

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

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

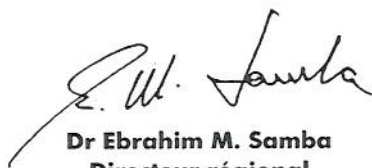
Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du Protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous les droits sont réservés.

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^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2003.



Dr Ebrahim M. Samba
Directeur régional





SOMMAIRE

	Pages
ABRÉVIATIONS	vii
	Paragraphes
INTRODUCTION	1–21
PREMIÈRE PARTIE : MISE EN CEUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2002–2003	22–285
RÉALISATIONS NOTABLES	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
FACTEURS AYANT FAVORISÉ OU ENTRAVÉ LA MISE EN OEUVRE DU BUDGET PROGRAMME	283–285
DEUXIÈME PARTIE : RAPPORT D'ACTIVITÉS SUR LA MISE EN OEUVRE DES RÉSOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL	286–338
Stratégie régionale relative aux opérations d'urgence et à l'action humanitaire	286–297
Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé	298–305
Stratégie de promotion de la recherche en santé pour 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 africaine	333–338
CONCLUSION	339–347
ANNEXES	Pages
1. Mise en oeuvre du budget ordinaire de l'OMS dans la Région africaine (Bureau régional)	70
2. Mise en oeuvre du budget ordinaire de l'OMS dans la Région africaine (Pays).....	72
3. Mise en oeuvre du budget ordinaire de l'OMS dans la Région africaine (Fonds provenant d'autres sources)	74

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 sur les médicaments	14
3. Capacités des autorités de réglementation pharmaceutique dans la Région africaine	14
4. Donneurs de sang volontaires non rémunérés dans la Région africaine	15
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	18
7. Le programme de lutte contre la trypanosomiase cherche à intensifier la détection des cas	19
8. Surveillance de la paralysie flasque aiguë	24
9. Octroi de fonds GAVI pour les vaccins 2000–2003	25
10. Tendence et impact estimé de la lutte accélérée contre la rougeole	25
11. État de la mise en oeuvre du traitement TPIf dans la Région africaine à la fin de 2003	27
12. Distribution des agents de santé formés à la lutte antipaludique, 2002–2003	28
13. Principales causes de décès dans le monde chez les adultes de 15 à 59 ans, 2002	35
14. Mise en oeuvre de la PCIME dans la Région africaine, 2003	37
15. Schéma des accouchements à domicile par catégorie d'accoucheurs	38
16. Mise en oeuvre de l'initiative MPS dans le district de Soroti (Ouganda)	41

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	Diphthérie, 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 ultérieurs 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 Unies¹; 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^{ème} 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.

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

¹ 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.

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.

18. Dans la Division Milieux favorables à la santé et Développement durable, l'accent a été mis sur la pauvreté et la mauvaise santé, en aidant les pays à insérer une dimension sanitaire dans leurs documents nationaux de stratégie de lutte contre la pauvreté ainsi qu'en favorisant une stratégie à long terme et une approche durable du développement sanitaire. Il s'est agi d'insérer des dimensions efficaces de salubrité de l'environnement dans la gestion du milieu humain et dans l'élaboration d'autres politiques et actions nationales, de s'attaquer à la morbidité et à la mortalité élevées imputées à la salubrité et à l'hygiène insuffisantes des aliments, de renforcer la capacité nationale de préparation et de riposte aux situations d'urgence, et d'assurer un soutien à la fois technique et financier dans les situations de crise.

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 débuteront 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 pharmacoeconomie 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.

Budget et réforme administrative (BMR)

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

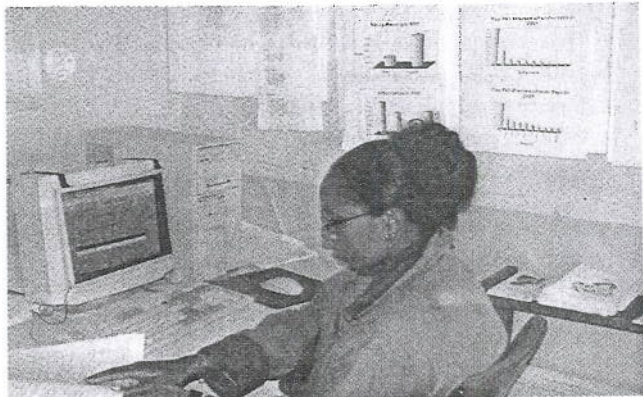
60. Le renforcement des systèmes de santé en vue de fournir des services de santé de qualité, notamment aux pauvres et aux défavorisés, demeure l'une des priorités dans la Région africaine. Les pays devraient élaborer et actualiser les politiques et les stratégies sanitaires visant à améliorer l'accès 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^{ème} 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 pays² 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 pays³ 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 pays⁴ 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 pays⁵ ont renforcé leurs systèmes d'information sanitaire.



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

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

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

⁴ Gambie, Kenya, Maurice, Namibie, Nigéria, Ouganda, Swaziland, Togo.

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

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 Membres⁶. 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.

67. Vingt-six⁷ pays 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 pays⁸ 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.

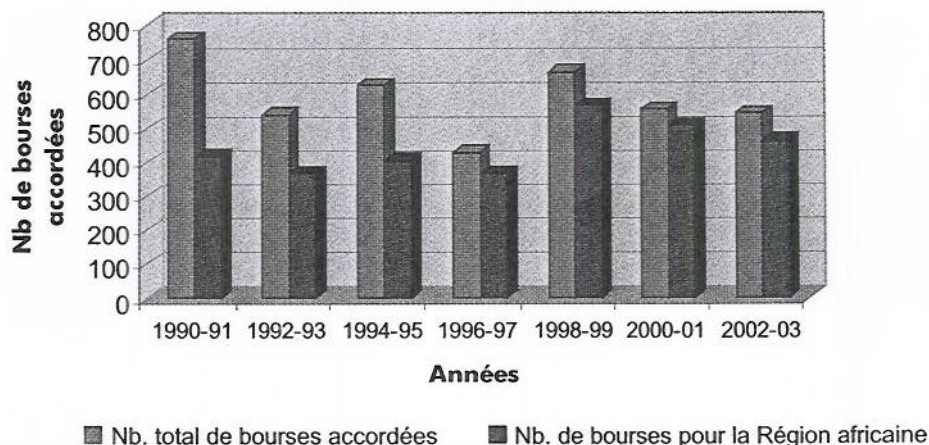
68. La principale conclusion de l'évaluation du programme de bourses a été que la Région africaine avait bénéficié d'un plus fort pourcentage de bourses de l'OMS. Les autres conclusions ont été que la plupart des bourses portaient sur la santé publique et que les unités techniques avaient augmenté les 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).

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ Afrique du Sud, Cameroun, Ghana, Ouganda, Sénégal, Zimbabwe.

Figure 1 : Bourses accordées pendant les périodes biennales, 1990-1991 à 2002-2003



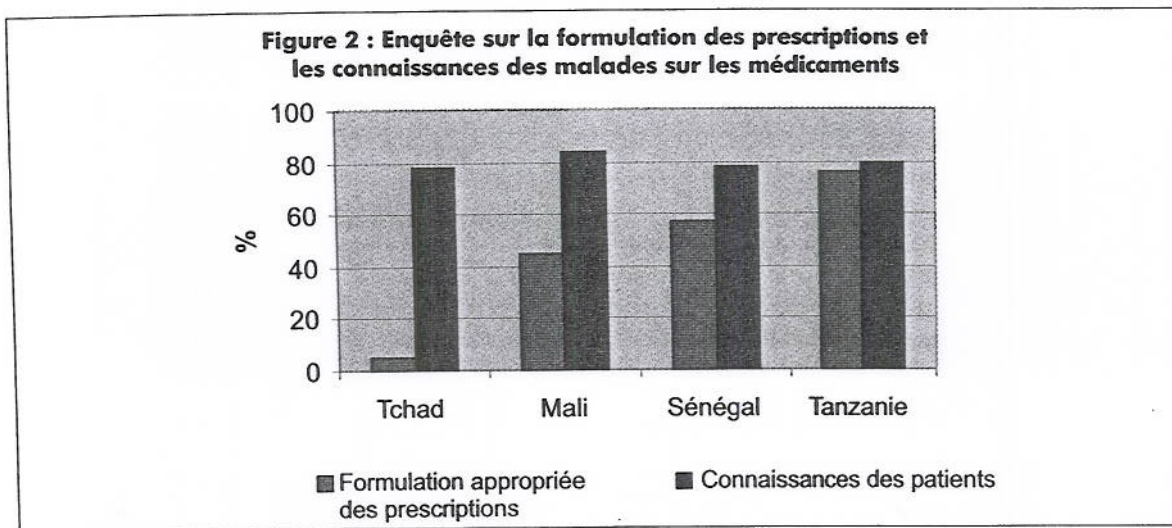
Médicaments essentiels : Accès, qualité et usage rationnel (EDM)

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 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.

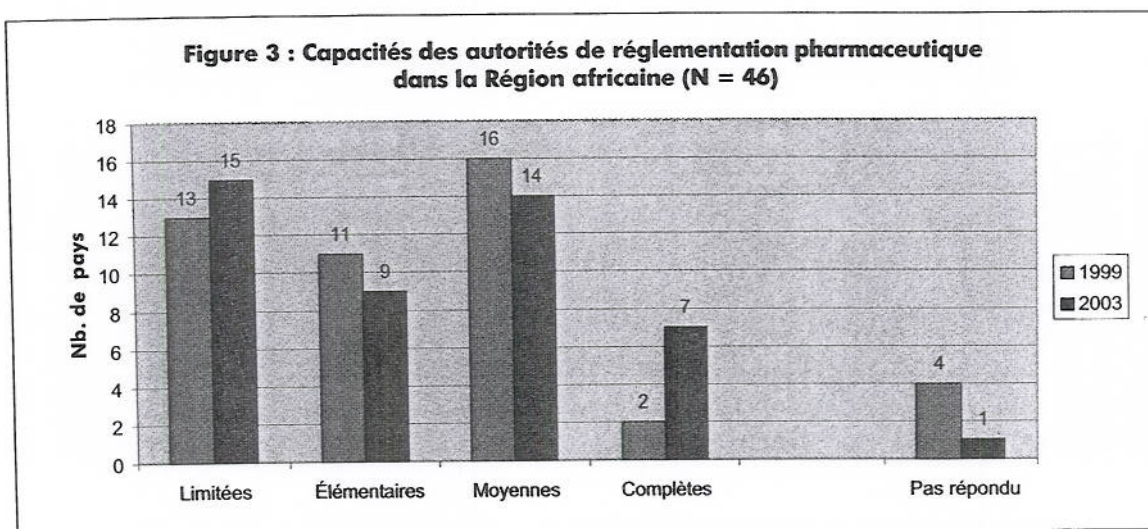
71. Les secteurs pharmaceutiques de neuf pays⁹ ont été évalués. Une étude effectuée dans quatre pays a permis de recueillir des données grâce à des entretiens organisés avec les malades à la sortie des formations sanitaires publiques. Environ 80 % des malades dans les quatre pays savaient utiliser correctement 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.

⁹ Éthiopie, Ghana, Kenya, Mali, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Tanzanie, Tchad.



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).



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.

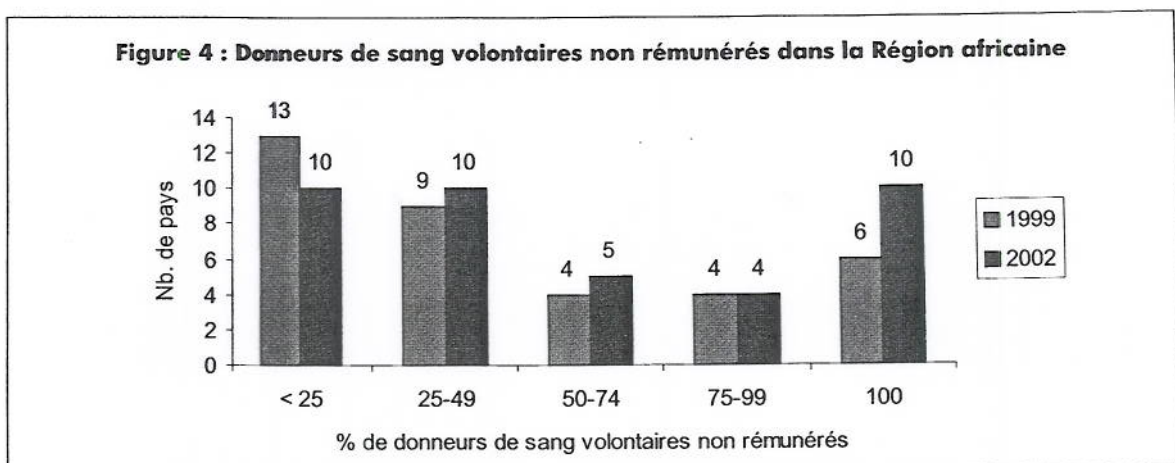
75. Des outils de recherche pour évaluer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des médicaments traditionnels ont été mis au point, ainsi qu'un manuel de formation sur la médecine traditionnelle destiné aux praticiens de la médecine classique et un manuel sur les soins de santé primaires destiné aux 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 pays¹⁰ ont bénéficié d'un appui technique pour divers aspects de leurs programmes de médecine traditionnelle.



Le logo de la médecine traditionnelle africaine

Sécurité transfusionnelle et Technologie clinique (BCT)

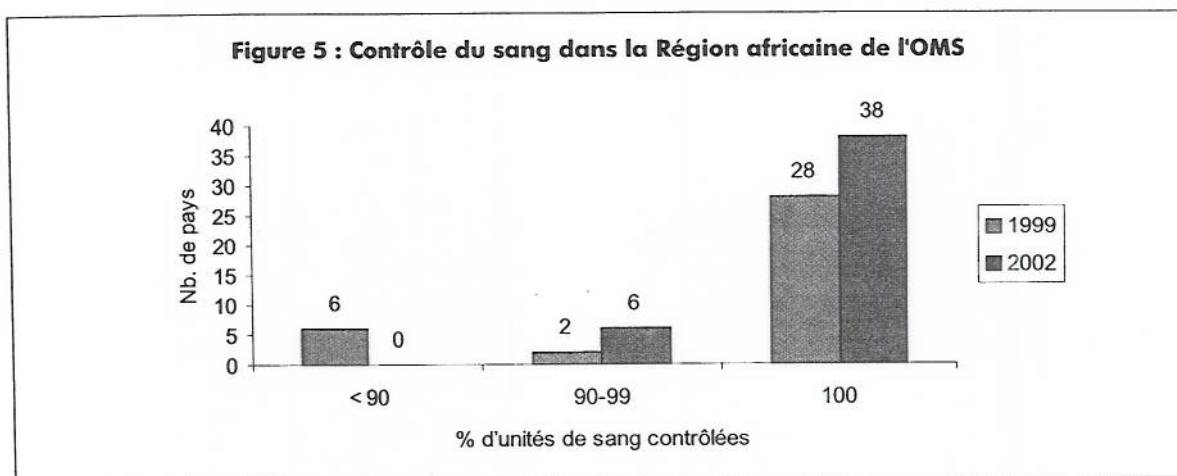
76. Des activités portant sur la Sécurité transfusionnelle et la technologie clinique ont été menées pour aider les pays à améliorer la qualité des soins dans les milieux hospitaliers, la sécurité de toute la technologie utilisée en médecine clinique et la fourniture de sang non contaminé aux malades. Afin d'améliorer la qualité des services de transfusion sanguine, neuf pays¹¹ ont organisé des campagnes de sensibilisation sur le don de sang volontaire et ont augmenté le nombre de donateurs 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.



¹⁰ Burkina Faso, Ghana, Guinée, Kenya, Malawi, Mali, Mauritanie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Tanzanie, Zimbabwe.

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

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 pays¹² 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).



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

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

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 œuvre 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 pays¹³ 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.

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, lutte et éradication (CPC)

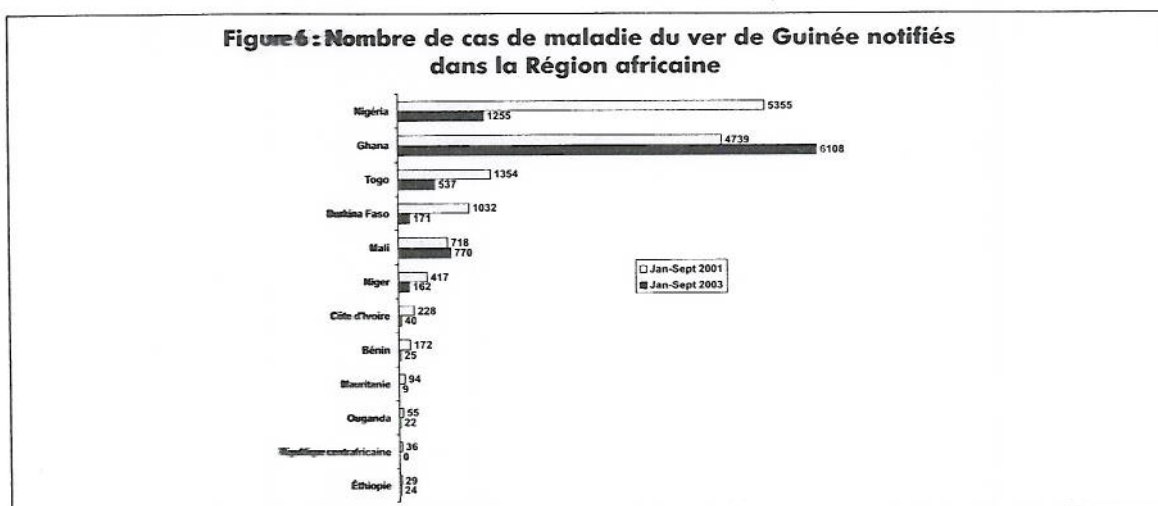
86. Les maladies transmissibles demeurent l'une des plus graves menaces pour le développement socioéconomique des pays africains. Les maladies ciblées représentent une part importante du fardeau de la maladie et affectent surtout les plus pauvres d'entre les pauvres. La plupart de ces maladies sont à 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).

¹³ Bénin, Burkina Faso, Éthiopie, Ghana, Mali, Niger, Nigéria, Tchad, Togo.

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 9037 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).



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.

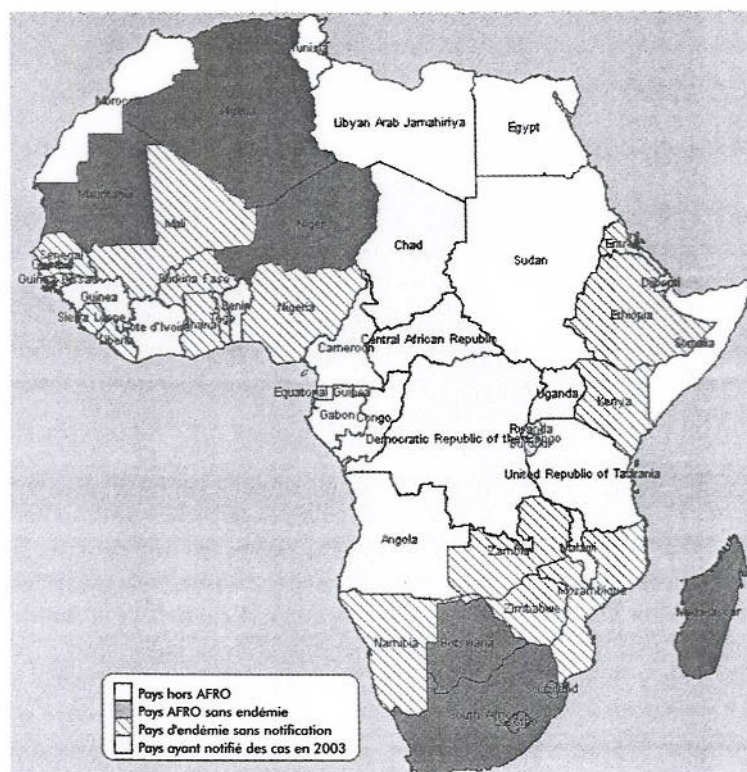
91. **Filariose lymphatique** : Pendant la période biennale, neuf pays ont réalisé des exercices de cartographie pour identifier les zones où des campagnes d'administration de masse de médicaments devraient être menées. En 2002, 9 596 118 personnes au total ont été traitées par rapport à un objectif 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 humaine africaine** : 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 humaine africaine 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 dichlorodiphényltrichloroéthane (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 et de 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 œuvre. Onze pays ont établi des plans pour les soins antituberculeux à base communautaire et six d'entre eux ont entamé leur mise en œuvre. 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 œuvre 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».

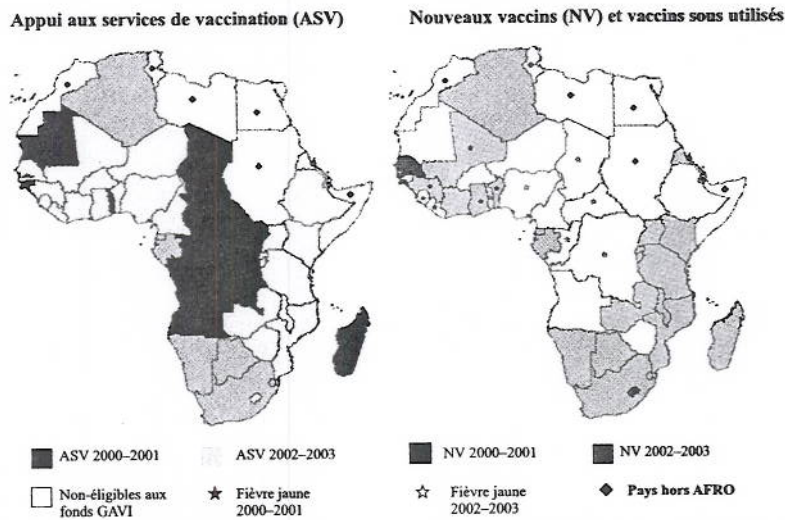
Vaccination et mise au point de vaccins (IVD)

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 œuvre 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 œuvre 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.

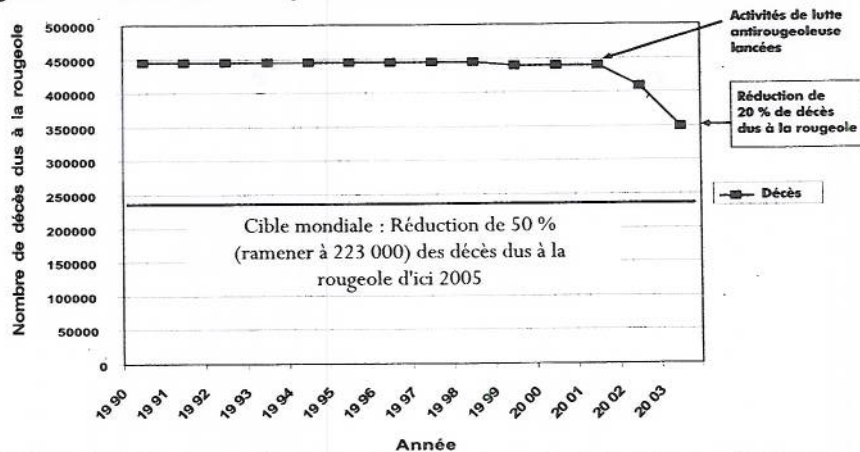
Figure 9 : Octroi de fonds GAVI pour les vaccins 2000–2003



121. Les administrateurs du PEV de tous les pays de la Région ont reçu une formation de niveau moyen et néonatal. 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 : Tendence 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.

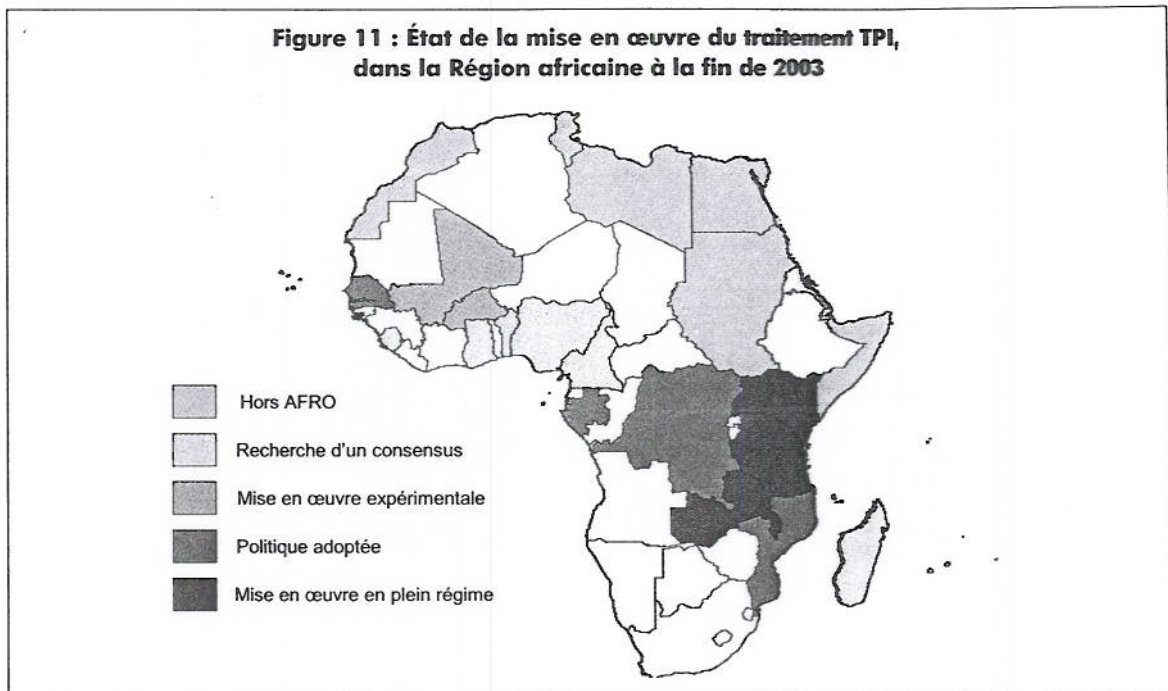
127. Pour relever les défis mentionnés ci-dessus, l'OMS a donné la priorité à la fourniture d'un appui technique aux pays pour qu'ils adoptent des politiques pharmaceutiques appropriées en matière de lutte contre le paludisme; élaborent des stratégies en vue d'accroître l'accès aux interventions de lutte 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 pays¹⁴ 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 pays¹⁵ 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 cas sévères. La prise en charge à domicile du paludisme a été améliorée au Bénin, en Érythrée, au Ghana, à Madagascar et en Ouganda.

¹⁴ Burundi, Érythrée, Gabon, Mozambique, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Zanzibar.

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

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 pays¹⁶ ont adopté des politiques de TPI, 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, (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 œuvre.



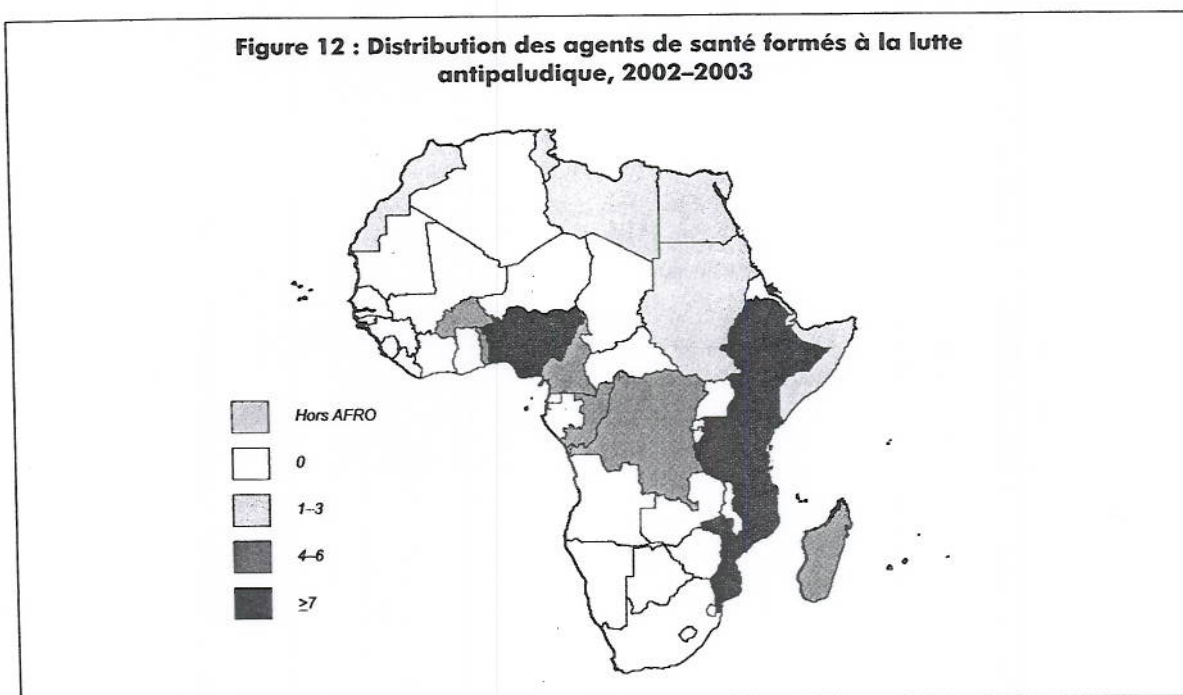
130. Au total, 137 administrateurs et agents de santé dans 36 pays d'endémie¹⁷ ont reçu une formation sur la lutte antipaludique (voir Figure 12); 45 consultants ont reçu une orientation sur les divers aspects du paludisme et sont prêts à aider les pays pour une mise en œuvre accélérée du programme. En outre, les capacités de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des activités de lutte antipaludique ont été renforcées dans 13 pays¹⁸ 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.

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

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

¹⁸ 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 pays¹⁹ 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 œuvre 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 intradomestique 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.

¹⁹ 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.

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 interpays 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'exécute 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 Éthiopie, 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-Salaam. 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-Salaam. 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'Éducation 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 2004–2005, 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.

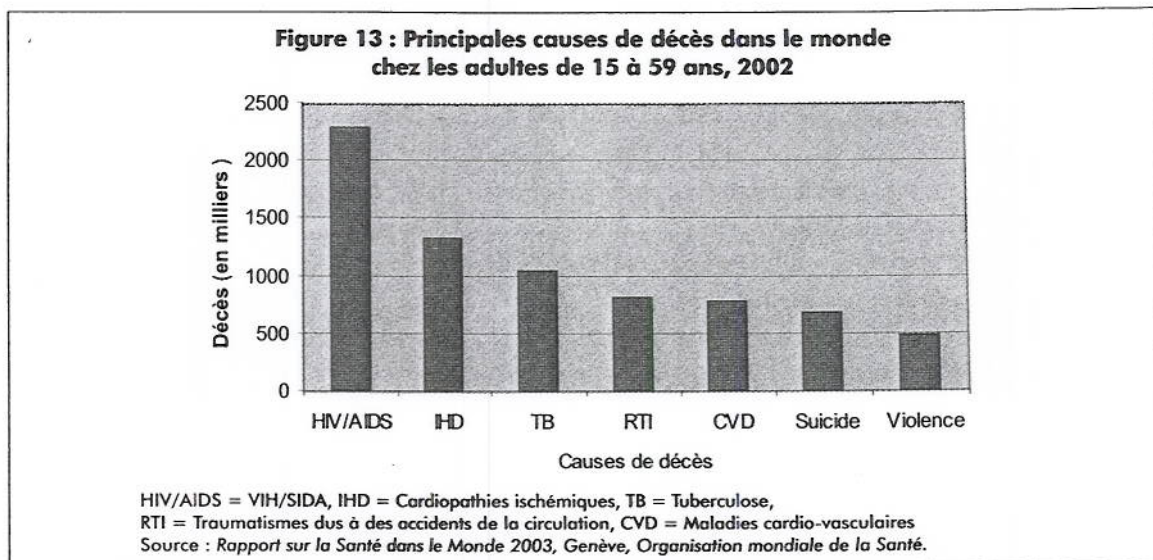
176. Avec un soutien spécifique pour la collecte de données nutritionnelles de référence, des études ont été menées en Érythrée et en Guinée-Bissau sur les carences en micronutriments, et au Burkina Faso sur les connaissances, les attitudes et les pratiques concernant l'allaitement au sein. Éliminer, 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 Libéria 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 plaidoyer 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^{ème} 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.



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.

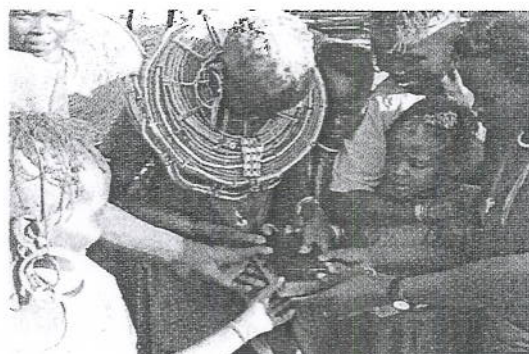
Santé de l'enfant et de l'adolescent (CAH)

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 pays²⁰ 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 pays²¹ disposaient d'une politique et d'une stratégie nationales à la fin de la période biennale, contre cinq en 2001.

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.



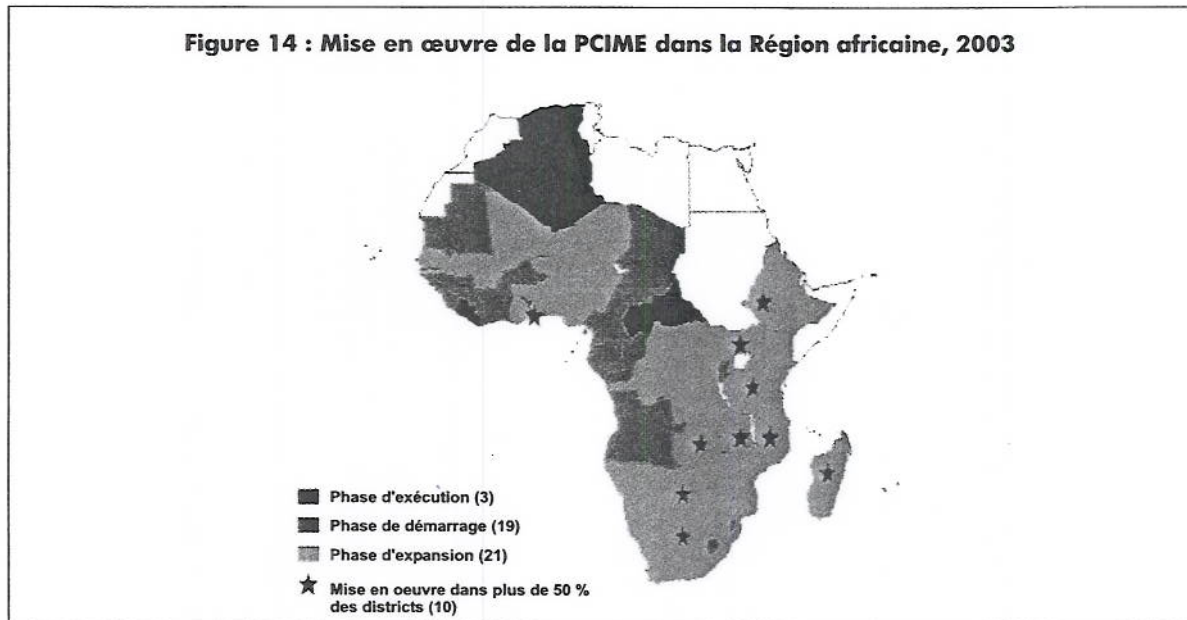
Au Kenya, des villageois de Pokot écoutent un livre sonore.
Photo : World Mission, 2003.

²⁰ Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Érythrée, Mozambique, Ouganda, Sénégal, Zambie, Zimbabwe.

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

188. Une consultation régionale regroupant six pays²² 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 pays²³ 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).



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 pays²⁴ 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.

²² Cameroun, Ouganda, Namibie, République démocratique du Congo, Swaziland, Zimbabwe.

²³ Botswana, Éthiopie, Lesotho, Malawi, Mozambique, Swaziland, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

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

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.

Recherche et élaboration de programmes en santé génésique (RHR)

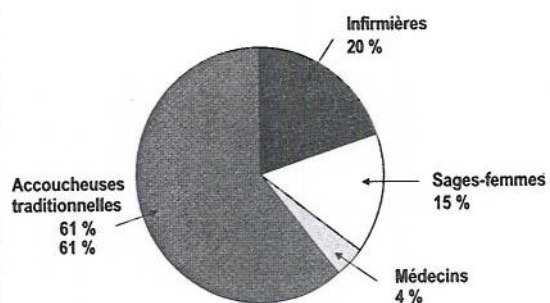
194. Le domaine d'activité Recherche et élaboration de programmes en santé génésique comprend trois programmes : Santé génésique et recherche, développement des programmes, suivi et évaluation; Formation en santé génésique; Prévention de la transmission mère-enfant de l'infection à VIH.

195. Une recherche opérationnelle a été menée dans trois pays (Cameroun, Kenya, Sierra Leone) sur les facteurs qui limitent le nombre d'accouchements en institution malgré une forte fréquentation des centres de soins prénatals. Les résultats préliminaires ont montré qu'au moins 60 % des femmes affirment que leurs maris participent aux décisions concernant la fréquentation des centres de soins prénatals et le lieu de l'accouchement. Au nombre des principaux obstacles à l'accouchement en institution figuraient l'inaccessibilité physique et financière et les attitudes négatives du personnel de santé.

196. Le schéma des accouchements à domicile a été établi en Angola, en Éthiopie, au Nigéria et au Sénégal. La proportion d'accouchements intervenant à domicile variait de 76 % à 94 % dans les zones rurales et de 70 % à 75 % en milieu urbain; 40 % des accouchements à domicile sont pratiqués par des professionnels de santé et 60 % par des accoucheuses traditionnelles qui ne sont pas considérées comme des auxiliaires qualifiées (voir Figure 15). Les croyances socio-culturelles, la pauvreté, les attitudes négatives du personnel de santé et la crainte des interventions chirurgicales influencent la décision d'accoucher à domicile. Les résultats de l'étude permettront de formuler des recommandations sur la voie à suivre pour les accouchements à domicile dans la Région.

197. La plupart des pays de la Région africaine enregistrent des rapports de mortalité maternelle élevés. Quelques pays ont cependant réussi à les abaisser et à les maintenir à un faible niveau. La réduction des rapports de mortalité maternelle et leur maintien à un faible niveau au Cap-Vert, à Maurice et aux Seychelles ont été mis en évidence et classés parmi les meilleures pratiques en la matière. Dans ces pays, des interventions de lutte contre la mortalité maternelle ont été mises en œuvre tant à l'échelon national qu'au niveau communautaire. Au niveau national, on a

Figure 15 : Schéma des accouchements à domicile par catégorie d'accoucheurs*



* Données du Bureau régional, 2003.

constaté une volonté politique d'améliorer la santé maternelle et infantile (SMI) par l'affectation de ressources suffisantes à cet effet; l'instauration de services de SMI gratuits, y compris pour la planification familiale; l'éducation gratuite, en particulier des jeunes filles; et le développement des infrastructures pour améliorer l'accès aux services de santé. Au niveau communautaire, les systèmes de santé nationaux ainsi renforcés ont permis de fournir du matériel, des médicaments et des produits essentiels pour les soins obstétricaux d'urgence. On a enregistré près de 100 % d'accouchements en institution avec un plus grand nombre d'auxiliaires qualifiés, et le nombre de superviseurs communautaires des services de soins a augmenté.

198. Une consultation bi-régionale a été organisée pour examiner une stratégie visant à accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ayant trait à la santé génésique. Placée sous les auspices du Siège de l'OMS, cette réunion a rassemblé des participants du Bureau régional de l'Afrique et du Bureau régional de la Méditerranée orientale. On a également examiné le document relatif à la stratégie mondiale pour la santé génésique et formulé des recommandations pour sa finalisation.

199. La base de données relative à la Recherche en santé génésique, y compris les indicateurs mondiaux et régionaux, a été placée sur le site Internet de la Division de la Santé génésique pour être utilisée par les pays.

200. L'un des principaux résultats des réunions annuelles du groupe spécial régional sur la santé génésique a été la nomination d'un Ambassadeur de bonne volonté pour la santé de la femme dans la Région africaine. Il a également été décidé d'instaurer une journée nationale de la santé de la mère et du nouveau-né qui serait célébrée chaque année le jour de la Fête des Mères.

201. Les activités menées au titre du programme Formation en santé génésique ont principalement porté sur le renforcement des capacités des agents de santé en matière de soins de santé génésique. La planification et la prestation des services ont bénéficié d'un partage de données d'expérience et d'informations sur les soins fondés sur des bases factuelles; et des manuels sont à présent disponibles à ce sujet en anglais. Au total, 30 experts africains en santé génésique et 20 membres du groupe spécial ont reçu une formation sur l'utilisation de la Bibliothèque de santé génésique de l'OMS. À ce jour, 35 demandes d'abonnement ont été reçues. Au total, 500 disques compacts d'autoformation ont été distribués par le biais des experts et 600 par l'intermédiaire des Représentants de l'OMS.

202. L'accroissement de l'accès à la thérapie antirétrovirale par les personnes vivant avec le VIH/SIDA, en particulier les femmes séropositives et leurs enfants, a entraîné le recrutement d'un médecin pour le programme Prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Une assistance technique a été fournie à neuf pays²⁵ pour qu'ils définissent des orientations sur la PTME et pour qu'ils élaborent et finalisent des lignes directrices nationales à ce sujet.

203. La Division de la Santé génésique a collaboré avec celles de la Lutte contre les Maladies transmissibles du Bureau régional et de la Recherche en santé génésique du Siège en ce qui concerne le VIH/SIDA, y compris par l'organisation de consultations pour l'intégration de la PTME, de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et du Paludisme dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile. Elle a envoyé des missions exploratoires au Mozambique et en Ouganda pour élaborer des outils et un cadre en vue de cette intégration, grâce à un financement du Fonds néerlandais pour l'innovation.

204. Le projet d'appui psychosocial pour les femmes enceintes séropositives du Zimbabwe a été classé parmi les meilleures pratiques en la matière. Des lignes directrices ont été élaborées à l'intention des administrateurs de programme pour l'intégration des services de soutien psychosocial, de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et de soins prénatals.

²⁵Éthiopie, Kenya, Lesotho, Mozambique, Ouganda, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, Zambie, Zimbabwe.

205. Les activités relatives à la PTME ont été accélérées au Lesotho grâce à une adaptation de publications et normes génériques portant sur la PTME et sur le VIH et l'alimentation du nourrisson. Divers outils d'information ont été produits, notamment un projet de lignes directrices, un manuel de référence de poche à l'usage des agents de santé, un protocole sur le schéma thérapeutique des antirétroviraux et une planche murale sur l'administration de la névirapine.

206. Un appui technique a été accordé pour la mise au point d'un outil didactique dénommé «Job-Aid», qui avait pour but d'aider les agents des soins de santé primaires dans la prise de décision. Cet outil s'inspirait du matériel de formation élaboré par le Centre régional pour la qualité des soins de santé en Ouganda en vue d'orienter les mères séropositives sur l'alimentation du nourrisson.

207. On a commencé en 2003 les préparatifs pour la mise en oeuvre de l'Initiative «3 millions d'ici 2005» en participant à une réunion des conseillers régionaux chargés du VIH/SIDA. Les groupes de travail africain et mondial sur l'Initiative «3 millions d'ici 2005» ont en outre accéléré les activités programmatiques.

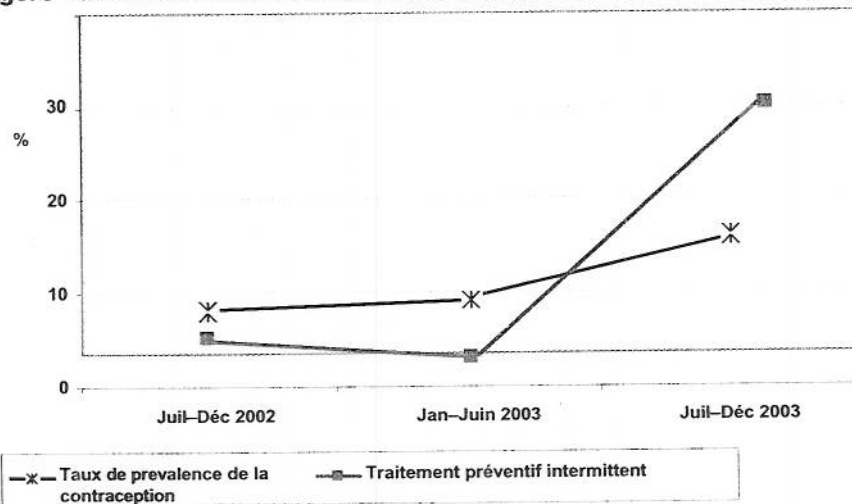
208. Pendant la période biennale 2004–2005, l'accent sera mis sur l'intégration de la PTME et de la planification familiale dans les services de santé génésique; la validation et la diffusion des meilleures pratiques; l'incorporation des résultats de la recherche dans les programmes; et le renforcement des capacités des États Membres pour leur permettre d'accélérer la mise en œuvre des programmes de santé génésique.

Pour une grossesse à moindre risque (MPS)

209. On pourrait éviter la plupart des décès maternels en permettant aux femmes d'accéder à des soins de santé appropriés pendant la grossesse, l'accouchement et après l'accouchement. L'objectif du domaine d'activité Pour une maternité à moindre risque (MPS) est d'améliorer l'accès à des soins de qualité à tous les niveaux de prestation des services de santé : communautaire, primaire et de recours.

210. On a évalué les besoins concernant la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence dans les cinq pays phares choisis pour l'initiative MPS : Éthiopie, Mauritanie, Mozambique, Nigéria et Ouganda. On a ainsi renforcé les systèmes de santé de ces pays par la formation du personnel de santé aux techniques vitales et par un apport de matériel et de fournitures, y compris des banques de sang. Au Nigéria et en Ouganda, l'installation d'un réseau d'émetteurs-récepteurs radio dans certains districts a facilité les liens et le système d'orientation-recours entre les communautés et les formations sanitaires. Cinq pays ont reçu un appui pour l'achat d'ambulances : Éthiopie, Mauritanie, Mozambique, Nigéria et Ouganda. La majorité des pays (34) de la Région considèrent désormais l'initiative MPS comme un programme prioritaire et se trouvent actuellement à différents stades de sa mise en œuvre. L'évaluation à mi-parcours réalisée dans le district de Soroti (Ouganda) a révélé une baisse du taux de létalité (de 16 % à 8 %); une utilisation accrue des formations sanitaires pour les soins prénatals et l'accouchement; une augmentation du taux de prévalence de la contraception et de l'utilisation du traitement préventif intermittent du paludisme (Figure 16); ainsi qu'une prise de conscience accrue des communautés.

Figure 16 : Mise en œuvre de l'initiative MPS dans le district de Soroti (Ouganda)



Source : Ministère de la Santé, Ouganda.

211. Avec l'appui de l'OMS, plusieurs associations professionnelles²⁶ ont frayé la voie vers le renforcement des capacités en introduisant les soins obstétricaux d'urgence dans la formation initiale et en cours d'emploi en médecine et obstétrique. Le manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* a été publié en français, en anglais et en portugais; 7300 exemplaires ont été distribués dans des hôpitaux et établissements de formation de tous les 46 pays de la Région.

212. Le Bureau régional et le Programme Johns Hopkins pour la formation internationale en gynécologie et obstétrique ont organisé un atelier conjoint au cours duquel 20 experts régionaux de six pays²⁷ ont été formés à la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC). L'Ouganda a adapté l'ouvrage intitulé *Pregnancy, childbirth and Newborn Care* pour s'en servir en vue de la prise en charge de la grossesse et de ses complications.

213. L'OMS a publié un manuel, intitulé *Au-delà des chiffres*, qui présente une méthodologie pour la collecte de données relatives à la mortalité maternelle; cette publication a été mise à la disposition de diverses associations professionnelles²⁸. Un atelier régional de formation sur les autopsies verbales des décès maternels a été organisé conjointement avec l'UNICEF (Bureau régional pour l'Afrique orientale et australe) pour 30 professionnels et administrateurs de programmes de santé de huit pays²⁹. Les pays participants ont élaboré des plans nationaux pour des évaluations de la mortalité maternelle. Des responsables de ces huit pays ont effectué des études de terrain en Afrique du Sud pour s'initier à la pratique d'enquêtes confidentielles sur les décès maternels.

214. Un questionnaire a été élaboré et envoyé aux pays pour déterminer leur politique en matière de lutte contre le paludisme pendant la grossesse; 52 % des États Membres y ont répondu. Les résultats de cette enquête ont permis d'établir un plan d'action pour faciliter l'élaboration d'une telle politique et son intégration dans les programmes de santé génésique. Le Nigéria a expérimenté un cadre d'évaluation et de suivi de la lutte antipaludique pendant la grossesse. Et deux réseaux sous-régionaux³⁰ ont été créés pour la collecte et l'échange d'informations sur les meilleures pratiques dans ce domaine.

²⁶ Par exemple, l'Association des Obstétriciens et Gynécologues de l'Afrique orientale, centrale et australe, et la Société africaine des Gynécologues-obstétriciens.

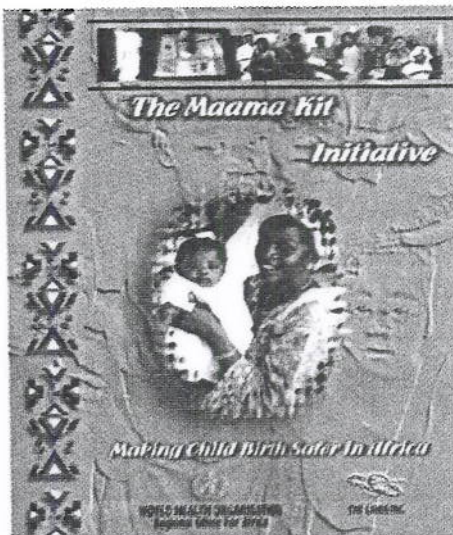
²⁷ Éthiopie, Ghana, Kenya, Mozambique, Nigéria, Ouganda.

²⁸ Association africaine des Obstétriciens et Gynécologues; Association des Obstétriciens et Gynécologues des sous-régions orientale, centrale et australe; Association éthiopienne des Chirurgiens; Société d'Obstétrique.

²⁹ Éthiopie, Kenya, Malawi, Mozambique, Ouganda, Swaziland, Tanzanie, Zambie.

³⁰ Réseau d'Afrique australe et orientale contre le paludisme pendant la grossesse et Réseau de l'Afrique de l'Ouest contre le paludisme pendant la grossesse.

215. En collaboration avec l'OMS, l'Academy for Educational Development et l'USAID, cinq pays (Éthiopie, Mauritanie, Mozambique, Nigéria et Ouganda) se sont inspirés du modèle REDUCE pour élaborer des outils et plans nationaux de plaidoyer afin de sensibiliser le public sur la persistance d'une mortalité maternelle élevée et son impact sur les familles et le développement socioéconomique des pays. Cet outil a ensuite permis de mobiliser des ressources et de renforcer l'engagement des gouvernements et des partenaires de développement en faveur d'une réduction de la mortalité maternelle. Une version régionale de REDUCE a été présentée à diverses instances internationales³¹ pour accroître la prise de conscience et collecter des fonds en faveur de la santé maternelle et néonatale. En Mauritanie, le plaidoyer pour une amélioration de la disponibilité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence a amené le gouvernement à prendre des mesures pour encourager les spécialistes et dispensateurs de soins qualifiés à accepter des postes dans les zones rurales.



Manuel produit en Ouganda et en Zambie pour des accouchements à moindre risque

216. L'Ambassadeur de bonne volonté pour la santé de la femme intensifiera le plaidoyer pour la réduction de la mortalité maternelle dans la Région africaine et mènera une action de sensibilisation sur la nécessité d'accroître les crédits alloués à la santé maternelle et néonatale par les gouvernements africains, les communautés économiques régionales et les organisations internationales. Il collaborera à cet effet avec des organisations non gouvernementales, des parlementaires, des associations nationales ou groupements de femmes professionnelles, des organisations internationales et le secteur privé.

217. Un document dénommé «The Maama Kit» a été élaboré pour aider les familles à se préparer à l'accouchement et améliorer les possibilités d'accouchements pratiqués dans de bonnes conditions de propreté. En collaboration avec l'OMS et Links Inc (une ONG internationale), l'Ouganda a lancé l'Initiative «Maama Kit» sous la direction de l'épouse du Président. La Zambie a élaboré un «Maama Kit» adapté au pays pour aider les familles démunies à se préparer à l'accouchement.

218. Un cadre pour la promotion et la mise en œuvre d'interventions à base communautaire en matière de santé maternelle et néonatale a été élaboré. En Mauritanie, un régime d'assurance à base communautaire pour la santé maternelle a été créé; il repose sur l'idée d'un partage des coûts et d'un «contrat d'obstétrique». Des agents communautaires ont par ailleurs reçu une formation sur la promotion de la santé maternelle et néonatale et la préparation à l'accouchement.

219. Pendant la période biennale 2004–2005, les activités seront centrées sur la mise en œuvre au niveau des pays d'activités visant à accroître le nombre d'accoucheuses qualifiées, à intégrer efficacement la santé du nouveau-né et le paludisme pendant la grossesse dans la santé maternelle et à étendre les services relatifs aux initiatives Pour une maternité à moindre risque et Pour la maternité sans risque, y compris la planification familiale. Les efforts continueront également à être axés sur une meilleure participation de la communauté et l'instauration de solides partenariats avec le secteur privé, la société civile et les organisations à base communautaire.

³¹Réunion des Premières Dames à Yaoundé sur les Synergies africaines contre le SIDA et les souffrances des femmes et des enfants; First Adelphi University, New York.

Santé de la femme (WMH)

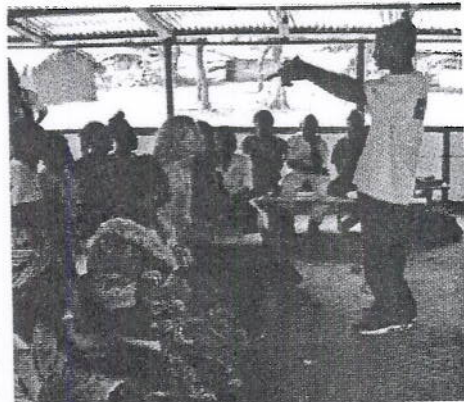
220. De par leur vulnérabilité biologique, leur rang social peu élevé, les ressources limitées dont elles disposent, leur faible niveau d'alphabétisation et le pouvoir de décision limité qui leur est accordé, les femmes sont exposées à de nombreux risques sanitaires et à des issues de santé peu satisfaisantes. Elles supportent le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles, en particulier la violence sexuelle ou liée au sexe et l'aggravation du VIH/SIDA. Malgré les appels à l'action en faveur de la santé de la femme, la majorité des femmes africaines ne jouissent pas encore d'une bonne santé et continuent d'être victimes d'inégalités socioéconomiques liées au sexe.

221. La Stratégie de la Région africaine pour la Santé de la femme a été adoptée à la cinquante-troisième session du Comité régional. Elle a pour but de contribuer à la réalisation du niveau de santé le plus élevé possible pour les femmes tout au long de leur vie, conformément aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Le domaine d'activité Santé de la femme a collaboré avec le programme Femmes et santé du Centre de Kobe au Japon (centre collaborateur de l'OMS pour le développement humain) pour préconiser l'utilisation d'indicateurs sexospécifiques lors du suivi de la mise en œuvre des OMD. La Division Santé familiale et Santé génésique a représenté la Région africaine à la quatrième Conférence internationale sur la femme et la santé qui a conclu à la nécessité d'un meilleur suivi du problème de l'égalité entre les sexes dans le domaine de la santé à l'échelle mondiale.

222. Un atelier de trois jours s'est tenu à Bamako en 2003 pour évaluer le niveau de mise en œuvre des recommandations issues du Forum 2001 sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique centrale et occidentale. Neuf partenaires³² y ont présenté des exposés sur la contribution qu'ils apportent au niveau des pays et 18 pays³³ ont expliqué les difficultés liées à la pénurie de personnel qualifié, au manque de fonds et aux multiples obstacles socioculturels. Un consortium régional dirigé par l'OMS et l'UNICEF a été créé et un plan d'action élaboré pour aider les Premières Dames des pays participants à s'acquitter de leur engagement en faveur d'une réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

223. Avec l'appui de l'OMS, le Burkina Faso, la Mauritanie, le Nigéria et le Zimbabwe ont analysé leurs programmes relatifs au VIH/SIDA et à la santé sexuelle et génésique dans une optique sexospécifique.

224. Le Bureau régional a évalué l'ampleur de la violence sexuelle et sexospécifique dans les camps de réfugiés et de personnes déplacées au plan interne en Guinée. Il est arrivé à la conclusion que tous les agents de santé et autres intervenant dans l'aide humanitaire, avaient besoin de plus d'informations et d'une formation plus approfondie sur la prévention de tels actes de violence ainsi que sur les soins et le soutien psychosocial à fournir aux survivants. Plus de 500 agents travaillant dans les camps ont été initiés aux techniques de conseil. Avec l'assistance du Bureau régional et du Siège, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, la Guinée et le Libéria ont entrepris des programmes de prévention de la violence sexuelle et sexospécifique ainsi que de soins aux victimes.



Formation d'agents de services d'aide humanitaire dans un camp de réfugiés, 2002
Photo : OMS/AFRO

³²Averting Maternal Death and Disability/Prévenir la mortalité et l'invalidité maternelles (Columbia University, New York) (AMDD), Organisation internationale du Travail (OIT), Fédération internationale pour la parenté responsable (FIPR), Programme Johns Hopkins pour la formation internationale en gynécologie et obstétrique (JHPIEGO), Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID), Organisation ouest-africaine de la Santé (WAHO), Organisation mondiale de la Santé (OMS).

³³Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Tchad, Togo.

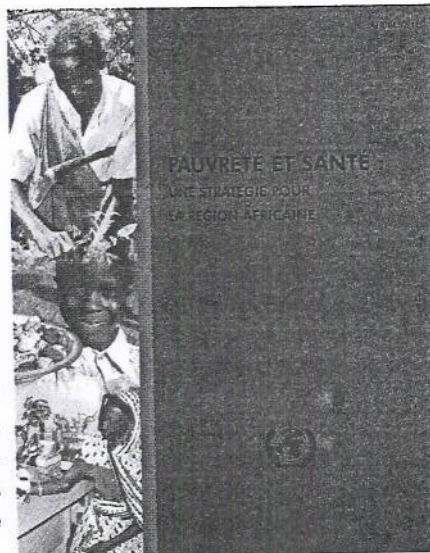
225. Au titre du programme Aspects sociaux de la santé familiale et génésique, on a renforcé les partenariats³⁴ avec diverses organisations. Lors de la Conférence internationale sur la tolérance zéro pour les mutilations sexuelles féminines (MSF) tenue en 2003, la journée du 6 février a été déclarée Journée internationale de tolérance zéro pour les MSF.

226. Des outils de plaidoyer tels que des brochures et une vidéo intitulée «La Voie du Changement» ont été distribués aux pays et aux partenaires, ce qui a permis de renforcer considérablement la sensibilisation et la volonté de combattre les MSF et autres pratiques traditionnelles néfastes (PTN). Avec une assistance technique et financière de l'OMS, dix pays³⁵ ont mené des études sociales sur l'élaboration d'une politique et d'un programme relatifs aux PTN et MSF et mis en œuvre des activités essentielles. Parmi les interventions efficaces on retiendra l'adoption d'autres rites de passage excluant l'excision féminine; la recherche; le plaidoyer; la mobilisation sociale et la participation des dirigeants communautaires, des décideurs politiques et des parlementaires. Les dix groupes pluridisciplinaires associés dès le départ aux activités portant sur les MSF³⁶ ont régulièrement fourni des informations et des données pour la base de données relative aux mutilations sexuelles féminines, mise en place par le domaine d'activité Santé de la femme.

227. Six pays³⁷ ont régulièrement utilisé le manuel d'enseignement de l'OMS *Les mutilations sexuelles féminines* (2001) pour réviser leurs programmes nationaux de formation initiale et de formation en cours d'emploi et renforcer les capacités des agents de santé. À l'occasion d'un atelier organisé en Érythrée, 87 membres de l'Association érythréenne des médecins et cadres du Ministère de la Santé de ce pays ont reçu une formation sur la prévention des MSF et les soins aux survivantes. Cet atelier a examiné les définitions, la classification, les conséquences et les perspectives mondiales et régionales dans ce domaine afin de rationaliser la mobilisation nationale en faveur de l'élimination des MSF.

228. Avec l'assistance du Bureau régional, 15 pays³⁸ ont évalué la mise en œuvre, après une période de cinq ans, du Plan d'action régional pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en Afrique. Les résultats préliminaires de cette évaluation ont révélé que tous ces pays avaient renforcé leurs politiques et leurs législations en faveur de l'élimination des MSF. La société civile et les partenaires de développement avaient par ailleurs participé activement aux actions de plaidoyer et à la réforme de la législation. Plusieurs initiatives tendant à déterminer les meilleures pratiques avaient été menées et les professionnels de la santé avaient été sensibilisés à la prévention des MSF et aux soins à dispenser aux survivantes.

229. Le principal objectif au cours de la période biennale 2004-2005 sera de créer un environnement propice pour que les femmes puissent atteindre le niveau de santé le plus élevé possible. On renforcera à cet effet l'aptitude des agents de santé à prévenir et prendre en charge la violence à l'égard des femmes, en particulier les mutilations sexuelles féminines. On appliquera également une approche basée sur les partenariats, le plaidoyer, l'équité entre les sexes et les droits de l'homme afin de mieux faire comprendre le rôle des femmes dans la préservation de la vie humaine.



³⁴ UNICEF, FNUAP, Comité inter-africain sur les pratiques traditionnelles néfastes pour la santé des femmes et des enfants, USAID, Population Council, Banque mondiale, Tostan et Gouvernement suédois.

³⁵ Burkina Faso, Érythrée, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Nigéria, Tanzanie, Tchad, Togo.

³⁶ Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Kenya, Mali, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Tanzanie, Tchad.

³⁷ Burkina Faso, Ghana, Kenya, Mali, Nigéria, Tanzanie.

³⁸ Burkina Faso, Cameroun, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Sénégal, Tanzanie, Tchad.

MILIEUX FAVORABLES À LA SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DURABLE

230. L'ampleur et la gravité de la pauvreté, ainsi que les menaces liées à l'environnement, constituent des sérieuses entraves au développement sanitaire dans la Région africaine. Plus de 450 millions d'Africains n'ont pas accès à l'eau potable et 490 millions ne disposent pas d'un système d'assainissement adéquat. La pauvreté est aussi la principale cause d'insécurité alimentaire et conduit à la consommation d'aliments insalubres. Ces facteurs, associés aux situations d'urgence d'origine naturelle ou humaine, posent de grands défis à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, que beaucoup de pays africains éprouvent des difficultés à atteindre.

231. Pendant la période biennale 2002–2003, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a répondu à ces défis à travers la Division Milieux favorables à la Santé et Développement durable (DES). Les objectifs de la Division sont les suivants : intensifier l'analyse des liens qui existent entre pauvreté et mauvaise santé et œuvrer pour que ces liens soient pris en compte dans les efforts nationaux et régionaux de développement sanitaire; promouvoir une approche stratégique et durable du développement sanitaire à long terme; intégrer une dimension salubrité de l'environnement appropriée dans la gestion de l'environnement humain et dans l'élaboration d'autres politiques et d'autres mesures applicables à l'échelle nationale; s'attaquer aux taux de morbidité et de mortalité élevés dus à l'inadéquation des mesures d'hygiène alimentaire et de salubrité des aliments; renforcer les capacités nationales de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours, et fournir un appui technique et financier aux pays touchés par des crises.

232. La Division recouvre quatre domaines d'activité : Développement durable, Santé et environnement, Salubrité des aliments, et Situations d'urgence et organisation des secours.

Développement durable (HSD)

233. Un bon état de santé est indispensable si l'on veut créer et entretenir les capacités permettant d'échapper à la pauvreté. L'une des principales priorités du Bureau régional a été la réduction de la pauvreté et la promotion de la santé. Pendant la période biennale 2002–2003, le domaine d'activité Santé et développement durable a axé ses efforts sur trois programmes pour atteindre les objectifs sanitaires liés à la réduction de la pauvreté.

234. Au titre du programme Pauvreté et mauvaise santé, un document portant sur la réduction de la pauvreté a été présenté à la cinquante-deuxième session du Comité régional, puis publié sous le titre *Pauvreté et Santé : Stratégie de la Région africaine*. La réunion annuelle du Comité consultatif africain sur la pauvreté et la santé a été organisée. Avec l'appui de l'OMS, le Zimbabwe a mis en oeuvre des programmes communautaires portant sur la pauvreté et la santé, et la République du Congo a lancé un projet axé sur le développement communautaire. La République du Congo, la République démocratique du Congo et Madagascar ont collaboré avec d'autres partenaires (ONG, institutions des Nations Unies) pour apporter un appui technique du secteur de la santé à des projets communautaires menés dans des régions défavorisées.

235. Avec un appui technique de l'OMS, sept pays³⁹ ont développé ou amélioré la composante santé de leurs documents de stratégies de réduction de la pauvreté. Grâce à un don du Bureau régional, le *Tropical Institute for Community Health and Development in Africa* (Kisumu, Kenya) a acquis du matériel pour le renforcement des capacités et a parrainé une conférence scientifique annuelle. Un nouveau module sur le thème de la pauvreté et de la santé a été préparé pour l'atelier de formation portant sur les bases factuelles et l'information à l'appui des

³⁹Angola, Burundi, Kenya, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Tchad.

politiques que le Siège a organisé en Grèce en 2002. Sept États Membres⁴⁰ ont finalisé leurs documents de stratégies de réduction de la pauvreté, et le Bénin a finalisé un document de stratégie sur les objectifs du Millénaire pour le développement. Le Bénin, le Tchad, Madagascar et l'Ouganda ont mené des études sur des sujets aussi variés que l'accès des pauvres aux services de santé; les initiatives de santé à assise communautaire; le financement public de la santé et les dépenses consacrées aux pauvres, y compris les approches sectorielles; les questions d'équité et les dépenses personnelles de santé effectuées par les personnes démunies.

236. Au titre du programme Développement sanitaire à long terme, un module de formation a été élaboré et un atelier organisé sur le développement sanitaire à long terme. Le Burundi, le Malawi, le Sénégal et le Togo ont organisé des ateliers nationaux de sensibilisation sur l'approche du développement sanitaire à long terme. Les pays membres de l'Union économique et monétaire ouest-africaine ont tenu une réunion pour examiner la portée, les objectifs et les modalités de financement d'une étude visant à définir une politique régionale de la santé. Avec un appui technique de l'OMS, des pays ont entrepris des activités de formation, de renforcement des capacités et de sensibilisation à l'intention des planificateurs et des acteurs intervenant dans le domaine de la santé. Le Togo et Madagascar ont organisé des réunions en vue de sensibiliser les parties prenantes à la nécessité de définir une vision du développement sanitaire à long terme. Au niveau du Bureau régional, le programme a collaboré avec d'autres programmes ou divisions (en particulier la Division Développement des systèmes et Services de Santé, les unités Santé de l'adolescent, Politique de salubrité de l'environnement, Secours d'urgence et action humanitaire) pour qu'ils inscrivent leurs plans de travail dans l'optique du développement sanitaire à long terme.

237. Grâce à un appui du programme Macroéconomie et Santé, 13 pays⁴¹ ont assisté à un atelier interpays sur l'élaboration de plans d'action. Le document «Macroéconomie et Santé : l'avenir dans la Région africaine» et une résolution y afférente ont été préparés et présentés à la cinquante-troisième session du Comité régional. Une équipe du Bureau régional a participé à la consultation ministérielle organisée par le Siège sur l'accroissement des investissements consacrés aux résultats de santé des personnes démunies, et à laquelle ont pris part 40 pays en développement. Avec un appui technique de l'OMS, le Ghana et l'Éthiopie ont élaboré des plans d'investissement à long terme et le Mozambique a préparé un plan d'action pour la première phase. L'Éthiopie et le Ghana ont organisé des ateliers pour les parties prenantes et créé des groupes techniques nationaux et des mécanismes intersectoriels en vue de diffuser et de promouvoir les concepts liés à la macroéconomie et la santé, tandis que onze pays⁴² ont élaboré des plans d'action dans ce domaine. Le Ghana a élaboré un projet de plan d'investissement dans la santé qui a été examiné par le bureau de pays et le Bureau régional. Il conviendrait de promouvoir davantage la collaboration entre les divisions et le concept d'«Une seule OMS» dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays. Il faudrait également renforcer les bases factuelles afin d'élaborer des stratégies réalistes et viables en matière de macroéconomie et de santé, et il faudrait mettre en place davantage de mécanismes de planification opérationnelle et de mise en oeuvre pour les prochaines phases.

238. Pendant la période biennale 2004–2005, l'accent sera mis sur le renforcement de la composante sanitaire des stratégies de réduction de la pauvreté et le suivi des améliorations qu'elles pourront entraîner en ce qui concerne les résultats de santé. Une activité clé consistera à accroître les capacités de l'OMS au niveau des pays et dans la Région pour lui permettre d'aider les États Membres à élaborer le contenu sanitaire des stratégies nationales de réduction de la pauvreté, y compris les documents de stratégie de réduction de la pauvreté. Une autre activité consistera à mesurer systématiquement l'impact sanitaire des stratégies de réduction de la pauvreté, des objectifs du Millénaire pour le développement et des cibles de la politique de la santé pour tous. On s'attachera en outre à promouvoir une plus grande collaboration avec les programmes et unités du Bureau régional ainsi qu'avec d'autres intervenants.

⁴⁰ Bénin, Guinée-Bissau, Madagascar, Mali, Ouganda, République démocratique du Congo, Togo.

⁴¹ Angola, Botswana, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République du Congo, Rwanda, Sénégal, Tanzanie.

⁴² Angola, Botswana, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République du Congo, Rwanda, Sénégal, Tanzanie.

Santé et environnement (PHE)

239. Les priorités du domaine d'activité Santé et environnement sont les suivantes : produire des informations grâce à une évaluation des risques liés à l'environnement et à la cartographie des risques; améliorer la qualité de l'eau et de l'assainissement; promouvoir la santé des travailleurs et l'approche fondée sur des milieux favorables à la santé en tant qu'instrument d'une action intersectorielle d'appui à la santé et à l'environnement. Cinq programmes se sont attachés à ces priorités : Politique de salubrité de l'environnement, Environnement et promotion de la santé, Évaluation des risques liés à l'environnement, Santé des travailleurs, et Gestion de l'information relative à l'environnement et au développement durable. La stratégie régionale relative à la santé et à l'environnement a été adoptée à la cinquante-deuxième session du Comité régional en 2002. Elle vise à améliorer la santé des populations grâce à l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques permettant de prendre en charge les déterminants de la santé liés à l'environnement.

240. Au titre du programme Politique de salubrité de l'environnement, on a préparé des lignes directrices relatives à la salubrité de l'environnement qui ont été examinées lors d'une réunion qui a regroupé des responsables de services de salubrité de l'environnement d'Afrique à Yaoundé (Cameroun) en mai 2002. Le Comité des Publications a ensuite examiné ce document en 2003. Le Mozambique et le Nigéria ont bénéficié d'un appui technique pour formuler leurs politiques. Des questionnaires ont été envoyés aux pays pour faire le point de leurs efforts en vue de formuler des politiques nationales et recueillir des données de base sur la salubrité de l'environnement. Un document de plaidoyer sur la nécessité de formuler des politiques de salubrité de l'environnement a été élaboré. Grâce à un appui du Bureau régional, 11 pays⁴³ ont formulé leurs politiques de salubrité de l'environnement et six pays⁴⁴ ont révisé leur législation relative à la santé publique. La Guinée équatoriale a défini des normes relatives à la santé publique, tandis que la Mauritanie a adopté une loi sur la salubrité de l'eau. Les activités relatives à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement ont notamment porté sur une assistance pour la construction de réseaux d'approvisionnement en eau et d'assainissement, la formation d'agents chargés de la salubrité de l'environnement, la sensibilisation des communautés et la participation à la transformation de l'hygiène et de l'assainissement dans plusieurs pays⁴⁵.



Publication de l'OMS/AFRO sur l'initiative «Villes-Santé»

241. Les activités menées au titre du programme Environnement et promotion de la santé ont surtout porté sur le plaidoyer pour l'adoption d'une approche fondée sur des milieux sains et le lancement d'un programme d'action destiné à s'attaquer aux problèmes prioritaires liés à la salubrité de l'environnement pour les enfants. Un manuel sur les «Villes-Santé» a été publié et distribué aux pays. Grâce à un appui financier et technique de l'OMS, la République du Congo, le Kenya et la Tanzanie ont élaboré et mis en oeuvre des projets à assise communautaire. La République du Congo a lancé une campagne de mobilisation sociale en faveur des «Marchés-Santé», tandis que le Kenya s'est attaqué au problème de la gestion des déchets solides dans les zones urbaines. Le concept de la salubrité des marchés et des aliments a été introduit au Mozambique, et l'initiative relative à des places de marché saines a été évaluée à Dar es-Salaam (Tanzanie). Un cours de brève durée sur l'urbanisation et la santé dans les pays en développement a été organisé en collaboration avec, le Centre for Urban Health du Cap (Afrique du Sud).

242. Six pays⁴⁶ ont préparé et mené des évaluations rapides pour faire le point des problèmes liés à la salubrité de l'environnement pour les enfants. À l'occasion de la célébration de la Journée mondiale de la Santé en 2003,

⁴³ Cameroun, Cap-Vert, Éthiopie, Gambie, Kenya, Madagascar, Mali, Namibie, République du Congo, Swaziland, Tanzanie.

⁴⁴ Botswana, Burkina Faso, Gambie, Kenya, République centrafricaine, Zambie.

⁴⁵ Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, République centrafricaine, République du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Zambie.

⁴⁶ Bénin, Éthiopie, Mozambique, République du Congo, Seychelles, Zimbabwe.

certains pays ont organisé des activités de sensibilisation aux risques environnementaux touchant les enfants. Huit pays⁴⁷ ont élaboré des profils sur la santé urbaine pour renforcer et étendre les projets «Villes-Santé». Le Lesotho et le Rwanda ont organisé des ateliers de sensibilisation. Le Burkina Faso, les Comores, la République du Congo et le Togo ont mené une campagne de mobilisation pour l'approche fondée sur des milieux favorables à la santé en mettant l'accent sur l'hygiène et l'assainissement, y compris la construction ou l'amélioration des latrines et des installations permettant de se laver les mains dans les écoles. L'Ouganda et le Zimbabwe ont lancé une initiative en faveur de «Villages-Santé», et l'Éthiopie a organisé un atelier sur les «Prisons-Santé».

243. Au cours de la période biennale 2002–2003, les activités menées au titre du programme Évaluation des risques liés à l'environnement ont notamment porté sur l'organisation d'un atelier de sensibilisation des responsables et du personnel technique chargés de la santé au sein des Ministères de la Santé de 30 pays; des participants originaires de plus de 30 pays africains ont en outre assisté à un atelier de renforcement des compétences en matière d'organisation des secours à l'intention des points focaux chargés de la protection de l'environnement humain. Les lignes directrices relatives à l'évaluation de l'impact de la salubrité de l'environnement ont été révisées et soumises au Comité des Publications, et un manuel intitulé *Cartographie des risques pour la santé liés à l'environnement en Afrique* a été publié et distribué.

244. On a mené une enquête sur les dangers et les risques des produits chimiques pour la santé humaine dans 25 pays. On a également analysé les lacunes des politiques nationales relatives à la gestion des produits chimiques et des déchets dangereux en vue de planifier les activités futures dans le domaine de la sécurité chimique. Grâce à un appui technique et financier de l'OMS, l'Ouganda et la Zambie ont acheté des incinérateurs pour la gestion et le traitement des déchets biomédicaux, et le Kenya a évalué les dangers liés à la forte concentration de fluor dans l'eau de boisson de la Vallée du Rift et construit une station de défluoration. Deux centres collaborateurs de l'OMS (le Centre régional de l'Eau et de l'Assainissement au Burkina Faso et le Centre de recherche médicale d'Afrique du Sud) ont été renforcés pour qu'ils puissent mettre en œuvre des programmes portant sur la santé et l'environnement. Les candidatures de deux institutions du Bénin et d'Afrique du Sud ont été préparées pour être soumises au prochain comité régional de sélection.

245. Diverses activités portant sur l'évaluation des risques liés à l'environnement ont été menées au niveau des pays. La République centrafricaine, le Kenya, le Mali et le Rwanda ont renforcé les capacités des institutions locales et nationales chargées de la prévention et des interventions en matière d'empoisonnements. L'Érythrée et le Rwanda ont dispensé une formation sur les questions relatives à l'évaluation des risques liés à l'environnement. Les Seychelles ont préparé un plan d'action sur l'évaluation des risques liés à l'environnement et la lutte antivectorielle, et le Cameroun a fait de même en ce qui concerne la sécurité chimique. L'Angola a mis en œuvre des projets pilotes sur l'utilisation de la salubrité de l'environnement en vue de la lutte antivectorielle, et le Bénin a construit 15 incinérateurs dans six districts sanitaires et amélioré la gestion des déchets biomédicaux.

246. En ce qui concerne le programme Santé des travailleurs, une analyse de la situation de la médecine du travail dans la Région africaine a été achevée. Avec un appui du Bureau régional, le Botswana a élaboré une politique relative à la santé des travailleurs et le Niger a établi un plan de développement des ressources humaines. La coopération avec l'Organisation internationale du Travail a été renforcée. Au niveau des pays, le Burkina Faso a analysé et évalué la capacité du secteur informel à se prémunir contre les dangers liés à l'activité professionnelle. La Guinée a renforcé la protection et la promotion de la santé sur les lieux de travail.

247. Dans le cadre du programme Gestion de l'information pour l'environnement et le développement durable, une base de données a été mise en place au niveau de la Division pour faciliter le processus de planification et fournir des informations appropriées à la base de données du Bureau régional et à d'autres

⁴⁷ Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Namibie, Ouganda, République centrafricaine, Zimbabwe.

partenaires intervenant dans le domaine de l'environnement et du développement durable. Le site Internet de la Division a été régulièrement actualisé avec des publications techniques et des documents d'information que le public a bien accueillis, à en croire les statistiques mensuelles publiées par l'unité Technologie de l'Information et de la Communication. Des publications techniques ont été envoyées aux bureaux de pays, et un mécanisme d'harmonisation et d'unification de la collecte des données a été mis en place.

248. Pendant la période biennale 2004-2005, le domaine d'activité Protection de l'environnement humain continuera à accompagner les efforts des pays en vue d'incorporer une composante sanitaire à toutes les politiques et stratégies de développement traitant de l'environnement, y compris les cadres juridiques et réglementaires, afin de renforcer la capacité des bureaux OMS de pays et des ministères de la santé à accélérer les actions destinées à protéger les communautés contre de mauvaises conditions écologiques.

Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (EHA)

249. En 2003, 25 pays africains ont été touchés par des crises de diverses natures, et 512 millions de personnes ont été exposées à différents types de risques d'ordre sanitaire dans la Région. Des catastrophes naturelles telles que des épidémies, des tremblements de terre, des inondations et des sécheresses sont souvent aggravées par des catastrophes d'origine humaine résultant de conflits et de guerres.

250. La capacité des gouvernements à faire face à des crises est limitée dans la plupart des pays africains par la pénurie de moyens et l'insuffisance de la préparation. La riposte provient donc souvent d'organisations humanitaires internationales et nationales, et l'intervention du secteur public de la santé est tributaire de cette mobilisation de l'appui extérieur pendant les situations d'urgence. L'arrivée tardive des secours augmente souvent les risques pour les populations affectées. L'Organisation mondiale de la Santé joue un rôle de plus en plus actif dans l'assistance apportée aux pays pour réduire l'impact des situations d'urgence sur la santé. En application de la résolution WHA48.2, l'OMS a intensifié sa coopération avec les pays en matière de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours. C'est ainsi que le Bureau régional de l'Afrique a fourni un appui financier, logistique et technique aux États Membres pour les aider à atténuer les effets des catastrophes sur la santé grâce à une évaluation des risques pour la santé et de la vulnérabilité, à un renforcement des capacités de riposte et à une amélioration de la coordination.

251. Compte tenu de l'accroissement des situations d'urgence dans la Région pendant la période biennale 2002-2003, les activités ont surtout porté sur un appui à l'organisation des secours au niveau national; 136 trousseaux d'urgence ont été envoyés aux pays, tandis que des vaccins, des médicaments et des fournitures ont été fournis à la République du Congo, à l'Érythrée, à Madagascar, à l'Ouganda et au Togo. Le Bureau régional a coordonné des activités humanitaires en République démocratique du Congo et a aidé la Guinée à répondre à certains de ses besoins sanitaires ainsi qu'à prévenir et prendre en charge les abus sexuels et la violence dans les camps de réfugiés.



Catastrophes naturelles : Tremblement de terre en Algérie, 2003



Crise d'origine humaine : Centre de santé détruit pendant une guerre

252. Des cadres essentiels ont été recrutés pour renforcer le Bureau régional d'appui à la coordination inter-agences, qui s'occupe de la crise humanitaire dans les pays d'Afrique australe, ainsi que les équipes inter-pays d'Harare (pour l'Afrique australe), d'Abidjan (pour l'Afrique de l'Ouest), de Nairobi (pour la région des Grands Lacs), et d'Addis-Abeba (pour la Corne de l'Afrique). Un appui technique de l'OMS a permis au Mali et au Burkina Faso de faire face à des crises humanitaires grâce à une évaluation rapide des besoins et à une planification d'urgence; à la Guinée de prendre en charge des personnes déplacées; et à huit pays⁴⁸ d'améliorer leur préparation aux situations d'urgence.

253. Au niveau des pays, les bureaux de pays et leurs partenaires ont joué un rôle majeur dans la gestion des crises pendant le période biennale. Grâce à un appui financier ou technique du Siège et du Bureau régional, beaucoup de pays ont établi des procédures d'appel consolidé pour la mobilisation de fonds. Le Siège, le Bureau régional de l'Afrique et le bureau de liaison de l'OMS en Algérie, de même que le Ministère de la Santé de l'Algérie et d'autres partenaires ont été en première ligne lors du tremblement de terre de mai 2003. Le Bureau de l'OMS en Angola a décentralisé les activités liées aux situations d'urgence et renforcé les capacités nationales en vue d'améliorer les interventions dans tout le pays. Les provinces touchées ont reçu le matériel, les médicaments et les trousseaux d'urgence nécessaires. Le Burundi compte des milliers de déplacés à cause des crises en cours; en collaboration avec le Ministère de la Santé, le bureau de l'OMS dans ce pays a mené une enquête épidémiologique dans les camps et a fourni une assistance sanitaire aux déplacés et au Programme de démobilisation, de désarmement, de rapatriement et de réintégration. La République centrafricaine a mené plusieurs activités d'aide sanitaire aux personnes déplacées et aux populations environnantes et renforcé les installations sanitaires existantes. La République démocratique du Congo a fourni une aide aux personnes touchées par des conflits persistants ou par des flambées de paludisme et des épidémies de choléra. Elle a également mené des activités de surveillance de la maladie dans plusieurs provinces.

254. Le Bureau régional et le bureau de l'OMS en Namibie se sont concertés avec le Gouvernement, les bailleurs de fonds et d'autres partenaires au sujet des activités de sensibilisation, de mobilisation et de préparation aux situations de crise. En Érythrée et en Éthiopie, les bureaux de l'OMS, les Ministères de la Santé et les partenaires ont mené de vigoureuses interventions pour atténuer les conséquences de la sécheresse et l'impact de la guerre. Avec le concours du bureau local de l'OMS, l'Ouganda a fourni une assistance sanitaire aux personnes déplacées à la suite du conflit interne qui persiste dans le pays. Il a également procédé à une évaluation des besoins sanitaires en octobre 2003 pour recueillir davantage d'informations sur les problèmes de santé et mieux cibler les interventions. Le bureau de l'OMS au Kenya a apporté une assistance sanitaire aux victimes des inondations et aux réfugiés de plus en plus nombreux en provenance du Sud-Soudan.

255. À la suite des crises survenues en Afrique de l'Ouest, les bureaux de l'OMS au Burkina Faso, au Ghana et au Mali ont pris des dispositions pour mieux subvenir aux besoins sanitaires, nutritionnels et autres des réfugiés. Plusieurs camps de réfugiés en Guinée ont accueilli des populations déplacées du Libéria et de la Côte d'Ivoire. Grâce à un appui du Siège et du Bureau régional, le Libéria a mené des enquêtes pour déterminer les besoins sanitaires et nutritionnels et organisé des campagnes de vaccination contre la rougeole; il a également désinfecté avec du chlore plus de 6000 puits contaminés. Dans certaines localités, des cadavres ont été extraits de puits pour être enterrés convenablement. Avec un appui technique et financier du Siège et du Bureau régional et la collaboration de partenaires, le personnel du bureau local de l'OMS a organisé et assuré le suivi des systèmes de lutte contre la maladie, de surveillance et de gestion de données. L'OMS a coordonné la définition des orientations applicables aux interventions du secteur de la santé et préparé le plan d'appel consolidé. Le Niger, quant à lui, a apporté une riposte efficace à l'épidémie de méningite de 2002-2003, et pris les dispositions nécessaires pour prévenir et atténuer de telles épidémies dans l'avenir.

⁴⁸ Cameroun, Cap-Vert, Guinée, Malawi, Mozambique, Nigéria, Swaziland, Zimbabwe.

Salubrité des aliments (FOS)

256. La salubrité des aliments demeure un important problème de santé publique dans la Région africaine. Dans beaucoup d'États Membres, l'hygiène alimentaire laisse à désirer, comme en témoignent les forts taux d'incidence et de prévalence des maladies d'origine alimentaire comme le choléra et d'autres maladies diarrhéiques; les flambées d'Ebola; et les problèmes liés aux contaminants alimentaires tels que les résidus de pesticides, les mycotoxines et les autres toxines naturelles, et les objets physiques. Malgré la pénurie de ressources, le Bureau régional de l'OMS ambitionne d'aider les pays membres à améliorer la salubrité des aliments par le renforcement de leurs capacités de surveillance des maladies d'origine alimentaire et l'élaboration d'une législation, de normes et de programmes appropriés en vue de promouvoir l'hygiène alimentaire et la salubrité des aliments.



La manipulation des aliments dans de bonnes conditions de salubrité réduit des maladies d'origine alimentaire

257. Pendant la période biennale 2002–2003, le Bureau régional a effectué une enquête sur la salubrité des aliments qui a permis d'analyser les risques pour la santé liés à la manipulation des aliments. Il a organisé à Bamako un atelier de sensibilisation sur la salubrité des aliments. Il a également conçu à ce sujet des informations pour son site web et préparé plusieurs autres matériels de promotion. Il a en outre présenté à la cinquante-troisième session du Comité régional un document portant sur la salubrité des aliments et la santé qui a ensuite donné lieu à l'adoption d'une résolution (AFR/RC53/R5).

258. Le Bureau régional a participé à un atelier conjoint avec l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) sur les systèmes de contrôle des produits alimentaires appliqués dans la Communauté de Développement de l'Afrique australe (SADC). Un projet pilote sur les «Marchés-Santé» a été lancé au Mozambique. Les conseillers régionaux chargés de la salubrité des aliments ont en outre participé à une réunion organisée au Siège. Un cours de formation sur les techniques de laboratoire pour la surveillance des maladies d'origine alimentaire a été organisé à Yaoundé (Cameroun), dans le cadre du projet mondial de surveillance des salmonella initié par le Siège. Un guide de formation sur la manipulation des aliments dans de bonnes conditions de salubrité et sur les causes des maladies d'origine alimentaire a été préparé à l'intention des personnes participant au commerce des aliments dans le secteur non structuré. Un projet de stratégie sur les maladies microbiologiques d'origine alimentaire a été préparé pour la Région africaine.

259. Plusieurs États Membres ont réagi positivement à ce domaine d'activité. Le Botswana a organisé des ateliers dans six communautés. La Gambie et le Kenya ont élaboré des outils pour la surveillance des maladies d'origine alimentaire. L'Algérie, le Botswana, le Kenya et le Zimbabwe ont formé des inspecteurs chargés de l'hygiène alimentaire et d'autres agents intervenant dans ce domaine. Le Tchad et le Nigéria ont effectué une analyse de la situation de leurs programmes nationaux. La Gambie a examiné sa loi relative aux produits alimentaires et Madagascar a mené plusieurs activités de plaidoyer.

260. Les défis à relever par les pays en matière de salubrité des aliments constitueront la base des activités menées dans ce domaine pendant la période biennale 2004–2005. On peut citer à cet égard l'accroissement de la pauvreté associée à la mauvaise qualité de la salubrité de l'environnement et de l'assainissement; l'absence de politiques et de lois claires et à jour sur la salubrité des aliments; la faiblesse de la collaboration interdisciplinaire en matière de gestion de la salubrité des aliments; la prolifération rapide et anarchique des sites de ventes d'aliments dans la rue; la réduction du financement de la santé publique associée à l'insuffisance des ressources humaines; et l'inadéquation de la surveillance de la maladie.

261. Étant donné la nature intersectorielle des préoccupations liées à la salubrité des aliments, il serait utile d'appliquer une approche multidisciplinaire et intégrée dans ce domaine. L'établissement des liens entre les activités portant sur la salubrité des aliments et d'autres activités axées sur les milieux favorables à la santé, la santé des travailleurs, la participation à la transformation de l'hygiène et l'assainissement, la lutte contre la pauvreté, peut également contribuer à combler les déficits de financement. Il est par ailleurs indispensable de coopérer avec les organismes nationaux et internationaux intervenant dans le domaine de la salubrité des aliments, en particulier la FAO.

262. Les activités planifiées au titre de la Salubrité des aliments pendant la période biennale 2004–2005 seront axées sur l'assistance à fournir aux pays pour qu'ils intègrent des considérations relatives à la salubrité des aliments dans divers systèmes et programmes de santé; les conseils et l'appui à accorder aux États Membres afin qu'ils élargissent leur législation et leurs normes; et la promotion ou le renforcement de la surveillance et de l'évaluation de la salubrité des aliments dans les pays membres.

ADMINISTRATION ET FINANCES

263. La Division Administration et Finances comprend trois domaines d'activité : Ressources humaines; Gestion financière; Informatique et infrastructure.

Ressources humaines (HRS)

264. Les activités menées au titre des Ressources humaines concernent quelque 2800 fonctionnaires à durée déterminée et à court terme répartis dans les 46 pays de la Région africaine. Le plus grand défi pendant la période biennale 2002–2003 a été de traiter le grand nombre de demandes de services concernant la création de postes, le recrutement d'agents, l'établissement de contrats et l'administration des indemnités et des droits. L'augmentation des financements accordés à la Région africaine a encore accru ces demandes à la suite du surcroît d'effectifs recrutés au niveau régional. Il s'agissait de faire en sorte qu'un personnel approprié soit affecté à tous les niveaux et que les diverses fonctions soient suffisamment automatisées et informatisées.

265. Dans le cadre de la réforme de la gestion des ressources humaines, on a adopté de nouvelles dispositions contractuelles en matière de contrats ainsi que le Système de gestion et de développement de la performance (PMDS). On a veillé à recruter un personnel motivé, dévoué et polyvalent, respectant l'équilibre entre les sexes et la répartition géographique. D'autres activités importantes ont été le déménagement d'Harare à Brazzaville et la création d'une sous-unité composée de 22 agents à Harare. Une réforme a été menée pour mettre en place des systèmes et pratiques modernes de gestion du personnel afin de mieux répondre aux besoins de la Région grâce à un meilleur esprit d'anticipation et de réactivité; cette réforme visait aussi à promouvoir le bien-être du personnel pour améliorer son efficacité.

266. Parmi les principales réalisations enregistrées pendant la période biennale 2002–2003, on peut citer le renforcement de la réactivité, la réduction des délais de réponses aux demandes reçues et un plus grand sens de l'anticipation. Ces résultats ont été facilités par le recrutement de quatre administrateurs du personnel et de dix nouveaux agents à l'Unité du Personnel à Brazzaville; l'adoption d'une nouvelle procédure d'épreuves et d'entretien pour les candidats de la catégorie des services généraux; le recrutement de deux infirmières hautement qualifiées et d'un médecin pour le personnel régional à Brazzaville; l'installation d'un système de gestion informatisée du personnel à Brazzaville et à Harare; et le renforcement des liens avec les divisions techniques et les bureaux de pays. Des ateliers de formation ont été organisés sur la sécurité, la gestion du stress, le PMDS, les dispositions contractuelles et les procédures administratives et financières.

267. Il conviendrait d'améliorer l'interaction avec les divisions techniques et les bureaux de pays. Il conviendrait également de visiter tous les bureaux de pays pour aider les Représentants de l'OMS à rationaliser les processus administratifs et informer le personnel. Il faudrait enfin améliorer les mécanismes de communication entre l'unité des Ressources humaines et l'ensemble du personnel.

268. Pendant la période biennale 2004–2005, les efforts porteront essentiellement sur une amélioration continue des services chargés des ressources humaines. Le plan stratégique régional pour le développement et la formation du personnel sera mis en oeuvre. Il comprend deux volets : l'organisation de la formation en groupe et l'appui à la formation individuelle. L'interaction avec les divisions techniques et les Représentants de l'OMS dans les pays sera poursuivie afin de mieux comprendre leurs besoins et d'améliorer les services. Un dossier d'information sera distribué à tout le personnel et affiché sur le site Internet du Bureau régional. Un accent particulier sera mis sur l'exécution d'un programme de visites aux bureaux de pays, à raison de quatre à six pays par trimestre.

Gestion financière (FNS)

269. Le domaine d'activité Gestion financière est chargé de toutes les activités financières de la Région, y compris l'exécution en temps voulu du Budget Programme et la prestation de services au personnel et aux fournisseurs. Pendant la période biennale 2002–2003, ces activités ont été exécutées d'une manière semi-automatisée pour fournir un appui en temps opportun. Un défi majeur à relever consiste à mettre en place un système financier interactif intégré dans toute la Région. Le projet a été lancé à l'échelle mondiale, mais sa mise en oeuvre pourrait prendre cinq ans. Un autre défi à relever a été d'assurer des services comptables et financiers à partir de deux localités, compte tenu de l'éclatement des fonctions de Gestion financière entre Harare et Brazzaville.

270. Le domaine d'activité Gestion financière était également chargé de rendre compte des fonds affectés à la mise en oeuvre des programmes ainsi que du respect des règlements et procédures de l'Organisation mondiale de la Santé. Les vérifications de compte au niveau des pays ont fait apparaître la nécessité d'une amélioration en ce qui concerne la justification comptable et le respect des procédures.

271. Le principal objectif en matière de Gestion financière reste de fournir en temps voulu un appui financier approprié aux administrateurs de programme. Six autres objectifs ont été pleinement atteints et d'importantes réalisations accomplies. Les pays ont reçu un appui en ce qui concerne la gestion des fonds et les fonctions de supervision, un soutien de haut niveau ayant été accordé aux programmes de lutte contre la poliomyélite. Des tableaux budgétaires ont été préparés pour le Budget Programme 2004–2005. L'établissement des documents d'engagement de dépenses a été délégué aux divisions, et un système d'autorisation d'engagements a été mis en place pour continuer à améliorer les services. L'exécution du Budget Programme 2002–2003 a été menée avec succès dans un contexte de graves contraintes budgétaires. Le Système d'information comptable et financière du Bureau régional a été mis à jour pour y inclure une fonction de contrôle des dépenses.

272. Des effectifs suffisants seraient nécessaires pour améliorer la Gestion financière. Si la délégation de fonctions aux pays et aux divisions favorise la mise en oeuvre des programmes, elle devrait cependant être assortie d'une plus grande insistance sur l'obligation de rendre compte et la responsabilité individuelle. Il conviendrait en outre d'augmenter le nombre de visites effectuées dans les pays pour vérifier les finances, former le personnel, contrôler étroitement les budgets et prévenir des excédents de dépenses.

273. Les principales activités de la période biennale 2004–2005 consisteront à renforcer les fonctions de supervision, compte tenu des pouvoirs accrus délégués aux pays et aux divisions; à accroître le nombre de rapports relatifs au suivi du budget; à organiser des visites dans les pays pour vérifier les crédits et former le personnel; et à fournir un appui pour la préparation du Budget Programme 2006–2007.

Informatique et infrastructure (IIS)

274. Le domaine d'activité Informatique et infrastructure est chargé de fournir une infrastructure et des systèmes appropriés en matière de technologie de l'information, des services administratifs et logistiques ainsi que des services d'achat efficaces et d'un bon rapport coût/efficacité. Ce domaine d'activité comprend le bureau et le secrétariat du Directeur chargé de l'Administration et des Finances.

275. Les principaux défis en matière de Technologie de l'information et de la communication (ICT) ont été l'état de l'infrastructure ICT dans la Région, le nombre insuffisant de personnels qualifiés dans l'unité et les contraintes budgétaires générales. En ce qui concerne les services administratifs et logistiques, le principal défi a été d'accroître au maximum l'efficacité des services offerts pour appuyer les activités du Bureau régional à Brazzaville et à Harare. L'objectif général dans le domaine des approvisionnements a été de tirer parti des nouveaux services rationalisés d'achat mis en place par l'OMS à l'échelle mondiale pour acquérir et livrer les fournitures et le matériel aux meilleurs prix possibles.

276. Le retour du Bureau régional à Brazzaville a présenté des défis supplémentaires en ce qui concerne la réinstallation du personnel et du matériel à Brazzaville et la rénovation de la concession du Djoué, grâce à un financement partiel du Fonds immobilier mondial de l'OMS. L'objectif visé dans ce domaine était d'appliquer les meilleures pratiques dans tous les aspects de la gestion générale et à tous les niveaux de l'Organisation, pour promouvoir le rôle directeur de l'Organisation mondiale de la Santé dans la santé internationale.

277. Plusieurs innovations ont été opérées. Au nombre des réalisations figure la rationalisation du Système d'informations comptables et financières du Bureau régional entre Brazzaville et Harare grâce à des solutions techniques permettant l'exploitation à distance. Par ailleurs, un appui technique accru a été accordé aux pays pour leur permettre de mettre en place le Système de gestion des activités; la sécurité du réseau du Bureau régional a été renforcée; les services de télécommunications et de courrier électronique ont été améliorés pour en porter la disponibilité à 99,6 %; et des travaux préparatoires ont été réalisés pour permettre à huit pays d'être connectés au Réseau privé mondial de l'OMS. D'autres tâches ont été automatisées au Bureau régional, tandis que le système de gestion des comptes d'avance a été mis en place dans tous les bureaux de pays et que des cours de formation à l'informatique ont été organisés pour améliorer la productivité du personnel.

278. S'agissant des services administratifs et logistiques, 240 membres du personnel et 300 tonnes de matériel et effets personnels ont été transférés avec succès d'Harare à Brazzaville. Des projets destinés à améliorer le fonctionnement et les conditions de vie au Bureau régional ont également été menés à bien : deux nouveaux groupes électrogènes de 800-KVA ont été achetés et installés; 5 km de câbles électriques ont été posés; deux nouveaux forages hydrauliques et un réservoir d'eau de 180 m³ ont été réalisés; et un réseau d'adduction d'eau de 8 km a été achevé. Le Bureau régional bénéficie par conséquent d'un approvisionnement fiable en électricité et en eau. Le système de sécurité a été renforcé par la création d'une sous-unité chargée de la sécurité, la construction d'un mur d'enceinte autour du camp du Djoué et le recrutement d'un service de sécurité fonctionnant 24 heures sur 24. Une ambulance et du matériel de lutte contre l'incendie ont été achetés pour le Bureau régional.

279. L'unité chargée des approvisionnements a continué à jouer un rôle important pour l'acquisition des biens et services de base après le retour du Bureau régional à Brazzaville. Les États Membres qui avaient besoin de fournitures d'urgence ont bénéficié d'un appui sous forme d'achats remboursables. Un système d'achat complet et intégré a été acquis auprès du Bureau régional du Pacifique occidental puis adapté et installé au Bureau régional de l'Afrique. Pendant la période biennale 2002-2003, 829 autorisations d'achats et 3031 commandes locales ont été traitées pour la Région, pour un montant total de US \$1 082 191 068. Huit autorisations ont également été traitées dans le cadre de la procédure d'achats remboursables pour un montant total de US \$520 811.

280. Des services d'imprimerie ont été fournis pour appuyer les réunions et les conférences du Bureau régional. Des imprimeurs extérieurs ont été sollicités chaque fois que leurs services étaient jugés plus rentables.

281. De précieux enseignements ont été tirés en ce qui concerne la technologie de l'information et de la communication. Chaque bureau de pays devrait avoir son propre spécialiste de la technologie de l'information pour utiliser efficacement les services existants et envisagés. Pour ce qui est des services administratifs et

logistiques, la conservation des statistiques relatives aux anciennes dépenses, par exemple, s'est révélée précieuse pour les besoins d'une bonne planification. Le recrutement direct du personnel pour l'entretien du matériel informatique à l'Unité ICT s'est avéré plus rentable que la sous-traitance; mais cela a été le contraire en ce qui concerne des services administratifs tels que le nettoyage, la sécurité et l'entretien, qui ont donc été sous-traités.

282. Pendant la période biennale 2004–2005, le Bureau régional continuera à mettre au point des logiciels informatiques et à entretenir les systèmes existants, tout en collaborant avec le Siège et les autres Bureaux régionaux pour la mise au point de programmes mondiaux. Il mettra l'accent sur la fourniture d'un appui logistique efficient au Bureau régional et sur l'entretien des locaux. En ce qui concerne les approvisionnements, le système mondial d'achat par voie électronique de l'OMS sera utilisé pour réduire les délais de commande et obtenir des prix plus compétitifs. Des efforts seront également déployés pour améliorer le système d'achat actuel, y compris le suivi des commandes, ainsi que la collaboration entre les sous-unités de Brazzaville et d'Harare.

FACTEURS AYANT FAVORISÉ OU ENTRAVÉ LA MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME

283. La volonté politique manifestée à l'échelle mondiale et l'engagement des gouvernements en faveur des questions liées à la santé dans la Région africaine ont facilité la mise en oeuvre des programmes dans les pays. Plusieurs initiatives internationales ont fourni le financement nécessaire pour répondre aux priorités régionales et des opportunités pour une coopération fructueuse avec les partenaires extérieurs. Les progrès accomplis ont été grandement facilités par des partenariats solides entre l'Organisation mondiale de la Santé, l'Agence des États-Unis pour le Développement international, l'Agence canadienne de développement international; le Gouvernement italien, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux, le Fonds des Nations unies pour l'Enfance et beaucoup d'autres organismes.

284. Une étroite collaboration entre diverses parties prenantes et l'OMS aux niveaux national et mondial a été l'un des principaux facteurs qui ont largement facilité la mise en oeuvre des programmes. D'autres facteurs majeurs qui ont favorisé la mise en oeuvre du plan de travail de la période biennale ont notamment été l'excellente collaboration entre le Siège, le Bureau régional et les bureaux de pays; le dévouement du personnel; l'impulsion positive donnée par la direction du Bureau régional; le solide esprit d'équipe et de collaboration entre les membres du personnel de l'OMS. À cela s'ajoutent les améliorations en matière de ressources humaines, la stabilisation progressive de l'environnement de travail à Brazzaville et la responsabilisation du personnel à tous les niveaux.

285. Plusieurs problèmes liés à la sécurité, aux situations d'urgence et aux catastrophes naturelles ayant affecté la Région ont entravé la mise en oeuvre de certaines activités. Une autre contrainte a été les retards enregistrés par certains pays dans leurs réactions. Malgré les efforts de planification budgétaire, les activités menées dans la Région ont été lourdement tributaires des fonds provenant d'autres sources. Cette pénurie de fonds a malheureusement entraîné l'annulation de plusieurs activités pendant la période biennale 2002-2003, bien que certaines autres aient été reprogrammées pour la période biennale 2004-2005.

DEUXIÈME PARTIE : RAPPORT D'ACTIVITÉS SUR LA MISE EN OEUVRE DES RÉSOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL

STRATÉGIE RÉGIONALE RELATIVE AUX OPÉRATIONS D'URGENCE ET À L'ACTION HUMANITAIRE

286. Lors de la quarante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique tenue en septembre 1997, les États Membres et les partenaires ont adopté la résolution AFR/RC47/R1 afin de faire face aux fréquentes situations d'urgence qui se produisent dans la Région africaine, compte tenu de leur ampleur et de leurs conséquences sanitaires, sociales et économiques. La mise en œuvre de cette résolution et de la stratégie régionale relative aux opérations d'urgence et à l'action humanitaire a été marquée pendant la période biennale 2002–2003 par le renforcement des capacités des pays en ce qui concerne la préparation, l'organisation des secours et la mobilisation de ressources.

287. Au cours de cette période biennale, le Bureau régional a donné des directives aux bureaux de pays pour qu'ils inscrivent les situations d'urgence et l'action humanitaire parmi les priorités de leurs plans d'action biennaux. L'unité chargée des Opérations d'urgence et de l'action humanitaire (EHA) a été décentralisée et sa structure administrative allégée pour lui permettre de mener ses activités avec plus de souplesse, de rapidité et d'efficacité.

288. En ce qui concerne la préparation aux situations d'urgence, le Bureau régional a axé ses efforts sur la formation à l'identification des risques et l'analyse de la vulnérabilité. À cet égard, un groupe de consultants a été formé pour apporter un appui technique aux pays de la Région. L'évaluation de la vulnérabilité est une étape importante pour la formulation de programmes de préparation aux situations d'urgence, d'organisation des secours et d'action humanitaire au niveau des pays.

289. Afin de renforcer les capacités de planification, un guide technique a été préparé et examiné avec les points focaux EHA de tous les pays de la Région en vue de son enrichissement et de son adoption. Après avoir maîtrisé les processus d'analyse de la vulnérabilité et de préparation aux situations d'urgence, les États Membres disposent maintenant de deux outils essentiels en matière de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours. Ces activités exigent une approche multisectorielle et pluridisciplinaire au sein des pays, et un partenariat avec les institutions des Nations Unies et d'autres organismes intervenant dans ce domaine.

290. Une collaboration entre le Bureau régional, le Siège de l'OMS et le Comité international de la Croix-Rouge a permis d'organiser, à l'Institut régional de Santé publique de Ouidah (Bénin), un cours de formation sur les secours d'urgence (c'est-à-dire les urgences humanitaires touchant de vastes populations pour de vastes populations) à l'intention des points focaux EHA. Cet effort va se poursuivre, voire se diversifier, afin de permettre à la Région de disposer d'une masse critique de personnes bien formées, capables d'aider les pays en matière de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours dans la Région africaine.

291. Afin d'améliorer l'appui technique apporté aux États Membres frappés par des situations d'urgence, des coordonnateurs EHA ont été recrutés et affectés à Harare pour l'Afrique australe, à Abidjan pour l'Afrique de l'Ouest, à Brazzaville pour l'Afrique centrale, à Nairobi pour la région des Grands Lacs, et à Addis-Abeba pour la Corne de l'Afrique. Cette décentralisation permettra de mener des actions de proximité, de réduire les délais d'intervention et d'améliorer la qualité de la préparation et de la riposte. Par ailleurs, des stocks de trousseaux sanitaires d'urgence ont été positionnés à Brazzaville, Dakar et Harare.

292. Le Bureau régional a fourni un appui technique et financier aux divers pays touchés par des situations d'urgence. Étant donné que cet effort nécessite des ressources financières importantes, une action concertée devrait se poursuivre entre l'OMS et les États Membres afin de permettre une riposte et une assistance immédiate sur le terrain chaque fois que cela est nécessaire, en attendant d'organiser les interventions avec les partenaires internationaux et de lancer des appels de fonds.

293. La participation accrue des pays à la préparation et au suivi de la procédure d'appels consolidés a permis de mobiliser des ressources substantielles pour l'Afrique australe, la République démocratique du Congo, la région des Grands Lacs, l'Afrique de l'Ouest et pour le Libéria en particulier. Dans le cas particulier du Libéria, l'OMS a joué un rôle important en organisant à New York, en février 2004, une conférence internationale pour la reconstruction de ce pays.

294. Avec le concours du Bureau régional, les ministères de la santé de la Région créent actuellement leurs propres unités de préparation aux situations d'urgence. Cela permettra aux pays de disposer d'un cadre institutionnel et organisationnel qui facilitera la formulation de programmes de préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours à brève échéance avec une efficacité optimale.

295. La mise en œuvre de la stratégie régionale relative aux opérations d'urgence et à l'action humanitaire a été facilitée par la prise de conscience et l'engagement des États Membres, l'appui des partenaires et le renforcement progressif des capacités de l'OMS en matière d'appui technique aux pays.

296. Cependant, des problèmes demeurent, en particulier l'inadéquation des ressources humaines et matérielles, et le faible niveau de préparation des pays aux situations d'urgence.

297. Les activités en cours seront renforcées pendant la prochaine période biennale. Les efforts seront poursuivis en vue d'améliorer davantage les capacités nationales de préparation aux situations d'urgence et d'aider les ministères de la santé à mettre en place leurs propres unités EHA. D'autres outils de gestion des crises humanitaires seront également élaborés et mis à la disposition des pays, y compris un ensemble minimum d'interventions de santé publique pour les situations d'urgence et des lignes directrices applicables aux situations d'urgence et à la planification.

STRATÉGIE RÉGIONALE DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

298. La résolution AFR/RC48/R3 relative à la Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé, qui a été adoptée en septembre 1998, prie le Directeur régional d'appuyer l'élaboration de lignes directrices et de modèles; d'assurer la continuité des activités du Groupe consultatif multidisciplinaire régional; de réorganiser et de renforcer l'unité du Bureau régional chargée des ressources humaines pour la santé; et de sensibiliser les partenaires en vue de mobiliser des ressources pour la mise en œuvre de cette stratégie.

299. Le Bureau régional a fourni un appui à 26 pays⁴⁹ pour les aider à élaborer, actualiser ou mettre en œuvre des politiques et des plans de développement des ressources humaines pour la santé. Il a également aidé plusieurs pays à mettre en œuvre diverses activités telles que l'évaluation des programmes de formation en sciences de la santé, la promotion d'un apprentissage à base communautaire, l'examen des grilles salariales et l'élaboration de stratégies de motivation ou de mesures d'incitation. Il a évalué les activités du Programme de

⁴⁹ Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Zimbabwe.

bourses de l'OMS dans la Région africaine au cours de la période 1990–2000. Cette évaluation a montré que 3553 bourses avaient été accordées, dont un grand nombre pour des études de santé publique; que 91 % des boursiers avaient été placés en Afrique; et que les boursiers ainsi formés jouaient un rôle important dans le développement des systèmes de santé de leurs pays respectifs.

300. Par ailleurs, le Bureau régional a effectué une étude sur la migration dans six pays⁵⁰ et une enquête sur la même question dans 42 pays. Les résultats ont montré que cette forte migration des agents de santé qualifiés avait un impact négatif sur la qualité, l'efficacité et l'équité de la prestation des soins de santé. Un rapport régional sur la migration a été établi à ce sujet. Il propose une série de mesures qui pourraient être prises au niveau des pays et à l'échelle sous-régionale, régionale et internationale.

301. Au titre de l'appui apporté aux pays pour les aider à planifier, à former, à utiliser et à réglementer les professions de la santé, plusieurs lignes directrices et documents ont été élaborés, y compris une brochure sur les ressources humaines pour la santé (HRH) et des orientations stratégiques pour le renforcement des services de soins infirmiers et obstétricaux dans la Région africaine. Des outils et des lignes directrices pour le suivi et l'évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie régionale ont aussi été élaborés. En outre, 33 administrateurs de ressources humaines pour la santé issus de 33 pays ont été formés.

302. Dans le souci de renforcer la réserve d'experts de la Région africaine en HRH, on a tenu en juin 2002 la deuxième réunion du Groupe consultatif multidisciplinaire d'experts en développement des ressources humaines pour la santé. Les participants ont examiné la mise en oeuvre des recommandations formulées lors de la première réunion en 2000 et apporté de précieuses contributions à deux projets de documents. Les effectifs de l'unité des Ressources humaines pour la santé ont été portés à quatre conseillers régionaux en 2003, y compris un spécialiste en éducation, et 23 experts africains ont reçu une orientation sur l'appui à apporter aux pays.

303. En ce qui concerne le plaidoyer en faveur du développement des ressources humaines pour la santé, on a forgé de nouveaux partenariats avec l'Organisation internationale pour les Migrations au sujet de la migration et de l'exode des agents de santé, et avec la Banque mondiale, l'Union africaine et la Fondation Rockefeller pour la poursuite du plaidoyer en vue du développement des ressources humaines pour la santé. C'est dans ce contexte que les Chefs d'État et de Gouvernement des pays de l'Union africaine ont décidé, en 2002, de déclarer l'année 2004 «Année du développement des ressources humaines, avec un accent particulier sur les agents de santé» et de tenir un sommet extraordinaire la même année. Les ministres de la santé des pays de la Région africaine ont, quant à eux, décidé que les questions relatives aux ressources humaines seraient désormais examinées à toutes les sessions du Comité régional, jusqu'à nouvel avis.

304. Les facteurs ayant facilité la mise en oeuvre de la résolution ont notamment été la prise de conscience et la volonté politique accrues des pays; l'émergence de partenariats dynamiques pour le développement des ressources humaines pour la santé; et l'augmentation du nombre d'experts chargés d'appuyer l'action des pays. En revanche, la mise en oeuvre a été entravée par la pénurie des moyens financiers et humains consacrés au développement des ressources humaines pour la santé aux niveaux des pays et de la Région, et le retard avec lequel les pays répondent parfois aux demandes formulées par l'OMS pour qu'ils participent à certaines études ou activités.

⁵⁰ Afrique du Sud, Cameroun, Ghana, Ouganda, Sénégal, Zimbabwe.

305. Le Bureau régional se propose d'aider les États Membres à accélérer l'élaboration et la planification de leur politique de développement des ressources humaines pour la santé, à améliorer l'éducation et la formation des agents de santé et à recenser les meilleures pratiques et les enseignements tirés du développement des ressources humaines pour la santé. Il mobilisera également des ressources supplémentaires, poursuivra le plaidoyer et renforcera les partenariats en faveur du développement des ressources humaines pour la santé aux niveaux des pays et de la Région.

STRATÉGIE DE PROMOTION DE LA RECHERCHE EN SANTÉ POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS

306. La résolution AFR/RC48/R4 du Comité régional, adoptée en septembre 1998, prie le Directeur régional de dresser et de diffuser un inventaire des établissements de recherche en santé et des travaux de recherche portant sur la santé et sur des questions liées à la santé; de renforcer les programmes de recherche en santé du Bureau régional; de recenser les centres collaborateurs de l'OMS; de promouvoir la formation des formateurs en méthodologie de la recherche; et de mobiliser l'appui financier en faveur des programmes de recherche prioritaires.

307. Afin de faciliter la préparation des inventaires des établissements de santé et de recherche en santé, un instrument de collecte de données a été conçu en 2003 et envoyé aux pays pour qu'ils le remplissent. Intitulé «Enquête sur les capacités de recherche en santé dans les pays», cet instrument vise à recueillir des informations sur l'existence de politiques nationales de recherche en santé, de plans stratégiques de recherche en santé, de législations portant sur la recherche en santé, de mécanismes de coordination de la recherche (y compris des comités de bioéthique, des comités d'examen scientifiques), de programmes de recherche en santé, d'établissements nationaux de recherche en santé, d'universités nationales dotées de facultés de sciences de la santé, de financements et de budgets consacrés à la recherche en santé, d'organisations non-gouvernementales participant à la recherche en santé, et de dispositions appropriées pour renforcer les capacités de recherche en santé.

308. Afin de renforcer les activités de recherche en santé au Bureau régional, un responsable de la recherche en santé a été désigné dans chaque division technique. Il a pour rôle de catalyser les activités de recherche au sein de la division. L'ensemble des activités est coordonné grâce à des réunions de responsables de la recherche des diverses divisions et au Comité de développement de la recherche.

309. Les lignes directrices relatives à la gestion des centres collaborateurs de l'OMS et l'inventaire de ces centres ont été mis à jour et envoyés aux pays. Le Bureau régional a continué à faciliter la désignation ou la redésignation des centres collaborateurs. En fait, les diverses divisions ont mené des efforts concertés en 2003 pour la re-désignation de plusieurs centres collaborateurs qui risquaient de perdre leur statut à cause de retards dans les procédures. Le Bureau régional a continué à développer ses partenariats avec des centres collaborateurs d'Afrique du Sud, d'Algérie, du Burkina Faso, de Tanzanie et du Zimbabwe, etc.

310. Des efforts visant à encourager la formation des formateurs en méthodologie de la recherche dans les États Membres ont continué principalement dans trois domaines : Maladies transmissibles : Recherche et développement; Recherche en santé génésique et élaboration de programmes dans ce domaine; et Organisation de la prestation de services (Programme de recherche sur les systèmes de santé). On a renforcé les capacités de conception et d'organisation de la recherche opérationnelle dans 33 pays par l'organisation d'ateliers interpays et l'envoi de missions. C'est ainsi que 53 projets de recherche opérationnelle ont été élaborés, dont 36 ont été financés par le Bureau régional et sont en cours d'exécution. On a également aidé six pays à renforcer les compétences en matière de recherche sur les systèmes de santé. Douze propositions de recherche opérationnelle émanant de quatre pays ont été examinées sur le plan technique et ont bénéficié d'un financement.

311. Le 16 juin 2003, le Parlement européen a créé le Partenariat entre l'Europe et les pays en développement pour les essais cliniques (EDCTP) en vue d'une action efficace contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose dans les pays en développement. Cette initiative vise à accélérer la mise au point de nouvelles interventions cliniques pour combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose grâce à des partenariats à long terme entre

l'Europe et les pays en développement. Dans le cadre de ses efforts en vue de mobiliser un appui financier pour les programmes de recherche prioritaires, l'OMS a réussi à associer d'autres partenaires à cette initiative de recherche d'une valeur de US \$600 millions. Des lignes directrices pour le renforcement, la création ou le fonctionnement de comités nationaux de bioéthique en vue de protéger les sujets humains lors de la recherche en santé (y compris lors des essais cliniques) ont été diffusées dans les pays.

312. Parmi les facteurs qui ont favorisé la mise en oeuvre de cette résolution, on peut citer : la volonté de l'Union européenne (entre autres donateurs) de financer la recherche en Afrique; la disponibilité de fonds extrabudgétaires pour la recherche, en particulier sur le paludisme et les maladies évitables par la vaccination et sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant; et la collaboration avec l'initiative Faire reculer le paludisme, le Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales, et l'Initiative multilatérale sur le paludisme. Les contraintes rencontrées ont été la longue absence du conseiller régional chargé de la politique et de la coordination en matière de recherche; le petit nombre d'études de cas et la pénurie de données sur les résultats de recherche qu'on a pu traduire en politiques et en pratiques concrètes; la modicité des allocations budgétaires prévues par les pays et les unités du Bureau régional dans leurs plans d'action relatifs à la recherche.

313. Dans l'avenir, il faudra encourager les centres collaborateurs de l'OMS et le Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires à fournir un appui direct aux pays pour les aider à élaborer des politiques et des plans stratégiques de recherche en santé; créer des mécanismes nationaux de coordination de la recherche en santé; mettre en place des comités de bioéthique et d'étude scientifique des projets; et renforcer les capacités nationales en matière de recherche opérationnelle.

SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE : STRATÉGIE DE LA RÉGION AFRICAINE

314. La résolution AFR/RC51/R2 du Comité régional relative à la stratégie régionale de sécurité transfusionnelle invite instamment les États Membres à formuler, adopter et mettre en oeuvre une politique nationale de transfusion sanguine; à allouer un budget conséquent au développement des infrastructures des services de transfusion sanguine; et à promouvoir systématiquement et durablement la pratique du don de sang volontaire et bénévole. Elle prie également le Directeur régional de soutenir les États Membres dans l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques nationales de transfusion sanguine; de promouvoir et de soutenir les programmes de formation du personnel des services de transfusion sanguine et des médecins prescripteurs; de faciliter le recours aux centres de référence en matière de transfusion sanguine de la Région pour la formation du personnel approprié des États Membres; de mobiliser des ressources auprès des partenaires internationaux pour financer la sécurité transfusionnelle dans la Région; de renforcer la coopération technique entre les États Membres et la collaboration avec l'OMS pour améliorer la gestion des centres de transfusion sanguine et la qualité du sang et de ses dérivés; d'assurer le suivi et la mise en oeuvre de la stratégie et de faire rapport à la cinquante-quatrième session du Comité régional.

315. S'agissant de l'élaboration et de la mise en oeuvre de politiques de transfusion sanguine, 12 pays⁵¹ ont bénéficié d'un appui pour élaborer, finaliser ou mettre en oeuvre leurs politiques et plans nationaux de transfusion sanguine. Neuf pays⁵² ont reçu un appui pour renforcer leurs programmes de recrutement de donneurs de sang volontaires et bénévoles.

316. Cinq cours de formation régionaux sur la gestion de la qualité et quatre cours complémentaires ont été organisés à Harare, Dakar et Abidjan, ce qui a permis de former 100 gestionnaires de la qualité issus de 44 pays. Suite à cette formation, 14 pays⁵³ ont entamé des activités liées à la gestion de la qualité. Le Burkina Faso, le

⁵¹ Cameroun, Comores, Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Maurice, Niger, République centrafricaine, Seychelles, Sierra Leone, Tanzanie (Zanzibar).

⁵² Côte d'Ivoire, Érythrée, Ghana, Guinée, Mauritanie, Mozambique, République centrafricaine, Rwanda, Swaziland.

⁵³ Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gambie, Guinée, Kenya, Mali, Mozambique, République démocratique du Congo, Rwanda, Swaziland.

Cameroun, la République démocratique du Congo et le Rwanda ont organisé des cours nationaux de formation en 2002. Dix pays supplémentaires ont indiqué qu'ils contrôlaient toutes les unités de sang recueillies en vue de dépister le VIH. Le dépistage des autres infections transmises par la transfusion s'est également amélioré. Le Ghana, la Guinée et Maurice ont reçu un appui pour organiser des ateliers de formation sur l'utilisation clinique du sang et pour établir des lignes directrices.

317. Les centres nationaux de transfusion sanguine de la Côte d'Ivoire et du Zimbabwe ont été choisis comme centres de formation et rénovés par le Bureau régional. Deux cadres de chacun de ces deux centres ont suivi un stage de formation sur l'élaboration de plans régionaux d'évaluation de la qualité en ce qui concerne la sérologie des groupes sanguins. Ce stage s'est tenu à Bangkok (Thaïlande). À la suite d'une action de plaidoyer menée par l'OMS en faveur de la sécurité transfusionnelle, y compris l'Initiative du Directeur régional pour la sécurité transfusionnelle en Afrique, de nombreux bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux (Banque mondiale, Centres de lutte contre la maladie, Union européenne, etc.) et de nombreuses ONG financent maintenant des activités liées à la transfusion sanguine dans les pays.

318. Trois réunions régionales de directeurs de services nationaux de transfusion sanguine ont été organisées. Un réseau de responsables du contrôle de qualité a été créé. La collaboration avec le Siège a été renforcée et des activités communes ont été menées. La collaboration au niveau international a été renforcée grâce au cadre de Collaboration mondiale pour la sécurité transfusionnelle.

319. Dans le cadre du suivi et de la mise en oeuvre de la stratégie, une base de données régionale pour la surveillance de la sécurité transfusionnelle dans les pays a été créée et servira de base pour l'évaluation et le suivi ultérieur de la mise en oeuvre de la stratégie régionale.

320. La mise en oeuvre de la résolution a été facilitée par un certain nombre de facteurs : augmentation du budget; collaboration avec le Siège et les deux centres de formation sous-régionaux; appui technique de l'Établissement français du Sang à Paris. Les principales contraintes rencontrées ont été le faible taux de mise en oeuvre des politiques nationales de transfusion sanguine; la pénurie de personnel qualifié; les carences en matière de coordination dans beaucoup de pays; et la pénurie de fonds. Au cours des prochaines années, les efforts seront axés sur la mise en oeuvre de politiques nationales de transfusion sanguine, la gestion de la qualité et l'intensification des actions visant à accroître le nombre de donateurs de sang à faible risque.

PROMOTION DE LA SANTÉ : STRATÉGIE DE LA RÉGION AFRICAINE

321. Le Comité régional, par la résolution AFR/RC51/R4 adoptée en 2001, invite instamment les États Membres à plaider en faveur d'une sensibilisation et d'un soutien accrus aux activités de promotion de la santé; à élaborer des stratégies nationales tout en assurant un appui aux différents niveaux du système de santé; à renforcer la composante promotion de la santé des programmes; à planifier, mettre en oeuvre et évaluer des actions globales de promotion de la santé; et à mobiliser des moyens et des acteurs nouveaux. Elle prie également le Directeur régional d'élaborer un cadre de référence et des lignes directrices pour la mise en oeuvre; de fournir l'orientation technique aux États Membres; de faciliter la recherche opérationnelle et de faire connaître aux États Membres les résultats des meilleures pratiques; de mobiliser des ressources supplémentaires; et d'encourager les partenariats entre les principaux acteurs.

322. On a conçu un cadre et des lignes directrices pour l'élaboration et la mise en oeuvre de la stratégie au niveau national. On a formé les responsables de la promotion de la santé de 18 pays⁵⁴ à l'élaboration ou l'évaluation d'activités de promotion de la santé dans une approche multisectorielle. On a révisé les descriptions de postes des fonctionnaires chargés de l'information et de la promotion de la santé pour faciliter l'appui aux

⁵⁴ Algérie, Bénin, Botswana, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Mozambique, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Zambie, Zimbabwe.

activités nationales de promotion de la santé. On a examiné et renforcé la composante promotion de la santé des programmes régionaux prioritaires⁵⁵. Certains pays ont évalué leurs politiques ou programmes de promotion de la santé avec le concours du Bureau régional⁵⁶. Un appui financier et technique a été apporté à plusieurs pays pour la mise en œuvre de programmes de santé en milieu scolaire⁵⁷.

323. Les coordinateurs de l'enquête mondiale sur la santé des élèves de 14 pays ont reçu une formation pour mener des recherches sur le comportement des élèves en matière de santé et sur la promotion de la santé en milieu scolaire⁵⁸. La stratégie régionale de promotion de la santé et les documents connexes ont été distribués aux pays.

324. On a mobilisé des fonds supplémentaires pour les activités concernant les jeunes et les personnes âgées⁵⁹. On a poursuivi la coopération avec l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, *Education International*, et *HelpAge*. La mise en œuvre de la résolution a été facilitée par l'appui d'experts régionaux et de certains partenaires. Mais elle a été entravée par l'insuffisance des ressources humaines dans les pays et l'absence de politiques en la matière.

325. Le Bureau régional a élaboré des plans pour renforcer la promotion de la santé. La mise en œuvre de ces plans est échelonnée sur des périodes biennales correspondant au cycle de planification de l'OMS. Pour l'avenir, l'Organisation se propose d'intensifier son appui pour l'examen et l'élaboration de la politique de promotion de la santé et pour la formation en la matière. Elle s'emploiera également à consolider les partenariats et les alliances dans ce domaine.

STRATÉGIE RÉGIONALE DE VACCINATION POUR LA PÉRIODE 2003–2005

326. Le Comité régional, par la résolution AFR/RC52/R2 adoptée en octobre 2002, prie instamment les États Membres et les autres partenaires d'accélérer la mise en œuvre des stratégies de vaccination pour réduire davantage la morbidité et la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination, grâce notamment à une interruption de la transmission du poliovirus sauvage, et d'atteindre l'objectif de certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine. La résolution prie également le Directeur régional de continuer à plaider en faveur des stratégies du Programme élargi de vaccination (PEV) pour atteindre l'objectif d'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine; de surveiller la mise en œuvre des stratégies accélérées de lutte contre la maladie; de renforcer les systèmes de vaccination de routine; et de renforcer davantage la collaboration avec les partenaires afin de mieux coordonner les politiques et l'utilisation des ressources.

327. Le Bureau régional a envoyé des lettres aux partenaires de l'Initiative en vue de l'Éradication de la polio (IEP) pour solliciter leur appui soutenu. Il a organisé des réunions avec des chefs d'État, des dirigeants politiques et d'autres personnalités influentes afin d'obtenir leur engagement soutenu en faveur de cette initiative et d'examiner les préoccupations exprimées au Nigéria au sujet de la sécurité des vaccins contre la poliomyélite. Il a présenté à la réunion de l'Union africaine de Maputo une résolution sur l'IEP. Il a également préconisé des initiatives de lutte contre la maladie à la Conférence internationale sur le développement international tenue à Tokyo en septembre 2003.

328. Afin d'aider les pays à renforcer leurs programmes de vaccination, le Bureau régional a mené des actions de plaidoyer et coordonné l'appui technique et financier fourni aux États Membres. C'est ainsi que 15 pays⁶⁰ ont entamé la mise en œuvre de l'approche Atteindre chaque district. Le taux de couverture par DTC₃ a progressé de

⁵⁵ Les programmes Santé des adolescents, Santé mentale, Toxicomanies et Maladies chroniques, en particulier, ont examiné et renforcé la composante promotion de la santé de leurs activités.

⁵⁶ Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Tanzanie.

⁵⁷ Bénin, Botswana, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Namibie, Rwanda, Sénégal, Swaziland.

⁵⁸ Botswana, Gambie, Ghana, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, Swaziland, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

⁵⁹ À la demande des pays, environ US \$500 000 ont été mobilisés et utilisés pour appuyer les interventions visant à améliorer la santé scolaire et les programmes destinés aux personnes âgées.

⁶⁰ Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Madagascar, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, République du Congo, Sénégal, Tchad, Togo, Zambie.

55 % en 2001 à 60 % en juillet 2003. À la fin de 2003, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination avait permis à 34 pays de renforcer leurs services de vaccination, à 23 pays d'acquérir de nouveaux vaccins, à 18 pays de lutter contre la fièvre jaune et à 29 pays d'améliorer la sécurité des injections. Deux cours interpays pour des cadres de niveau moyen du PEV ont été organisés avec le concours du Bureau régional. Les programmes de formation de 17 écoles de médecine et écoles paramédicales ont été actualisés en ce qui concerne le PEV. La logistique a fait l'objet d'une évaluation dans 12 pays. L'introduction de nouveaux vaccins a également été évaluée dans trois pays.

329. Toutes ces activités ont permis de tirer d'importants enseignements en vue d'améliorer les programmes de vaccination. Tous les pays ont créé des comités nationaux de certification et soumettent maintenant des rapports d'activité annuels au Comité régional africain de certification. Des activités de vaccination supplémentaires ont été menées dans 11 pays contre la rougeole et dans sept pays contre le tétanos. L'élimination du tétanos maternel et néonatal a été validée dans deux pays supplémentaires. Six pays supplémentaires exposés au risque de transmission de la fièvre jaune ont inclus le vaccin contre cette maladie dans leur PEV. Six pays supplémentaires ont élaboré des plans pluriannuels basés sur le principe du risque élevé.

330. En 2003, le Groupe spécial sur la vaccination et le Comité de coordination inter-institutions de la Région africaine se sont réunis à Luanda (Angola); 20 partenaires ont participé à cette réunion et ont recommandé que les partenaires affectent aux activités de vaccination systématique 10 % des fonds qu'ils consacrent à la lutte contre la maladie. Une réunion mondiale sur la réduction durable de la mortalité due à la rougeole et le renforcement des systèmes de vaccination s'est tenue au Cap en octobre 2003 et a examiné les progrès réalisés et les défis restant à surmonter dans ce domaine. Les Représentants de l'OMS dans les pays ont maintenu leur appui aux comités de coordination inter-institutions afin de promouvoir leur rôle en matière de PEV. L'OMS a continué d'animer les activités de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination dans la Région.

331. Parmi les facteurs qui ont favorisé la mise en oeuvre de la résolution, on peut citer la détermination des États Membres à lutter contre les maladies transmissibles importantes pour la santé publique; la participation d'anciens et nouveaux partenaires au Programme élargi de vaccination, y compris les partenariats pour le GAVI et pour la lutte contre la rougeole; et la disponibilité du personnel pris en charge au titre du programme de lutte contre la polio. La mise en oeuvre s'est cependant heurtée à des obstacles majeurs tels que le sous-financement des programmes nationaux de vaccination dans la Région; la dépendance excessive vis-à-vis de ressources externes imprévisibles; l'opposition aux activités de vaccination supplémentaire contre la polio au Nigéria à cause de rumeurs selon lesquelles le vaccin polio oral aurait contenu des substances nuisibles à la fécondité.

332. Des plans ont été préparés pour permettre au Bureau régional d'aider les États Membres à éradiquer la polio, à lutter contre la rougeole et à renforcer les activités de vaccination systématique. Les activités futures viseront à interrompre la circulation du poliovirus sauvage dans les deux pays d'endémie restants et à consolider les efforts en vue d'atteindre chaque district et chaque enfant avec tous les vaccins disponibles.

MACROÉCONOMIE ET SANTÉ : PERSPECTIVES DANS LA RÉGION AFRICAINE

333. À la cinquante-troisième session du Comité régional tenue en septembre 2003, les États Membres avaient adopté la résolution AFR/RC53/R1 qui prie le Directeur régional de poursuivre le plaidoyer en faveur d'un accroissement des investissements dans le domaine de la santé, d'aider les pays à renforcer les capacités de mise en oeuvre des recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé; de diffuser les leçons qui se dégagent de la mise en oeuvre, et de faire rapport chaque année au Comité régional sur les progrès réalisés.

334. Le Bureau régional a recruté en mai 2003 un professionnel à court terme chargé de coordonner les activités relatives à la macroéconomie et la santé dans la Région. Il a organisé en août 2003, un atelier interpays à Addis-Abeba (Éthiopie) pour bâtir un consensus sur la macroéconomie et la santé et élaborer des plans d'action en vue de faire avancer le processus. Treize pays ont participé à cet atelier.

335. La deuxième réunion consultative sur la macroéconomie et la santé a été organisée à Genève du 28 au 30 octobre 2003 dans le but d'entretenir l'élan et l'engagement politique de tous les intervenants à investir dans la santé. Quatorze des 40 pays qui ont assisté à cette réunion provenaient de la Région africaine.

336. L'Éthiopie, le Ghana, le Mozambique, le Rwanda et le Sénégal ont bénéficié d'un appui technique. Onze pays ont entamé la première phase, qui porte sur le plaidoyer et l'analyse de la situation; deux autres pays ont amorcé la deuxième phase, qui consiste à préparer des plans d'investissement à long terme; d'autres pays ont montré leur intérêt en ce qui concerne la macroéconomie et la santé en incluant cette question dans leur plan d'action biennal 2004–2005.

337. Il existe une volonté et une détermination réelles d'investir dans la santé, qui devrait être mise à profit par les pays. L'insuffisance des ressources financières et des capacités techniques est la principale contrainte que l'OMS et les pays devraient s'efforcer de surmonter.

338. La macroéconomie et la santé sont des questions essentielles si on veut atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. La Région devrait constituer les capacités techniques minimum nécessaires pour appuyer correctement les pays. Un certain nombre d'ateliers de renforcement des capacités sont prévus au niveau des pays et de la Région, mais il faut que l'OMS et les pays prévoient des crédits adéquats pour la macroéconomie et la santé.

CONCLUSION

339. Globalement, la période biennale 2002–2003 a été marquée par un profond engagement des États Membres et des organismes de coopération internationale en faveur des questions liées à la santé. L'OMS en a profité pour recueillir des dons supplémentaires pour la Région africaine et pour les pays.

340. La période biennale 2002–2003 a également vu s'affirmer certains changements dans la façon dont l'OMS mène ses affaires dans la Région africaine. Des progrès remarquables ont été observés dans toute la Région en ce qui concerne le renforcement de la capacité de gérer les programmes. Ces progrès concernaient à la fois l'élaboration de nouvelles stratégies de collaboration avec les pays et la mise en œuvre de l'approche gestionnaire fondée sur les résultats, avec l'installation du Système informatisé de gestion des activités. En outre, le processus gestionnaire du programme de l'OMS est mieux compris. La notion d'«unicité de l'OMS» s'est concrétisée tant dans les efforts consentis à tous les niveaux de l'Organisation que dans le dévouement de son personnel.

341. En ce qui concerne la gestion des problèmes de santé prioritaires, il convient de mentionner : le plus grand soutien apporté aux pays pour l'élaboration ou le renouvellement des stratégies, lignes directrices et protocoles relatifs à la fourniture des soins; l'affectation de ressources supplémentaires et la mise à disposition d'experts pour la lutte contre les maladies transmissibles; la réduction des facteurs de risque connus de maladies non transmissibles; et la promotion de la santé génésique, notamment la réduction de la mortalité maternelle. Même si la charge de morbidité pesant sur les pays reste lourde, il est important de noter que de sérieux efforts sont faits pour s'attaquer aux grands problèmes de santé tels que le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, la poliomyélite et d'autres.

342. Le Bureau régional a continué de tirer les leçons de ses expériences. Aux prises avec de multiples défis, il a choisi de concentrer efforts et ressources sur les secteurs où l'intervention de l'OMS peut vraiment modifier le cours des choses. Aussi, les États Membres sont-ils instamment invités à se montrer plus réceptifs à l'égard de cette option et à appuyer les efforts faits par l'OMS dans ce sens.

343. Le grand défi des années à venir est de rendre les systèmes de santé plus performants et plus durables, de manière à réduire la pauvreté et à combattre la maladie grâce à la promotion de la santé. Au cours de la période biennale 2004–2005, l'OMS continuera de privilégier les fonctions essentielles qui contribuent à améliorer la santé et le développement au sein des pays et permettent à ceux-ci d'influer davantage sur l'action de santé publique régionale et mondiale.

344. L'exécution du Budget Programme 2004–2005 vise à aider les gouvernements et la société civile à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). L'OMS se concentrera davantage sur les produits que les États Membres attendent d'elle et affinera les indicateurs pour qu'ils puissent être mieux observés et évalués.

345. Il faudra que l'OMS renforce sa présence dans les pays afin d'y accomplir sa mission avec des partenaires de longue date tels que l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale, ainsi qu'avec de nouveaux partenaires comme l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et le Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. L'introduction de nouvelles initiatives, d'envergure mondiale, régionale ou nationale, visant à relever des défis sanitaires, offre de véritables occasions de bâtir des partenariats en vue de mieux exécuter les problèmes de santé de la Région africaine.

346. Au nombre de ces initiatives, le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique apparaît comme le principal instrument de développement de l'Union africaine. Sa composante santé tient compte des initiatives, des décisions et des résolutions précédemment adoptées par les Chefs d'État et de Gouvernement ou par les Ministres de la Santé africains. Les composantes santé des objectifs du Millénaire pour le développement devraient être intégrées aux programmes de santé régionaux et nationaux. De même, une suite devrait être donnée à l'examen par l'Assemblée mondiale de la Santé de la contribution du programme d'action de la Commission Macroéconomie et Santé à la réalisation des OMD.

347. Les Stratégies de coopération avec les pays, élaborées à partir de l'Initiative OMS en faveur des pays, sont considérées comme des moyens fondamentaux permettant d'adapter l'action de l'OMS aux besoins des pays. Les documents de stratégies de réduction de la pauvreté sont également considérés comme de nouveaux instruments d'un partenariat efficace entre pays riches et pays pauvres; ils se fondent sur la confiance mutuelle et la bonne exécution des fonctions. Une dernière initiative est la gestion interne des situations de crise par les États Membres et la remise en état des systèmes de santé après le conflit, dans les pays où l'infrastructure a été détériorée.



ANNEXES

La Région africaine a entièrement décaissé les fonds qui lui avaient été alloués dans le cadre du Budget ordinaire. En ce qui concerne les fonds provenant d'autres sources, le budget approuvé a été mis en œuvre à 119 %, puisque les fonds reçus ont été supérieurs à ce qui avait été planifié.

Pendant la période biennale, le Budget ordinaire a accusé un déficit à cause de dépenses imprévues dues principalement au retour du Bureau régional à Brazzaville et de la dépréciation du dollar américain par rapport à l'euro, situation qui a surtout affecté les pays arrimés au franc français. Des mesures ont été prises pour combler le déficit en réduisant les dépenses et en demandant une avance de US \$7,5 millions sur les fonds alloués à l'appui administratif pour 2004-2005. Sur ce montant, des économies d'environ US \$2,5 millions ont été faites pour la période biennale 2004-2005.

Des tableaux détaillés sur la mise en œuvre du budget par domaine d'activité sont présentés ci-dessous.



ANNEXE 1

**MISE EN OEUVRE DU BUDGET ORDINAIRE DE L'OMS
DANS LA RÉGION AFRICAINE
(Bureau régional)**

Domaine d'activité		Allocation initiale	Ajustements/ Reprogrammation	Allocation définitive et réalisation	Taux de réalisation par rapport à l'allocation initiale
No de série	Sigle*	1	2	3	4
01.1.01	CSR	1,795,000	350,000	2,145,000	119%
01.2.01	CPC	1,141,000	1,277,000	2,418,000	212%
01.3.01	CRD	380,000	-80,000	300,000	79%
01.4.01	MAL	1,131,000	-447,000	684,000	60%
01.5.01	TUB	981,000	-167,000	814,000	83%
02.1.01	NCD	2,457,000	-357,000	2,100,000	85%
02.2.01	TOB	701,000	158,000	859,000	123%
02.3.01	HPR	442,000	328,000	770,000	174%
02.4.01	DPR	275,000	201,000	476,000	173%
02.5.01	MNH	1,351,000	-429,000	922,000	68%
03.1.01	CAH	1,221,000	-102,000	1,119,000	92%
03.2.01	RHR	1,666,000	1,118,000	2,784,000	167%
03.3.01	MPS	2,098,000	-670,000	1,428,000	68%
03.4.01	WMH	862,000	-21,000	841,000	98%
03.5.01	HIV	3,017,000	-89,000	2,928,000	97%
04.1.01	HSD	1,132,000	540,000	1,672,000	148%
04.2.01	NUT	682,000	196,000	878,000	129%
04.3.01	PHE	2,254,000	219,000	2,473,000	110%
04.4.01	FOS	150,000	91,000	241,000	161%
04.5.01	EHA	1,225,000	701,000	1,926,000	157%
05.1.01	EDM	1,609,000	-68,000	1,541,000	96%
05.2.01	IVD	415,000	193,000	608,000	147%
05.3.01	BCT	1,874,000	-350,000	1,524,000	81%

06.1.01	GPE	1,505,000	-457,000	1,048,000	70%
06.2.01	IMD	3,677,000	495,000	4,172,000	113%
06.3.01	RPC	716,000	-486,000	230,000	32%
06.4.01	OSD	7,512,000	-515,000	6,997,000	93%
07.1.01	GBS	1,374,000	751,000	2,125,000	155%
07.2.01	REC	2,605,000	496,000	3,101,000	119%
08.1.01	BMR	557,000	90,000	647,000	116%
08.2.01	HRS	2,442,000	-132,000	2,310,000	95%
08.3.01	FNS	3,600,000	-8,000	3,592,000	100%
08.4.01	IIS	12,378,000	3,106,000	15,484,000	125%
09.1.01	DGO	1,084,000	247,000	1,331,000	123%
09.2.01	DDP	630,000	-77,000	553,000	88%
Total		66,939,000	6,102,000	73,041,000	109%

* BCT Sécurité transfusionnelle et technologie clinique

BMR Budget et réforme administrative

CAH Santé de l'enfant et de l'adolescent

CPC Maladies transmissibles : prévention, lutte et éradication

CRD Maladies transmissibles : recherche et développement des produits

CSR Maladies transmissibles : surveillance

DDP Programmes et initiatives du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement

DGO Bureaux du Directeur général et des Directeurs régionaux

DPR Prévention des incapacités et des traumatismes et réadaptation

EDM Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques

EHA Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours

FNS Gestion financière

FOS Salubrité des aliments

GBS Organes directeurs

GPE Bases factuelles à l'appui des politiques de santé

HIV Virus d'immunodéficience humaine et syndrome d'immunodéficience acquise

HPR Promotion de la santé

HRS Ressources humaines

HSD Développement durable

IIS Informatique et infrastructure

IMD Gestion et diffusion de l'information sanitaire

IVD Vaccination et mise au point de vaccins

MAL Paludisme

MNH Santé mentale et toxicomanies

MPS Pour une grossesse à moindre risque

NCD Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles

NUT Nutrition

OSD Organisation des services de santé

PHE Santé et environnement

REC Mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats

RHR Santé génésique : recherche et élaboration de programme

RPC Politique et promotion en matière de recherche

TOB Tabac

TUB Tuberculose

WMH Santé et développement de la femme

ANNEXE 2

MISE EN OEUVRE DU BUDGET ORDINAIRE DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE (Pays)

Domaine d'activité		Allocation	Ajustements/	Allocation définitive	Taux de réalisation
No de	Sigle*	initiale	Reprogrammation	et réalisation	par rapport à
série		1	2	3	l'allocation initiale
					4
01.1.01	CSR	6,334,000	-2,859,000	3,475,000	55%
01.2.01	CPC	4,569,000	-1,098,000	3,471,000	76%
01.3.01	CRD	100,000	-78,000	22,000	22%
01.4.01	MAL	2,214,000	-1,158,000	1,056,000	48%
01.5.01	TUB	1,572,000	-893,000	679,000	43%
02.1.01	NCD	2,227,000	-920,000	1,307,000	59%
02.2.01	TOB	303,000	-149,000	154,000	51%
02.3.01	HPR	4,854,000	-1,366,000	3,488,000	72%
02.4.01	DPR	369,000	-151,000	218,000	59%
02.5.01	MNH	1,348,000	-539,000	809,000	60%
03.1.01	CAH	2,467,000	-1,163,000	1,304,000	53%
03.2.01	RHR	1,999,000	-160,000	1,839,000	92%
03.3.01	MPS	3,391,000	-2,004,000	1,387,000	41%
03.4.01	WMH	542,000	-249,000	293,000	54%
03.5.01	HIV	2,799,000	-1,386,000	1,413,000	50%
04.1.01	HSD	963,000	-598,000	365,000	38%
04.2.01	NUT	871,000	-544,000	327,000	38%
04.3.01	PHE	4,134,000	-1,532,000	2,602,000	63%
04.4.01	FOS	108,000	-20,000	88,000	81%
04.5.01	EHA	2,237,000	-635,000	1,602,000	72%
05.1.01	EDM	2,526,000	-954,000	1,572,000	62%
05.2.01	IVD	1,514,000	-754,000	760,000	50%
05.3.01	BCT	1,070,000	-239,000	831,000	78%

06.1.01	GPE	579,000	-269,000	310,000	54%
06.2.01	IMD	625,000	-143,000	482,000	77%
06.3.01	RPC	558,000	-379,000	179,000	32%
06.4.01	OSD	22,582,000	-3,552,000	19,030,000	84%
07.2.01	REC	46,678,000	14,194,000	60,872,000	130%
Total		119,533,000	-9,598,000	109,935,000	92%

- * BCT Sécurité transfusionnelle et technologie clinique
- CAH Santé de l'enfant et de l'adolescent
- CPC Maladies transmissibles : prévention, lutte et éradication
- CRD Maladies transmissibles : recherche et développement des produits
- CSR Maladies transmissibles : surveillance
- DPR Prévention des incapacités et des traumatismes et réadaptation
- EDM Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques
- EHA Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours
- FOS Salubrité des aliments
- GPE Bases factuelles à l'appui des politiques de santé
- HIV Virus d'immunodéficience humaine et syndrome d'immunodéficience acquise
- HPR Promotion de la santé
- HSD Développement durable
- IMD Gestion et diffusion de l'information sanitaire
- IVD Vaccination et mise au point de vaccins
- MAL Paludisme
- MNH Santé mentale et toxicomanies
- MPS Pour une grossesse à moindre risque
- NCD Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles
- NUT Nutrition
- OSD Organisation des services de santé
- PHE Santé et environnement
- REC Mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats
- RHR Santé génésique : recherche et élaboration de programmes
- RPC Politique et promotion en matière de recherche
- TOB Tabac
- TUB Tuberculose
- WMH Santé et développement de la femme

ANNEXE 3

MISE EN OEUVRE DU BUDGET ORDINAIRE DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE (Fonds provenant d'autres sources)

Domaine d'activité		Budget	Fonds	Fonds	Taux de réalisation
No de	Sigle*	approuvé	disponibles	utilisés	par rapport à
série					l'allocation initiale
		1	2	3	4
01.1.01	CSR	4,500,000	14,190,000	9,281,000	206%
01.2.01	CPC	65,000,000	8,584,000	7,022,000	11%
01.4.01	MAL	34,500,000	50,846,000	38,763,000	112%
01.5.01	TUB	2,000,000	7,205,000	4,319,000	216%
02.1.01	NCD	1,000,000	754,000	694,000	69%
02.2.01	TOB	1,000,000	1,488,000	1,129,000	113%
02.3.01	HPR	0	410,000	302,000	
02.4.01	DPR	0	1,576,000	967,000	
02.5.01	MNH	500,000	176,000	59,000	12%
03.1.01	CAH	7,000,000	12,043,000	9,332,000	133%
03.2.01	RHR	1,684,000	3,684,000	1,158,000	69%
03.3.01	MPS	0	864,000	634,000	
03.4.01	WMH	32,000	279,000	156,000	488%
03.5.01	HIV	30,000,000	21,590,000	16,501,000	55%
04.1.01	HSD	268,000	3,858,000	3,007,000	1122%
04.2.01	NUT	0	104,000	85,000	
04.3.01	PHE	0	150,000	25,000	
04.5.01	EHA	0	20,846,000	14,696,000	
05.1.01	EDM	499,000	4,382,000	3,315,000	664%
05.2.01	IVD	91,832,000	199,099,000	171,531,000	187%
05.3.01	BCT	0	106,000	99,000	
06.1.01	GPE	0	545,000	17,000	
06.2.01	IMD	0	27,000	23,000	

06.3.01	RPC	0	139,000	76,000	
06.4.01	OSD	794,000	7,047,000	3,454,000	435%
07.2.01	REC	3,273,000	6,421,000	5,314,000	162%
08.1.01	BMR	450,000	758,000	717,000	159%
08.2.01	HRS	2,459,000	2,858,000	2,263,000	92%
08.3.01	FNS	5,141,000	4,322,000	4,322,000	84%
Total		251,932,000	374,351,000	299,261,000	119%

- * BCT Sécurité transfusionnelle et technologie clinique
- BMR Budget et réforme administrative
- CAH Santé de l'enfant et de l'adolescent
- CPC Maladies transmissibles : prévention, lutte et éradication
- CSR Maladies transmissibles : surveillance
- DPR Prévention des incapacités et des traumatismes et réadaptation
- EDM Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques
- EHA Préparations aux situations d'urgence et organisation des secours
- FNS Gestion financière
- GPE Bases factuelles à l'appui des politiques de santé
- HIV Virus d'immunodéficience humaine et syndrome d'immunodéficience acquise
- HPR Promotion de la santé
- HRS Ressources humaines
- HSD Développement durable
- IMD Gestion et diffusion de l'information sanitaire
- IVD Vaccination et mise au point de vaccins
- MAL Paludisme
- MNH Santé mentale et toxicomanies
- MPS Pour une grossesse à moindre risque
- NCD Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles
- NUT Nutrition
- OSD Organisation des services de santé
- PHE Santé et environnement
- REC Mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats
- RHR Santé génésique : recherche et élaboration de programmes
- RPC Politique et promotion en matière de recherche
- TOB Tabac
- TUB Tuberculose
- WMH Santé et développement de la femme

