une incidence zéro en 2003 et dix pays ont préparé des demandes de certification de l'éradication qu'ils ont ensuite soumises à la Commission internationale de certification de l'éradication de la dracunculose (session de mars 2004).

**Figure 6 : Nombre de cas de maladie du ver de Guinée notifiés  
dans la Région africaine**

90. **Lèpre** : Un plan visant à intensifier les activités portant sur l'élimination de la lèpre a été appliqué pendant la période biennale 2002–2003. Grâce au partenariat entre l'OMS et Novartis, tous les pays ont reçu gratuitement des médicaments contre la lèpre et ont ainsi été en mesure de traiter tous les patients qui en avaient besoin. Au cours de la période biennale, le nombre de pays ayant atteint l'objectif de l'élimination est passé de 32 à 37, y compris le Niger (0,96/10 000) et la République démocratique du Congo (0,94/10 000), qui étaient des pays à forte endémicité. Les registres de la lèpre ont été mis à jour dans tous les pays d'endémie, ce qui a permis d'éliminer 60 % des cas déclarés. Le taux de prévalence de la lèpre dans la Région africaine est passé d'un cas pour 10 000 habitants en 2001 à 0,85 cas pour 10 000 habitants pendant la période biennale 2002-2003.

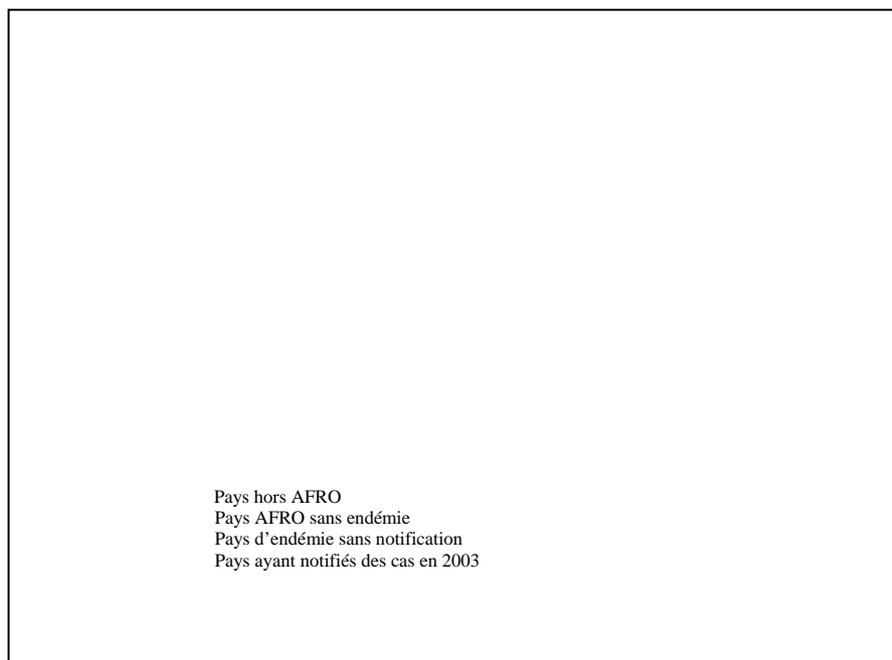
91. **Filariose lymphatique** : Pendant la période biennale, neuf pays ont réalisé des exercices de cartographie pour identifier les zones où des campagnes d'administration de masse de médicaments devraient être menées. En 2002, 9 596 118 personnes au total ont été traitées par rapport à un objectif de 16,1 millions de personnes (60 % de l'objectif) et la couverture thérapeutique a été de 74,65 %. En 2003, 17 071 155 personnes au total ont été traitées contre un objectif de 21,6 millions de personnes (79 % de l'objectif) et la couverture thérapeutique a été établie à 70,30 %. Les taux de couverture thérapeutique atteints ont été supérieurs au minimum de 65 % fixé par le programme mondial, et la performance en ce qui concerne les populations cibles a également été améliorée pendant la période biennale.

92. **Onchocercose** : Le Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest a atteint ses objectifs et a été clôturé le 31 décembre 2002.

93. **Schistosomiase et helminthiase à transmission tellurique** : La lutte contre la schistosomiase et l'helminthiase à transmission tellurique a été menée dans 18 districts prioritaires en Ouganda pendant la période biennale. L'albendazole (pour le déparasitage) a été administré aux écoliers dans tout le pays en 2003 durant la campagne de vaccination contre la rougeole. Un appui technique a été fourni à la Tanzanie et à la Zambie pour que ces pays entament des interventions analogues au cours de la prochaine période biennale.

94. **Trypanosomiase africaine humaine** : Au cours de la période biennale, un appui technique a été fourni en 2003 à 19 pays membres touchés par cette endémie pour la préparation d'analyses de situation, de plans d'action à court terme et de propositions de projets à petite échelle en matière de détection et de traitement de cas. Cela a permis de mieux mesurer le fardeau de la trypanosomiase africaine humaine dans la Région africaine. En outre, 18 pays ont initié ou amélioré la détection et le traitement des cas dans les zones d'endémie (voir Figure 7 pour les pays soutenus en 2003).

**Figure 7 : Le programme de lutte contre la trypanosomiase cherche à intensifier la détection des cas**



95. **Lutte antivectorielle** : Deux cours de formation régionaux sur la lutte antivectorielle intégrée ont été organisés en 2002 et 2003. Au total, 31 entomologistes et responsables de la salubrité de l'environnement de 19 pays ont été formés et participent actuellement à la relance des activités de lutte antivectorielle au niveau des pays. Six pays ont mis en œuvre des activités visant à réduire la dépendance à l'égard du dichlorodiphényltrichloréthane (DDT) grâce à un recours accru à la lutte antivectorielle en ce qui concerne le paludisme. Sept pays ont mené des campagnes de masse pour l'imprégnation de moustiquaires dans certains districts, où le pourcentage de moustiquaires correctement imprégnées est passé d'environ 5 % au début de la période biennale à plus de 90 % en 2003. Le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans et de femmes enceintes dormant sous des moustiquaires traitées est ainsi passé de 10 % en 2001 à plus de 80 % en 2003 dans ces districts.

96. Les enseignements tirés des activités mises en œuvre pendant la période biennale ont été les suivants :

- a) des stratégies efficaces de mobilisation sociale appuyées par un engagement politique des hauts dirigeants sont indispensables pour atteindre les taux de couverture souhaités en matière de traitement et sur le plan géographique;
- b) l'intégration de nouvelles activités dans des programmes établis de longue date (comme le programme élargi de vaccination) est de nature à promouvoir les nouveaux programmes;
- c) la rémunération des personnes chargées de distribuer les médicaments au niveau communautaire est indispensable pour réussir à court terme, mais hypothèque la viabilité à long terme.

97. Pendant la période biennale 2004–2005, les efforts seront axés sur une meilleure connaissance de la distribution des maladies cibles afin de mieux planifier les interventions de lutte. L'éradication de la maladie du ver de Guinée et l'élimination de la lèpre seront accélérées. On mobilisera plus de partenaires et de moyens pour mener à bien les programmes et on intensifiera les efforts de sensibilisation auprès des décideurs et des couches sociales pour mieux faire connaître les programmes cibles.

### **Virus d'immunodéficience humaine et Syndrome d'immunodéficience acquise (VIH)**

98. La progression constante de la prévalence du VIH et les taux élevés de mortalité liés au SIDA ont été les principaux problèmes rencontrés par les États Membres dans leurs efforts de lutte contre l'épidémie dans la Région. Plus de 5 millions de personnes sont mortes du SIDA en Afrique subsaharienne pendant la période biennale 2002–2003. L'accès à un traitement permettant de prolonger la vie est resté limité : on estime que 100 000 personnes seulement ont accès à une thérapie antirétrovirale (TAR) sur les 4 millions qui en ont besoin. Les efforts des États Membres ont été entravés par la pénurie de moyens financiers, la faiblesse des systèmes de santé et une mise en œuvre inappropriée des programmes.

99. Les principaux défis à relever ont été les suivants : i) faire en sorte que les programmes nationaux de lutte contre le SIDA jouent un rôle directeur en ce qui concerne la riposte du secteur de la santé tout en mobilisant et appuyant l'action des autres secteurs; ii) transformer les programmes verticaux de lutte contre le SIDA actuellement menés par les pays en programmes viables et intégrés; iii) élargir la couverture géographique des programmes mettant en œuvre des interventions d'un bon rapport coût/efficacité fondées sur des données factuelles, compte tenu de la pénurie des ressources internationales et nationales; iv) accroître l'accès à la thérapie antirétrovirale malgré le coût excessif des médicaments antirétroviraux dans la plupart des pays; v) renforcer le potentiel humain du secteur de la santé pour favoriser une mise en œuvre efficace de l'ensemble minimum de prestations de santé relatives au VIH/SIDA.

100. L'OMS a fourni un appui aux pays pour que le secteur de la santé puisse mener une action efficace face au VIH/SIDA. Cet appui a surtout porté sur le renforcement du rôle d'administration générale des gouvernements, des capacités de planification et de gestion et des ressources financières consacrées à la santé. L'action du secteur de la santé était guidée par la *Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine : cadre de mise en œuvre* et la *Stratégie globale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA*. L'accent a été mis sur la prestation d'un ensemble d'interventions portant sur la prévention, le traitement et les soins, y compris la fourniture d'antirétroviraux et l'intégration des programmes appropriés, afin d'étendre la portée des programmes. Des lignes directrices relatives aux interventions prioritaires ont été élaborées ou actualisées et distribuées aux États Membres. Un appui a été accordé aux pays pour qu'il puisse les adapter et les utiliser.

101. Un réseau élargi d'experts régionaux a été mis en place pour fournir une assistance technique aux pays. L'OMS a poursuivi ses partenariats avec les principaux acteurs ainsi que le développement d'un consensus au sujet des stratégies techniques par la création de groupes de travail interinstitutions régionaux sur les principaux domaines d'intervention. Avec un appui technique de l'OMS, les pays ont mobilisé des ressources en collaboration avec le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. L'OMS a lancé une initiative visant à faire bénéficier 3 millions de personnes d'une thérapie antirétrovirale d'ici la fin de 2005; l'objectif pour la Région africaine est fixé à 2 millions de personnes.

102. D'importantes réalisations ont été enregistrées pendant la période biennale 2002–2003. Avec l'appui de l'OMS, 16 pays ont élaboré des plans sectoriels pour améliorer la gestion et la coordination de l'action du système de santé face au VIH/SIDA et dix pays ont préparé des plans nationaux pour les services de laboratoire relatifs au VIH.

103. Grâce aux initiatives du Gouvernement italien et au Fonds de l'Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole (OPEP), 16 pays ont accru la capacité de certains districts à dispenser un ensemble d'interventions essentielles de santé. Ces initiatives ont permis de renforcer la capacité de gestion des districts au profit des communautés et ont fourni des modèles pour la prestation de services de conseil et de dépistage volontaires, la prévention de la transmission mère-enfant, le traitement des infections sexuellement transmissibles, la prise en charge des cas de VIH/SIDA et les soins à base communautaire. Avec le concours de l'OMS, 12 pays ont en outre amélioré la qualité des soins à domicile par la mise à disposition de trousseaux de médicaments et fournitures essentiels.

104. Cinq pays ont renforcé leurs systèmes d'enquêtes de surveillance sentinelle comportementale et 27 pays ont renforcé leur système de surveillance du VIH/SIDA. Un rapport régional sur la surveillance du VIH intitulé : «VIH/SIDA : Surveillance épidémiologique, mise à jour pour la Région africaine de l'OMS, 2002», a été produit et distribué. La capacité à produire des estimations et projections sur le VIH/SIDA a été accrue dans tous les pays en collaboration avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et le Programme mondial de lutte contre le SIDA des «Centers for Disease Control and Prevention» (CDC/GAP). En outre, 30 pays ont obtenu un financement du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

105. L'OMS a lancé avec succès l'Initiative «3 millions d'ici 2005» du Directeur général dans la Région africaine. Les objectifs en matière de thérapie antirétrovirale ont été fixés dans 24 pays fortement touchés et le Bureau régional a effectué des missions dans six pays pour appuyer la planification et la mobilisation de ressources. Un programme a été mis en place dans deux centres sous-régionaux pour surveiller la résistance aux ARV afin d'aider les pays à perfectionner leurs schémas thérapeutiques.

106. Ces réalisations ont été facilitées par l'amélioration des capacités de certains bureaux de l'OMS dans les pays après le recrutement d'administrateurs au niveau local et par la bonne collaboration existant entre les bureaux de pays, le Bureau régional et le Siège de l'OMS. Un réseau d'experts régionaux a fourni un appui technique aux pays; des partenariats solides et une collaboration étroite ont également été établis avec l'ONUSIDA, les CDC, le Secrétariat du Commonwealth et d'autres institutions.

107. Les principaux enseignements tirés au cours de la période biennale 2002–2003 ont été les suivants :

- a) la mise en place de réseaux d'experts régionaux pour la fourniture d'un appui technique permet d'améliorer les capacités; cela exige néanmoins beaucoup de temps au personnel pour le recrutement, la supervision et le suivi;
- b) une présence accrue du personnel du Bureau régional au niveau des pays peut favoriser l'extension des activités au niveau du district et à l'échelon local et faciliter l'intensification des interventions;
- c) un renforcement de la collaboration avec les organisations non gouvernementales au niveau des pays accroît la capacité de l'OMS à appuyer le renforcement des compétences dans le secteur public;
- d) il faudrait raccourcir le temps consacré à l'élaboration des publications pour fournir aux pays des lignes directrices adaptées à la situation du moment;

- e) la mise en œuvre de la surveillance intégrée des maladies et de la riposte dans les pays entraînera une amélioration de la surveillance du VIH/SIDA si elle s'accompagne d'une collaboration soutenue et structurée de la part du programme de lutte contre le VIH/SIDA;
- f) la priorité accordée aux pays sévèrement touchés doit être équilibrée par des activités de prévention et des initiatives de lutte dans les pays moins touchés.

108. Pendant la période biennale 2002–2003, l'accent sera mis sur l'amélioration de l'ensemble d'interventions sanitaires de base et le contrôle de la qualité des services. La thérapie antirétrovirale sera la priorité absolue dans les pays à forte charge de morbidité. Une importance particulière sera accordée au renforcement des capacités, des compétences et des partenariats avec la société civile, en particulier les réseaux de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le renforcement de la collaboration avec le Fonds mondial (FMSTP) et le Programme multisectoriel de lutte contre le SIDA de la Banque mondiale (MAP) constituera une stratégie essentielle. L'identification et la diffusion de modèles permettant d'intégrer rapidement la thérapie antirétrovirale feront l'objet d'une attention prioritaire dans le cadre de l'Initiative «3 millions d'ici 2005».

### **Tuberculose (TUB)**

109. Au début de la période biennale 2002–2003, les défis à relever dans le domaine d'activité relatif à la Tuberculose ont été identifiés, notamment le peu d'attention accordé à la tuberculose dans la plupart des pays; l'incapacité des gouvernements à concrétiser leurs déclarations d'engagement par une affectation conséquente de ressources; l'ampleur de l'épidémie de VIH/SIDA, surtout en Afrique orientale et australe; et le fait que les réformes du secteur de la santé menées dans la plupart des pays n'ont pas permis de préserver suffisamment l'intégrité technique des programmes de lutte contre la tuberculose.

110. Le Bureau régional a adopté plusieurs mesures pour tenter de relever ces défis. Il a intensifié son appui au traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) dans les États Membres. Il a envoyé des missions dans les pays pour leur apporter un appui technique et a fait appel à des consultants pour suivre l'extension de la stratégie DOTS. Il a aidé les pays qui en avaient besoin à accéder au Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux (GDF) en vue de garantir un approvisionnement régulier. Il a également aidé les pays à mobiliser des ressources supplémentaires auprès du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Avec une assistance technique, les pays ont adopté de nouvelles initiatives pour étendre la stratégie DOTS, par exemple les soins antituberculeux au sein des communautés et les activités de lutte commune contre la tuberculose et le VIH. Les actions de plaidoyer menées aux niveaux national et international ont visé à stimuler les partenariats et à mobiliser des ressources au profit des pays.

111. Grâce à un appui fourni par le Bureau régional, le bureau local de l'OMS et les partenaires, deux pays supplémentaires ont lancé la stratégie DOTS, ce qui porte à 42 (sur 46, soit 91 %) le nombre total de pays appliquant cette stratégie. Les taux de succès du traitement sont passés de 68 % au début de 2001 à 72% à la fin de 2002, tandis que les taux de détection des cas passaient de 44 % à 46 %.

112. Ces réalisations ont été en grande partie facilitées par certaines actions et contributions déterminantes. Le renforcement du plaidoyer en faveur d'un engagement accru des gouvernements pour la lutte antituberculeuse a conduit 20 (des 34) pays les plus touchés par la tuberculose à élaborer un plan stratégique à moyen terme, facilitant ainsi la mobilisation des ressources financières nécessaires. Au total, 18 pays ont sollicité et obtenu des subventions d'une durée de trois ans auprès du Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux et 30 pays ont demandé des crédits au Fond mondial de lutte contre le SIDA, la

tuberculose et le paludisme. De plus, les gouvernements des 34 pays gravement touchés par la tuberculose ont tous consacré des ressources nationales aux activités de lutte antituberculeuse.

113. Pour faciliter l'accélération de l'extension de la stratégie DOTS dans les États Membres et relever certains défis en matière de lutte contre la tuberculose dans la Région, le Bureau régional a aidé les pays à élaborer des plans d'extension de cette stratégie. C'est ainsi que 14 pays fortement touchés par la tuberculose et le VIH ont préparé des plans d'extension de la stratégie DOTS et que cinq de ces pays les mettent déjà en oeuvre. Onze pays ont établi des plans pour les soins antituberculeux à base communautaire et six d'entre eux ont entamé leur mise en oeuvre. Huit pays ont élaboré des plans visant à faire participer les prestataires de soins du secteur privé à la stratégie DOTS et deux de ces pays appliquent déjà ces plans.

114. La mise en oeuvre du plan de travail relatif à la tuberculose a permis de tirer de grands enseignements. La constitution de partenariats aux niveaux national et régional a facilité la mobilisation de ressources inexploitées pour l'extension de la stratégie DOTS. La disponibilité de médicaments antituberculeux fournis par le Dispositif mondial a facilité l'extension de la stratégie DOTS dans les pays en assurant un approvisionnement ininterrompu de ces médicaments. Le recours à un groupe de consultants pour l'appui aux pays a facilité les activités au niveau national. Toutefois, le groupe de consultants actuellement en place reste limité et devrait être élargi pour en accroître l'efficacité dans l'avenir.

115. Parmi les principales orientations pour la période biennale 2004–2005 figure le maintien de l'engagement politique pour la lutte contre la tuberculose aux niveaux international, régional et national. L'accélération de l'extension de la stratégie DOTS pour atteindre les objectifs fixés par l'Assemblée mondiale de la Santé en matière de lutte antituberculeuse nécessitera de nouvelles initiatives telles que les soins antituberculeux à base communautaire; les partenariats public-privé (y compris l'application de la stratégie DOTS sur le lieu de travail); l'association des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH; l'optimisation du développement des ressources humaines pour la stratégie DOTS et l'optimisation de la lutte contre la tuberculose dans le cadre de l'Initiative «3 millions d'ici 2005».

### **Vaccination et mise au point de vaccins (IVD)**

116. Les enjeux majeurs dans le domaine d'activité Vaccination et mise au point de vaccins pour la période biennale 2002–2003 ont été le renforcement de la fourniture de services de vaccination de qualité, l'accélération des efforts visant à éradiquer la polio, la réalisation des objectifs de lutte contre la rougeole et la fièvre jaune, la réalisation des objectifs concernant l'élimination du tétanos néonatal et l'introduction durable de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies dans les programmes nationaux de vaccination.

117. Avec le soutien de l'OMS, les États Membres ont renforcé la vaccination en lançant l'approche Atteindre chaque district (ACD) destinée à stimuler les efforts des pays au niveau des districts, en appliquant le processus de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), en renforçant les capacités, en consolidant la logistique et en assurant une surveillance et une évaluation constantes.

118. L'OMS a appuyé la mise en oeuvre de deux stratégies essentielles pour l'éradication de la polio : les activités de vaccination supplémentaire (AVS) et la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Une surveillance de qualité est indispensable pour mettre en évidence la transmission, fournir les informations nécessaires en vue de guider les activités programmatiques et de certifier, à la longue, l'éradication de la polio. Les programmes de lutte contre la rougeole, la fièvre jaune et le tétanos maternel et néonatal ont mis en oeuvre des stratégies similaires. Ils ont réalisé des AVS pour accroître l'immunité de la population, mis en place les moyens de surveillance et appuyé des activités destinées à renforcer la vaccination systématique.

119. Un appui important a été fourni pour l'éradication de la polio. La transmission indigène de poliovirus sauvages est à présent limitée à deux pays d'endémie, le Niger et le Nigéria, contre quatre en 2001. Une importation dans d'autres pays s'est toutefois produite en raison d'une intense transmission dans le réservoir restant. La surveillance du niveau de certification a été menée à bien dans 33 des 41 pays de l'Afrique continentale (voir Figure 8). L'excellente qualité de la surveillance dans la Région africaine s'est traduite par une amélioration de la gestion du programme et un ciblage plus adéquat des objectifs. En outre, tous les 16 laboratoires du réseau polio ont satisfait aux paramètres d'accréditation de l'OMS, ce qui permet une détection en temps utile et précise des poliovirus. Des comités nationaux de certification ont été mis en place dans tous les pays et ceux-ci ont remis au Comité régional africain de certification des rapports de situation annuels de qualité pour la certification de l'éradication de la polio. Conformément aux processus de certification, 31 pays ont lancé des activités pour l'isolement en laboratoire des poliovirus sauvages.

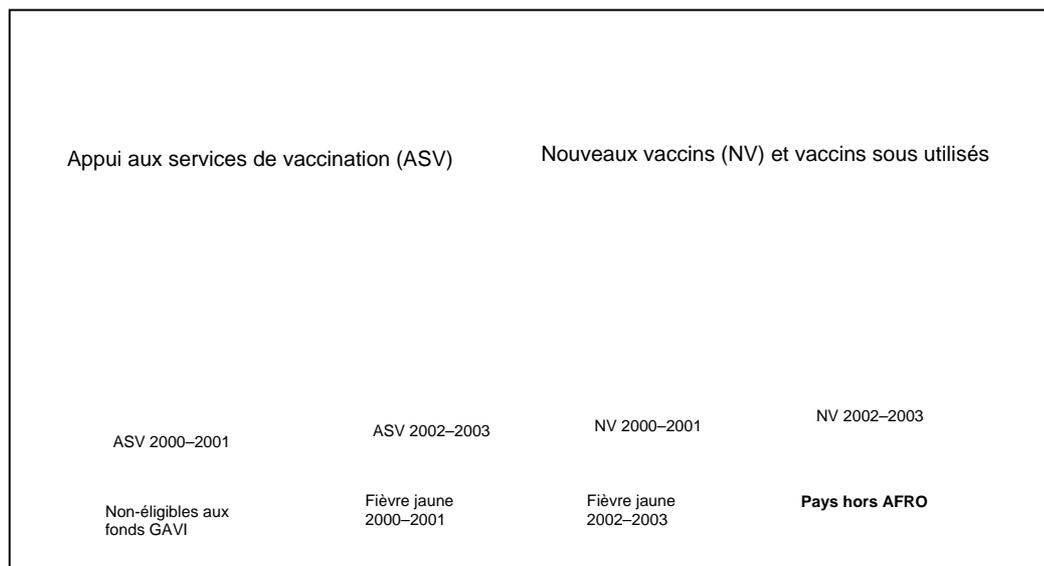
**Figure 8 : Surveillance de la paralysie flasque aiguë**

Pas de données sur l'Algérie en 2001

Pays où la surveillance a atteint les normes de certification  
 Pays remplissant une ou deux normes de surveillance  
 Pays ne remplissant aucune norme de certification  
 Pays n'appartenant pas à la Région africaine

120. Les systèmes de vaccination systématique ont été renforcés et des résultats positifs ont été enregistrés. Le taux de couverture atteint en 2003 par la vaccination systématique pour le DTC<sub>3</sub> était de 60 % dans la Région africaine, entre 55 % en 2001. Le nombre de pays où ce taux de couverture était inférieur à 50 % a été ramené de 14 en 2001 à 8 en 2003. L'approche visant à atteindre tous les districts pour accroître la couverture vaccinale a été lancée et appuyée pour compléter les efforts menés par les pays et 15 pays l'ont mise en œuvre. À la suite de cette initiative, le Burkina Faso, le Cameroun, le Mali et le Togo ont enregistré une augmentation des taux de couverture de l'ordre de 6 % à 20 % entre 2001 et 2003. À la fin de 2003, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination a accordé un appui à tous les 34 pays remplissant les critères nécessaires (voir Figure 9). Soixante-quatorze pour cent (74 %) des pays répondant aux critères requis pour l'introduction de nouveaux vaccins ( $\geq 50$  % DTC<sub>3</sub>) ont bénéficié d'une assistance. Six pays ont intégré le vaccin contre la fièvre jaune dans le Programme élargi de vaccination (PEV) au cours de la période biennale 2002–2003, contre deux au cours de la période biennale précédente.

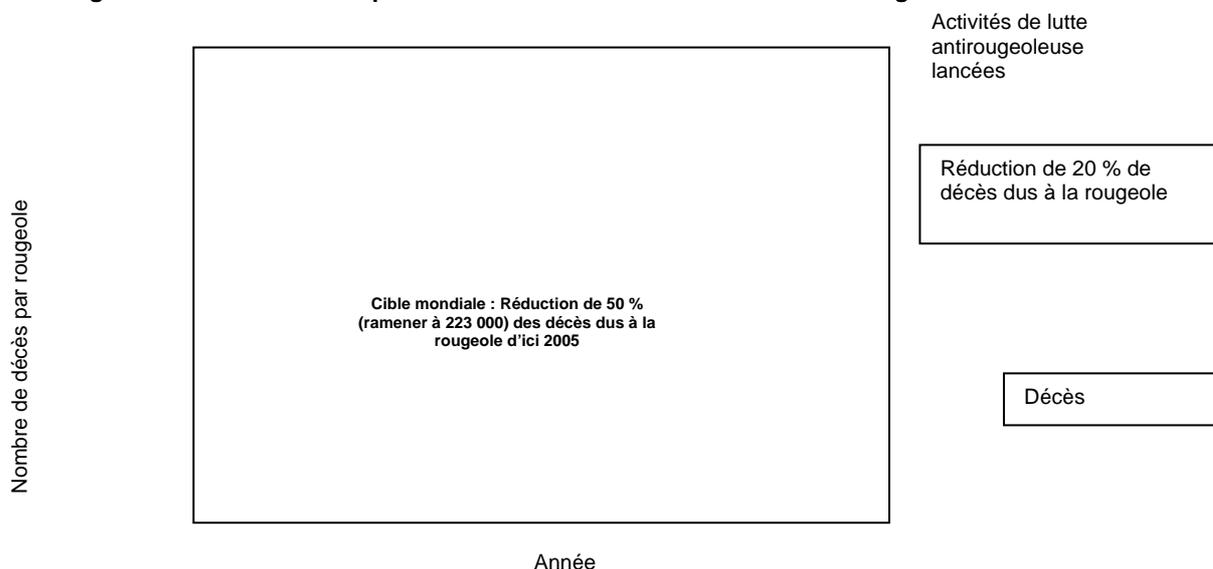
**Figure 9 : Octroi de fonds GAVI pour les vaccins 2000–2003**



121. Les administrateurs du PEV de tous les pays de la Région ont reçu une formation de niveau moyen en administration pendant cette période biennale. Le programme d’enseignement relatif au PEV a été mis à jour dans 17 écoles de santé, 9 écoles de médecine et 8 écoles d’infirmiers. De plus, l’évaluation de la gestion des vaccins effectuée dans sept pays a permis de constater une amélioration par rapport aux périodes précédentes. L’utilisation d’ampoules multidoses et de pastilles de contrôle du vaccin ont permis aux programmes de vaccination de réaliser d’importantes économies financières.

122. La lutte accélérée contre les maladies a porté principalement sur la rougeole et le tétanos maternel et néonatal. Le partenariat contre la rougeole a permis de mobiliser plus de US \$40 millions pour appuyer des activités de vaccination supplémentaire (AVS) dans 21 pays, atteignant plus de 95 millions d’enfants pendant la période biennale 2002–2003. On estime que les activités de vaccination antirougeoleuse ont permis d’éviter 70 848 décès imputables à cette maladie par an, soit plus de 212 546 sur la cible triennale (voir Figure 10). Une stratégie régionale de lutte contre la rougeole avait été mise en place à la fin de la période biennale précédente et les pays ont introduit la deuxième chance pour la vaccination antirougeoleuse à la fin de 2001. L’élimination du tétanos maternel et néonatal a en outre été validée en Érythrée et au Swaziland; ainsi, 14 pays ont éliminé le tétanos maternel et néonatal, contre 12 en 2001.

**Figure 10 : Tendances et impact estimé de la lutte accélérée contre la rougeole**



123. La surveillance de la rougeole sur la base des cas enregistrés s'effectue dans 24 pays contre 7 en 2001; la surveillance de la fièvre jaune est menée dans 14 pays contre 6 en 2001 et la surveillance du tétanos néonatal est opérationnelle dans 25 pays contre 13 en 2001. Cette amélioration de la surveillance permet une mise en œuvre plus efficace des programmes accélérés de lutte contre les maladies dans les États Membres.

124. L'un des enseignements tirés au cours de cette période est que les infrastructures mises en place au titre de l'Initiative pour l'éradication de la polio sont indispensables si l'on veut préserver les acquis obtenus dans d'autres programmes et favoriser leurs progrès. Malheureusement, il est également apparu que le taux de couverture par la vaccination systématique n'a pas atteint les niveaux escomptés malgré les ressources supplémentaires et les nouvelles possibilités offertes à ce programme.

125. Le Comité régional a approuvé une stratégie accélérée de vaccination pour la période 2003–2005. Au cours de l'exercice biennal 2004–2005, l'appui de l'OMS aux pays sera principalement axé sur la mise en œuvre accélérée des activités du PEV dans le but d'atteindre et de maintenir une couverture vaccinale de 80 % dans 80 % des districts; d'interrompre la transmission des poliovirus sauvages dans les pays d'endémie restants; d'atteindre les cibles concernant la lutte contre la rougeole, l'élimination du tétanos néonatal et la lutte contre la fièvre jaune, et d'accélérer l'introduction de nouveaux vaccins et de technologies appropriées.

### **Paludisme (MAL)**

126. Au cours des trois dernières décennies, la résistance des parasites aux antipaludéens peu onéreux a considérablement augmenté. Cela a sérieusement compromis l'efficacité du traitement et, par conséquent, la réduction de la mortalité pendant la période biennale 2002–2003. En outre, la couverture des groupes à risque par des interventions préventives telles que les moustiquaires traitées aux insecticides (MTI) et le traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes (TPI) est restée très faible. Malgré l'existence d'outils de lutte antipaludique d'un bon rapport coût-efficacité, ceux-ci restaient largement inaccessibles pour les plus démunis en raison notamment de la faiblesse des systèmes de santé et du coût élevé de telles interventions. Le déploiement et l'utilisation efficaces de ces outils restent l'un des principaux défis de la lutte antipaludique dans la Région africaine.

127. Pour relever les défis mentionnés ci-dessus, l'OMS a donné la priorité à la fourniture d'un appui technique aux pays pour qu'ils adoptent des politiques pharmaceutiques appropriées en matière de lutte contre le paludisme; élaborent des stratégies en vue d'accroître l'accès aux interventions de lutte antipaludique à tous les niveaux du système de santé; renforcent les capacités de gestion, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des programmes; fassent la recherche opérationnelle; constituent des partenariats et assurent le plaidoyer et la mobilisation des ressources.

128. Pendant la période biennale 2002–2003, sept pays<sup>14</sup> ont adopté des politiques de polythérapie à base d'artémisinine pour le traitement des cas de paludisme et quatre pays (Burundi, Érythrée, Tanzanie (Zanzibar), Zambie) mettent actuellement en œuvre ces politiques conformément aux recommandations de l'OMS. Quinze pays<sup>15</sup> ont amélioré les capacités des agents de santé pour la prise en charge des cas de paludisme au niveau national et à l'échelon des districts en formant plus de 100 agents de santé. Les interventions à base communautaire ont sensiblement amélioré les systèmes de soins, grâce notamment à une meilleure distribution des produits antipaludiques et des moustiquaires traitées aux insecticides, à une supervision mieux assurée par les agents de santé et à des systèmes d'orientation-recours plus efficaces pour les

---

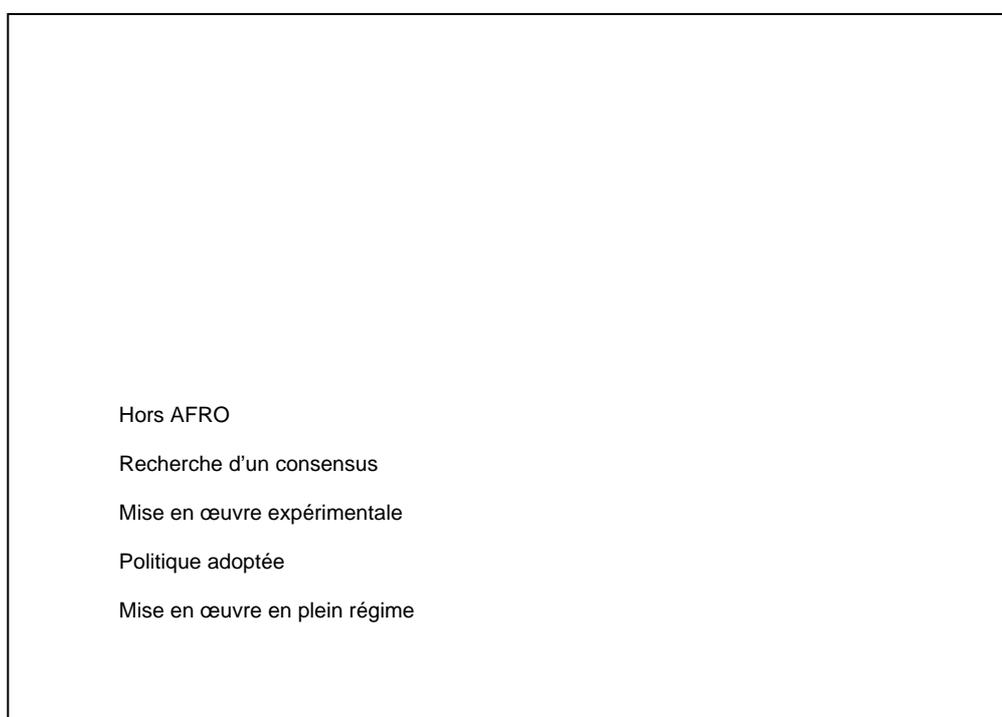
<sup>14</sup> Burundi, Érythrée, Gabon, Mozambique, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Zanzibar.

<sup>15</sup> Bénin, Burkina Faso, Burundi, Comores, Érythrée, Ghana, Madagascar, Malawi, Mali, République du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Togo.

cas sévères. La prise en charge à domicile du paludisme a été améliorée au Bénin, en Érythrée, au Ghana, à Madagascar et en Ouganda.

129. En outre, des lignes directrices pour l'utilisation de la polythérapie ont été élaborées ainsi que des algorithmes pour la prise en charge des cas de paludisme, en s'inspirant de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Huit pays<sup>16</sup> ont adopté des politiques de TPI<sub>f</sub> ou entamé la mise en œuvre de ce traitement. Le Cameroun, le Ghana, Madagascar, le Niger et la Sierra Leone ont entrepris de bâtir un consensus pour l'adoption du TPI<sub>f</sub> (voir Figure 11). Un appui technique et financier a été fourni pour la mise en place de deux réseaux sous-régionaux (pour l'Afrique orientale et australe et pour l'Afrique de l'Ouest) en matière de lutte antipaludique pendant la grossesse. Des lignes directrices intitulées *La lutte contre le paludisme pendant la grossesse dans la Région africaine* ont été élaborées pour aider les pays dans la mise en oeuvre.

**Figure 11 : État de la mise en œuvre du traitement TPI<sub>f</sub> dans la Région africaine à la fin de 2003**



130. Au total, 137 administrateurs et agents de santé dans 36 pays d'endémie<sup>17</sup> ont reçu une formation sur la lutte antipaludique (voir Figure 12); 45 consultants ont reçu une orientation sur les divers aspects du paludisme et sont prêts à aider les pays pour une mise en œuvre accélérée du programme. En outre, les capacités de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des activités de lutte antipaludique ont été renforcées dans 13 pays<sup>18</sup> par la formation de plus de 80 agents de santé à l'établissement et à la gestion de bases de données composites sur le paludisme. La première édition des «Profils de pays sur le paludisme», destinée à faciliter l'élaboration des politiques et la prise de décisions, a été publiée.

<sup>16</sup> Burkina Faso, Gabon, Gambie, Mali, Mozambique, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal.

<sup>17</sup> Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Tchad, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Madagascar, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie, Zimbabwe.

<sup>18</sup> Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Mali, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Togo.

**Figure 12 : Distribution des agents de santé formés à la lutte antipaludique, 2002–2003**



131. La Journée africaine de lutte contre le paludisme a été célébrée avec succès, dans l'ensemble, par tous les pays d'endémie et les principaux partenaires, et un rapport relatif aux célébrations de 2003 a été publié. La première édition du *Rapport sur le paludisme en Afrique* a été publiée conjointement avec l'UNICEF et lancée le 25 avril 2003. Deux réunions ont été organisées avec la participation active de plusieurs partenaires, des pays et des membres des groupes spéciaux mixtes sur le paludisme et la PCIME.

132. Avec l'appui de l'OMS, les pays ont mobilisé des ressources supplémentaires pour la lutte contre le paludisme et, à la fin de la période biennale, les propositions formulées par 31 pays<sup>19</sup> avaient été approuvées par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour un montant total de US \$362 834 655 pour les deux premières années.

133. On a tiré un certain nombre d'enseignements fondamentaux pendant la période biennale 2002–2003. Il est absolument capital d'axer les efforts sur les besoins, les exigences et les capacités gestionnaires des pays. Il importe également de tirer parti de la complémentarité et des synergies offertes par les approches sectorielles et la mise en œuvre de programmes verticaux de lutte contre les maladies. Un appui devrait être accordé aux pays pour qu'ils introduisent progressivement des polythérapies à base d'artémisinine appuyées par des diagnostics efficaces et des systèmes viables d'approvisionnement en médicaments. Les MTI devraient être considérées comme un produit de santé publique et rendues disponibles et abordables pour les groupes vulnérables.

134. Pendant la période biennale 2004–2005, des actions concertées seront menées avec les pays et les partenaires pour accroître l'accès des groupes à risque à des interventions de qualité et d'un bon rapport coût/efficacité. Les capacités des pays seront renforcées en vue de la mise en

<sup>19</sup> Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Tchad, Comores, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Togo, Ouganda, Zambie, Zimbabwe.

oeuvre d'un ensemble complet d'interventions de lutte antipaludique allant de la prévention jusqu'au traitement. Ces interventions comprendront notamment l'extension de l'utilisation des MTI et autres mesures de lutte antivectorielle telles que l'aspersion intradomiciliaire résiduelle (dans certaines régions); l'augmentation du pourcentage de femmes enceintes ayant accès au traitement TPI; et l'amélioration de l'accès à un traitement rapide et efficace. Une attention particulière sera accordée à la prévention et à la lutte contre les épidémies de paludisme ainsi qu'à la recherche opérationnelle pour la mise au point de nouveaux outils et l'amélioration de ceux qui existent.

### **Maladies transmissibles : Recherche et développement des produits (CRD)**

135. On a relevé de nombreux défis dans le domaine d'activité Maladies transmissibles : Recherche et développement des produits pendant la période biennale 2002–2003. On peut citer notamment la mise au point de nouveaux produits acceptables, abordables et applicables en Afrique; la validation d'outils existants et nouveaux pour le diagnostic, la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles; et la réduction de l'écart entre recherche et lutte pour s'assurer que les résultats de la recherche sont exploités pour les applications politiques et pratiques. Les principales maladies ciblées ont été le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, la schistosomiase et la filariose lymphatique.

136. La stratégie de l'OMS a notamment consisté à stimuler le partenariat et à créer un environnement propice à une meilleure utilisation des outils existants pour la lutte contre les maladies infectieuses; à produire de nouvelles connaissances, de nouveaux outils ainsi que de nouvelles méthodes d'intervention et de nouvelles stratégies de mise en oeuvre à l'intention des systèmes de santé; et à renforcer les capacités de recherche.

137. On a aidé 33 pays à renforcer leur aptitude à concevoir et réaliser la recherche opérationnelle par le biais d'ateliers inter pays et de missions dans les pays. C'est ainsi que 53 projets de recherche opérationnelle ont été élaborés, dont 36 sont actuellement mis en oeuvre (grâce à un financement du Bureau régional). À la suite de cette initiative, le pourcentage des pays touchés par des maladies transmissibles endémiques qui participent aux activités de CRD est passé de 24 % à 67 %. On a identifié deux institutions de recherche pouvant être désignées comme centres collaborateurs de l'OMS. On a créé et mis à la disposition des bureaux de pays et autres utilisateurs des bases de données régionales sur la recherche opérationnelle, les institutions de recherche et les chercheurs. On a renforcé davantage les liens avec le Siège par la création d'une nouvelle initiative destinée à appuyer la recherche opérationnelle pour la lutte contre le paludisme dans la Région; cette initiative a conjugué les efforts du Bureau régional, de l'initiative Faire reculer le paludisme, du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les maladies tropicales et de l'Initiative multilatérale sur le paludisme.

138. On a introduit et validé trois nouvelles interventions : la polythérapie pour le paludisme, le traitement antirétroviral et le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse. Cinq pays ont mis à profit les résultats de la recherche pour adapter leur politique de traitement du paludisme, portant ainsi de 13 (30 %) à 18 (42 %) le nombre total de pays ayant introduit une telle adaptation.

139. Un plan opérationnel visant à intégrer les interventions relatives aux maladies transmissibles au niveau des districts a été élaboré et des fonds ont été obtenus pour une mise en oeuvre pilote dans cinq pays. On a mené à bien dans cinq pays des enquêtes portant sur les technologies de gestion des déchets médicaux, ce qui a permis de recueillir des informations vitales pour la conception de technologies nouvelles et appropriées. On a créé dans trois pays des sites sentinelles pour l'évaluation et l'analyse des taux et causes de gaspillage des vaccins afin d'obtenir des données sur la manière dont on pourrait améliorer la couverture vaccinale.

140. On a tiré deux leçons : il convient d'échelonner les dates de démarrage des activités pour qu'elles ne commencent pas toutes en même temps; et les fonds prévus dans les plans de travail au titre de la recherche-développement et d'autres domaines devraient être engagés au début de la période biennale pour éviter l'annulation de certaines activités.

141. Au cours de la période biennale 2004–2005, les efforts resteront axés sur la mise au point, la validation et l'utilisation d'outils, de médicaments, de technologies et de stratégies nouveaux et existants. On privilégiera également la gestion des connaissances, la constitution de partenariats et le travail en réseau avec les milieux intervenant dans la lutte contre les maladies et la recherche et le développement. Toutes ces actions resteront cependant subordonnées au renforcement des capacités de recherche.

## **LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES**

142. Les maladies non transmissibles (MNT), les traumatismes, les troubles mentaux et les toxicomanies, y compris l'alcoolisme et le tabagisme, sont devenus des préoccupations sanitaires majeures dans la Région africaine. La charge représentée par les MNT, encore alourdie par la persistance des maladies infectieuses, sollicite énormément les services de santé de la Région, pourtant déjà surchargés. Qui plus est, on ne se rend pas pleinement compte des possibilités de prévenir les MNT en agissant sur les facteurs de risque, et de nombreux systèmes de santé ne sont pas en mesure de traiter la plupart des affections chroniques. Il s'ensuit que les MNT pèsent plus lourdement sur les populations pauvres et défavorisées.

143. Pendant la période biennale 2002–2003, un certain nombre d'étapes importantes ont été franchies en matière de lutte contre les MNT dans la Région africaine. La Convention-cadre pour la lutte antitabac a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé; des pays ont commencé à exercer une surveillance des facteurs de risque de MNT; un document technique sur la prévention de la violence et des traumatismes a été adopté par le Comité régional; et l'on a élaboré un document de synthèse sur l'épilepsie.

### **Approche intégrée de la surveillance, de la prévention et de la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT)**

144. Ce domaine d'activité comprend les maladies chroniques, la santé bucco-dentaire et le vieillissement et la santé. Ce dernier volet s'exécutant dans le cadre de la Promotion de la santé.

#### ***Maladies chroniques***

145. En ce qui concerne les maladies chroniques, la priorité a été accordée à la surveillance et à la prévention des facteurs de risque de MNT, compte tenu : du peu de données dont on dispose sur les principales d'entre elles (pathologies cardio-vasculaires, diabète, cancer, broncho-pneumopathie chronique obstructive); de leurs facteurs de risque communs (régime alimentaire malsain, tabagisme et sédentarité); et de la possibilité de les prévenir.

146. L'OMS a assuré une assistance technique à certains pays pour la formation à l'approche par étapes de la surveillance des facteurs de risque de MNT (STEPS). En conséquence, 35 participants originaires de 16 pays ont été initiés aux méthodes STEPS au Cap et à Nairobi. L'approche STEPS a commencé d'être appliquée en Ethiopie, en Algérie, au Ghana et au Mozambique. La première expérience d'intégration de la surveillance des maladies transmissibles et non transmissibles a commencé au Mozambique. On a aidé les autres pays participants à mener des enquêtes sur les facteurs de risque de MNT.

147. En matière de lutte contre le cancer, des pays ont reçu un appui afin d'offrir une formation au dépistage précoce et à la prise en charge du cancer du col utérin; 16 participants originaires de cinq pays ont reçu une formation à Luanda, et 18 autres, venant de Tanzanie et d'Ouganda, ont

été formés à Dar es-Salam. Deux centres de recherche et de formation en matière de lutte contre le cancer du col utérin ont été créés à Luanda et à Dar es-Salam. Un centre similaire avait été inauguré à Conakry au cours de la précédente période biennale.

148. Tous les pays participant aux activités de formation ont reçu un appui pour se doter de programmes de lutte contre le cancer du col utérin. Plus de 15 000 femmes ont subi un examen de dépistage et ont été prises en charge en conséquence. Des experts de 17 pays ont suivi un cours de formation à la tenue d'un registre du cancer, organisé par le Centre international de Recherche sur le Cancer de Lyon (France).

149. La première phase du projet portant sur les soins palliatifs pour les malades du VIH/SIDA et du cancer a été menée à bien. Elle a consisté en une analyse de la situation et une évaluation des besoins dans les pays suivants: Afrique du Sud, Botswana, Éthiopie, Ouganda, Tanzanie et Zimbabwe. On a commencé à constituer une base de données sur les maladies non transmissibles. Pour le diabète, 25 participants venant de 12 pays ont été initiés aux méthodes d'estimation de la couverture des soins de santé. Un document technique sur l'hypertension pendant la grossesse dans la Région africaine a été élaboré et sera examiné à l'occasion d'une consultation d'experts au cours de l'année 2004.

150. L'expérience a montré que l'interaction positive avec d'autres échelons de l'Organisation est le meilleur moyen d'intervenir valablement au niveau des pays. Pendant la prochaine période biennale, on aidera un plus grand nombre de pays à surveiller les facteurs de risque de maladies non transmissibles. La priorité sera accordée à une approche intégrée de la surveillance et de la lutte dans les mêmes zones de démonstration.

### ***Santé bucco-dentaire***

151. Dans le domaine de la santé bucco-dentaire, les principales préoccupations ont été l'analyse épidémiologique des pathologies bucco-dentaires, l'intérêt particulier porté au noma et l'élaboration de plans nationaux pour la santé bucco-dentaire. L'OMS a aidé des pays à élaborer ou à renforcer des programmes nationaux en matière de santé bucco-dentaire, et notamment de noma.

152. Deux pays de plus, le Lesotho et le Kenya, ont bénéficié d'un soutien pour une analyse épidémiologique des pathologies bucco-dentaires ainsi que pour la formulation et l'élaboration de plans nationaux de santé bucco-dentaire. Dans le cadre du renforcement des capacités régionales en santé bucco-dentaire, le Bureau régional a continué de renforcer le Centre interpays de Santé bucco-dentaire (ICOH) installé à Jos (Nigéria). Une réunion consultative régionale s'est tenue sur le thème de l'adaptation de la recherche et de la formation en santé bucco-dentaire aux besoins particuliers de la Région africaine.

153. Avec l'aide de l'OMS, l'Angola, le Niger, le Nigéria, l'Ouganda, la République démocratique du Congo et la Zambie ont renforcé leurs programmes nationaux de lutte contre le noma. L'élaboration de matériels pédagogiques pour la prévention, le dépistage et le traitement du noma s'est poursuivie en 2002. Sur le plan de la mobilisation des ressources, la Winds of Hope Foundation fournira un soutien financier de US \$400 000 par an pendant cinq ans.

154. Une collaboration plus intense avec des partenaires extérieurs et une meilleure utilisation des capacités des centres collaborateurs de l'OMS sont les garants d'une réussite. L'accroissement de l'appui technique aux pays pour l'élaboration et la mise en application de politiques de santé bucco-dentaire figurera parmi les grandes orientations pour 2004–2005.

## **Santé mentale et toxicomanies (MNH)**

155. Une bonne santé mentale permet aux individus de travailler de façon productive, de résister aux tensions de la vie quotidienne et d'apporter de précieuses contributions à la communauté. On s'attend que la part de la charge de morbidité mondiale imputable aux troubles mentaux et neurologiques et aux toxicomanies passe de 11,5 % en 1998 à 15 % en 2020. C'est pourquoi la plupart des pays de la Région africaine estiment que la santé mentale et les toxicomanies sont des domaines prioritaires de la coopération technique avec l'OMS.

156. Les actions du Bureau régional face aux besoins des pays ont été guidées par l'intégration de la santé mentale et de la lutte contre les problèmes de toxicomanie aux réformes du secteur de la santé, notamment en ce qui concerne l'élaboration des politiques, l'organisation des services, le financement et la législation relative aux droits de l'homme. Ces principes ont été énoncés dans la Stratégie régionale pour la santé mentale 2000–2010.

157. Avec un soutien technique, certains pays (Botswana, Lesotho, Maurice, République centrafricaine, Rwanda) ont révisé leurs politiques et leurs plans en matière de santé mentale et de toxicomanie. Des participants de 15 pays de la Région ont assisté au premier forum de formation sur l'élaboration des politiques et la mise en place de services qui s'est tenu à Tunis en 2002, et 17 experts régionaux ont participé à un atelier sur l'élaboration d'une politique en matière de santé mentale et de toxicomanie, organisé à Brazzaville en 2003. Le Département de psychiatrie de l'Université du Zimbabwe a mené des activités sur la prévention du suicide.

158. La Campagne mondiale contre l'Épilepsie a été mise en œuvre dans 17 nouveaux pays qui ont participé à une réunion interpays tenue à Lomé en mars 2002. Cinq pays ont mis en œuvre le projet de prise en charge de l'épilepsie au niveau des soins de santé primaires.

159. Une meilleure interaction entre le Siège et les bureaux de pays ainsi qu'une meilleure collaboration avec des partenaires tels que les centres collaborateurs de l'OMS, la Ligue internationale contre l'Épilepsie, le Bureau international de l'Épilepsie et la Fédération mondiale pour la Santé mentale, sont indispensables à une bonne mise en œuvre du programme.

160. Pendant la période biennale 2004–2005, un accent particulier sera placé sur le renforcement des capacités au niveau des pays, et l'on se concentrera sur les principaux éléments de la stratégie de la santé mentale.

## **Tabac (TOB)**

161. À l'échelle mondiale, l'usage du tabac provoque 4,9 millions de décès qui, dans 70 % des cas, se produisent dans des pays en développement. Dans la plupart des États Membres, on n'a guère été conscient de l'ampleur et de la gravité du problème ; sous l'effet de la mondialisation et des impératifs économiques, de nombreux pays ont été fortement incités à accroître la production et la consommation de tabac. L'un des objectifs majeurs de la lutte antitabac a été d'améliorer la santé de tous en éliminant ou en réduisant l'usage du tabac et l'exposition à celui-ci.

162. Dans ce domaine d'activité, les principales stratégies ont consisté à : renforcer l'action communautaire de lutte antitabac, réduire l'offre et la disponibilité, limiter la promotion du tabac, adopter des textes législatifs et réglementaires, réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement, et promouvoir le sevrage tabagique.

163. À mesure qu'ils ont pris conscience de la mortalité due à l'usage du tabac et à l'exposition à celui-ci, les États Membres ont réagi avec toujours plus d'inquiétude. Sous la houlette de l'OMS, presque tous les pays de la Région africaine ont participé aux négociations intergouvernementales qui ont abouti à la Convention-cadre pour la lutte antitabac adoptée par l'Assemblée mondiale de

la Santé en mai 2003. La Région a joué un rôle très déterminant dans l'élaboration d'un document réaliste et pertinent.

164. Des réunions de recherche d'un consensus régional se sont tenues en Côte d'Ivoire et au Malawi. La participation communautaire a été favorisée dans le projet «Miser sur l'indignation» au sein duquel des ONG du Malawi, de la Mauritanie, du Mozambique, du Nigéria, du Togo et de la Zambie ont mené des programmes au niveau des pays.

165. On a appris à douze pays comment mener l'Enquête mondiale sur le tabac et les jeunes, et 16 pays ont été initiés à l'analyse et à la rédaction de rapports pour l'enquête. Le projet pilote du Fonds des Nations Unies pour la protection des jeunes contre le tabac a réalisé des progrès au Kenya et au Sénégal. La plupart des pays ont continué de participer à la Journée mondiale sans Tabac, le Malawi y participant pour la première fois, avec une activité importante. Un atelier destiné aux praticiens des grands médias et aux agents de promotion de la santé a été organisé avec succès au Bénin. Il s'agissait de s'attaquer aux problèmes de la lutte antitabac en Afrique francophone en sensibilisant les médias, les agents de promotion de la santé et le grand public.

166. La Première Conférence ministérielle sur la lutte contre la drogue en Afrique s'est tenue à Yamoussoukro (Côte d'Ivoire). Ce fut une réunion importante au cours de laquelle des membres de l'Union africaine ont élaboré et entériné un plan d'action faisant notamment une place à la lutte antialcoolique. Avec le soutien de l'OMS, le Botswana a élaboré une stratégie de lutte contre les toxicomanies, et 13 pays ont participé à un atelier de formation des formateurs sur l'épidémiologie de l'usage de la drogue au Zimbabwe.

167. La mise à disposition de ressources et l'interaction positive avec le Siège et les bureaux de pays, ainsi qu'avec d'autres partenaires, ont facilité la bonne exécution des activités prévues. Les retards dans la présentation des projets par les pays visés sont demeurés une contrainte majeure. Pendant la période biennale 2004–2005, une assistance technique sera fournie aux pays afin de les aider à appliquer la Convention-cadre pour la lutte antitabac, après sa ratification.

### **Promotion de la santé (HPR)**

168. Dans le domaine d'activité Promotion de la santé, la priorité absolue est de renforcer, au niveau des pays, la capacité de promotion interactive et participative de modes de vie sains, et cela afin de réduire la prévalence des facteurs de risque des principales pathologies. L'OMS a réagi en élaborant une Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé; en instituant une approche intégrée de la santé des adolescents; en renforçant l'Initiative pour la santé scolaire; et en formant des responsables de la promotion de la santé à la prévention des facteurs de risque.

169. Des documents de formation ont été préparés et utilisés à l'occasion de deux ateliers, l'un à Cotonou pour huit pays et, l'autre, à Harare pour 11 pays. Les participants y ont acquis les connaissances théoriques et pratiques nécessaires pour aider à la formulation de politiques et de programmes de promotion de la santé. La *Stratégie régionale pour la promotion de la santé* et différentes lignes directrices connexes ont été distribuées aux pays. Avec un soutien technique et financier, l'Afrique du Sud, le Botswana, le Mozambique, le Nigéria et la Tanzanie ont réexaminé leurs politiques et leurs programmes de promotion de la santé.

170. Les bureaux de pays ont révisé le mandat des fonctionnaires chargés de l'information sanitaire et de la promotion de la santé dans le sens d'une plus grande implication de ces personnels dans les activités de promotion de la santé. Une réunion sur le rôle des partenariats dans le développement de la promotion de la santé a été co-organisée avec l'Union internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé. En outre, le Bureau régional a coordonné la célébration de la Journée mondiale de la Santé dans les pays. Des documents techniques et promotionnels ont été diffusés sous forme imprimée et placés sur le site Web.

171. En matière de santé scolaire, six pays (Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Rwanda, Sénégal et Swaziland) ont entrepris des activités dans le cadre du projet LIFE. Avec le soutien de l'OMS, neuf pays ont évalué les activités du projet de santé scolaire. Des pays de la Région africaine ont puissamment contribué à la préparation de la *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé* qui vise à la prévention primaire des maladies non transmissibles. L'Éthiopie, la Tanzanie et la Zambie ont lancé des interventions en faveur des personnes âgées touchées ou infectées par le VIH/SIDA et pour produire des matériels de formation.

172. Une approche multisectorielle s'impose si l'on veut que la promotion de la santé réussisse. À cette fin, pendant la période biennale 200–2005, les responsables chargés de la promotion de la santé collaboreront étroitement avec les domaines d'activité compétents de la Division Lutte contre les Maladies transmissibles, de la Division Lutte contre les Maladies non transmissibles et de la Division Milieux favorables à la santé et Développement durable. On privilégiera les activités de promotion de la santé à l'intention des enfants et des adolescents.

### **Nutrition (NUT)**

173. La faim et la malnutrition demeurent les problèmes les plus graves qui se posent aux pauvres et aux nécessiteux du monde, et ces problèmes continuent de mettre en danger la santé des plus pauvres. La sous-nutrition est le plus grand facteur de risque pour les maladies infectieuses. Cette situation est encore assombrie par le nombre toujours plus élevé d'individus en surpoids ou obèses et qui se trouvent ainsi prédisposés aux maladies non transmissibles. L'OMS a réagi en élaborant des stratégies régionales et en aidant les pays à entreprendre des activités portant sur l'insuffisance pondérale par malnutrition, la carence en micronutriments et la promotion de l'alimentation du nourrisson.

174. Les nombreuses activités menées au titre du domaine Nutrition ont été coordonnées avec le Siège et les programmes régionaux connexes tels que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et le VIH/SIDA. Avec le soutien du Bureau régional, des pays ont adopté des politiques nationales d'alimentation et de nutrition, et appliqué des plans d'action nationaux. Deux ateliers interpays ont réuni 14 États Membres; avec une assistance technique, le Togo s'est doté d'un plan national de nutrition; et, avec une assistance financière, le Tchad, le Lesotho et la République démocratique du Congo ont élaboré des mesures de lutte contre la malnutrition protéino-calorique.

175. La méthodologie dite des profils a été utilisée au Cameroun et au Zimbabwe comme instrument de promotion pour obtenir des fonds pour les programmes de nutrition. Un atelier interpays sur les carences en micronutriments, organisé en collaboration avec des partenaires des programmes de nutrition, a réuni des participants originaires de 20 pays. Deux ateliers ont eu lieu sur le thème de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant; l'un a formé des évaluateurs venus de 11 pays au sujet de l'Initiative pour les hôpitaux amis des bébés et, l'autre, a initié des participants de quatre pays à la *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*.

176. Avec un soutien spécifique pour la collecte de données nutritionnelles de référence, des études ont été menées en Érythrée et en Guinée-Bissau sur les carences en micronutriments, et au Burkina Faso sur les connaissances, les attitudes et les pratiques concernant l'allaitement au sein. Éliminer, d'ici à 2005, les troubles dus à la carence en iode fait partie des objectifs du Millénaire pour le développement. C'est ainsi que des données ont été recueillies sur la consommation de sel iodé en Guinée-Bissau et en Érythrée, et que 12 agents de santé ont été formés à la mise en œuvre des programmes de lutte contre les troubles dus à la carence en iode. De nombreuses activités de formation liées à la nutrition ont été soutenues au niveau national.

177. La nutrition a également été une des composantes du soutien de l'OMS aux pays d'Afrique australe en proie à des crises alimentaires. Avec un soutien technique, le Liberia s'est livré à une évaluation de la situation nutritionnelle et a planifié des interventions adaptées aux circonstances

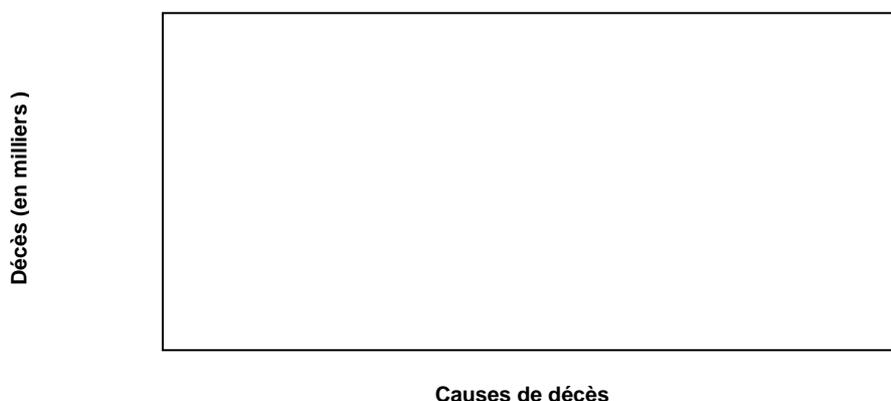
de la crise humanitaire. Avec la collaboration de l'UNICEF, de World Vision et du Ministère de la Santé, l'OMS a procédé à une évaluation rapide de la situation nutritionnelle au niveau communautaire à Tubmanburg. Celle-ci a révélé que 12,3 % des enfants âgés de six mois à cinq ans sont atteints d'émaciation (modérée et grave), 2,4 % gravement émaciés, 57 % accusaient un retard de croissance (modéré et grave), 32 % un retard de croissance grave et 4,2 % souffraient d'œdème (kwashiorkor).

178. Une des grandes leçons tirées de l'expérience acquise a été que l'interaction positive avec les bureaux de pays et la préparation en temps voulu du plan d'application revêtent la plus haute importance. Pendant la période biennale 2004–2005, la capacité technique du domaine d'activité Nutrition sera renforcée, de même que l'action de plaider au niveau des pays. La priorité sera accordée à l'élaboration de politiques et de plans d'action nationaux, aux programmes intégrés de lutte contre les carences de micronutriments, à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et à la surveillance nutritionnelle.

### Prévention des incapacités et des traumatismes et Réadaptation (DPR)

179. Réduire la charge de la violence et des traumatismes involontaires est l'un des grands enjeux de la santé publique au 21<sup>ème</sup> siècle. En 2002, environ 5,2 millions d'individus sont morts de traumatismes dans le monde, soit un taux moyen de mortalité de 83,7 pour 100 000 habitants. Au cours de la même année, les traumatismes dus à des accidents de la circulation étaient, par ordre d'importance, la quatrième cause de décès chez les adultes (voir Figure 13). La Région est intervenue pour 14,4 % de tous les décès par traumatismes dans le monde, bien que l'Afrique ne représente que 7 % de la population mondiale.

**Figure 13 : Principales causes de décès dans le monde chez les adultes de 15 à 59 ans, 2002**



HIV/AIDS = VIH/SIDA, IHD = Cardiopathies ischémiques, TB = Tuberculose, RTI = Traumatismes dus à des accidents de la circulation, CVD = Maladies cardio-vasculaires

Source : *Rapport sur la Santé dans le Monde 2003*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

180. Un document technique sur la prévention de la violence et des traumatismes dans la Région africaine a été présenté à la cinquante-troisième session du Comité régional. Faisant écho au lancement international du *Rapport mondial sur la violence et la santé*, organisé en Belgique en 2002, l'Afrique du Sud et le Mozambique ont lancé le rapport, au niveau national, en 2003. Avec le soutien technique et financier de l'OMS, l'Éthiopie et le Mozambique ont installé des systèmes de surveillance de la violence et des traumatismes qui sont maintenant opérationnels dans ces deux pays. Les bureaux de l'OMS au Mozambique et en Éthiopie ont reçu un renfort de techniciens de la prévention de la violence et des traumatismes.

181. Un atelier sur l'amélioration des services de réadaptation a été organisé pour huit pays. Le Kenya a déposé une proposition d'action de réadaptation et des crédits ont été dégagés. Un soutien financier a été fourni à l'Angola, aux Comores, à la Gambie, au Ghana, à la République démocratique du Congo et à la Tanzanie, pour que ces pays entreprennent des analyses de la situation en matière de surdité et de cécité. Le Centre tanzanien de formation de techniciens d'orthopédie, le Centre de lutte contre les traumatismes (Ouganda) et l'Institut des Sciences sociales et de la Santé (Afrique du Sud) ont été évalués en 2002; leurs demandes d'obtention du statut de centre collaborateur de l'OMS ont été approuvées en 2003.

182. L'une des leçons tirées a été que des relations plus étroites avec des institutions privées, des organisations non gouvernementales et des centres collaborateurs peuvent faciliter l'accès à des données utiles et aider à améliorer la mise en œuvre des programmes. Au cours de la prochaine période biennale, on s'attachera notamment à améliorer la collaboration avec d'autres niveaux de l'OMS, à accélérer la mise en place de Vision 2020 : Le Droit à la Vue, et à prévenir à la fois les traumatismes dus aux accidents de la circulation et la violence.

## **SANTÉ FAMILIALE ET SANTÉ GÉNÉSIQUE**

183. Malgré l'insuffisance des ressources disponibles au cours de la période biennale 2002–2003, la Division Santé familiale et Santé génésique a enregistré des résultats significatifs. Les quatre domaines d'activité sont : Santé de l'enfant et de l'adolescent, Recherche en santé génésique et élaboration de programmes dans ce domaine, Pour une grossesse à moindre risque et Santé de la femme et développement.

### **Santé de l'enfant et de l'adolescent (CAH)**

184. Les mauvaises conditions de vie, de santé et de développement des enfants (0–9 ans) et des adolescents (10–19 ans) ont été la conséquence des conflits en cours et de l'effondrement des systèmes de soutien familial et social. Cette situation a engendré une forte prévalence des infections et décès infantiles dus à des maladies évitables et soignables, une augmentation du nombre d'enfants des rues et d'enfants soldats ainsi qu'une recrudescence des cas de maltraitance, de négligence et de trafic d'enfants. Les principaux défis à relever en ce qui concerne la santé des adolescents ont notamment été l'activité sexuelle précoce, les grossesses non désirées, les complications de l'avortement, la malnutrition, les forts taux de mortalité maternelle, le VIH/SIDA et les IST, la toxicomanie, les cas de dépression et de suicide.

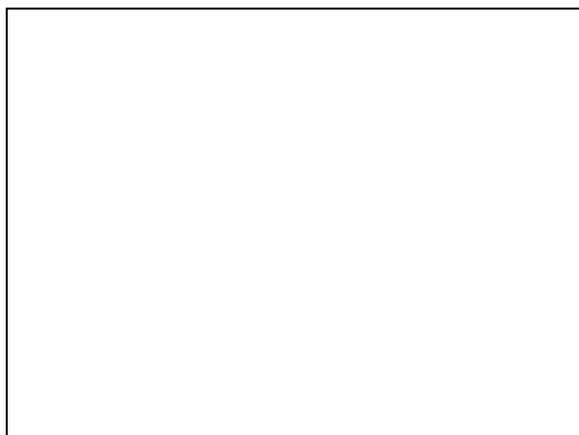
185. Plusieurs outils ont été élaborés, diffusés et utilisés dans les pays, notamment une brochure intitulée «Les Nouveau-nés de l'Afrique : enfants oubliés»; un module de formation, *Adolescent Health and Development in the African Region: Challenges and opportunities; Santé de l'adolescent – Stratégie de la Région africaine : Cadre de mise en œuvre*; et des affiches pour promouvoir des services de santé à l'écoute des adolescents et la préparation à la vie active.

186. En collaboration avec le Bureau régional et le Secrétariat régional du Commonwealth pour la santé communautaire, neuf pays<sup>20</sup> ont analysé et actualisé leurs politiques, stratégies et programmes portant sur la santé des adolescents. Un Cadre politique sur la santé des adolescents a été préparé pour guider les États Membres dans l'élaboration ou la révision de leur politique nationale. C'est ainsi que 14 pays<sup>21</sup> disposaient d'une politique et d'une stratégie nationales à la fin de la période biennale, contre cinq en 2001.

<sup>20</sup> Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Érythrée, Mozambique, Ouganda, Sénégal, Zambie, Zimbabwe.

<sup>21</sup> Botswana, Cameroun, Gambie, Kenya, Lesotho, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Ouganda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

187. Un partenariat entre l’OMS et World Mission, une ONG américaine, a abouti au Projet Lac Victoria qui permet de produire des livres sonores pour diffuser des messages et des témoignages sur le VIH/SIDA à l’intention des jeunes, des familles et des communautés. Ces livres sonores étaient disponibles en anglais et en swahili. Au total, 25 personnes originaires de cinq pays (Bénin, Gabon, Niger, République du Congo, Togo) ont reçu une formation sur les services de santé à l’écoute des adolescents. Le Cameroun et le Lesotho ont intégré la Convention sur les droits de l’enfant dans leurs programmes CAH.



*Au Kenya, des villageois de Pokot écoutent un livre sonore.  
Photo : World Mission, 2003.*

188. Une consultation régionale regroupant six pays<sup>22</sup> s’est penchée sur le rôle des pratiques traditionnelles et culturelles dans la prévention du VIH/SIDA chez les jeunes. Elle a conclu que les méthodes de prévention fondées sur la culture ou la foi enregistrent des succès dans la promotion de l’abstinence et bénéficient d’un soutien social et communautaire solide. Avec l’appui de l’OMS, neuf pays<sup>23</sup> ont conçu et mis en oeuvre un programme intégré portant sur la santé des adolescents et dénommé Alliance des parents, des adolescents et de la communauté.

189. À la fin de la période biennale 2002–2003, 43 pays de la Région africaine mettaient en oeuvre la Prise en charge intégrée des maladies de l’enfant (PCIME). Le défi à relever dans ce domaine consiste à accélérer la mise en oeuvre au niveau des districts. Dix pays se sont engagés dans la phase d’extension, ce qui porte à 21 le nombre total de pays ayant atteint ce stade, y compris dix qui mènent ces activités dans plus de 50 % des districts (voir Figure 14).

---

<sup>22</sup> Cameroun, Ouganda, Namibie, République démocratique du Congo, Swaziland, Zimbabwe.

<sup>23</sup> Botswana, Éthiopie, Lesotho, Malawi, Mozambique, Swaziland, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

**Figure 14 : Mise en œuvre de la PCIME dans la Région africaine, 2003**

190. Plus de 15 000 agents de santé du premier niveau de 34 pays ont été formés à la prise en charge des cas dans le cadre de la PCIME. Une enquête réalisée auprès des formations sanitaires et un suivi des personnels formés ont permis de constater une amélioration de la performance des agents de santé caractérisée par la prestation de soins de qualité aux enfants malades.

191. L'algorithme du VIH/SIDA a été validé à nouveau en Éthiopie et en Ouganda sur la base de conditions épidémiologiques différentes et 15 pays ont intégré le VIH/SIDA dans leur algorithme relatif à la PCIME. Plus de 300 agents de santé de 14 pays<sup>24</sup> ont acquis des compétences cliniques et en ce qui concerne les rapports interpersonnels pour promouvoir des pratiques d'allaitement optimales et travailler auprès de mères et de bébés séropositifs.

192. Une évaluation de la formation initiale à la PCIME a montré que les animateurs avaient acquis une nouvelle méthode pédagogique axée sur les compétences cliniques. Suite à cette évaluation, 16 pays ont accéléré leur formation initiale à la PCIME. Des activités visant à améliorer la qualité des soins dispensés aux enfants malades dans les hôpitaux de recours ont été lancées dans 17 pays. Le Bureau régional, en collaboration avec des partenaires, a élaboré un dossier d'information sur la PCIME dans les communautés et formé plus de 80 consultants à son utilisation. Un outil de suivi de la PCIME a par ailleurs été mis au point et adopté par plusieurs pays en vue de son application.

193. Pendant la période biennale 2004–2005, des actions seront menées pour promouvoir la santé de l'enfant et de l'adolescent par la mobilisation sociale, le renforcement des capacités, la recherche et la mise en place de partenariats. Un soutien financier et technique sera apporté aux pays pour qu'ils élaborent des stratégies et programmes nationaux inspirés du cadre de mise en œuvre de la stratégie régionale pour la santé des adolescents; mettent en œuvre des interventions intégrées en matière de santé des adolescents impliquant les parents, les adolescents et la communauté; et fassent en sorte que tous les services soient plus accueillants envers les jeunes.

---

<sup>24</sup> Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Ghana, Kenya, Mozambique, Nigéria, République démocratique du Congo, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.