

AFR/RC55/2

Activités de l’OMS dans la Région africaine

2004

Rapport annuel du Directeur régional



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de l’Afrique
Brazzaville

AFR/RC55/2
ORIGINAL: ANGLAIS

Activités de l’OMS dans La région africaine

2004

Rapport annuel du Directeur régional

Cinquante cinquième session
du Comité régional de l’Afrique,
Maputo, Mozambique
22–26 Août 2005

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de l’Afrique
Brazzaville • 2005

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS
Activités de l'OMS dans la Région africaine
Rapport annuel du Directeur régional

1. Organisation mondiale de la Santé
2. Priorités sanitaires
3. Planification régionale; Santé
4. Afrique

ISBN 92 9 031 104 5 (Classification NLM : WA 541)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
(2005)

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 droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Imprimé en 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 durant l'année 2004.*

*Dr Luis Gomes Sambo
Directeur régional*

SOMMAIRE

	Page
ABRÉVIATIONS	vi
	Paragraphes
INTRODUCTION	1– 7
PREMIÈRE PARTIE : MISE EN OEUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2004–2005 POUR L’ANNÉE 2004	8–284
RÉALISATIONS NOTABLES	8–201
Développement et gestion d’ensemble des programmes	8–37
Développement des systèmes et services de santé	38–61
Lutte contre les maladies transmissibles	62–97
Lutte contre les maladies non transmissibles	98–129
Santé de la famille et santé génésique	130–163
Milieux favorables à la santé et développement durable	164–188
Administration et finances	189–201
FACTEURS INFLUANT SUR LA MISE EN OEUVRE DU BUDGET PROGRAMME POUR 2004	202–208
Facteurs favorables	202–205
Facteurs défavorables	206–208
DEUXIÈME PARTIE : RAPPORT SUR LA MISE EN OEUVRE DES RÉOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL	209–284
Élimination de la lèpre dans la Région africaine	209–213
Programme régional de lutte contre la tuberculose	214–218
Stratégie régionale pour les opérations d’urgence et l’action humanitaire	219–224
Surveillance épidémiologique intégrée des maladies: Stratégie régionale pour les maladies transmissibles	225–229
Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003–2005	230–233
Santé et environnement : Stratégie de la Région africaine	234–238
Pauvreté et santé : Stratégie de la Région africaine.....	239–243
Développement des ressources humaines pour la santé : Accélérer la mise en œuvre de la Stratégie régionale.....	244–251
Macroéconomie et santé : Perspectives dans la Région africaine.....	252–257
Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives.....	258–264
Intensification des interventions contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme dans la Région africaine de l’OMS	265–269
Mise en œuvre de l’Initiative «3 millions d’ici 2005» dans la Région africaine	270–275
Mise en œuvre de la stratégie régionale de lutte contre le paludisme dans la Région africaine	276–280
Éradication de la poliomyélite	281–284
CONCLUSION	285–295

ANNEXES

	Page
1. Mise en œuvre du Budget Programme 2004–2005, Bureau régional,	62
2. Mise en œuvre du Budget Programme 2004–2005, Pays	63
3. Mise en œuvre du Budget Programme 2004–2005, Autres sources.....	64

LISTE DE FIGURES

1. Cartographie des services de santé disponibles en Ouganda, 2004	9
2. Etats Membres ayant une politique nationale pharmaceutique, Région africaine de l’OMS	10
3. Abordabilité des traitements standard pour l’asthme et le diabète dans quelques pays	11
4. Contrôle de la qualité des antituberculeux dans quelques pays	12
5. Dons de sang à Bobo Dioulasso, Burkina Faso	13
6. Prévalence du VIH/SIDA parmi les donneurs de sang à Bobo Dioulasso	14
7. Incidence saisonnière de la méningite cérébro-spinale.....	15
8. Nombre de cas de ver de guinée notifiés par pays, 2003–2004	16
9. Prévalence du VIH chez l’adulte dans la Région africaine	18
10. Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral	19
11. Programmes nationaux de lutte antituberculeuse : Sources de financement	20
12. Taux de dépistage de la tuberculose dans la Région africaine de l’OMS pour la période 1994–2003	21
13. Distribution géographique du poliovirus sauvage dans la Région africaine de l’OMS, 2003–2004	21
14. Taux de couverture vaccinale par le DTC3 notifié dans certains pays.....	22
15. Adoption de l’ACT	24
16. Coût total du paludisme au Ghana, 2002	25
17. Mise en œuvre de la PCIME dans la Région africaine, décembre 2004	31
18. Impact de la PCIME sur la réduction de la mortalité en Tanzanie, 2003	32
19. Situation de la lèpre dans la Région africaine, début de 2004	48
20. Couverture par le DOTS dans la Région africaine en 2003	49

LISTE DE TABLEAUX

1. Prévalence de la lèpre et cas dépistés dans la Région africaine, 1994-2003	47
---	----

ABBREVIATIONS

ACT	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
AED	Academy for Educational Development
AFRO	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
AGFUND	Programme du Golfe arabe pour les organisations de développement des Nations Unies
AM	Artemether
APADOC	Alliance des parents, des adolescents et des communautés
AQ	Amodiaquine
AVS	Activités de vaccination supplémentaires
AWARE-RH	Initiative AWARE-RH
BASIC	British Association for Immediate Care
CCAARDS	Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires
CCRA	Commission régionale de certification africaine
CCS	Stratégie de Coopération avec les pays
CDC	Centres de lutte contre la maladie
CE	Commission européenne
CMS	Commission Macroéconomie et Santé
CPSM	Centre pluripathologique de surveillance des maladies
CREPA	Centre régional pour l'Eau potable et l'Assainissement
DCT	Diphtérie, coqueluche et tétanos
DFID	Department for International Development (Royaume Uni)
DOTS	Traitement de courte durée sous observation directe
EDCTP	Partenariat entre les pays européen et les pays en voie de développement pour les essais cliniques
EIP	Equipes interpays
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FL	Filariose lymphatique
FMI	Fonds Monétaire International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FRP	Initiative Faire reculer le paludisme
FCTC	Accord-cadre pour la lutte anti-tabac
GAEL	Alliance mondiale pour l'élimination de la lèpre
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GDF	Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux
GFATM	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
GPN	Réseau privé mondial
GTZ	<i>(Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit)</i>
HRH	Ressources humaines pour la santé
IDSR	Surveillance intégrée de la maladie et riposte
IST	Infection sexuellement transmissible
JNV	Journée nationale de vaccination
LM	Luméfantrine
MAP	Projet multisectoriel de lutte contre le SIDA
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MNT	Maladie non transmissible
MOSS	Normes minimales de sécurité opérationnelle
MSF	Mutilations sexuelles féminines
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OIM	Organisation internationale pour les Migrations
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUDI	Organisation des Nations Unies pour le développement industriel

ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PLWA	Personne vivant avec le SIDA
PPS	Programme de partenariat stratégique
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant (du VIH)
RH	Santé génésique
RHL	Bibliothèque de la santé génésique
RIACSO	Bureau régional de coordination et d'appui interinstitutions
SADC	Communauté de Développement de l'Afrique australe
SCP	Stratégie de coopération avec les pays
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
TARV	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TPI	Traitement préventif intermittent
UA	Union Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience acquise
WHA	Assemblée mondiale de la Santé

INTRODUCTION

1. Le présent rapport du Directeur régional fait le point des activités de l’OMS dans la Région africaine pendant la première année du Budget programme 2004–2005, qui fait partie du Dixième Programme Général de Travail (2002–2005).
2. La période couverte par le rapport marque un tournant dans la direction du Bureau Régional car elle marque la fin du mandat du Dr. Ebrahim Malick Samba comme Directeur Régional et ouvre un nouveau chapitre dans les activités de l’OMS dans la Région africaine avec l’élection du Dr Luis Gomes Sambo comme nouveau Directeur régional.
3. Ainsi que les représentants de l’OMS l’ont indiqué, on note de nombreux succès. Parmi ceux-ci, on peut citer l’amélioration de la performance, le renforcement des effectifs, l’amélioration de la qualité du personnel, de l’appui technique apporté aux pays, et de la qualité des interventions, et l’augmentation rapide des fonds provenant d’autres sources.
4. Cependant, de nombreux défis demeurent. Parmi ceux-ci figurent la faiblesse et la fragmentation des systèmes de santé; l’insuffisance des ressources nécessaires pour intensifier les interventions dont l’efficacité par rapport au coût est avérée; l’accès limité des pauvres aux technologies et services sanitaires disponibles; la gestion inappropriée des ressources humaines pour la santé, qui aggrave la fuite des cerveaux; la mise en vigueur laxiste des politiques qui s’attaquent aux déterminants de la santé; l’insuffisance des informations nécessaires pour la prise de décision; la récurrence des catastrophes naturelles ou provoquées par l’homme et des situations d’urgence; et une pauvreté extrême.
5. Devant ces défis, le Budget Programme 2004–2005 a identifié certains domaines d’activité prioritaires; certains d’entre eux sont nouveaux et d’autres avaient déjà été mentionnés dans le Budget Programme 2002–2003. Le domaine d’activité Protection de l’environnement humain est une priorité nouvelle alors que d’autres domaines comme Pour une maternité sans risque, Santé de l’enfant, et Systèmes de santé et Médicaments essentiels, sont des priorités héritées du budget précédent.
6. Le présent rapport fait le point des activités menées pour faire face aux priorités régionales et nationales en s’appuyant sur tous les domaines d’activité qui ont été regroupés sous la bannière des différentes divisions concernées. Il présente les réalisations du Bureau régional et des 46 bureaux de pays de l’OMS dans le cadre de l’appui au développement sanitaire dans la Région africaine.
7. Le rapport comprend deux parties principales. La première partie décrit les principales réalisations et les facteurs ayant favorisé ou entravé la mise en œuvre du Budget programme. La deuxième partie présente les progrès accomplis dans la mise en œuvre des résolutions adoptées lors des diverses sessions du Comité régional. Les taux d’exécution du budget régulier et des fonds provenant d’autres sources sont résumés dans les trois annexes.

PREMIÈRE PARTIE : MISE EN OEUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2004–2005 POUR L'ANNÉE 2004

RÉALISATIONS NOTABLES

DÉVELOPPEMENT ET GESTION D'ENSEMBLE DES PROGRAMMES

8. Dans le cadre du Développement et de la gestion d'ensemble des programmes, les interventions menées dans les huit domaines d'activité portent essentiellement sur le renforcement des capacités à des fins de transparence et de responsabilisation, l'appui aux équipes des pays, la mobilisation des ressources extrabudgétaires, la production d'informations fondées sur des bases factuelles, la participation à la prise des décisions institutionnelles, la mise en œuvre du système de gestion axé sur les résultats, l'amélioration de la connaissance, et la diffusion d'informations fiables en temps voulu.

Directeur général, Directeurs régionaux et fonctions indépendantes (DGO)

9. Malgré les progrès réalisés en matière de santé, l'état sanitaire des populations du monde, en particulier les populations d'Afrique, nécessite le renforcement des efforts de coordination impliquant tous les niveaux de l'Organisation. Les pays ont été au centre des politiques et interventions de l'OMS, surtout les pays en difficulté. En tant qu'organisation à caractère technique, l'OMS assume des fonctions essentielles qui consistent à faire un plaidoyer auprès des partenaires pour l'augmentation et la pérennisation des investissements dans la santé, et à être pour les Etats Membres un conseiller technique et politique de haut niveau en matière de santé.

10. L'OMS intervient dans de nombreuses activités de plaidoyer de haut niveau. Elle s'est lancée dans des initiatives visant à soutenir et à étendre les partenariats pour la santé aux niveaux mondial et régional. En conséquence, les questions sanitaires et les autres questions concernant le développement humain ont été à l'ordre du jour de divers forums internationaux. L'OMS a fourni aux pays des politiques, des résolutions, et des conseils afin d'améliorer sa capacité à répondre à leurs besoins. En outre, l'Organisation a apporté un appui technique et financier à tous les Etats Membres, et surtout aux pays en difficulté.

11. Parmi les réalisations notables, on peut citer :

- a) l'amélioration de la coopération entre l'OMS et les divers partenaires qui oeuvrent au développement sanitaire grâce à des activités de sensibilisation de haut niveau et à la participation à plusieurs forums internationaux et régionaux sur les questions relatives à la santé;
- b) le renforcement de la coopération avec les pays grâce à des missions de sensibilisation auprès des chefs d'Etat et de Gouvernement de la Région africaine;
- c) l'amélioration de la collaboration avec le Siège grâce à l'intensification des consultations et à la coordination des efforts axés sur les pays, et grâce à une participation accrue du Siège aux sessions du Comité régional et aux réunions régionales du programme;
- d) l'amélioration de la capacité des pays à faire face à des situations exceptionnelles telles que les tremblements de terre, les explosions d'armes, les inondations, les épidémies, la famine, et les déplacements de population;

- e) le décaissement des fonds catalyseurs provenant du Fonds de développement du Directeur régional pour répondre aux besoins des groupes vulnérables qui en ont le plus besoin, y compris les orphelins du SIDA, les enfants de la rue, et les femmes en détresse¹, qui s'élèvent en tout à US\$ 206 600;
- f) la contribution à la mise en oeuvre des programmes prioritaires tels que la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA, du paludisme, de la tuberculose, des maladies de l'enfance, et les complications liées à la maternité dans plusieurs pays.

Présence de l'OMS dans les pays (SCC)

12. L'intégration de la stratégie en faveur des pays à tous les niveaux de l'Organisation a permis de porter les besoins des pays au centre des préoccupations. Toutefois, dans leur stratégie de coopération avec les pays, les États Membres ont demandé à l'OMS d'assumer un rôle plus technique en facilitant l'établissement de partenariats au niveau des pays, et de leur apporter un appui pour le renforcement de leurs systèmes de santé.

13. La réponse de l'OMS est fondée sur les besoins énoncés dans les politiques axées sur les pays. Celles-ci mettent l'accent sur la promotion des programmes, l'appui technique, et sur le renforcement des compétences des équipes de pays pour leur permettre de répondre efficacement aux besoins nationaux.

14. Dans ce domaine, les principales réalisations sont les suivantes:

- a) achèvement de la formulation des SCP dans six autres pays, ce qui porte à 45 le nombre total de pays disposant de leur propre document SCP;
- b) examen minutieux des documents SCP et présentation de ceux-ci à la Réunion générale du Programme (RPM 33) pour donner une orientation au Programme et se concentrer sur les bureaux régionaux et les bureaux des pays;
- c) organisation d'un atelier à Nairobi à l'intention de 45 cadres supérieurs venant des pays, des régions, et du Siège pour mettre en place une nouvelle méthodologie de travail à tous les niveaux de l'OMS, mettre en place des programmes dans l'Organisation, et proposer un cadre en cinq points pour le renforcement, en fonction des résultats, de l'appui de l'OMS afin d'accroître l'efficacité de sa réponse au niveau des pays;
- d) renforcement systématique, à travers la Région, de l'appui de l'OMS aux pays pour améliorer leurs résultats sanitaires en commençant par le Kenya, le Malawi et la Tanzanie, en recourant au cadre en cinq points qui tient compte de la stratégie de coopération avec le pays; intégration du domaine d'activité Développement des systèmes de santé; redéfinition du profil des équipes de pays; renforcement des capacités pour la gestion administrative et financière et pour l'administration de la connaissance; et application du principe Plan unique, Budget unique par pays.
- e) organisation de deux réunions régionales du Programme à l'intention des représentants de l'OMS, des conseillers régionaux et des participants venant du Siège;
- f) participation à deux réunions inter-régionales du Réseau des unités chargées de l'appui aux pays à Copenhague et au Caire, et à une réunion inter-régionale des responsables de la planification à Washington DC, qui ont débouché sur l'élaboration d'un modèle mondial de SCP; renforcement de la corrélation entre la SCP et le processus de la planification, et l'allocation des ressources; renforcement de l'appui apporté par l'OMS aux systèmes nationaux de santé; et amélioration du système de gestion axée sur les résultats et du Onzième Programme Général de Travail.

¹ Dans les pays suivants: Angola, Cameroun, République du Congo, Gambie, Kenya, Liberia, Madagascar, Sénégal.

Mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats (REC)

15. Compte tenu de l'épuisement des ressources dans la plupart des pays de la Région et de la détérioration rapide de la santé des populations, un accent particulier a été mis sur la mobilisation des ressources extrabudgétaires. Par ailleurs, un appui a été apporté pour l'intensification des activités d'IEC en vue d'une sensibilisation accrue aux problèmes de santé, et de la promotion des activités et de la visibilité de l'Organisation dans la Région.

16. Le renforcement des capacités pour la gestion des projets aux niveaux régional et national a permis de renforcer la crédibilité de l'OMS aux yeux des partenaires. En conséquence, les organismes de financement choisissent de plus en plus l'OMS comme agence d'exécution pour leurs projets sanitaires dans les pays.

17. En 2004, au total 19 accords de coopération ont été signés avec divers organismes de financement et partenaires pour la mise en œuvre des projets dans les Etats Membres.² Les accords signés avec la Banque Mondiale, la Banque africaine de Développement, USAID, la Fondation Ford, l'Agence de l'Energie atomique, l'Organisation Africaine de la Propriété intellectuelle et diverses organisations non gouvernementales se sont élevés à plus de US\$ 15 000 000. Ces résultats ont été facilités non seulement par une meilleure connaissance par les uns et les autres des procédures de financement et de mise en œuvre des projets avec la collaboration des partenaires, mais aussi par une amélioration de la collaboration et des échanges d'informations entre les divisions du Bureau régional, le Siège et les pays.

18. Le Bureau régional poursuit ses efforts pour renforcer les capacités pour la mise en œuvre et le suivi des projets et la mobilisation des ressources en organisant des ateliers de formation à la négociation à l'intention de tout le personnel.

19. Parmi les activités menées dans le domaine de l'information du public et de la communication, on peut citer la production et la distribution de matériels audiovisuels en vue de leur diffusion sur les médias électroniques aux niveaux national et régional; la préparation de communiqués de presse et de dossiers; l'organisation de points de presse et de conférences; et la publication de périodiques tels que l'*Observatoire de la Santé*.

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

20. Les principaux problèmes rencontrés dans ce domaine sont : l'absence d'une culture de la production et de l'utilisation des bases factuelles pour la prise des décisions ; la faiblesse des investissements dans la production et la diffusion de données factuelles à l'appui des politiques de santé aux niveaux tant régional que national; l'insuffisance, dans les ministères de la santé, des capacités nécessaires pour dégager des bases factuelles ; l'absence de données fiables, opportunes et utilisables sur les systèmes d'enregistrement des statistiques essentielles concernant le coût, l'efficacité et l'efficience des interventions (et des structures sanitaires) en faveur des pauvres.

21. L'OMS a réagi en donnant des orientations stratégiques et en apportant un appui approprié aux pays pour le renforcement des capacités en vue de la production des données factuelles dans la Région africaine. Le Comité consultatif africain pour l'économie de la santé, qui a été mis en place, a tenu sa première réunion en novembre. Un plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information sanitaire aux niveaux régional et national a été élaboré, et une base régionale de données intégrées a été créée. Une version actualisée de la base de données sur les indicateurs de santé a été élaborée et testée, et est en train d'être utilisée. En étroite collaboration avec le Groupe pour la technologie de l'information et de la communication et le Comité website du Bureau régional, la publication officielle du site Internet du Bureau régional a été lancée, notamment l'hébergement au Siège des sites Web des pays.

² Botswana, Gambie, Kenya, Liberia, Madagascar, Mauritanie, Tanzanie, Tchad Togo, Swaziland.

22. Le Plan stratégique de l'économie de la santé pour la Région africaine de l'OMS 2006–2015 a été élaboré et une version révisée du projet de document sur les principaux indicateurs a été préparée. Des documents techniques sur l'état d'avancement des activités des comités nationaux de recherche en bioéthique dans la Région africaine de l'OMS, la croissance de la productivité, les progrès techniques et l'amélioration de l'efficacité dans les hôpitaux publics en Angola, la documentation des meilleures pratiques en santé, et les déterminants de l'appropriation du système d'assurance-maladie parmi les femmes sud-africaines ont été élaborés.

Organes directeurs (GBS)

23. Les organes directeurs de l'OMS sont des structures administratives et politiques chargées d'élaborer des politiques sanitaires et de veiller à leur mise en oeuvre. En Afrique en particulier, les politiques sanitaires visent à assurer le développement durable des États Membres. Le rôle des organes directeurs consiste à veiller à ce que l'OMS respecte ses engagements, c'est-à-dire qu'elle donne des conseils aux pays et leur apporte l'appui technique nécessaire pour la mise en oeuvre de leurs politiques sanitaires, ce qui reste un défi pour l'OMS.

24. En 2004, un accent particulier a été mis sur la diffusion des informations entre les pays, les bureaux des pays, le Bureau régional, et le Siège. Ce nouvel effort a permis aux États Membres de participer efficacement aux diverses réunions des organes directeurs de l'OMS. La cinquante-quatrième session du Comité régional, qui s'est tenue à Brazzaville, a été marquée par l'élection du Dr Luis Gomes Sambo, précédemment Directeur de la Gestion des Programmes, au poste de Directeur régional.

25. Les délégations africaines ont non seulement participé, mais aussi apporté une contribution importante à la cent-treizième session du Conseil exécutif et à la cinquante-septième session de l'Assemblée mondiale de la Santé. L'engagement des délégations africaines a été décisif en ce sens qu'il a permis de prendre en compte les réalités sanitaires de la Région africaine dans les directives et les recommandations des organes directeurs.

Planification, suivi et évaluation des programmes (BMR)

26. Dans le cadre de la réorganisation du processus gestionnaire de l'OMS, le Bureau régional a mis l'accent sur l'introduction du système de gestion axée sur les résultats, qui s'appuie sur des procédures cohérentes et uniformes pour la planification, la budgétisation, la mise en oeuvre et le suivi des programmes, et l'établissement des rapports. Ces activités continuent à poser des problèmes de gestion dans la Région. A cet égard, un des nouveaux défis consiste à intégrer la Stratégie de coopération avec les pays dans le processus gestionnaires de l'OMS au niveau des pays.

27. Le Bureau régional modifie constamment son approche de la planification, du suivi et de l'évaluation des programmes pour faire face aux nouveaux défis sanitaires, au manque de ressources et à la quête d'une amélioration de la fourniture des services aux États Membres. Des progrès ont été réalisés au cours des deux dernières périodes biennales en ce qui concerne la cohérence et l'uniformisation des processus de planification et de suivi, mais beaucoup reste à faire en ce qui concerne le contrôle de la qualité, et les outils de mesure et de suivi de la performance. L'autre défi consiste à préparer le personnel de l'OMS à l'utilisation des méthodes de gestion des programmes et des outils et techniques connexes.

28. La planification suppose une interaction entre le Siège, le Bureau régional et les pays; ce processus a été institutionnalisé dans la Région africaine afin de rationaliser l'appui de l'OMS aux bureaux des pays. Les outils d'évaluation de la performance tels que les produits ou services qui peuvent être fournis, les indicateurs de performance, et les outils traditionnellement utilisés pour l'évaluation des résultats financiers ont été adoptés et sont largement utilisés dans la Région. Grâce à la mise en place du Système de gestion des Activités (AMS), le Bureau régional et 11 bureaux de

pays³ sont actuellement dotés d'un système d'information pour la planification et le suivi de la performance des programmes. Le personnel de l'OMS et leurs homologues des ministères de la santé ont bénéficié de séances d'information sur la planification axée sur les résultats, et sur la surveillance de la performance.

Politique et coordination en matière de recherche (RPC)

29. En 2004, les activités de recherche ont essentiellement consisté à aider les pays à identifier et à mener des recherches, et à trouver des interventions visant à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) concernant la santé ou liées à celle-ci. Une consultation régionale réunissant des chercheurs et des décideurs a été organisée à Brazzaville, Congo, du 14 au 16 avril pour finaliser le projet de rapport mondial sur les connaissances pour une meilleure santé. Les participants à cette consultation ont recommandé aux gouvernements de s'approprier, de prendre en mains, et d'élaborer des politiques et des stratégies nationales de santé susceptibles de créer un environnement favorable pour soutenir la recherche sur les OMD. Ils ont en outre demandé aux gouvernements de faire la preuve de leur engagement actif à transformer les résultats de cette recherche en politiques et en stratégies permettant de réaliser les OMD.

30. Le Bureau régional a apporté un appui financier et technique à l'Algérie et au Cap Vert pour l'élaboration de leurs politiques de recherche en santé. Cinq pays⁴ ont participé à une étude concernant la recherche sur les systèmes de santé qui s'appuie sur des outils élaborés par l'OMS afin de renforcer leur propre système.

31. Le Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires s'est réuni du 27 au 29 Octobre pour élaborer un document sur la Position africaine, qui a été présenté au Sommet ministériel sur la recherche en santé qui s'est tenu à Mexico du 16 au 20 novembre et qui avait pour but d'encourager la communauté internationale à investir davantage dans la recherche en santé. Le Comité a en outre aidé à la préparation d'une Position africaine commune sur la Convention internationale contre le clonage des êtres humains à des fins de reproduction.

32. Le Partenariat entre les pays européens et les pays en développement sur les essais cliniques a tenu son premier forum en septembre pour examiner les premières phases des projets, dont certaines comprennent le renforcement des capacités des chercheurs africains. Les maladies cibles sont le VIH/SIDA, le paludisme, et la tuberculose; conformément aux recommandations du Sommet d'Abuja en l'an 2000, bon nombre de ces projets portent sur l'utilisation de nouveaux médicaments et des vaccins utilisés pour ces maladies mortelles.

Gestion et diffusion de l'information sanitaire (IMD)

33. Des informations fiables et communiquées à temps 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, aux chercheurs, et au grand public. C'est un outil majeur au service de la promotion de la santé, et 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 des carences dans le domaine des communications, du coût et de la nature des informations à transmettre. Le domaine d'activité Gestion et diffusion de l'information sanitaire couvre l'édition, la traduction, l'impression, la diffusion et la conservation de toute la documentation produite au Bureau régional. La communication dans les délais appropriés d'informations sanitaires et biomédicales reposant sur des bases concrètes à ses Etats Membres, à ses partenaires, aux personnels concernés et au grand public demeure la responsabilité de l'OMS.

³ Burundi, Côte d'Ivoire, Erytrée, Guinée, Kenya, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Rwanda.

⁴ Cameroun, Ghana, Kenya, Sénégal, Tanzanie.

34. Pendant la période considérée, tous les documents destinés à la cinquante-quatrième session du Comité régional ont été édités, traduits, publiés et envoyés aux Etats Membres dans les trois langues de travail de la Région.

35. L'unité chargée de la gestion et de la diffusion de l'information sanitaire a été équipée afin d'améliorer la production de l'information au Bureau régional. En même temps, de nombreux autres outils de formation, des manuels, des guides, et des modules ont été publiés ou sont en cours de publication pour aider à la mise en œuvre des programmes. Afin de stimuler la recherche, d'améliorer la qualité des revues médicales africaines et de mieux les faire connaître, le Bureau régional a continué à collaborer avec le Forum des Rédacteurs africains de revues médicales.

36. La bibliothèque du Bureau régional a été réouverte et rénovée. Sa base de données compte actuellement plus de 1200 entrées bibliographiques (dont certaines avec des textes *in extenso*) et elle continue de publier le bulletin mensuel appelé *Info Digest*. Afin de promouvoir les Bibliothèques Bleues, 60 autres responsables provenant de quatre pays ont été formés.

37. Un centre multi-médias pour la formation du personnel et d'autres chercheurs à l'utilisation d'Internet est désormais opérationnel. Le Bureau régional a participé au Neuvième congrès de l'Association pour l'Information et les Bibliothèques de santé en Afrique (AIBSA), qui s'est tenue au Malawi du 24 au 29 octobre.

DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES ET SERVICES DE SANTÉ

38. La situation des systèmes de santé des pays de la Région africaine a continué d'empirer en raison de l'insuffisance des financements, de la pénurie des ressources humaines et l'accès limité aux médicaments essentiels et aux technologies de la santé, et notamment au sang non contaminé. Cette situation a été pour beaucoup dans l'aggravation des indicateurs de santé actuels, entravant de ce fait la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

39. La Division du Développement des systèmes et services de santé, qui est prête à face à cette situation, couvre trois domaines d'activité, à savoir : Organisation des services de santé (OSD); Médicaments essentiels : Accès, qualité et usage rationnel (EDM); et Sécurité transfusionnelle et technologie clinique (BTC).

Organisation des services de santé (OSD)

40. Face à l'insuffisance des ressources humaines, financières et matérielles, les pays sont en train d'entreprendre des réformes pour réduire les inégalités, promouvoir la couverture sanitaire complète, et devenir plus efficaces afin de progresser dans la réalisation des OMD. Ils souhaitent par conséquent qu'on leur donne des orientations politiques pour la mise en œuvre de leurs réformes. En réponse à cette demande, l'OMS a constitué des bases de données sur les connaissances relatives aux systèmes de santé, favorisé le renforcement des capacités, et mis en place et appuyé les initiatives focalisées.

41. Pendant la période considérée, une des principales activités a consisté à renforcer les capacités du personnel de l'OMS et du personnel essentiel de l'OMS dans les pays pour leur permettre de faire efficacement leur travail dans le domaine du développement des systèmes de santé. A cet égard, une réunion des directeurs des services médicaux et d'autres hauts responsables a été organisée pour examiner le fonctionnement des systèmes de santé au niveau local. Les participants à cette réunion ont réaffirmé la pertinence de l'approche du système de santé de district, qui avait été approuvée par le Comité régional en 1987, et encouragé tous les pays à adopter cette approche pour assurer le fonctionnement de leurs systèmes de santé. En conséquence, le Bureau régional a élaboré et fourni des lignes directrices aux pays pour la formulation de politiques et plans nationaux, de même que pour le

fonctionnement des systèmes de santé de district. Cinq pays⁵ ont élaboré ou révisé leurs politiques ou plans stratégiques nationaux de santé.

42. Les pays manifestent actuellement un vif intérêt pour l'élaboration de nouveaux mécanismes de financement de la santé tels que l'assurance-maladie. Des travaux pour la mise en place d'un système national d'assurance-maladie sont en cours au Ghana, au Kenya et en Zambie. Au Kenya, un système national d'assurance-maladie a été approuvé par le parlement et sa mise en œuvre se poursuit. Cinq pays⁶ ont mené des activités sur les comptes nationaux de santé; une analyse de la situation a été réalisée au Botswana et aux Seychelles; un atelier d'orientation a été organisé au Tchad à l'intention des hauts responsables de l'Etat; par ailleurs, un atelier de formation a été organisé à l'intention du personnel technique du Département d'Economie de l'Université de Zambie; par ailleurs, un stage de formation a été organisé au Ghana (les participants venaient de Gambie, du Ghana, du Nigeria et de la Sierra Leone).

43. Pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire dans la Région africaine, la cinquante-quatrième session du Comité régional a adopté le document intitulé *Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire* (AFR/RC54/12 Rev.1). En application de cette résolution, le Bureau régional a apporté à dix pays⁷ un appui au renforcement de leurs systèmes d'information par l'évaluation de leurs systèmes de santé, la formulation de leurs politiques et plans, ou à passer en revue leurs outils de collecte de l'information sanitaire. Un outil de cartographie des services de santé disponibles a été introduit au Kenya, au Rwanda, en Tanzanie et en Ouganda pour le suivi, la mise en œuvre, et l'intensification des activités des programmes de santé. Cette cartographie porte essentiellement sur les personnels de santé, les équipements, et les infrastructures disponibles. En Ouganda, cette cartographie a permis d'identifier les sites PTME du VIH/SIDA (Figure 1) et cet exercice s'est avéré très utile aux autorités nationales. Des activités sont en cours en vue de l'utilisation de cet outil dans cinq autres pays.⁸

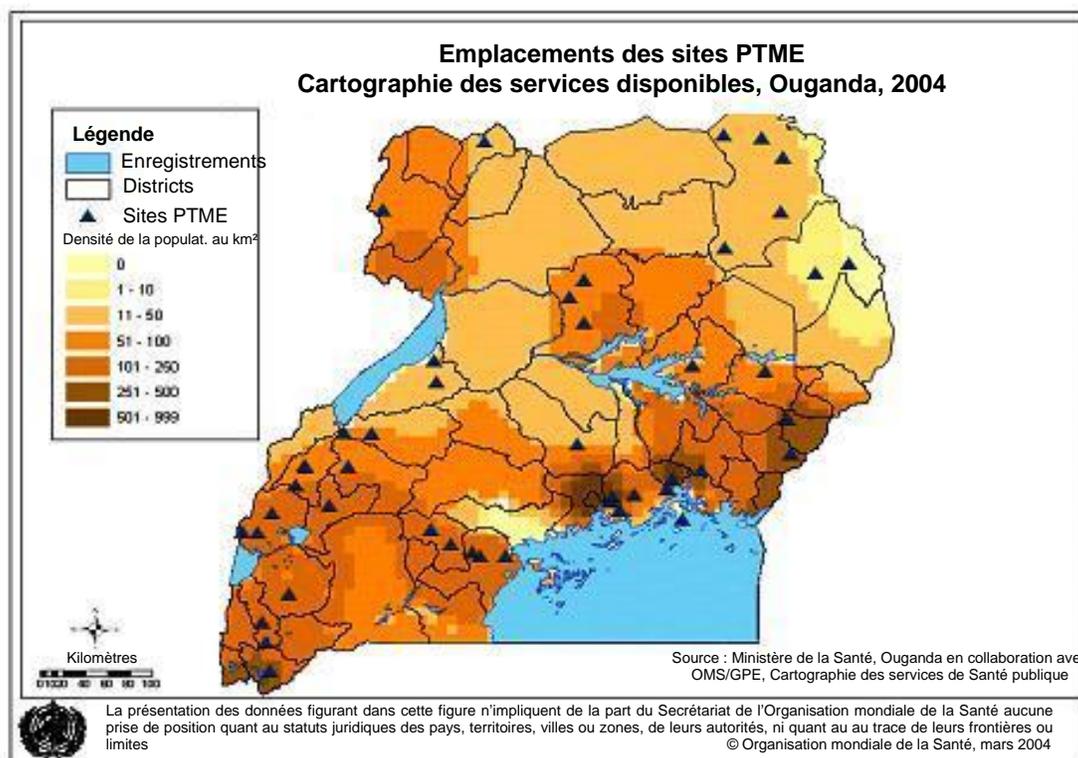
⁵ Burundi, Gabon, Mauritanie, République centrafricaine, Tanzanie.

⁶ Botswana, Seychelles, Swaziland, Tchad, Zambie.

⁷ Afrique du Sud, Burkina Faso, Cap Vert, Comores, République du Congo, Namibie, Nigeria, Seychelles, Tanzanie (Zanzibar), Tchad.

⁸ Botswana, Burkina Faso, Mozambique, Nigeria, Tanzanie.

Figure 1: Cartographie des services de santé disponibles en Ouganda, 2004



Source: Organisation mondiale de la Santé, mars 2004

44. Une étude récente⁹ a montré que 42 % des 31 pays couverts disposent de plans de développement des ressources humaines pour la santé; 55 % n'en ont pas, et 45 % d'entre eux ont dit avoir formulé une politique et une stratégie en la matière. En conséquence, le Bureau régional a apporté un soutien à 19 pays¹⁰ pour leur permettre de faire un analyse approfondie de la situation afin d'élaborer et de mettre en œuvre leurs politiques et plans nationaux.

45. Pour assurer la disponibilité de praticiens compétents et ayant les qualifications requises, la Division a évalué les programmes de formation avant l'emploi en soins infirmiers et en soins obstétriques dans quatre pays (Ethiopie, Ghana, Rwanda et Tanzanie). Les résultats de cette évaluation ont montré que les programmes d'études étaient adaptés aux besoins individuels des pays concernés. Les programmes de formation d'une durée de trois mois organisés de 1998 à 2001 à l'intention de divers cadres de la santé dans quatre pays (Cameroun, Mali, Namibie, Ouganda) et au Bureau régional ont également été évalués. Cette évaluation a montré que la participation des professionnels de la santé avait été importante (6574 participants), que les programmes de formation répondaient aux besoins des pays, que les matériels utilisés étaient de bonne qualité, mais que la coordination des activités laissait à désirer. On a également observé que ces activités étaient très onéreuses et que le suivi des stagiaires au niveau des pays était insuffisant; d'où la nécessité de mieux coordonner ces activités à l'avenir.

46. Le Burkina Faso a achevé une étude sur l'impact du VIH/SIDA sur les ressources humaines pour la santé ; elle portait essentiellement sur la perception par les individus du risque de contracter cette maladie à leur lieu de service. Cette étude a révélé que les agents de santé sont conscients des risques

⁹ OMS, *Rapport sur les ressources humaines pour la santé : Situation dans la Région africaine de l'OMS*, Brazzaville, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique, 2004.

¹⁰ Algérie, Burkina Faso, Botswana, Cap Vert, Comores, Ethiopie, Guinée, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Niger, Rwanda, République Centrafricaine, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Ouganda.

qu'ils courent en raison de l'insuffisance des mesures de protection dans les structures sanitaires et du peu de soutien que leur apportent leurs supérieurs hiérarchiques.

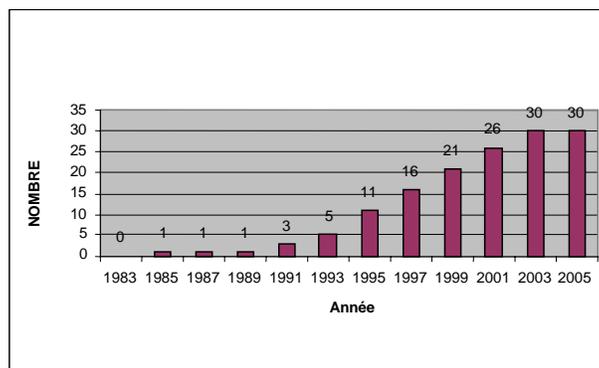
47. Grâce à une collaboration active avec des autres partenaires, le Bureau régional a préparé un document de stratégie sur la crise des ressources humaines en Afrique en vue du deuxième forum de haut niveau sur la réalisation des OMD en matière de santé. Ce forum a marqué une étape décisive dans le développement des ressources humaines pour la santé. Lors de ce forum, on a décidé d'élaborer un plan pour passer en revue les contraintes budgétaires qui entravent la dotation en personnel au niveau des pays, d'élaborer des mécanismes pour accélérer la réponse au niveau des pays et d'harmoniser les programmes, et de poursuivre la coopération avec les pays et avec tous les partenaires en vue de la mise en œuvre de ces décisions.

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

48. Dans la Région africaine, on observe des inégalités dans l'approvisionnement en médicaments essentiels; par ailleurs, les fonds alloués pour les médicaments essentiels sont insuffisants et près de la moitié des populations n'ont pas accès à ces médicaments. Dans ce domaine d'activité, l'accent a été mis sur l'appui aux pays pour l'élaboration, la mise en œuvre, et le suivi des politiques nationales pharmaceutiques; l'amélioration de l'accès aux médicaments, en particulier pour les programmes de santé prioritaires; les mesures à prendre pour garantir l'innocuité, la qualité et l'efficacité des médicaments; et les mesures à prendre pour rendre leur usage plus rationnel.

49. Pour améliorer l'accès aux médicaments, le Bureau régional a apporté un appui aux pays pour l'élaboration et la mise en œuvre de leurs politiques nationales pharmaceutiques. Les Comores et la République du Congo ont finalisé leur document de politique nationale pharmaceutique, et le Sénégal, la Sierra Leone et la Tanzanie ont élaboré un projet de politique ou révisé leur politique pendant l'année. Depuis 1983, de nombreux pays ont élaboré leur politique nationale pharmaceutique (Figure 2).

Figure 2 : États Membres ayant une politique nationale pharmaceutique, Région africaine de l'OMS



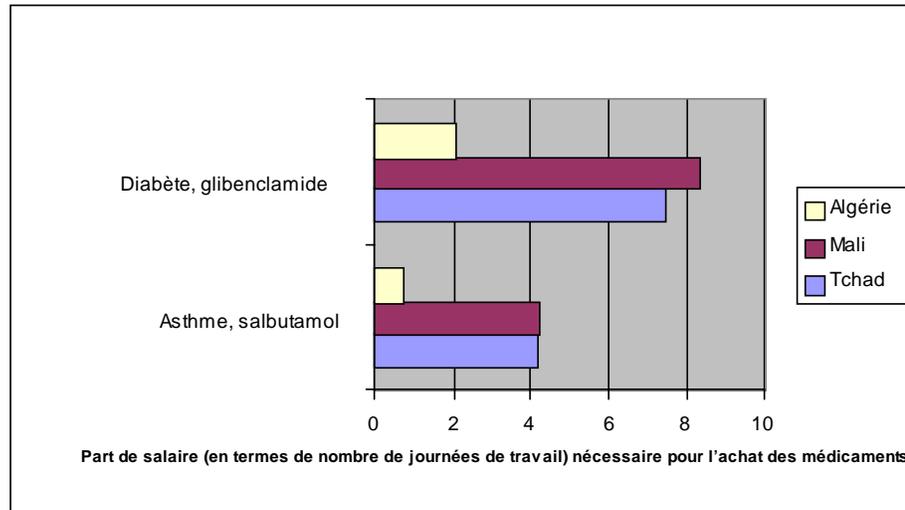
Source: OMS/AFRO/EDM

50. La Division a organisé des ateliers de formation à la conduite des enquêtes sur le prix des médicaments, et des autorités nationales de 11 pays¹¹ ont bénéficié d'une formation dans ce domaine. Les résultats de ces enquêtes ont montré que le coût d'un cours standard sur le traitement de l'asthme pour les agents de l'Etat les plus mal payés représente 4,2 journées de travail au Mali, 4,1 journées de travail au Tchad, et 0,7 journée de travail en Algérie. De même, pour les travailleurs du secteur privé,

¹¹ Afrique du Sud ,Algérie, Ethiopie, Ghana, Kenya, Mali, Niger, Tanzanie, Tchad, Ouganda, Zimbabwe.

le coût d'un cours standard d'un mois sur le traitement du diabète représente 8,3 journées de travail au Mali, 7,4 journées au Tchad, et 2 journées en Algérie. Les enquêtes sur le prix des médicaments ont permis de recueillir des informations fort utiles qui permettront aux pays d'identifier d'autres options possibles pour rendre le prix des médicaments essentiels plus abordable (Figure 3).

Figure 3 : Abordabilité des traitements standard pour l'asthme et le diabète dans quelques pays, 2004



Source: OMS/AFRO/EDM

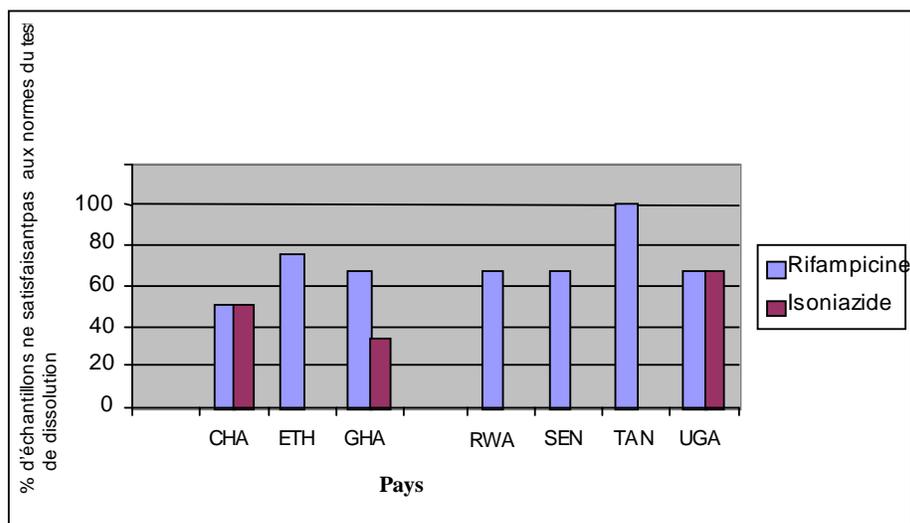
51. Avec l'appui du Bureau régional, cinq pays¹² ont renforcé leurs systèmes d'homologation des médicaments. A Potchefstroom (Afrique du Sud) et à Alger (Algérie), les experts de l'OMS ont évalué et redéfini le profil des centres collaborateurs pour l'assurance de la qualité des médicaments. L'Erythrée a mis en place un centre pour la surveillance des effets indésirables des médicaments; des conseillers ont évalué et apporté un appui aux autorités de réglementation pharmaceutique au Ghana, au Nigeria et en Tanzanie. Dix nationaux venant de cinq pays¹³ ont bénéficié d'une formation au contrôle de la qualité des médicaments antituberculeux et à la gestion des laboratoires d'analyses médicales. Les responsables de neuf pays¹⁴ ont collecté et analysé des échantillons pour le contrôle de la qualité des médicaments anti-tuberculeux, y compris la Rifampicine, l'Isoniazide et leurs associations. Cette étude a révélé des insuffisances en ce qui concerne les principes actifs et les profils de dissolution.

¹² Cap Vert, Guinée, Mali, Niger, Sénégal.

¹³ Cameroun, Mali, Niger, Nigeria, Ouganda.

¹⁴ Cameroun, Ethiopie, Ghana, Nigeria, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Tchad, Ouganda.

Figure 4: Contrôle de la qualité des antituberculeux dans quelques pays, 2004



Source: OMS/AFRO/EDM

52. Les experts du Bureau régional ont finalisé le livre intitulé, *African traditional medicine : the journey so far* (Médecine traditionnelle africaine : Le chemin parcouru). La deuxième Journée mondiale de la Médecine traditionnelle a été célébrée le 31 août avec pour thème, "Avancer la santé en Afrique avec la médecine traditionnelle". Le Bureau régional a apporté un appui à la République du Congo, à la République Démocratique du Congo, au Malawi et au Nigeria pour l'élaboration de leur politique en la matière et aidé le Malawi et le Nigeria à élaborer un cadre juridique pour la pratique de la médecine; en outre, il a apporté un appui au Malawi pour l'institution d'un code d'éthique et de déontologie de la médecine traditionnelle.

53. En collaboration avec la Commission scientifique, technique et de la recherche de l'Union africaine, la Division a fait une évaluation de la production locale de médicaments traditionnels au Burkina Faso, en République Démocratique du Congo, au Ghana, à Madagascar et au Nigeria afin d'identifier les domaines qui nécessitent un appui. Le Comité régional d'experts sur la médecine traditionnelle s'est réuni à Brazzaville du 16 au 19 novembre, et des échantillons de médicaments traditionnels ont été exposés dans le cadre de cette réunion. Les autorités de réglementation pharmaceutique de Madagascar et du Nigeria ont accordé des autorisations pour la commercialisation de médicaments traditionnels utilisés pour le traitement du diabète et de la drépanocytose.



Présentation de médicaments traditionnels dans un nouvel emballage

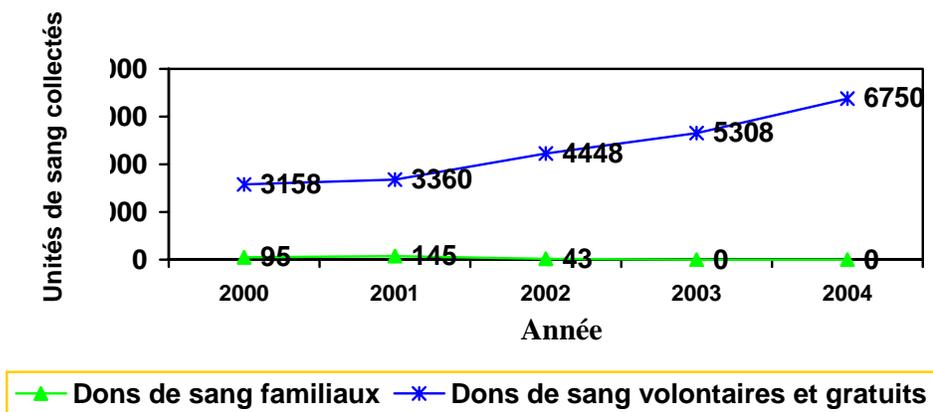
Sécurité du sang et technologie clinique (BCT)

54. Les besoins en technologies essentielles augmentent au fur et à mesure que les pays intensifient leurs interventions pour venir à bout des maladies prioritaires; d'où la nécessité d'élaborer et de mettre en oeuvre des politiques pour la sécurité du sang et la technologie clinique, de renforcer les capacités pour assurer des soins de qualité dans les services de santé, d'élaborer et de diffuser des lignes directrices, et d'élaborer et de mettre en oeuvre les modes opératoires normalisés adoptés au niveau national, et des mesures correctives.

55. Le domaine d'activité Sécurité du sang et technologie clinique a aidé le Lesotho, Madagascar, le Rwanda et la Tanzanie (Zanzibar) à finaliser leur politique nationale de sécurité transfusionnelle. Il a également entrepris une étude minutieuse sur les services de transfusion sanguine en Ethiopie et en Namibie, et apporté un appui à la République Démocratique du Congo pour l'élaboration d'un plan stratégique pour le développement des services de transfusion sanguine.

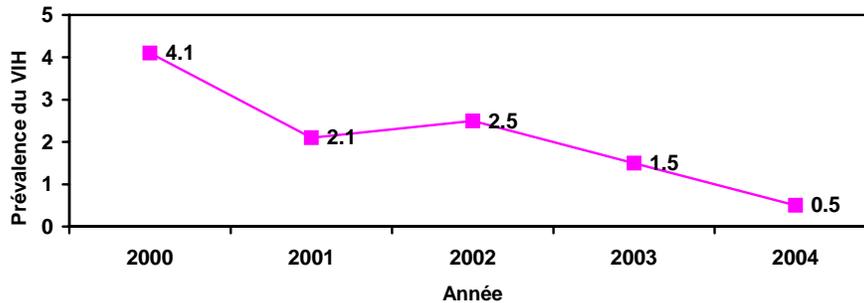
56. Cette unité a également organisé deux ateliers nationaux de formation à l'intention des recruteurs de donneurs de sang au Burkina Faso. Suite à cette formation, le système de recrutement des donneurs de sang a été amélioré et à Bobo Dioulasso, tous les donneurs de sang recrutés font maintenant des dons de sang volontaires (Figure 5). Cette amélioration a également abouti à une diminution de la prévalence du VIH parmi les donneurs de sang (Figure 6).

Figure 5 : Dons de sang à Bobo Dioulasso, Burkina Faso



Source: Centre de Transfusion sanguine, Bobo Dioulasso, Burkina Faso, 2004

Figure 6 : Prévalence du VIH parmi les donneurs de sang à Bobo Dioulasso, 2000–2004



Source: Centre de transfusion sanguine, Bobo Dioulasso, Burkina Faso 2004

57. A Bobo Dioulasso, Burkina Faso, 50 médecins ont participé à un atelier national sur l'utilisation clinique du sang. Lors de cet atelier, les lignes directrices nationales pour l'utilisation clinique du sang ont été finalisées et on a décidé de ne transfuser que la composante nécessaire aux patients. Depuis lors, les services de transfusion sanguine de Dioulasso préparent les composantes du sang.

58. Le Centre national de transfusion sanguine d'Abidjan a initié un programme régional d'évaluation externe de la qualité pour le groupage sanguin; 15 pays y participent, et 90 % des résultats obtenus ont été satisfaisants. Des mesures correctives sont en train d'être prises pour améliorer la qualité des services de transfusion sanguine peu performants.

59. En Ethiopie et en Namibie, un montant total de US\$ 416 939 a été mobilisé pour appuyer les programmes nationaux de transfusion sanguine. Suite à une analyse de la situation et à une évaluation des besoins, la priorité a été donnée au renforcement des capacités, à l'organisation et à la gestion, à la collecte des données et à la gestion de l'information, aux dons de sang volontaires, et à une étude sur le financement et la viabilité des services de transfusion sanguine.

60. Pour accroître l'efficacité des services de laboratoire, le Bureau régional a apporté un soutien pour la conception et la mise en oeuvre d'un ensemble de techniques de laboratoire médical essentielles dans deux hôpitaux de district en République du Congo. On a procédé à une évaluation rapide des programmes nationaux d'assurance de la qualité en Guinée, au Mali, et au Niger, et des plans d'action ont été élaborés pour la mise en oeuvre des mesures correctives. Au Cameroun, le Centre d'excellence de radiologie, qui assure la formation continue des techniciens de radiologie et des médecins radiologues de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, a formé un noyau composé de 16 formateurs nationaux en radiologie.

61. Les enquêtes menées à Kinshasa et dans certaines provinces de la République Démocratique du Congo ont suscité des vives inquiétudes quant au risque élevé d'irradiation à l'intérieur et à proximité des services d'imagerie médicale. Le Bureau régional a apporté un appui pour la formation des techniciens en radiologie, la supervision, le contrôle ou la maintenance des appareils de radiographie utilisés, et la fourniture des dosimètres individuels.

LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

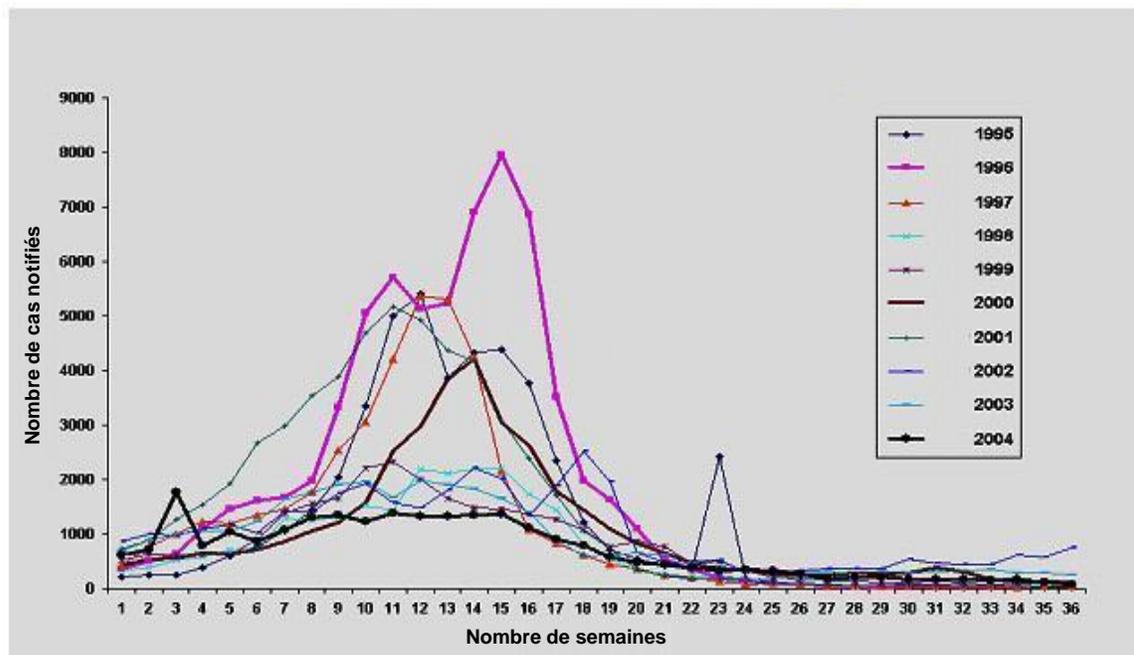
Surveillance des maladies transmissibles (CSR)

62. Les systèmes nationaux de surveillance de la maladie restent faibles, et divers facteurs contribuent à la réapparition de maladies à potentiel épidémique qui avaient déjà été maîtrisées. Le personnel qualifié, les approvisionnements et la logistique indispensables sont souvent insuffisants. En conséquence, les mesures de lutte existantes ont peu d'impact sur le déroulement des épidémies. Dans l'ensemble, les menaces qui pèsent sur la sécurité sanitaire internationale ont rendu nécessaire la révision, avec le concours des Etats membres, du Règlement sanitaire international.

63. La stratégie de surveillance intégrée de la maladie approuvée par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique sert de fondement politique pour le renforcement des systèmes nationaux de surveillance de la maladie et de riposte. L'appui apporté aux Etats Membres vise au renforcement de l'effectif du personnel de santé, au renforcement des capacités pour la gestion des laboratoires et des données, de même que pour la notification des maladies, la riposte aux épidémies, et le suivi de la mise en œuvre de la stratégie de surveillance intégrée de la maladie et de riposte (IDSR).

64. A la fin de l'année, 26 pays avaient déjà soumis leur rapport mensuel sur la surveillance de la maladie et la rétro-information vers les Etats Membres était faite de façon régulière (voir Figure 7 pour les données de surveillance concernant la méningite).

Figure 7 : Incidence saisonnière de la méningite cérébro-spinale dans la Région africaine, 1995–2004



Source: Données provenant des Etats Membres

65. Dix autres pays ont mis au point des matériels pour la formation des personnels de santé de district à la surveillance intégrée de la maladie et à la riposte; 12 pays ont formé des agents de santé aux activités ISDR dans au moins 60 % des districts. La surveillance intégrée de la maladie et riposte a été intégrée dans deux cours régionaux d'épidémiologie appliquée organisés à l'intention des cadres supérieurs de santé au Kenya et au Mali. Le Bureau régional a renforcé les capacités régionales pour

la riposte aux épidémies en orientant 56 experts dans le domaine de la réponse rapide aux épidémies. Il a en outre formé des techniciens de laboratoire de 10 pays où la peste est endémique au diagnostic de cette maladie, de même que 12 microbiologistes de haut niveau venant de six pays à la gestion des laboratoires. Plus de 80 % des épidémies notifiées ont été confirmées par des tests de laboratoire.

66. La Division concernée a apporté en temps voulu un soutien technique aux pays frappés par une épidémie de choléra, de méningite, de fièvre jaune, d'hépatite E ou d'empoisonnements à l'aflatoxine. Le Bureau régional a apporté un appui pour l'accréditation de huit laboratoires sous-régionaux et de deux laboratoires régionaux de santé publique de référence pour la bactériologie afin d'étendre le programme régional d'assurance qualité externe des laboratoires à tous les laboratoires nationaux de bactériologie de référence, et de doter d'un laboratoire de bactériologie le Centre pluripathologique de surveillance des maladies (CPSM) de Ouagadougou. Dans le cadre d'un effort mondial, les délégués de 32 Etats Membres ont participé à la révision du Règlement sanitaire international.

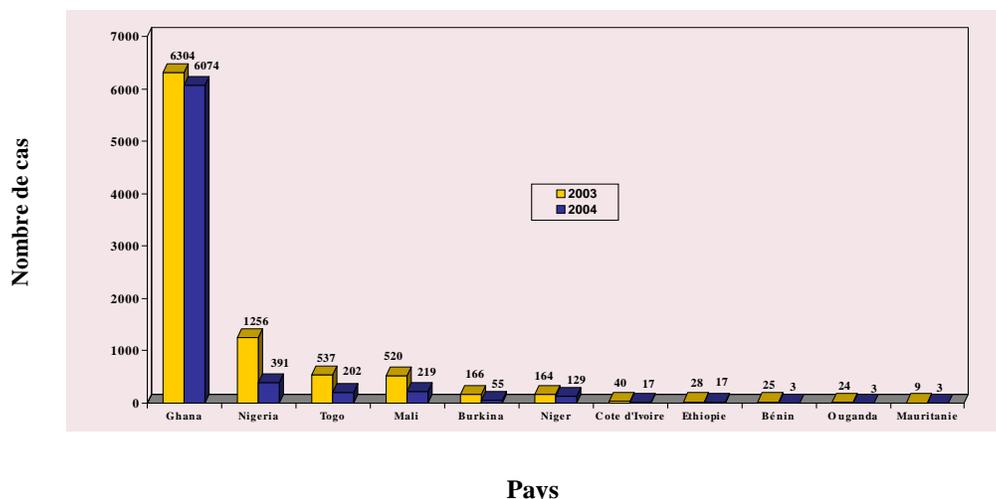
Maladies transmissibles: prévention, lutte et éradication (CPC)

67. Les maladies couvertes par le domaine d'activité Maladies transmissibles: prévention, lutte et éradication touchent surtout les couches pauvres et négligées de la population. En conséquence, elles ne sont pas prioritaires dans la plupart des Etats Membres.

68. Le financement de la phase finale de l'éradication du Ver de Guinée connaît un certain essoufflement. Par ailleurs, dans les régions endémiques, la baisse spectaculaire de l'incidence de cette maladie a un impact négatif sur les engagements financiers pris par les gouvernements et sur la participation communautaire. Au fil des années, il s'est avéré difficile d'atteindre et de maintenir des taux de couverture par traitement de masse compatibles avec les objectifs fixés en matière d'élimination. La relance de la lutte anti-vectorielle est entravée par l'insuffisance des moyens au niveau des pays. La réponse de l'OMS a essentiellement consisté à apporter un appui technique aux pays touchés pour leur permettre : i) de renforcer les capacités nationales; ii) d'élaborer des stratégies et plans d'action appropriés pour lutter contre la maladie; iii) d'assurer le suivi et l'évaluation des activités de lutte et; iv) de mener des activités de plaidoyer.

69. Au cours de l'année, 7113 cas de Ver de Guinée ont été notifiés contre 9179 cas en 2003 (voir Figure 8), ce qui correspond à une baisse de 22,5 %. Au total, 11 pays ont été certifiés exempts de ver de Guinée. Le taux d'incidence de la lèpre est tombé à 0,8 cas pour 10 000 habitants, et trois pays ont atteint le seuil d'élimination du Ver de Guinée, ce qui porte à 39 sur 46 le nombre total d'Etats Membres ayant atteint ce seuil.

Figure 8 : Nombre de cas de ver de guinée notifiés par pays, 2003–2004



70. Les pays ont fait une évaluation de la charge de morbidité liée à la filariose lymphatique. Le Malawi a achevé la cartographie de cette maladie, et le Cap Vert et la Guinée-Bissau l'ont amorcée. Tous les neuf pays¹⁵ qui ont entrepris le traitement de masse pour la filariose lymphatique ont réussi leur campagne annuelle de traitement. Le Mali prépare actuellement sa première campagne de traitement.

71. Le Burkina Faso, le Cameroun, le Mali et la Zambie ont démarré leurs programmes nationaux de déparasitage alors que le Lesotho, le Niger et la Zambie ont entrepris la collecte des données de base pour préparer leur campagne de traitement. Tout en intensifiant son programme de lutte contre la schistosomiase et l'helminthiase d'origine tellurique, l'Ouganda a également associé les activités de déparasitage aux campagnes de vaccination anti-rougeoleuse.

72. La Division a apporté un appui à 20 pays¹⁶ pour l'analyse de la situation ou l'intensification du dépistage et du traitement de la trypanosomiase humaine dans les zones prioritaires. En octobre, ces pays avaient déjà notifié 13 000 nouveaux cas parmi les 1,5 millions de personnes examinées.

73. L'OMS a apporté un soutien pour la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) aux groupes vulnérables, le retraitement de masse des moustiquaires et l'intégration des programmes de fourniture de MII dans les campagnes de vaccination. Le Ghana a distribué des MII dans 10 districts lors des journées nationales de vaccination (JNV), et le Togo a distribué environ 750 000 moustiquaires à travers le pays pendant la campagne de lutte anti-rougeoleuse qui a été menée en décembre.

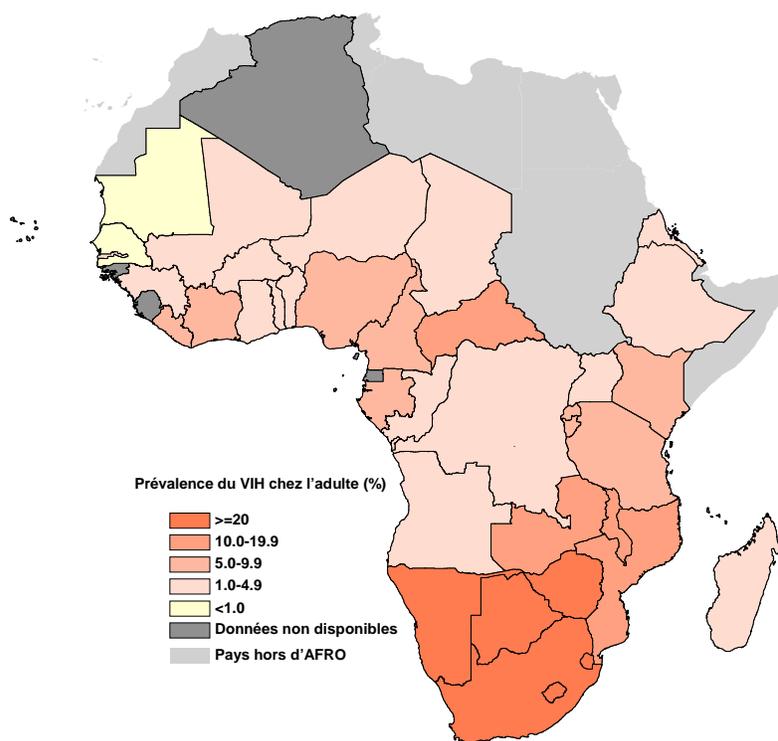
Virus de l'immunodéficience acquise /Syndrome de l'immunodéficience acquise (HIV)

74. La charge de morbidité liée au VIH/SIDA reste élevée dans la Région africaine bien qu'on ait fait état dans un premier temps, d'une stabilisation de la prévalence du VIH/SIDA en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest et d'une baisse de cette prévalence dans certains pays d'Afrique de l'Est. L'Afrique australe reste la région la plus touchée (Figure 9). L'an passé, l'extension de l'accès au traitement antirétroviral a été une priorité conformément à l'Initiative « 3 millions en 2005 », qui vise à mettre 3 millions de personnes sous traitement dans les pays en développement avant la fin de 2005 et à contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. La couverture par les interventions de lutte contre le VIH/SIDA reste beaucoup trop faible.

¹⁵ Bénin, Burkina Faso, Comores, Ghana, Kenya, Nigeria, Tanzanie, Togo, Ouganda.

¹⁶ Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Guinée Equatoriale, Kenya, Malawi, Mozambique, République centrafricaine, République du Congo, République Démocratique du Congo, Tanzanie, Tchad, Togo, Ouganda, Zambie, Zimbabwe.

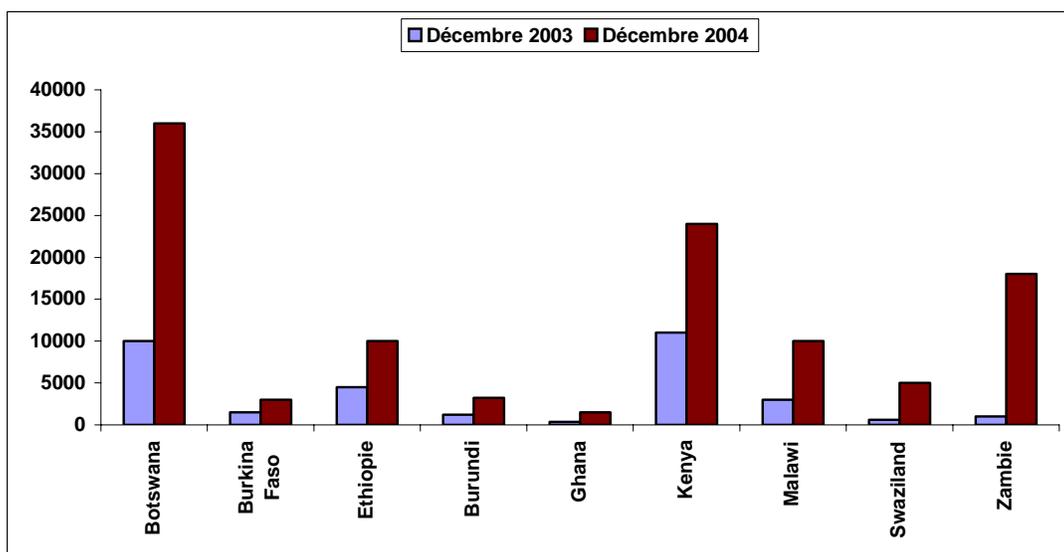
Figure 9 : Prévalence du VIH chez l'adulte dans la Région africaine, fin 2003



Source : ONUSIDA/OMS Rapport sur l'épidémie du SIDA dans le monde, 2004

75. Le Bureau régional a fourni des lignes directrices et un appui technique aux pays pour la mise en oeuvre des interventions du secteur de la santé concernant la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH/SIDA, la mobilisation des compétences techniques et le renforcement des capacités nationales en collaboration avec les autres acteurs principaux. Les activités de plaidoyer en faveur de l'Initiative « 3 millions en 2005 » ont permis d'intensifier le traitement antirétroviral (TARV) dans 30 pays et d'adopter une approche de santé publique pour la prestation des services; depuis lors, 22 pays ont élaboré, entrepris ou accéléré la mise en œuvre de leurs plans nationaux de traitement. L'OMS a aidé 14 pays à formuler leurs propositions de projet en y incorporant le traitement afin de bénéficier des subventions du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFTAM) ; il a par ailleurs apporté un appui à d'autres pays pour leur permettre de faire un meilleur usage des subventions déjà accordées. Le Bureau régional a apporté un soutien à 23 pays pour l'adaptation de la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte et la formation dans ce domaine, et pour la simplification et la décentralisation du traitement antirétroviral. Les centres sous-régionaux d'excellence pour l'extension de la TARV en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest ont mené des activités de formation à la TARV, apporté un soutien technique aux pays, et renforcé les capacités techniques régionales pour le traitement et les soins en matière de VIH/SIDA. Plus de 30 Etats Membres sur 46 ont mené des activités de formation à la TARV, ce qui a permis d'étendre la couverture par le TARV (Figure 10). En fin 2004, environ 325 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la Région africaine avaient accédé au traitement contre 100 000 personnes à la fin de 2003.

Figure 10 : Nombre de personnes recevant un traitement anti-rétroviral dans quelques pays de la Région africaine de l’OMS, 2003–2004



Source: OMS/AFRO

76. Avec l’appui de l’OMS, 26 pays ont élaboré des plans pour la mise en place de laboratoires spécialisés dans le dépistage du VIH grâce à un financement du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) et du Projet multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA (de la Banque Mondiale), et huit pays ont mené des enquêtes sur la résistance aux antirétroviraux. Le Programme régional d’assurance de la qualité a apporté un appui à 42 pays pour le maintien de la qualité des services de dépistage du VIH/SIDA. Au total, 16 pays mettent actuellement en œuvre un ensemble d’interventions sanitaires essentielles de lutte contre le SIDA assurées par le système de santé au niveau du district, en particulier les conseils et dépistage volontaires, et les services de prévention de la transmission mère-enfant (du HIV); la nouvelle politique OMS/ONUSIDA sur les conseils et dépistage volontaire du VIH/SIDA est en cours d’adoption dans 20 pays, qui vont étendre le dépistage initié par le soignant pour faciliter l’accès au traitement.

77. Le Bureau régional a renforcé les systèmes nationaux de surveillance du VIH/SIDA dans 10 pays grâce à la formation des formateurs et à des cours de formation organisés au niveau des pays. L’OMS, la Banque Mondiale et le GFATM ont organisé des ateliers de formation dans 36 pays pour améliorer leur capacité à élaborer des plans pour la gestion des achats de fournitures. En conséquence, 13 pays ont élaboré des plans pour la gestion des achats d’antirétroviraux et pour le diagnostic du VIH/SIDA.

Tuberculose (TUB)

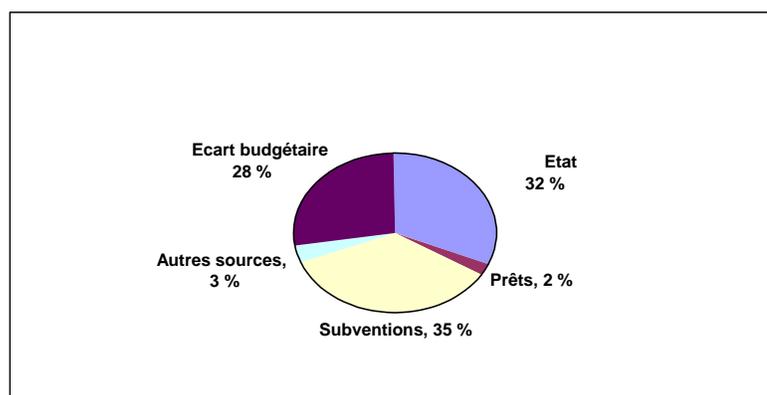
78. Les principaux problèmes rencontrés au cours de l’année avaient un lien direct avec l’atteinte des cibles fixées par l’Assemblée mondiale de la santé ou avec la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en matière de lutte antituberculeuse, et avec la mise en œuvre de la Résolution AFR/RC44/R6 du Comité régional sur la lutte anti-tuberculeuse. Les principaux problèmes sont: le faible accès géographique aux services appliquant le traitement de

courte durée sous observance directe (DOTS), les faibles taux de dépistage et de succès thérapeutique, la double épidémie de tuberculose et de VIH, et l'insuffisance de ressources humaines et financières.

79. La réponse de l'OMS a essentiellement consisté à apporter une assistance technique et financière pour l'élaboration et l'extension des programmes. Parmi les interventions spécifiques, on peut citer: l'appui technique apporté aux pays pour l'accélération des initiatives visant à étendre la couverture par la stratégie DOTS, l'accès aux médicaments fournis dans le cadre du Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux (GDF), le développement des ressources humaines, et le suivi de la performance des programmes. On peut également citer les activités de plaidoyer pour la pérennisation de l'engagement politique et de l'octroi des ressources et l'établissement des partenariats, y compris la collaboration avec des organismes régionaux tels que le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique. Le Bureau régional a apporté un soutien technique à six pays pour leur permettre de formuler leurs propositions de projet afin de bénéficier des subventions du GFATM, et collaboré avec quatre pays à l'accélération de la mise en œuvre des activités.

80. Au total, 42 (91.3%) Etats Membres sur 46 sont en train de mettre en œuvre la stratégie DOTS. et ce chiffre n'a pas changé depuis 2 ans. Cependant, tous les pays dans lesquels le DOTS est accessible sont en train d'en étendre la mise en œuvre de cette stratégie et 29 pays ont atteint un taux de couverture supérieur à 90 %. Plusieurs pays ont mis en œuvre des initiatives pour étendre la couverture par la stratégie DOTS ; 22 pays, des initiatives pour les soins antituberculeux à base communautaire, 15 pays, pour des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH, et 8 pays, pour établir des partenariats entre les secteurs public et privé. Pour renforcer les capacités au niveau des pays, on a affecté 17 professionnels nationaux spécialisés dans la lutte anti-tuberculeuse dans 13 pays. Les résultats d'une évaluation menée dans 32 pays montrent que la contribution des gouvernements a représenté 32 % du budget national consacré aux programmes de lutte antituberculeuse (Figure 11).

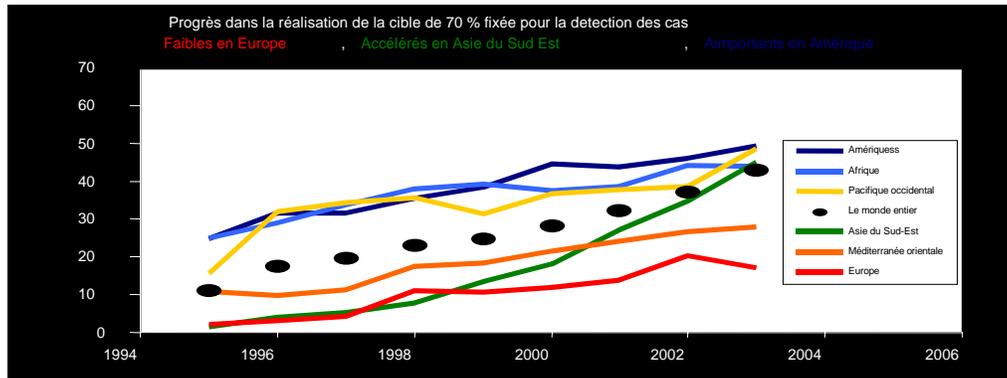
Figure 11 : Programmes nationaux de lutte antituberculeuse : Sources de financement



Source: Données nationales sur la tuberculose, 2003

81. Le taux de dépistage des cas contagieux de tuberculose est passé de 44 % en 2002 à 50 % en 2003 (c'est après décembre que les pays ont achevé les rapports de dépistage des cas pour 2004). Bien que ce taux soit resté inférieur à la cible fixée par l'Assemblée mondiale de la Santé, qui est de 70 %, il est meilleur que les taux observés dans les autres régions de l'OMS (Figure 12) puisque le taux moyen de dépistage dans le monde est d'environ 47 %.

Figure 12 : Taux de dépistage de la tuberculose par Région OMS pour la période 1994–2003

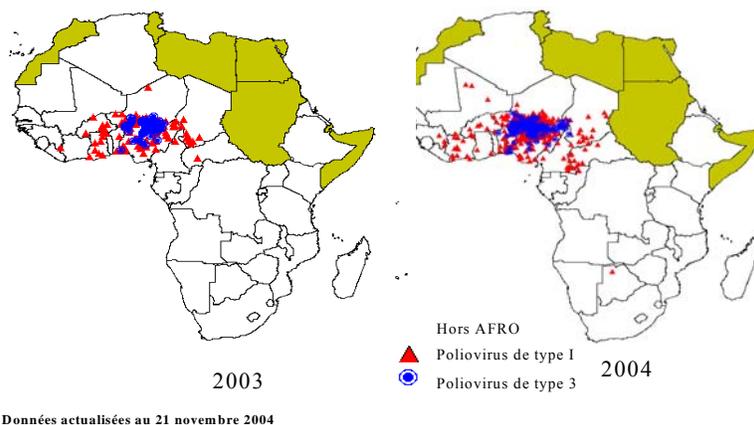


Source: OMS/Siège/TME

Vaccination et mise au point des vaccins (IVD)

82. En dépit de la baisse (50 %) de la mortalité liée à la rougeole enregistrée entre 1999 et 2003, les maladies évitables par la vaccination restent les principales causes de morbidité et de mortalité dans la Région africaine. Pendant le période examinée, la Région a représenté environ 36 % des cas de tétanos néonatal et 60 % des cas de rougeole enregistrés dans le monde. Le Niger et le Nigeria sont restés les seuls foyers d'endémicité poliomyélitique dans la Région. Par ailleurs, la propagation du poliovirus sauvage, déjà intensive dans ces foyers, s'est étendue à 13 pays¹⁷ auparavant déclarés exempts de poliomyélite (Figure 13). Malgré un taux de couverture vaccinale par le DCT d'environ 63 %, près de 10 millions de nouveaux-nés n'ont pas été vaccinés; 70 % de ces enfants se trouvent en Angola, en République Démocratique du Congo, en Ethiopie et au Nigeria (Figure 14). Le coût élevé des vaccins et l'absence de données sur la charge de morbidité liée à cette maladie a continué à limiter l'utilisation des nouveaux vaccins.

Figure 13 : Distribution géographique du poliovirus sauvage dans la Région africaine de l'OMS en 2003–2004



Source: OMS/AFRO

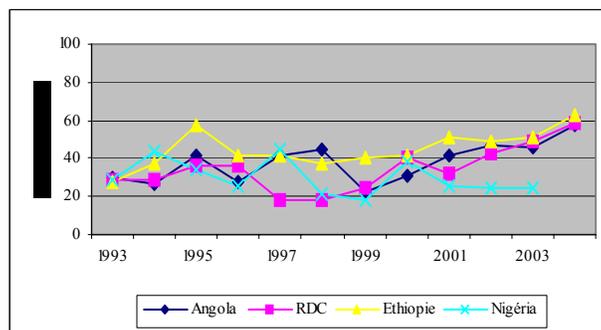
¹⁷ Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Ghana, Guinée, Mali, République centrafricaine, Soudan, Tchad, Togo.

83. Pour faire face aux graves problèmes liés à l'endémicité poliomyélique, au faible accès à la vaccination systématique et à la forte mortalité due à la rougeole et au tétanos néonatal, l'OMS a renforcé les partenariats nationaux, régionaux et mondiaux et mobilisé des ressources pour appuyer les interventions énoncées dans la Résolution AFR/RC52/R9. Ces efforts contribuent à la réalisation de l'OMD n° 4 (réduire la mortalité infantile), dont une des cibles est de réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2015. De plus, l'OMS a apporté un appui aux pays pour leur permettre d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles et des infrastructures d'éradication de la poliomyélite afin d'accélérer les activités de vaccination systématique.

84. Des résultats notables ont été obtenus au cours de l'année sous revue. Des activités de vaccination supplémentaires (AVS) synchronisées ont été menées sur toute l'étendue du territoire dans cinq pays exempts de poliomyélite et dans 11 pays où la poliomyélite est importée. Ces activités ont permis de vacciner plus de 80 millions d'enfants dans 24 pays d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest. Le Nigeria a mis un terme à la controverse sur l'innocuité du vaccin polio-oral et en août, tous les Etats du Nigeria avaient déjà mené des AVS. En septembre, 35 pays remplissaient les conditions requises pour être certifiés exempts de paralysie flasque aigüe. Au moins 20 pays ont mis en oeuvre l'approche « Atteindre chaque district » pour améliorer l'accès à des services de vaccination de qualité. Le taux de couverture par le DTC est passé de 10 % en 2003 à 12% en Angola, en Ethiopie et en République Démocratique du Congo.

85. Face au taux élevé de renouvellement du personnel qualifié dans les pays, l'OMS a formé 87 encadreurs provenant des instituts de formation en santé. L'Organisation a apporté un appui aux pays pour la mise en oeuvre de diverses stratégies de lutte: 11 pays ont mené des activités de vaccination supplémentaires antirougeoleuse et sept pays, des activités de vaccination antitétanique synchronisées en adoptant l'approche à haut risque. Un autre pays a été certifié comme ayant atteint le seuil d'élimination du tétanos néonatal (moins d'un cas par district), ce qui porte à 15 le nombre total de pays de la Région africaine ainsi certifiés.

Figure 14 : Taux de couverture vaccinale par le DTC3 notifié dans certains pays



Source : OMS/AFRO

Paludisme (MAL)

86. Il existe des interventions de lutte contre le paludisme présentant un bon rapport coût-efficacité. Le défi réside dans l'extension de la couverture à toutes les populations à risque et défavorisées dans les pays endémiques. Les principales interventions ont été entravées par la résistance croissante et généralisée aux antipaludiques, le coût élevé des nouveaux médicaments antipaludiques, l'abordabilité des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, et des politiques inefficaces ne permettant pas d'améliorer l'accès des populations vulnérables et défavorisées aux soins.

87. Face à ces défis, l'OMS encourage l'adoption de stratégies d'un bon rapport coût-efficacité. Parmi celles-ci figurent l'amélioration de la prise en charge des cas grâce au recours à des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT); l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ou d'insecticide à longue durée d'action; l'extension de la couverture par le traitement intermittent (TPI) pendant la grossesse; des activités à base communautaire focalisées, et la recherche opérationnelle. L'OMS a élaboré et mis en œuvre des mécanismes pour permettre aux pays d'améliorer leurs systèmes de santé afin de rapprocher les interventions des communautés. La stratégie qui consiste à associer la prévention, l'accès au traitement, le traitement intermittent pendant la grossesse, le dépistage et la riposte aux épidémies, a été encouragée. Par ailleurs, des activités de plaidoyer et des campagnes nationales de mobilisation ont été menées pour pérenniser l'engagement en faveur de la lutte antipaludique.

88. Le Bureau régional a fourni des stratégies, des lignes directrices de même qu'un appui¹⁸ aux pays pour la prise en charge du paludisme à domicile et les interventions à base communautaire. Pour rapprocher la prise en charge du paludisme des communautés, la Division concernée a élaboré une note d'information sur la prise en charge à domicile du paludisme et les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine.

89. Avec l'appui de l'OMS, six pays¹⁹ ont renforcé les systèmes de santé fondés sur la médecine traditionnelle pour la lutte antipaludique, et formé 500 tradipraticiens au traitement et à la prévention du paludisme à l'aide de la Sulfadoxine-pyriméthamine et de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Les pays ont bénéficié d'un appui de l'OMS et de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) pour l'évaluation des médicaments à base de plantes utilisés pour le traitement du paludisme. Les premiers résultats obtenus avec une « tisane » d'*Artemisia annua* montrent que les taux de succès thérapeutique sont supérieurs à 80 %. Le Bureau régional a collaboré avec divers pays pour la mise en œuvre des projets de culture d'*Artemisia annua*.

90. Suite à ce changement de politique pharmaceutique, le Bureau régional a élaboré des algorithmes de prise en charge des cas et apporté un appui à cinq pays²⁰ pour la mise à jour des schémas thérapeutiques et des manuels de formation. Treize pays²¹ ont adopté les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour le traitement du paludisme non compliqué et quatre pays (Burundi, Afrique du Sud, Tanzanie [Zanzibar], Zambie) ont changé de politique dans ce domaine (Figure 15).

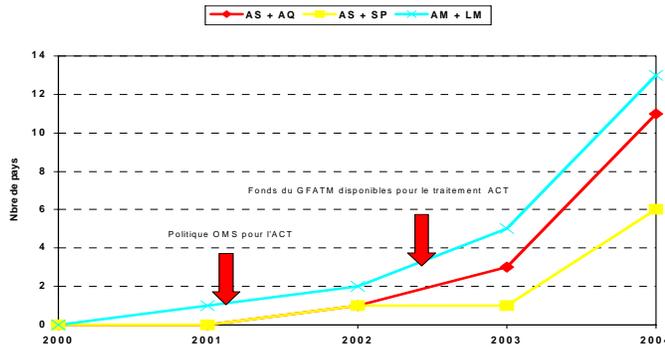
¹⁸ Cameroun, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Guinée, Niger, Nigeria, République du Congo, Togo, Zambie.

¹⁹ Bénin, Ghana, Kenya, Mozambique, Ouganda, Zambie.

²⁰ Bénin, Burundi, Ethiopie, Ghana, Sao Tomé et Príncipe.

²¹ Bénin, Cameroun, Comores, Erythrée, Ethiopie, Ghana, Kenya, Liberia, Madagascar, Namibie, Ouganda, Sierra Leone, Tanzanie.

Figure 15 : Adoption de l'ACT



AM = artemether
AS = artémisinine

AQ = amodiaquine
LM = luméfantrine

SP = Sulfadoxine-pyriméthamine

Source : OMS/AFRO

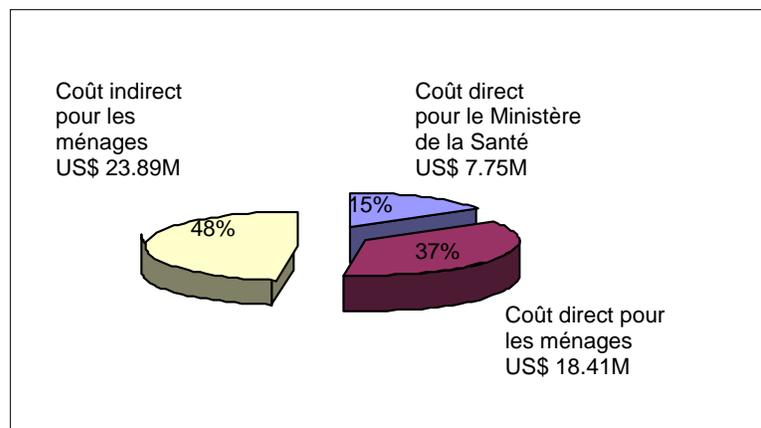
91. En collaboration avec le Bureau Régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, le Bureau régional de l'Afrique a mis en place le Réseau de la Corne de l'Afrique pour la surveillance des traitements antipaludiques. Cet organisme, qui a publié un document intitulé *Cadre stratégique pour la prévention et la lutte contre le paludisme pendant la grossesse dans la Région africaine*, a apporté un appui à douze pays²² pour l'adoption du traitement préventif intermittent pendant la grossesse ; il a par ailleurs procédé, compte tenu des besoins émergents, à l'adoption du TPI pendant la grossesse et à la révision des programmes d'études internationaux et nationaux sur le paludisme, observé la Journée mondiale du Paludisme en organisant une manifestation régionale au Sénégal, et produit le premier rapport d'activité sur le plan d'action de la Déclaration d'Abuja.

92. Sur le plan du financement, 14 pays²³ ont formulé des propositions qui seront soumises au Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme (GFATM). Jusqu'à présent, le Fonds a approuvé 35 propositions pour un montant de US\$ 327 850 815. En partenariat avec l'Initiative Faire reculer le paludisme, le programme concerné a mis au point un outil pour l'évaluation du coût des interventions et organisé des séances d'information sur son utilisation à l'intention des personnels-cibles venant de pays. Le Bureau régional a achevé une étude sur les conséquences économiques du paludisme (Figure 16), et les résultats de cette étude sont en train de donner une nouvelle impulsion aux activités de plaidoyer.

²² Cameroun, Guinée Equatoriale, Gabon, Guinée, Guinée-Bissau, Madagascar, Mozambique, Nigeria, Rwanda, Sao Tome et Principe, Sénégal, Togo.

²³ Côte d'Ivoire, Guinée Equatoriale, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Liberia, Madagascar, République du Congo, Sao Tomé et Principe, Sierra Leone, Zimbabwe.

Figure 16 : Coût total du paludisme, Ghana, 2002



Source: OMS/AFRO

Maladies transmissibles: recherche et développement (CRD)

93. Le domaine d'activité Maladies transmissibles : recherche et développement a focalisé ses activités sur le renforcement des capacités nationales pour la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des projets de recherche opérationnelle afin que les données générées servent à éclairer les politiques et les pratiques. En outre, l'élaboration et la validation des outils nouveaux ou existants, des technologies et des stratégies utilisées pour la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles sont restées prioritaires.

94. En collaboration avec le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, le Bureau régional a financé 18 projets de recherche opérationnelle dans neuf pays. Quatre pays ont élaboré et mis en oeuvre des protocoles d'étude sur le paludisme pendant la grossesse dans des zones de faible transmission et bénéficient actuellement d'un soutien pour leur mise en oeuvre. Un programme prioritaire de recherche opérationnelle dans le domaine de la surveillance intégrée de la maladie et riposte (IDSR) a été élaboré, qui couvre le coût et l'efficacité de ce programme par rapport au coût, de même que les facteurs de risque qui sont à l'origine du taux élevé de mortalité dû à la méningite à méningocoque dans le Sahel.

95. A l'heure actuelle, deux nouveaux partenaires soutiennent activement la recherche et le renforcement des capacités de recherche dans les pays de la Région. Il s'agit du Partenariat des pays européens et des pays en voie de développement pour les essais cliniques (EDCTP) et du Programme du Golfe Arabe pour les organisations de développement des nations unies (AGFUND). A travers un centre de coordination mis en place au Cap, Afrique du Sud, l'EDCTP finance des essais cliniques sur le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA dans les pays. Quant à lui, le AGFUND apportera un appui pour la surveillance de la résistance aux antipaludiques en Mauritanie.

96. La surveillance *in vivo* de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques s'est poursuivie et couvre actuellement 41 des 42 pays d'endémie paludique de la Région, avec en tout 188 sites sentinelles. Les données de cette surveillance ont servi de base pour la révision de la politique nationale de traitement du paludisme dans 13 pays. La base de données régionale sur l'efficacité thérapeutique des antipaludiques a été actualisée, et a servi de base au rapport sur la pharmino-résistance dans le monde, qui est en cours de compilation et qui sera publié par le Siège.

97. Le plan opérationnel pour l'intégration des interventions contre les maladies transmissibles aux niveaux national et du district a été élaboré en 2003, et sa mise en oeuvre expérimentale est en cours dans quatre pays. Cette intégration pourrait s'avérer fort utile pour l'intensification des interventions présentant un bon rapport coût-efficacité.

LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

98. Les maladies non transmissibles (MNT), qui sont en augmentation dans la Région, sont devenues un grave problème de santé publique. Ce domaine d'activité couvre également les traumatismes, les troubles mentaux, et les toxicomanies, y compris le tabagisme et la consommation excessive d'alcool.

99. La situation épidémiologique de la Région africaine est caractérisée par une double charge de morbidité: une charge de morbidité élevée liée aux maladies infectieuses et une charge de morbidité de plus en plus élevée, qui est liée aux maladies non transmissibles. La malnutrition reste le principal facteur de risque pour ces maladies. Cependant, l'obésité, qui est en augmentation, est déjà l'une des principales causes des maladies chroniques, en particulier dans les zones urbaines. Les actes de violence et les traumatismes figurent parmi les dix principales causes de décès et d'incapacité en Afrique ; par ailleurs, les troubles mentaux et les toxicomanies sont les principaux sujets de préoccupation à travers la Région.

100. Cette situation pèse très lourdement sur des services de santé déjà excessivement sollicités. En outre, les MNT n'ont pas la priorité qu'elles méritent et le peu de fonds disponibles servent davantage au traitement qu'à la prévention des maladies bien connues.

101. En 2004, l'approche des MNT a été marquée par des étapes importantes. Après l'adoption en 2003 de la Convention-cadre sur la lutte anti-tabac, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée mondiale de la santé, et une déclaration sur la santé bucco-dentaire en Afrique a été adoptée par 38 pays.

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

102. Le domaine d'activité Surveillance, Prévention et prise en charge des maladies non transmissibles comprend deux programmes, à savoir: Maladies chroniques (CDP) et Santé bucco-dentaire (ORH).

103. En ce qui concerne les maladies chroniques, les principales MNT de la Région africaine sont les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le cancer, les cardiopathies obstructives et la drépanocytose. La drépanocytose est une maladie génétique alors que les autres MNT ont les mêmes facteurs de risque, lesquels sont liés à des modes de vie peu favorables à la santé liés à la malnutrition, au tabagisme, à la sédentarité, et à la consommation excessive d'alcool. La lutte contre ces facteurs de risque permettrait de réduire la charge de morbidité liée aux MNT. Malheureusement, les médicaments peu coûteux, qui pourraient permettre de prévenir les complications, ne sont pas toujours disponibles dans la plupart des services de santé de la Région.

104. L'OMS a apporté une assistance technique aux pays pour le renforcement des capacités dans le cadre de l'approche STEPS pour la surveillance des facteurs de risque des MNT; cet appui a pris les formes suivantes : registres pour le cancer , dépistage précoce et prise en charge du cancer du col de l'utérus, mise en place de programmes nationaux de lutte contre les MNT, lutte contre le diabète, et prévention et prise en charge de la drépanocytose. Au total, 50 participants venant de 19 pays ont reçu une formation dans le domaine de l'approche STEPS de l'OMS. Six pays²⁴ ont bénéficié d'un appui pour mener une enquête sur les facteurs de risque. La première expérience d'intégration des

²⁴ Botswana, Erythrée, Maurice, Namibie, République du Congo, République Démocratique du Congo.

systèmes de surveillance des maladies transmissibles et des MNT a été faite au Mozambique. Un atelier organisé à Dakar a permis de former 32 participants venant de 13 pays²⁵ à la mise en place de programmes de lutte contre le diabète. D'importantes activités de plaidoyer ont été menées au Ghana et au Zimbabwe à l'occasion de la Journée mondiale du Coeur et la Journée mondiale du diabète. Des activités de dépistage précoce et de traitement du cancer du col de l'utérus ont été menées dans huit pays.²⁶ Un réseau de communication (EXTRANET) accessible à toute la communauté électronique a été mis en place dans les trois langues officielles du Bureau régional pour les activités concernant les MNT dans la Région africaine.

105. En ce qui concerne le programme Santé bucco-dentaire, les activités ont consisté essentiellement à faire une analyse de la situation épidémiologique des affections bucco-dentaire et à élaborer des plans nationaux de santé bucco-dentaire. Le noma a fait l'objet d'une attention particulière. L'OMS a appuyé les pays pour la préparation ou le renforcement des programmes nationaux de santé bucco-dentaire et le Bureau régional a apporté un appui aux pays touchés pour la mise en oeuvre de leurs programmes de lutte contre le noma.

106. Cinq autres pays²⁷ ont bénéficié d'un appui. La Déclaration africaine sur la santé bucco-dentaire a été adoptée par 38 pays lors de la conférence régionale de Nairobi, qui était organisée conjointement par la Fédération dentaire internationale. Des mesures ont été prises pour la mise en place d'un réseau d'institutions de formation en dentisterie dans les pays d'Afrique de l'Ouest. Des outils ont été élaborés pour l'évaluation des besoins des pays. Le Centre régional de recherche et de formation en santé bucco-dentaire et un centre collaborateur de l'OMS se trouvant au Nigeria ont été renforcés, et certains projets apparentés de recherche en santé bucco-dentaire ont bénéficié d'un appui. Le Bénin, le Burkina Faso, le Mali et le Niger ont amorcé la mise en oeuvre de leurs programmes de lutte contre le noma et l'OMS apporté un appui à cinq pays pour la poursuite de leurs programmes.²⁸

Santé mentale et toxicomanies (MNH)

107. Les troubles mentaux, les troubles neurologiques et les toxicomanies ont des effets défavorables sur la santé de l'individu, de la famille, et de la communauté. Une bonne santé mentale est un atout qui permet à l'individu d'être productif, et d'affronter le stress de la vie sans recourir à la boisson ou à des substances psychoactives, et d'apporter une contribution utile à la vie de la communauté.

108. La part de la charge mondiale de morbidité imputable aux troubles mentaux et neurologiques ainsi qu'aux toxicomanies passera probablement de 12,3 % en 2000 à 15 % d'ici 2020, sans compter la charge considérable de morbidité de 1,3 % imputable à la fois aux tentatives de suicide et aux suicides. A elle seule, la consommation d'alcool représente 3 à 4% de la charge de morbidité à travers le monde. L'augmentation de la charge de morbidité imputable à la fois aux troubles mentaux, aux troubles neurologiques et aux toxicomanies sera particulièrement élevée dans les pays en développement, surtout en raison de l'augmentation prévisionnelle du nombre d'individus qui parviendront à l'âge où ces troubles risquent d'apparaître.

109. Une enquête menée par l'OMS, le projet Atlas des ressources consacrées à la santé mentale, a montré que seuls 50 % des 46 pays de la Région ont une politique en matière de santé mentale et de toxicomanie. La collecte des données sur la santé mentale se fait dans 40 % des pays. Les ressources financières consacrées à la santé mentale sont très limitées: en effet, 84 % des pays consacrent moins de 1 % du budget total de la santé à la santé mentale.

²⁵ Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Mali, Mauritanie, République du Congo, République démocratique du Congo, Sénégal, Togo.

²⁶ Angola, Cap Vert, Guinée, Mali, Mauritanie, République du Congo, République Démocratique du Congo, Tanzanie.

²⁷ Bénin, Burkina Faso, Mozambique, Rwanda, Ouganda.

²⁸ Lesotho, Mozambique, Ouganda, République Démocratique du Congo, Zambie

110. La *Stratégie régionale de la santé mentale 2000–2010*, qui a été adoptée lors de la quarante-neuvième session du Comité régional, a contribué à l'élaboration de programmes nationaux dans les Etats Membres et favorisé la participation des partenaires et des parties prenantes.

111. En 2004, le Bureau régional a apporté un soutien technique et financier à six pays²⁹ pour l'élaboration des stratégies nécessaires pour protéger les droits humains dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie. Le Ghana et le Malawi ont utilisé les outils de l'OMS pour revoir leur législation en matière de santé mentale. Un rapport intitulé "*L'épilepsie dans la Région africaine: Comblant le fossé*" a été publié. Le Sénégal et la Zambie ont bénéficié d'un soutien financier pour le lancement et la consolidation de leurs projets de lutte contre l'épilepsie au niveau du district.

112. Au cours de la deuxième phase du Projet Atlas, 16 pays³⁰ de la Région ont fourni des données sur les ressources que les Etats membres consacrent aux troubles neurologiques, et 13 pays³¹ ont fourni des données sur les ressources consacrées à la santé de l'enfant et de l'adolescent. Tous les 46 pays de la Région ont fourni des données sur les ressources consacrées à la santé mentale.

Tabac (TOB)

113. Le premier traité mondial de l'OMS, la Convention-cadre sur la lutte anti-tabac (FCTC), a été adopté en mai 2003. L'adoption de cette Convention marque le début d'une nouvelle phase dans la mise en place d'une structure juridique internationale efficace pour lutter contre l'augmentation du tabagisme dans le monde. Dans la Région africaine de l'OMS, au 30 novembre 2004, 39 Etats Membres sur 46 avaient signé ce traité et cinq pays³² l'avaient ratifié et étaient déjà parties à la Convention. Le 27 février 2005, ce traité est devenu une loi internationale ayant force de droit pour les 40 premières parties à la Convention. L'un des principaux défis est de sensibiliser les pays afin d'obtenir leur appui politique pour la ratification du traité par les Etats Membres qui ne sont pas des parties à celui-ci. Pour ce faire, il va falloir resserrer la collaboration avec les Etats Membres pour le renforcement des capacités nationales.

114. L'OMS a aidé les pays à renforcer leurs capacités nationales pour le plaidoyer en faveur de la ratification du traité et de la mise en œuvre de la Convention. Elle a également apporté un soutien technique pour renforcer les capacités des coordonnateurs de la recherche en ce qui concerne les méthodes d'enquête sur le tabagisme. 25 pays³³ d'Afrique de l'Est et de l'Ouest ont participé à des ateliers sous-régionaux sur la sensibilisation et le renforcement des capacités. Des ONG de huit pays ont participé à un atelier³⁴ de formation en plaidoyer. Les ONG ont également bénéficié d'un appui pour le lancement d'activités de plaidoyer en faveur de la Convention au niveau des pays, et dix pays³⁵ ont participé à un atelier sur la gestion des données en vue de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes.

Promotion de la santé (HPR)

115. L'urbanisation tout comme les changements démographiques, environnementaux et autres, qui sont provoqués par la mondialisation et les situations d'urgence dans les pays, nécessitent l'adoption d'approches innovantes pour venir à bout des déterminants de la santé. La promotion de la santé est un moyen économique de préserver la santé et d'améliorer la qualité de la vie. Parmi les principales

²⁹ Algérie, Bénin, Cap Vert, Namibie, Nigeria, Zimbabwe.

³⁰ Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Burkina Faso, Gambie, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Niger, Nigeria, République Centrafricaine, Sénégal, Togo, Zambie.

³¹ Bénin, Burkina Faso, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Guinée, Kenya, Madagascar, Niger, République du Congo, Sénégal, Zambie, Zimbabwe.

³² Ghana, Kenya, Madagascar, Maurice, Seychelles.

³³ Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cap Vert, Comores, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Nigeria, Niger, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tanzanie, Togo, Ouganda.

³⁴ Afrique du Sud, Ghana, Kenya, Malawi, Maurice, Tanzanie, Ouganda, Zambie.

³⁵ Bénin, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Maurice, Mozambique, Namibie, Seychelles, Tanzanie, Togo, Zimbabwe.

stratégies de promotion de la santé figurent le recours à des approches intégrées, la focalisation sur les groupes défavorisés et marginalisés, la sensibilisation des décideurs pour obtenir l'appui politique nécessaire, et l'allocation des ressources pour la santé.

116. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2002* a documenté l'impact de plusieurs facteurs principaux de risque, qui peuvent être réduits grâce à la promotion de la santé, à savoir : une mauvaise alimentation et une mauvaise nutrition, le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité, la mauvaise hygiène, l'insécurité et les rapports sexuels non protégés. Ces facteurs sont influencés par le genre, la culture, l'éducation, et les revenus. Par conséquent, la promotion de la santé passe par une collaboration multisectorielle sous la conduite de l'OMS; en outre, elle facilite la reconnaissance de la santé comme facteur de développement.

117. Dans la plupart des Etats Membres, les services de santé curatifs bénéficient d'un plus grand soutien, tant financier que politique, que la promotion de la santé; il va donc falloir trouver des sources de financement durables.

118. En 2004, le Bureau régional a apporté un appui aux pays pour le renforcement des capacités nationales, l'adoption des politiques nationales, la collecte de données sur la promotion de la santé, la promotion des activités intersectorielles et la sensibilisation aux déterminants de la santé; la promotion de la participation communautaire et l'établissement de partenariats afin de créer un environnement favorable à la santé.

119. Deux ateliers de formation à la mise en oeuvre des activités de promotion de la santé ont été organisés à Ouagadougou et à Kampala; le premier a permis de former des équipes venant de six pays³⁶ et le deuxième, de former des équipes venant de huit pays.³⁷ Les participants appartenaient au secteur de la santé ou venaient des ministères de la santé ou de l'éducation, des bureaux de l'OMS dans les pays, et de la société civile. Le Nigeria a élaboré un programme d'études pour orienter les éducateurs en santé vers la promotion de la santé. L'Afrique du Sud a mené des actions de promotion de la santé en vue de la prévention des maladies non transmissibles dans deux provinces. La collaboration avec la Division de la Santé de la famille et de la Santé génésique a abouti à la mise en place de projets intégrés de santé génésique pour les adolescents au Mozambique, en Namibie et au Zimbabwe, et à l'élaboration d'une gamme de matériels promotionnels pour le repositionnement de la planification familiale. Un volet «planification familiale» a été inclus dans le programme à long terme pour la prévention et la lutte contre le choléra au Mozambique et au Bénin, un programme sanitaire scolaire a utilisé le modèle intégré de promotion de la santé de l'OMS pour remédier à divers problèmes.

120. Le Bureau régional a participé à la mise en oeuvre de programmes sanitaires scolaires réalisés par l'Internationale de l'Education dans 15 pays³⁸ avec l'appui financier de l'OMS et des Centres de lutte contre la maladie. Les délégués africains ont participé à la 17ème Conférence internationale sur la promotion de la santé à Melbourne et au Ghana, les responsables de la promotion de la santé ont mis au point un cours multidisciplinaire pour la prévention des maladies chroniques. Ces deux activités ont été financées par l'Union internationale de promotion de la santé et de l'éducation pour la santé.

Nutrition (NUT)

121. La faim et la malnutrition figurent parmi les problèmes les plus terribles des pays en développement, surtout en Afrique. En Afrique subsaharienne, environ 200 millions de personnes sont sous-alimentées. L'insécurité alimentaire menace environ 800 millions d'individus, et 25 % de ceux-

³⁶ Burkina Faso, Cameroun, Gabon, Guinée-Bissau, Mauritanie, Togo.

³⁷ Ethiopie, Liberia, Malawi, Namibe, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Ouganda.

³⁸ Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Lesotho, Malawi, Mali, Namibie, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

ci vivent en Afrique. Ces gens sont exposés aux graves conséquences de la malnutrition protéino-énergétique et aux carences en micronutriments en fer, en vitamine A, en iode et en zinc.

122. Le Bureau régional a apporté un appui technique aux pays conformément aux recommandations de la Conférence internationale sur la Nutrition (1992), à la *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, et aux *Directives de l'OMS sur la lutte contre les carences en micronutriments*. Il a également fourni, aux niveaux régional et des pays, des matériels et des outils de formation et apporté un soutien financier aux niveaux régional et des pays pour la formation du personnel et la mise en oeuvre des activités et des interventions prioritaires.

123. Un atelier interpays sur la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant a été organisé; il a réuni 20 participants venant de quatre pays d'Afrique de l'Ouest, qui ont commencé à élaborer une stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Par ailleurs, une table ronde sur la nutrition dans la Région africaine a été organisée en vue la cinquante-cinquième session du Comité régional.

124. Deux ateliers de formation ont été organisés, qui portaient sur l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques et plans nationaux pour l'alimentation et la nutrition; les 39 participants étaient des décideurs venant de 13 pays. Deux pays ont testé les modules intégrés sur la formation des agents de santé aux conseils en allaitement maternel, et à l'alimentation complémentaire, à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Par ailleurs, les modules de formation des agents de santé à la prise en charge de la malnutrition sévère ont été traduits en français avec la collaboration du Siège.

125. Avec l'appui du Bureau régional, sept pays ont mené diverses activités. Un pays a amélioré l'alimentation de ses populations conformément à son plan d'action. Trois pays ont élaboré et mis en oeuvre des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (du VIH). Trois pays ont formé des agents de santé à la mise en oeuvre des programmes intégrés de lutte contre les carences en micronutriments.

Traumatismes et incapacités (INJ)

126. Les violences, les traumatismes et les incapacités sont parmi les principaux défis de la santé publique dans la Région africaine. Outre de nombreux conflits armés, la Région connaît une charge de morbidité élevée due aux violences interpersonnelles, surtout parmi les jeunes gens. Les violences basées sur le genre et les abus sexuels contre les enfants restent de graves défis. Les traumatismes involontaires en particulier, les accidents de la route, les noyades, et les brûlures, restent les principales causes de traumatismes.

127. Les incapacités physiques, mentales et sensorielles demeurent de graves problèmes dans la Région. On estime à 9 millions le nombre d'aveugles en Afrique subsaharienne, et à 27 millions le nombre de personnes souffrant de déficiences visuelles, ce qui fait que le taux de prévalence de la cécité de la Région africaine est le plus élevé du monde.

128. En avril, l'OMS et la Banque mondiale ont lancé le *Rapport sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route*, qui a été officiellement lancé dans cinq pays³⁹ de la Région africaine. Dans certains pays, certaines des recommandations du rapport sont déjà prises en compte au niveau politique et dans les programmes. Les politiques et programmes nationaux continuent de bénéficier d'un appui conformément aux recommandations du rapport.

129. L'OMS a continué à apporter un appui pour la surveillance des violences et des traumatismes en Ethiopie et au Mozambique. En Ethiopie, une collaboration innovante a été instaurée avec la Police routière et au Liberia et au Togo, les projets de réhabilitation ont bénéficié d'un appui. Un atelier

³⁹ Afrique du Sud, Kenya, Nigeria, Namibie, Tanzanie.

interpays sur les règles pour l'égalisation des chances des handicapés a été organisé à Brazzaville. En juin, un expert spécialisé en ophtalmologie communautaire a présenté un projet pour l'intensification de l'Initiative Vision 2020 afin d'aider la Région à atteindre les cibles proposées. En outre, un plan d'action a été élaboré et des activités seront menées au fur et à mesure que les ressources seront disponibles.

SANTÉ DE LA FAMILLE ET SANTÉ GÉNÉSIQUE

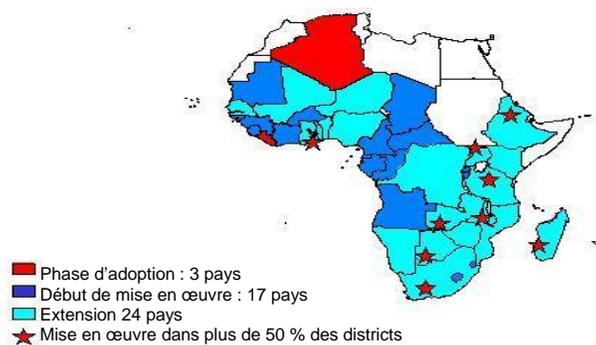
130. La Division Santé de la famille et Santé génésique comprend quatre principaux domaines d'activité: Santé de l'enfant et de l'adolescent (CAH), Recherche et élaboration de programmes en santé génésique (RHR), Pour une maternité à moindre risque (MPS), et Santé de la femme et développement (WMH); chacun d'entre eux est chargé de la mise en œuvre de programmes spécifiques. La Division est engagée dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement concernant la santé maternelle, néonatale et infantile. L'accent est mis sur la triade meurtrière qui est constituée par le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, la prise en charge des causes courantes de la mortalité infantile, l'élimination des violences basées sur le genre et les pratiques traditionnelles nocives, et l'amélioration de l'accès des femmes et des hommes de tous âges à des services de santé de qualité.

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

131. Le domaine d'activité Santé de l'enfant et de l'adolescent comprend le programme Santé du nouveau-né et de l'enfant et le programme Santé et développement de l'adolescent. Tout au long de 2004, la Division a mis en œuvre des stratégies fondées sur les bases factuelles pour réduire les risques pour la santé, de même que la morbidité et la mortalité des nouveaux-nés, des enfants, et des adolescents. En dépit de l'insuffisance des fonds nécessaires aux activités concernant la santé du nouveau-né et de l'adolescent, les résultats obtenus ont été notables.

132. La couverture élevée par des interventions efficaces de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) peut permettre de réduire de deux tiers les 12 000 décès d'enfants de moins de cinq ans qui surviennent chaque jour dans la Région africaine. En conséquence, à la fin de l'année, 44 des 46 pays de la Région africaine étaient en train de mettre en œuvre la PCIME (Figure 17). Cela a été rendu possible par l'intensification de la prestation des services de santé, le renforcement des capacités des agents de santé, et de meilleures pratiques dans les familles et dans la communauté.

Figure 17: Mise en œuvre de la PCIME dans la Région africaine, décembre 2004



Source : PCIME/OMS/AFRO

133. Avec l'appui de l'OMS, sept pays⁴⁰ ont élaboré des plans stratégiques nationaux de PCIME ; trois pays (Cameroun, République du Congo et Rwanda) ont adapté et finalisé les lignes directrices pour la formation à la PCIME, et cinq pays⁴¹ ont révisé leur politique alimentaire pour le nourrisson en cas de VIH. Les activités de formation au conseils en allaitement et VIH ont été menées dans huit pays⁴².

⁴⁰ Botswana, Burkina Faso, Ethiopie, Gambie, Lesotho, Swaziland, Zambie.

⁴¹ Erythrée, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigeria.

⁴² Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Malawi, Mozambique, Nigér.

134. Huit pays⁴³ ont mené des activités pour améliorer la qualité des soins au niveau de référence et quatre pays (Kenya, Nigeria, Tanzanie et Zimbabwe) ont élaboré des outils de supervision intégrée. Un kit d'information sur la composante communautaire de la planification des activités de PCIME a été finalisé et 48 consultants ont été formés. Ils ont apporté un appui à dix pays⁴⁴ pour l'élaboration des plans nationaux et de district.

Figure 18: Impact de la PCIME sur la réduction de la mortalité en Tanzanie, 2003

District	Impact de la PCIME sur la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (1000 naissances vivantes)	
	AVANT	APRES
Districts PCIME	128	115
Districts de référence	127	133

Source: MCE, Site de Tanzanie

135. Un des facteurs ayant facilité la réduction de la mortalité infantile a été l'engagement des Etats Membres en faveur de l'accélération de la mise en œuvre de la PCIME. Par exemple, une étude d'évaluation de la PCIME menée en Tanzanie a montré que le taux de mortalité infantile avait baissé de 13% dans les districts où on pratiquait la PCIME par rapport au taux enregistré dans les autres districts (Figure 18). La vision commune des gouvernements et des partenaires, qui s'est traduite par la mise en œuvre d'une stratégie commune pour assurer la survie de l'enfant, la PCIME par exemple, permet de réduire la mortalité infantile. Cependant, l'intensification de la mise en œuvre de la PCIME a été entravée par l'insuffisance des ressources à tous les niveaux et par la faiblesse des systèmes de santé.

136. En Ethiopie, le Partenariat pour la santé du nouveau-né a organisé avec succès des réunions qui ont permis de mettre davantage en exergue l'amélioration de la santé maternelle et du nouveau-né dans la Région. Par ailleurs, un appui supplémentaire a été accordé par le programme Pour une maternité à moindre risque, le Partenariat pour la santé du nouveau-né et le Partenariat pour la survie de l'enfant.

137. La culture du silence et la stigmatisation qui entourent l'épidémie des abus sexuels commis sur les enfants font de ce problème une situation d'urgence silencieuse et un grave problème de santé publique. Lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional, les Ministres de la santé ont adopté un programme d'action, de même que la Résolution AFR/RC54/R7 pour rompre ce silence, faire prendre conscience de ce problème et exhorter les gouvernements à prendre des mesures concrètes pour lutter contre les abus sexuels commis contre les enfants



“Les enfants ne sont pas un remède pour le VIH/SIDA”

Source: OMS/AFRO

⁴³ Bénin, Erythrée, Guinée, Kenya, Malawi, Niger, Tanzanie.

⁴⁴ Botswana, Burkina Faso, Burundi, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Nigeria, Rwanda.

conformément à la Convention sur les droits de l'enfant.

138. Tout au long de l'année, le Bureau régional a poursuivi l'extension des services conviviaux pour les adolescents. Les activités concernant les Jeunes et le SIDA, la santé sexuelle et génésique, la lutte contre les toxicomanies, et la santé mentale ont été menées dans le cadre de l'approche stratégique globale intégrée de l'Alliance des Parents, des Adolescents et des Communautés (APADOC) dans quelque 19 pays.⁴⁵ La Fondation Ford a financé les activités de l'APADOC au Mozambique, en Namibie et au Zimbabwe. L'Erythrée a bénéficié de l'appui technique du Bureau régional et du Fonds des Nations Unies pour la Population grâce à une mission conjointe visant à aider le Gouvernement à élaborer sa politique nationale sur la santé de l'adolescent.

139. Le Groupe de travail interinstitutions sur les jeunes et le VIH (y compris le Fonds des Nations Unies pour la Population, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, la Banque mondiale, et d'autres organismes bilatéraux), ont lancé la Coalition de la société civile pour la santé et le développement des jeunes. Les Pays-Bas ont apporté un soutien financier pour les activités concernant les jeunes et le VIH dans quatre pays prioritaires (Cameroun, Malawi, Nigeria et Tanzanie). Pour contribuer à la réalisation des OMD, le programme Santé génésique des adolescents a renforcé les partenariats entre le programme Les jeunes et le VIH/SIDA et d'autres institutions des Nations Unies, les organismes bilatéraux (tels que les projets financés par USAID) et d'autres programmes apparentés du Bureau régional.

Recherche et élaboration de programmes en santé génésique (RHR)

140. Le domaine d'activité Recherche et élaboration de programmes en santé génésique comprend les programmes suivants : Recherche et élaboration de programmes en santé génésique (RHR), Formation en santé génésique (RHT) et Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME). Des progrès notables ont été réalisés pendant la période examinée.

141. L'OMS a agréé deux nouveaux centres collaborateurs : le Département d'Obstétrique et de Gynécologie du Centre hospitalier universitaire de Korlebu, au Ghana et le Centre d'Etudes et de Recherche en matière de Population et Développement au Mali. Les profils de ces deux institutions et des plans d'action quadriennaux sont en cours d'élaboration. Des nationaux provenant de sept pays,⁴⁶ y compris des représentants de l'OMS et des points focaux pour la santé génésique, ont bénéficié d'une formation en recherche opérationnelle. Cette formation a permis d'élaborer un protocole de recherche sur la réduction de la mortalité maternelle ou l'amélioration des services de planification familiale. L'OMS aide actuellement ces pays à trouver les sources de financement nécessaires pour la mise en œuvre de ces protocoles.

142. Les responsables de programmes de santé génésique ont tenu leur deuxième réunion générale en juillet. Des responsables nationaux de programme et des conseillers venant de 20 pays⁴⁷ anglophones et de 24 pays francophones⁴⁸, six partenaires⁴⁹ et le personnel de l'OMS ont passé en revue les activités menées pendant la période biennale 2002-2003. Ils ont échangé leurs connaissances sur les meilleures pratiques en matière de santé génésique, et recommandé avec insistance un engagement accru à tous les niveaux. Les participants, qui représentaient les quatre domaines d'activité de la Division, et les partenaires ont contribué au succès de la réunion.

⁴⁵ Botswana, Cameroun, Tchad, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gambie, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, République Démocratique du Congo, Sao Tomé et Principe, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Ouganda, Zambie, Zimbabwe.

⁴⁶ Bénin, Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad.

⁴⁷ Afrique du Sud, Erythrée, Ethiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Liberia, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigeria, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Ouganda, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

⁴⁸ Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap Vert, Comores, Côte d'Ivoire, Guinée Equatoriale, Gabon, Guinée, Guinée-Bissau, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, Rwanda, République Centrafricaine, République du Congo, République Démocratique du Congo, Sao Tomé et Principe, Sénégal, Tcha, Togo.

⁴⁹ Advance Africa, AWARE-RH, BASIC, USAID, AED/SARA, FNUAP

143. Le Groupe de travail régional sur la santé génésique a tenu sa troisième réunion à Harare en octobre. Cette réunion était consacrée à la mise en œuvre effective de la Feuille de route pour accélérer la réalisation de l'objectif du Millénaire pour le développement concernant la santé maternelle et néonatale en Afrique. Les problèmes majeurs de santé génésique ont été analysés et des documents pratiques ont été élaborés pour orienter les programmes dans la Région. Parmi ces documents figurent un guide pour la mise en œuvre de la Feuille de route au niveau des pays, une déclaration consensuelle sur le rôle des accoucheuses traditionnelles, un document précisant la position africaine sur la Convention internationale contre le Clonage d'êtres humains à des fins de reproduction, et une proposition en faveur de la création d'un fonds spécial pour la santé de la mère et du nouveau-né.

144. Grâce à la Division du Développement des systèmes et des services de santé, huit pays⁵⁰ ont bénéficié d'un appui pour l'élaboration d'une proposition de projet en faveur du renforcement des systèmes de santé pour améliorer la mise en œuvre des programmes prioritaires. Ces projets seront financés par l'Agence norvégienne pour le développement international. La participation aux activités du Groupe de travail sur la mise en place d'un système régional d'information sanitaire a permis d'identifier des indicateurs pour la base de données régionale.

145. Lors de la 32^{ème} Réunion générale du Programme, tous les représentants de l'OMS ont été sensibilisés à l'approche des soins de santé génésique fondée sur des bases factuelles et sur la manière d'utiliser la bibliothèque de santé génésique (RHL) de l'OMS. Des responsables de programmes nationaux et des conseillers venant de 44 pays ont été initiés à l'utilisation du Kit de formation fondé sur des données factuelles et à l'utilisation de la Bibliothèque de santé génésique de l'OMS. Des ateliers de formation plus spécifiques ont été organisés au Kenya, au Nigeria, et en Zambie et ces pays disposent maintenant d'un noyau de formateurs spécialisés dans l'utilisation des deux approches. Etant donné que la Bibliothèque de santé de la reproduction compte plus de 2000 abonnés, on espère que l'approche fondée sur des bases factuelles permettra le cas échéant de changer de politique pour améliorer la qualité des services.

146. La préoccupation suscitée par le faible taux de prévalence contraceptive a conduit à l'élaboration d'un cadre décennal pour le repositionnement de la planification familiale dans la Région africaine, adopté par le Comité régional à travers la résolution AFR/RC54/R3. Il s'agit de donner des orientations sur la manière de revitaliser la composante Planification familiale des programmes de santé génésique afin d'améliorer la santé de la mère et du nouveau-né. Les outils élaborés pour aider les pays à renforcer leurs programmes de planification familiale (FP) sont les suivants: un outil de plaider pour le repositionnement de la planification familiale; des guides pour la gestion logistique des produits contraceptifs; et des lignes directrices fondées sur des bases factuelles pour la planification familiale et les infections sexuellement transmissibles (IST).

147. La mise en œuvre de l'Initiative sur les Meilleures pratiques a été lancée dans la Région africaine en juin avec la participation de 12 pays⁵¹. Il s'agissait essentiellement d'échanger des expériences, de baliser les prochaines étapes de la mise en œuvre de cette stratégie sur la base de preuves scientifiques, en particulier dans le domaine de la planification familiale. Pour améliorer la qualité des services de planification familiale (PF) et d'IST, le Programme de partenariat stratégique OMS/FUAP pour l'Afrique⁵² a été lancé en Tanzanie au mois de septembre. Lors de ce lancement, des lignes directrices fondées sur des bases factuelles ont été disséminées en vue de leur adaptation par les pays.

⁵⁰ Algérie, Angola, République du Congo, Ethiopie, Kenya, Niger, Nigeria, Ouganda.

⁵¹ Afrique du Sud, Bénin, Cameroun, Ethiopie, Kenya, Mozambique, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

⁵² Les pays membres de ce Partenariat sont les suivants : Afrique du Sud, Bénin, Cameroun, Mozambique, Nigeria, Rwanda, Tanzanie (y compris Zanzibar), Zambie, Zimbabwe.

148. Dans le cadre de l'Initiative «3 millions d'ici 2005», la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH constitue le point d'entrée qui favorise l'accès des femmes enceintes séropositives et de leurs familles aux soins, au traitement antirétroviral et aux services de soutien psychosocial. Onze pays⁵³ ont bénéficié des activités de PTME, y compris l'accès au traitement antirétroviral. Les outils devant orienter la prestation des services de soutien psychosocial destinés aux femmes enceintes et à leurs familles ont été disséminés dans 19 pays⁵⁴ à forte prévalence de VIH. Un atelier sur le renforcement des capacités en matière de soutien psychosocial a été organisé à l'intention des professionnels de la santé et des agents communautaires venant de 13 pays.⁵⁵ L'Ethiopie a intégré la PTME dans les services de santé génésique et en Zambie, le cadre stratégique a été finalisé en vue de l'intégration de la PTME dans la santé maternelle, néonatale et infantile.

149. Les partenariats ont été renforcés. Avec l'aide de la Division, le fonds du Programme de la Banque mondiale pour le traitement accéléré, qui vise à accélérer la PTME a permis d'améliorer l'accès au traitement antirétroviral au Burkina Faso, au Ghana et au Mozambique. Au Mozambique et en Ouganda, le Fonds des Pays-Bas pour les initiatives innovantes a permis d'élaborer un cadre pour l'intégration de la PTME dans les services de santé maternelle et néonatale au niveau des districts, ceux-ci servant de sites de démonstration. L'Initiative d'appui de GTZ (*Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit*) a apporté un soutien institutionnel pour la création au Bureau régional d'un poste de médecin pour la prise en charge de la PTME. Pour avoir le maximum d'impact, il faut que la PTME soit intégrée dans les services de santé maternelle et néonatale au niveau des soins de santé primaires.

Pour une maternité à moindre risque (MPS)

150. En février, la Feuille de route pour accélérer la réalisation des OMD liés à la santé maternelle et néonatale a été élaborée à Harare par les membres du Groupe de travail régional sur la santé génésique, les partenaires, et les représentants des Etats Membres. Un des objectifs spécifiques de la Feuille de route est d'accroître, à tous les niveaux, l'accès à un personnel spécialisé pendant la grossesse, l'accouchement, et le post-partum. La Feuille de route a été présentée à l'Union Africaine (UA), qui s'en est inspirée pour élaborer sa propre Feuille de route pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique. Elle a été examinée à la cinquante-quatrième session du Comité régional, qui l'a adoptée par Résolution AFR/RC54/R9 pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales. Pour aider les pays à mettre en oeuvre la Feuille de Route à leur niveau, un cadre a été élaboré pour la mise en oeuvre de la Feuille de route, et 16 pays (56) ont commencé à la mettre en oeuvre.

151. Afin de promouvoir la prestation des services intégrés de santé de santé maternelle et néonatale, une série de manuels sur la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement consacrés à la prise en charge intégrée des complications de la grossesse et de l'accouchement a été envoyée à tous les pays pour être distribuée à toutes les institutions de formation en sciences médicales, en obstétrique, et en soins infirmiers comme documents techniques et documents de référence. Ces manuels sont utilisés au niveau des pays pour la formation en cours d'emploi des personnels des services de santé maternelle et néonatale. En février, un atelier sur les soins obstétricaux d'urgence a été organisé en marge de la conférence annuelle du Collège ouest-africain des chirurgiens (WACS) qui s'est tenue à Banjul, Gambie.

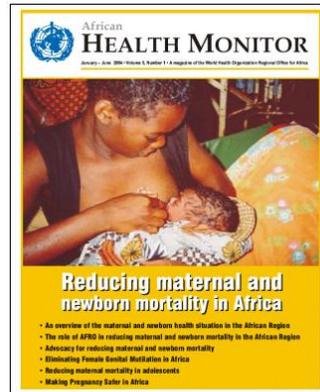
152. L'engagement et la participation communautaires sont essentiels en santé maternelle et néonatale. Pendant la deuxième réunion régionale des responsables de programmes de santé génésique en juillet, le document du Bureau régional intitulé, *Santé maternelle et néonatale: Cadre de*

⁵³ Angola, Cameroun, Kenya, Lesotho, Mali, Mozambique, Ouganda, Swaziland, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

⁵⁴ Angola, Botswana, Cameroun, Erythrée, Ethiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibie, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie, Zimbabwe.

⁵⁵ Afrique du Sud, Burkina Faso, Ethiopie, Kenya, Malawi, Mali, Namibie, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Zambie.

promotion et de mise en œuvre des interventions à base communautaire, a été présenté aux responsables nationaux de 44 pays et à leurs partenaires. Ce document présente une approche complète de l'accouchement et de la préparation aux situations d'urgence, et des voies et moyens de collaborer avec les individus, les familles, et les communautés. Par ailleurs, des plans d'action nationaux ont été élaborés pour le renforcement de l'engagement et de la participation communautaires.



153. Pour intensifier les activités de sensibilisation, l’Ethiopie, le Ghana, le Mali et l’Ouganda ont collaboré avec l’AED, USAID, et la Banque mondiale à l’élaboration de l’outil de plaidoyer intitulé REDUCE/ALIVE. La première édition annuelle de *l’Observatoire de la santé* a pour thème “Réduire la mortalité maternelle et néonatale en Afrique”. Dans cette publication, les principaux articles et les rapports de quatre pays (Burundi, Ghana, Mauritanie et Sierra Leone) sont consacrés à la santé maternelle et néonatale.

154. Une réunion a été tenue en septembre pour passer en revue les compétences et les normes applicables en obstétrique; elle a réuni des professionnels de la santé impliqués dans l’enseignement et la formation théorique et pratique des sages-femmes et les soins obstétricaux, qui venaient de 12 pays.⁵⁶ Les principaux résultats de cette formation sont : un consensus sur le minimum de qualifications requises pour les soins obstétricaux dans la Région, l’élaboration d’un cadre pour la fixation des normes de soins obstétricaux, et l’élaboration de plans d’action nationaux pour le renforcement de ces soins.

155. Le Bureau régional a apporté un appui à la République du Congo pour l’organisation d’une conférence nationale de consensus en vue d’une collaboration du Programme national de santé génésique avec le Programme national de lutte contre le paludisme pour la prévention et le traitement du paludisme pendant la grossesse. Cet atelier a permis de lancer officiellement la nouvelle politique de lutte anti-paludique par le traitement préventif intermittent (TPI) et l’utilisation de moustiquaires imprégnées d’insecticide (MII). Le Mozambique a adapté sa politique nationale de santé génésique de manière à y inclure le traitement du paludisme pendant la grossesse, et élaboré des protocoles et des lignes directrices sur la santé maternelle et néonatale qui couvrent le TPI et l’utilisation de moustiquaires imprégnées d’insecticide. Par ailleurs, le TPI a été intégré dans les programmes de santé génésique en République centrafricaine et au Mali.

Santé de la femme et développement (WMH)

⁵⁶ Afrique du Sud, Ethiopie, Erythrée, Ghana, Gambie, Lesotho, Malawi, Mozambique, Nigeria, Ouganda, Tanzanie, Zimbabwe.

156. En 2004, le domaine d'activité Santé de la femme et développement a mené plusieurs activités pour promouvoir l'intégration de la dimension genre dans le travail de l'OMS. Il a poursuivi ses activités de plaidoyer en faveur de la prévention et de prise en charge de toutes les formes de violence sexuelle et des violences basées sur le genre, y compris les mutilations génitales féminines et les autres pratiques traditionnelles dangereuses.

157. En collaboration avec le Département Genre, femmes et santé de la Division Santé familiale et communautaire du Siège, le Bureau régional a distribué des outils aux pays pour leur permettre d'accélérer le renforcement des capacités, les activités de plaidoyer et l'intégration de la dimension genre dans le domaine de la santé. Un kit d'information facile à lire sur le genre et la santé est en cours de préparation. La Feuille de Route sur la santé maternelle et néonatale est en train d'être revue de manière à intégrer la dimension genre.

158. En collaboration avec le Bureau régional, le Siège a également mis au point un nouvel outil intitulé, *Using human rights for maternal and newborn health: A tool for strengthening laws, policies and standards of care*. Il vise à aider les pays à revoir leurs dispositions juridiques, politiques et réglementaires concernant la santé maternelle et infantile sous l'angle des droits de l'homme. Le Mozambique est en train de tester cet outil sur le terrain; dans le cadre des engagements pris par le Gouvernement, l'équipe nationale a fait une étude systématique sur la prise en compte des droits de l'homme dans l'élaboration des politiques et programmes de santé maternelle et néonatale.

159. Grâce au Fonds finlandais, l'OMS a mis en oeuvre un projet sur la non-violence en République Démocratique du Congo et au Liberia. Ce projet vient en aide aux victimes d'abus sexuels et de violences basées sur le genre dans les pays d'Afrique touchés par la guerre ou aux prises avec une crise humanitaire. Il s'agit d'améliorer l'accès des femmes et des enfants victimes de violences à des services de santé de qualité. De mars à mai, la Division de la santé de la famille et de la santé génésique, la Division des environnements sains et du développement durable, et les représentants de l'OMS au Liberia et en République démocratique du Congo ont effectué des missions d'enquête dans les deux pays. Ces missions avaient pour but d'aider les autorités nationales à passer en revue les données existantes et à élaborer des plans d'action nationaux pour la prévention des violences et la prise en charge des victimes.

160. Au Liberia, la cartographie des activités en cours et des organisations existantes a permis d'identifier environ 66 institutions nationales et internationales, des organisations confessionnelles pour la plupart, impliquées dans la lutte contre les abus sexuels et les violences basées sur le genre et opérant à travers le pays. En République Démocratique du Congo, la mission d'enquête du Bureau régional a révélé une prise de conscience très élevée de ces violences et une grande préoccupation pour ceux qui en sont victimes. Ces institutions assurent la prévention, les soins, et les services psychosociaux avec plus ou moins d'engagement, de moyens, et de succès qualitatif. Dans ces deux pays, l'OMS a servi d'agence technique et normative pour la prévention des violences et la prise en charge de ceux qui en sont victimes.



Enseigne dans un camp pour personnes déplacées à l'intérieur d'un pays

161. Le Bureau régional et les Représentants de l'OMS auprès de l'Union africaine ont participé à la deuxième session ordinaire de la Commission du travail et des Affaires sociales de l'Union africaine qui s'est tenue à Cotonou, Bénin. Il a donné des avis techniques sur trois documents qui soulignent l'importance de la santé des femmes et des enfants à savoir : le plan d'action sur le trafic des êtres humains, surtout des femmes et des enfants, un cadre stratégique pour une politique de migration en Afrique, et un plan d'action sur la famille en Afrique à l'occasion du dixième anniversaire de l'Année internationale de la Famille.

162. Le 6 février, la Journée internationale de la tolérance zéro aux mutilations sexuelles génitales a été célébrée en Ethiopie, en Guinée, au Niger, au Nigeria, et au Bureau régional. Les résultats de la mise en œuvre du Plan d'action régional pour accélérer l'élimination des MSF dans 15 pays⁵⁷ montrent que tous les pays enquêtés ont renforcé leurs politiques et législations sur l'élimination des MSF. La société civile et les partenaires du développement ont participé activement aux activités de plaidoyer et à la réforme législative.

163. En Guinée, les partenaires ont mis en place un groupe collaborateur national pluridisciplinaire sur les MSF, élaboré un plan d'action pour l'élimination des MSF par les professionnels de la santé, et organisé un atelier de sensibilisation à l'intention des décideurs et des responsables de programme. Des recherches sur les séquelles obstétricales des MSF ont été menées dans six pays⁵⁸; elles portaient sur 28 393 femmes et 74 % d'entre elles avaient été victimes de MSF. Cette étude a mis en exergue les effets obstétricaux et périnataux néfastes, qui peuvent s'ajouter aux effets nocifs (immédiats ou à long terme) des MSF déjà connus. Des initiatives sur les meilleures pratiques pour l'abandon des MSF ont été menées dans sept pays⁵⁹ de la Région. La MSF étant une pratique socioculturelle, on s'est aperçu que pour obtenir des résultats satisfaisants et durables dans ce domaine, l'abandon de celles-ci doit être l'affaire de la communauté et non celle des individus.

MILIEUX FAVORABLES À LA SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DURABLE

164. Dans la Région africaine, la pauvreté et la dégradation de l'environnement constituent de sérieuses entraves au développement sanitaire. Les populations n'ont accès ni à une eau salubre ni à un système d'assainissement adéquat et un enfant sur cinq meurt d'une maladie transmissible liée à l'insalubrité de l'environnement avant l'âge de cinq ans.⁶⁰ La pauvreté est également la principale cause d'insécurité alimentaire et de consommation d'aliments insalubres. Ces facteurs, pris isolément, conjointement, ou associés à des situations d'urgence d'origine naturelle ou humaine, constituent le principal obstacle à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans la Région africaine. En 2004, le Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique a surmonté cet obstacle grâce aux activités de la Division des Milieux favorables à la santé et développement durable.

165. La Division couvre quatre domaines d'activité: Santé et développement durable (HSD), Protection de l'environnement humain (PHE), Situations d'urgence et action humanitaire (EHA), et Salubrité des aliments (FOS). La Division continue d'intensifier l'étude des liens qui existent entre la pauvreté et la mauvaise santé afin que les questions liées à la pauvreté soient prises en compte dans les efforts de développement sanitaire aux niveaux national et régional, y compris la promotion d'une approche stratégique durable du développement sanitaire à long terme; d'intégrer une dimension «salubrité de l'environnement» dans la gestion de l'environnement humain et dans l'élaboration

⁵⁷ Burkina Faso, Cameroun, Erythrée, Ethiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Niger, Nigeria, République Démocratique du Congo, Sénégal, Tanzanie, Tchad.

⁵⁸ Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Sénégal, Soudan.

⁵⁹ Burkina Faso, Ethiopie, Ghana, Kenya, Mali, Ouganda, Sénégal.

⁶⁰ OMS, *Water and sanitation sector assessment 2000*, Brazzaville, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique 2000 (AFR/WSH/00.3).

d'autres politiques et mesures à appliquer à l'échelle nationale ; de s'attaquer aux taux de morbidité et de mortalité élevés, qui sont dus à l'insécurité alimentaire et à une mauvaise hygiène alimentaire; et de renforcer les capacités nationales pour la préparation aux situations d'urgence et à l'organisation des secours, y compris un appui technique et financier pendant les situations de crise.

Santé et développement durable (HSD)

166. La pauvreté continue d'affecter l'état sanitaire des populations de la Région africaine car elle est à l'origine d'une situation socio-économique qui expose les gens à la maladie et limite leur accès aux services de santé. Le domaine d'activité Santé et développement durable (HSD) comprend trois programmes— Pauvreté et mauvaise santé, Développement sanitaire durable, et Macroéconomie et santé --- qui apportent un appui aux pays pour leur permettre de faire face à cette situation, et cet appui prend essentiellement la forme du renforcement des capacités, d'une assistance technique spécialisée, et des activités de sensibilisation.

167. Un appui, qui a pris la forme du renforcement des capacités et d'une assistance technique spécialisée, a été apporté aux pays pour leur permettre de conceptualiser les liens qui existent entre la pauvreté et la santé, de proposer et d'appuyer les interventions prioritaires nécessaires pour la promotion de la santé en faveur du développement. Ces réalisations ont été rendues possibles par divers documents. Les documents intitulés *Pauvreté et santé: Stratégie pour la Région africaine* et *Prospective en santé : le développement sanitaire sur la base de scénarios* ont été distribués aux Etats Membres et à d'autres partenaires du développement. Une note d'information sur les objectifs du Millénaire en matière de santé été préparée, qui sera examinée par les Ministres de la Santé lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional. Un guide pour l'élaboration des politiques et plans nationaux de santé a été préparé et distribué avec le concours des autres divisions du Bureau régional.

168. Une assistance technique a été fournie pour la préparation d'une proposition de financement qui sera soumise au Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme en vue de la mise en place du système national d'assurance-maladie qui est à l'étude au Kenya. Des activités préliminaires ont été menées pour préparer les travaux de la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé.

169. Diverses activités de promotion ont été menées et un appui multiforme a été apporté aux pays dans le cadre de l'Initiative Macroéconomie et Santé (CMH). Le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé a été distribué et une page web a été ouverte sur le site Intranet du Bureau régional. Une assistance technique spécifique a été fournie à neuf pays.⁶¹ Cette assistance a notamment consisté à mettre en place les groupes de travail de la Commission Macroéconomie et Santé; à apporter un appui pour l'élaboration des plans et stratégies d'investissement à long terme dans la santé (qui sont nécessaires pour intensifier les interventions d'un bon rapport coût-efficacité); et à impliquer les parties prenantes dans un développement sanitaire pro-pauvres grâce aux documents de stratégie de réduction de la pauvreté, aux plans du Ministère de la santé, et aux efforts nationaux axés sur la réalisation des OMD, y compris la contribution aux études sur l'accélération de l'extension des systèmes de soins de soins basés sur les soins de santé primaires, et un ensemble des soins de santé essentiels.

170. Dans le cadre de la stratégie en faveur des pays adoptée par l'OMS, le Bureau régional a renforcé les bureaux de l'OMS au Kenya, au Malawi et en Tanzanie pour les questions concernant la santé dans le développement durable. Les responsables nationaux des programmes de l'OMS qui s'occupent des systèmes de santé ont reçu des directives concernant la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, les documents de stratégie de réduction de la pauvreté, les cadres de dépenses à moyen terme, et les approches sectorielles et les aspects macro-économiques de la santé et du développement. Le Comité consultatif africain sur la pauvreté et la santé a été revitalisé.

⁶¹ Ethiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Swaziland.

Le Bureau régional a de nouveau renforcé les capacités des bureaux de pays pour appuyer les programmes prioritaires à savoir : VIH/SIDA, Développement des systèmes de santé, Economie de la santé, et Pauvreté et santé.

171. Le domaine d'activité Santé et développement durable a encouragé les relations de travail avec les centres collaborateurs impliqués dans le renforcement des capacités pour la santé et le développement en Afrique, y compris l'évaluation des programmes de formation et de recherche.

Protection de l'environnement humain (PHE)

172. Le domaine d'activité Protection de l'environnement humain comprend quatre programmes: Protection de la santé et environnement, Evaluation des risques environnementaux, Santé et sécurité des travailleurs, Politique de santé environnementale, et Gestion de l'information sur l'environnement. Etant donné que 35 % à 40 % de la charge totale de morbidité est attribuable à l'insalubrité de l'environnement, ces programmes ont mené diverses activités.

173. Le programme Promotion de la santé et Environnement a donné des conseils sur la création de milieux favorables à la santé tels que les Villes-Santé, les villages-santé, les écoles-santé, les marchés-santé et les milieux de travail favorables à la santé. Les activités axées sur la santé environnementale des enfants ont été encouragées en République du Congo et en Namibie. Le Programme a également aidé les pays à préparer et à présenter leurs propositions de projet au Siège pour bénéficier d'un fonds catalyseur.

174. Le Programme Evaluation des risques environnementaux a revu et finalisé les lignes directrices sur l'évaluation de l'impact de l'environnement sur la santé et se prépare à le publier. Le programme a collaboré avec le programme Gestion de l'information sur l'environnement à la finalisation d'une brochure sur la cartographie des risques pour la santé liés à l'environnement. Un atelier réunissant 30 participants venant des pays africains a encouragé la création de nouveaux centres anti-poisons pour assurer la gestion de la sécurité chimique dans la Région. Un autre atelier et une consultation ont encouragé la sensibilisation à la pollution de l'air dans les villes africaines.

175. Le Bureau régional a évalué les nouveaux centres collaborateurs suivants: le National Institute for Occupational Health, Johannesburg, Afrique du Sud; le Centre for Environmental Health Risk and Economics, Université de Pretoria, Afrique du Sud; le Atmospheric Research and Information Analysis Laboratory, Université d'Ife, Nigeria; le Centre for Occupational and Environmental Health, Université du Natal, Durban, Afrique du Sud. Par ailleurs, le Bureau régional a organisé, en collaboration avec les centres collaborateurs, un cours d'une semaine sur la santé environnementale à l'intention des professionnels de la santé au Medical Research Council, Afrique du Sud.

176. Lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional, le programme Santé des travailleurs a élaboré et présenté un document intitulé *Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives*. Il vise à aider le secteur de la santé à associer les autres secteurs et leurs partenaires à l'élaboration de politiques et de plans d'action pour la promotion de la santé. En collaboration avec l'Organisation internationale du Travail, le Bureau régional a consolidé le profil des pays pour les aider à collecter des données pour la formulation des politiques concernant la santé des travailleurs et des plans pour leur mise en œuvre. Le Kenya, la Tanzanie et l'Ouganda ont testé leur profil. Une trousse d'outils sur les meilleures pratiques applicables dans la prévention des blessures dues aux aiguilles et aux objets pointus ou tranchants est en train d'être testée en Afrique du Sud et en Tanzanie. Les leçons tirées de cette expérience permettront d'éclairer l'extension de cette expérience à toute la Région. Suite à l'atelier sur les stratégies d'information qui a été organisé à la fin de 2003, la distribution des matériels d'information aux pays a été améliorée pour leur permettre de prendre des décisions éclairées sur la base d'informations récentes et des nouvelles technologies. L'Université du Cap et le National Institute of Occupational Health (Institut national de la santé du travail) ont été agréés comme centres collaborateurs pour la santé des travailleurs dans la Région.

177. En 2004, le programme Politique de santé environnementale a apporté un appui aux pays pour la formulation de leurs politiques de santé environnementale en vue de la mise en œuvre de la Stratégie régionale sur la santé et l'environnement qui avait été adoptée à la cinquante-deuxième session du Comité régional. Le programme a apporté un appui technique pour sa mise en œuvre et passé en revue les politiques nationales de santé environnementale de sept pays.⁶²

178. Le programme Gestion de l'information sur l'environnement a poursuivi ses travaux sur la constitution de la base de données de la Division afin de fournir des informations utiles et actualisées et mis à jour le site web de la Division en y ajoutant des publications techniques et des documents d'information. De plus, il a collaboré avec le programme Evaluation des risques environnementaux à l'élaboration d'une brochure et d'autres documents.

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

179. La Région a été secourue par de nombreuses crises provoquées par l'homme et des catastrophes naturelles, qui ont causé de graves problèmes socio-économiques et sanitaires, des mouvements de population, augmenté la charge de morbidité, et causé la mort de milliers de personnes et des pertes énormes pour les pays. En 2004, 25 des 59 pays touchés par des crises à travers le monde étaient des pays africains. Dans la Région africaine, 512 millions de personnes ont été exposées à divers risques tels que le VIH/SIDA, le paludisme, et d'autres maladies transmissibles, et à des problèmes de santé nombreux et graves, y compris les maladies diarrhéiques.

180. En 2004, le Bureau régional a apporté un appui aux pays dans le besoin et œuvré au renforcement des capacités nationales pour la préparation aux situations d'urgence et à l'organisation des secours, la mitigation des conséquences et la réhabilitation des infrastructures. En Namibie et dans six autres pays d'Afrique australe touchés par des crises alimentaires ou des crises liées au VIH/SIDA, les agents de santé ont reçu une formation sur l'évaluation de la vulnérabilité. Des activités concernant l'évaluation de l'impact sanitaire ont été menées au Lesotho, au Swaziland en Zambie et au Zimbabwe. Une assistance technique ou financière a été fournie à six pays d'Afrique de l'Ouest⁶³ touchés par la guerre et les conflits sociaux. Le Programme a appuyé six pays⁶⁴ en guerre et trois pays touchés par des catastrophes naturelles ou des flambées épidémiques, y compris Madagascar pour les cyclones, et le Liberia et la Sierra Leone pour la fièvre de Lassa et la fièvre jaune. Une assistance technique a été fournie à cinq pays⁶⁵ menacés par une invasion de criquets pèlerins.

181. Les Etats Membres ont bénéficié d'un soutien pour le renforcement des capacités afin d'être autonomes dans les situations d'urgence ou de crise humanitaire. Pour assurer la rapidité et la pertinence des interventions, le Bureau Régional a décentralisé le Programme en mettant en place des équipes interpays pour l'Afrique de l'Ouest, l'Afrique australe et l'Afrique centrale, la région des Grands Lacs, et le Bureau régional de coordination et d'appui interinstitutions (RIACSO) qui s'occupe de la crise humanitaire en Afrique australe. Dans certaines sous-régions et certains pays, des activités transfrontalières pour la gestion des situations d'urgence ont été initiées dans la Corne de l'Afrique et en Afrique de l'Ouest, et des bureaux ont été créés au Tchad et en Guinée pour gérer les conséquences des crises touchant des pays limithrophes. Treize nouveaux fonctionnaires ont été recrutés pour renforcer les équipes du Bureau régional et les équipes interpays. Ce recrutement, tout comme les activités qui seront menées au cours des trois prochaines années, sera financé par un programme triennal de l'Office d'aide humanitaire de la Commission Européenne et par d'autres donateurs. Les fonds sont mobilisés directement en faveur de certains pays à travers diverses méthodes d'appels de fonds et diverses activités de plaidoyer.

⁶² Mali, Mozambique, Namibie, Rwanda, République centrafricaine, République du Congo, Sao Tome et Principe.

⁶³ Côte d'Ivoire, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Nigeria, Sierra Leone.

⁶⁴ Angola, Burundi, Ouganda, République centrafricaine, République Démocratique du Congo, Tchad.

⁶⁵ Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal.

182. Ce sont l'engagement et la collaboration des gouvernements, des bureaux des pays de l'OMS, du Siège, et des partenaires, et la coordination des activités de mobilisation de fonds qui ont permis au Bureau régional d'obtenir les résultats précités. Les bureaux de pays et leurs partenaires ont joué un rôle majeur dans la gestion des crises, et les activités menées dans les situations d'urgence sont restées prioritaires dans leurs programmes. De nombreux pays ont recouru au processus de l'appel consolidé pour mobiliser les fonds. Le Bureau régional a fourni un appui technique ou financier. Cependant, certaines activités ou l'arrivée de l'appui aux pays ont été retardés par l'insuffisance du budget régulier et des ressources humaines aux niveaux régional et des pays.

Salubrité des aliments (FOS)

183. L'année 2004 a été marquée par un certain nombre d'épidémies de maladies hydriques, notamment l'épidémie d'aflatoxicose aigüe, maladie due à la consommation de maïs contaminé. Cette maladie a touché plus de 317 personnes, avec un taux de mortalité estimé à environ 39%. La consommation d'aliments contaminés est également liée à au moins 70% des cas de diarrhée chez l'enfant, dont l'incidence est estimée à 3,3 - 4,1 épisodes par enfant et par an. Chaque année, près de 30.660 enfants africains meurent par suite de la consommation d'aliments insalubres. Ces données font des maladies d'origine alimentaire un grave problème à la fois économique et de santé publique dans une région où la salubrité des aliments est occultée par la disette. Malgré l'insuffisance des ressources, le Bureau régional a continué à apporter un appui aux Etats Membres pour améliorer la sécurité des aliments à travers le renforcement des capacités nationales pour la surveillance des maladies d'origine alimentaire, la législation alimentaire et le respect des normes du Codex Alimentarius, et la participation aux processus de fixation des normes alimentaires internationales et aux activités de promotion de la salubrité des aliments et de l'hygiène alimentaire.

184. Avec le concours de la FAO, l'OMS a préparé un guide de formation aux procédures et aux activités de la Commission du Codex Alimentarius. Ce guide a été testé sur le terrain lors d'un atelier réunissant 24 membres des comités nationaux du Codex du Kenya, de la Tanzanie et de l'Ouganda; Il en train d'être finalisé pour servir à l'intensification du renforcement des capacités. Le Fonds fiduciaire de la Commission du Codex Alimentarius a pris en charge la participation de 23 nationaux de 19 countries à diverses réunions. 26 Kenyans ont participé à un cours de formation à l'action judiciaire afin de renforcer l'application de la législation alimentaire. Grâce à la collaboration de la FAO et de l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI), les Seychelles ont organisé des stages de formation à l'inspection sanitaire et à la manipulation hygiénique des aliments. Par ailleurs, le Niger a organisé deux séminaires sur la salubrité des aliments et la sécurité de la viande.

185. Un troisième cours de formation à la surveillance des maladies d'origine alimentaire a été organisé à Yaoundé, Cameroun. Le Kenya a bénéficié d'un soutien technique lors d'une flambée épidémique d'aflatoxicose et pour la formulation d'un avant-projet d'outils nationaux de surveillance des maladies d'origine alimentaire. Les Seychelles ont formulé une proposition en faveur de l'équipement des laboratoires nationaux pour la détection des agents pathogènes d'origine alimentaire, des toxines et des résidus d'antibiotiques contenus dans les



La surveillance et le suivi des maladies d'origine alimentaire des données pour la prise des décisions et la prévention des épidémies.

produits à base viande importés. Au Bénin et en République du Congo, des activités ont été menées pour renforcer la surveillance microbiologique des aliments.

186. Le programme Salubrité des aliments a élaboré un projet de guide régional pour la surveillance microbiologique des aliments. Le Gabon, Mali et le Rwanda ont préparé des stratégies et des plans d'action nationaux. Le Bénin a mis en oeuvre des programmes pour la salubrité des aliments dans les établissements scolaires et le Department for International Development (DFID, Royaume Uni) a fourni de modestes ressources pour la réalisation de projets pilotes qui utilisent les *Cinq clefs pour des aliments plus sûrs*. Le Gabon a mené une enquête nationale sur la salubrité des aliments et sensibilisé les vendeurs d'aliments sur la voie publique et les manipulateurs d'aliments à l'hygiène alimentaire.

187. Un bulletin d'information régional et une documentation sur les activités nationales concernant la salubrité des aliments ont permis de promouvoir l'échange d'informations et des meilleures pratiques. Par ailleurs, le Programme a constitué une base de données sur la salubrité des aliments et diffusé des informations sur les décisions importantes des comités du Codex.

188. Les flambées épidémiques de maladies d'origine alimentaire au Kenya et ailleurs ont mis en exergue le rôle important des aliments en tant que véhicule de transmission de la maladie et montré les lacunes des systèmes de surveillance et de laboratoire. En outre, la collaboration avec la FAO, l'ONUDI et avec d'autres partenaires a facilité la mise en oeuvre des programmes axés sur l'amélioration de la sécurité des aliments dans la Région africaine.

ADMINISTRATION ET FINANCES

Développement des Ressources humaines (HRS)

189. En 2004, les principaux défis du domaine d'activité Développement des Ressources humaines étaient liés à la fourniture, en temps voulu, de services aux quelque 2800 fonctionnaires en poste dans les 46 pays de la Région africaine de l'OMS. Il s'est agi notamment de créer des postes, de sélectionner et de recruter du personnel, d'établir des contrats, d'administrer l'attribution d'indemnités et de droits, de gérer la performance, d'assurer le développement et la formation du personnel, et de fournir des services médicaux pour les évacuations sanitaires.

190. Le Bureau régional cherche à mettre en place des systèmes et des pratiques modernes de gestion des ressources humaines afin de satisfaire les besoins présents et futurs de l'OMS dans la Région africaine. Il le fait de façon prospective et réactive, notamment en améliorant constamment ses aptitudes et son efficacité.

191. En 2004, le domaine d'activité Développement des Ressources humaines a automatisé et informatisé ses principales activités; il a notamment élaboré des modèles pour l'établissement des contrats temporaires. Il a privilégié la formation du personnel et notamment l'élaboration d'un projet de stratégie régionale de développement et de formation des personnels. Les principaux indicateurs de performance ont été définis et l'on a plus largement délégué les responsabilités au sein du domaine d'activité.

192. Parmi les principaux acquis de 2004, on peut citer une plus grande réactivité et des délais moins longs dans la satisfaction des demandes, ainsi que l'organisation d'un certain nombre d'activités de formation concernant l'administration, la sécurité, les dispositions contractuelles et les indemnités. À ce propos, on peut également citer la mise en oeuvre d'un système informatisé de gestion du personnel, la rationalisation des procédures de sélection du personnel temporaire, le recours au système de recrutement électronique, la finalisation et la diffusion du Manuel du Bureau régional, et le renforcement des liens avec les divisions techniques et les bureaux de pays. On a effectué des missions dans des bureaux de pays pour participer à des retraites, réexaminer des

procédures et des structures administratives, et informer ou former le personnel. Pour renforcer la capacité de l’OMS au niveau des pays, trois bureaux ont entrepris la redéfinition de leur profil. Le Bureau régional a procédé à des échanges de vues en vue de la mise en œuvre un système de gestion mondial à l’OMS en 2006.

Budget et gestion financière (FNS)

193. Le domaine d’activité Budget et Gestion financière est chargé de la gestion financière dans la Région, et notamment de l’exécution, dans les délais fixés, du budget programme et de la fourniture de services au personnel et aux fournisseurs. L’un des grands défis est l’installation d’un système financier intégré et interactif fonctionnant en ligne dans toute la Région. Un autre est l’amélioration constante de la fourniture des services financiers. En 2004, il a également fallu assurer, en temps voulu, des services financiers et comptables en deux lieux différents c’est-à-dire à Harare et à Brazzaville.

194. Le domaine Budget et Gestion financière a été également chargé de rendre compte de l’utilisation des fonds versés pour la mise en œuvre du programme. Des vérifications récentes, notamment au niveau des pays, continuent à montrer que des améliorations s’imposent en matière d’obligation de rendre compte et de respect des procédures. Il s’agit toujours de fournir, en temps voulu, un soutien financier approprié aux administrateurs de programme.

195. En outre, parmi les principales réalisations, on peut citer l’appui apporté aux pays dans les domaines de la gestion budgétaire et du contrôle; la révision des procédures de délégation des pouvoirs; la participation active au projet de Système mondial de gestion; la préparation des tableaux budgétaires à inclure dans le document de budget programme 2006–2007; l’attribution des crédits permettant la mise en œuvre des activités; l’amélioration constante des services; la surveillance accrue de la mise en œuvre du budget programme; l’amélioration du système de gestion des informations comptables de manière à y intégrer le contrôle des dépenses; la fourniture aux membres du personnel d’un accès Intranet à leur compte personnel; l’aide fournie à d’autres Régions et au Siège en initiant leur personnel à l’emploi du système de compte d’avances de caisse du Bureau régional; et l’affectation temporaire de deux fonctionnaires pour liquider les arriérés au Siège.

Services d’informatique et d’infrastructure (IIS)

196. Le domaine d’activité Services d’informatique et d’infrastructure est chargé d’assurer des services d’achats efficaces et économiques, de fournir des systèmes et des infrastructures informatiques adéquats, ainsi que des services administratifs et logistiques. Ce domaine d’activité inclut le Bureau et le Secrétariat du Directeur de l’Administration et des Finances. En 2004, les principaux défis ont été l’amélioration des procédures d’achats grâce à des investissements technologiques, ce qui a permis de réduire les coûts et les temps morts; l’unification et le renforcement de l’infrastructure de communication et de collecte des données du Bureau régional; la fourniture d’un système régional de gestion et de stockage de données sanitaires; l’administration efficace du Bureau régional en créant des conditions de vie et de travail favorables, et la maximisation de « l’économicité » de tous les services administratifs et logistiques.

197. En ce concerne les approvisionnements, il s’agit d’adopter un nouveau système d’achats à l’échelle mondiale qui permettrait d’acheter à des prix plus compétitifs. Pour ce qui est des technologies de l’information, le Bureau régional a continué à élaborer des logiciels adéquats et à entretenir les systèmes existants, tout en collaborant avec le Siège et avec d’autres bureaux régionaux à la mise au point de programmes mondiaux. Les Services administratifs se sont attachés à améliorer les conditions de travail au Bureau régional, tant à Brazzaville qu’à Harare, et à maintenir les frais d’exploitation dans des limites raisonnables. Pour ce qui est des services d’impression, on envisage de renforcer l’unité en termes d’effectifs et d’équipements, ce qui permettrait de réduire la dépendance à l’égard des sous-traitants, d’accélérer la production, et de réduire les coûts.

198. Au total, 1721 demandes de fournitures, 380 autorisations d'achats et 1341 commandes locales ont été traitées, pour un montant total de US\$ 21 615 764. À l'occasion d'une retraite du personnel, on a pu identifier des domaines susceptibles d'amélioration et formuler des recommandations. Plusieurs réalisations importantes ont été enregistrées. La mise en place d'un système d'achats électronique a simplifié et accéléré les procédures d'achats dans la mesure où il donne accès à des gammes de prix inférieurs grâce à la consultation de catalogues électroniques. La nouvelle section de repérage a permis de réduire sensiblement le nombre de plaintes émanant des bureaux de pays et des projets. Dix pays ont expérimenté le nouveau logiciel de gestion des achats locaux, et un nouveau logiciel de gestion des stocks a été acquis pour les bureaux de pays et les projets.

199. En matière d'information et de communications, 15 bureaux de pays ont été raccordés au réseau privé mondial de l'OMS (GPN), ce qui assure des communications fiables et économiques, et la fluidité des échanges de données et d'informations dans la Région. Des efforts analogues sont en cours dans les 31 autres pays. Un système d'information intégré a également été mis en place au Bureau régional, ce qui permet au personnel de mettre à jour ses dossiers personnels, ce qui devenait indispensable pour des raisons de sécurité. La facturation électronique a été instaurée pour permettre au personnel du Bureau régional de visionner en ligne ses factures de services essentiels. En outre, un accès en ligne a été fourni pour permettre au personnel de vérifier l'état des opérations financières inscrites à son compte. L'installation de fibres optiques entre les bureaux de Brazzaville et d'Harare a sensiblement amélioré la qualité de la communication vocale entre les divisions. Les noms de domaine utilisés pour toutes les adresses électroniques du Bureau régional ont été fusionnés, aboutissant à une seule cyber-identité et à une amélioration du service de courrier électronique.

200. Pour ce qui est des services administratifs et logistiques, de bonnes conditions de vie et de travail ont continué d'être assurées à Brazzaville et des économies d'environ US\$ 250 000 ont été réalisées en 2004 grâce à la renégociation du tarif des services sous-traités. À Brazzaville, 20% des projets immobiliers de 2004/2005 ont été réalisés. Le bureau de Harare a été doté d'un nouveau générateur de secours, d'un nouveau circuit de distribution d'eau, d'un puits foré et d'un nouveau réservoir à eau afin de remédier aux fréquentes coupures d'eau et d'électricité. En matière de sécurité préventive et en application des normes onusiennes, le Bureau régional a respecté à 80% en moyenne les normes minimales de sécurité opérationnelle (MOSS) à Brazzaville et à Harare, ainsi qu'en témoignent l'existence de plans de sécurité achevés, d'un local radio entièrement équipé et opérationnel à Brazzaville, de services de sécurité efficaces et d'appels radio de contrôle bi-hebdomadaires, tant à Brazzaville qu'à Harare, et le resserrement du contrôle de l'accès aux bureaux d'Harare. L'Unité a organisé des retraites dont on attend une grande amélioration des services.

201. Une participation importante a été fournie à un certain nombre d'initiatives mondiales, et notamment à un programme pilote pour le renforcement de la présence de l'OMS dans les pays, au Programme mondial d'Apprentissage et de Développement des Personnels, ainsi qu'à des réunions du Comité de Vérification et du Conseil exécutif. La cinquième d'une série de réunions à l'intention des cadres administratifs de la Région a été tenue avec succès en mars. Le Manuel du Bureau régional a été actualisé et diffusé par l'Intranet à tous les personnels de la Région en novembre.

FACTEURS INFLUANT SUR LA MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME POUR 2004

Facteurs favorables

202. L'examen à mi-parcours du budget programme 2004-2005 a eu lieu comme prévu. Il a mis en exergue les principaux facteurs qui favorisent ou entravent la mise en œuvre des activités aux niveaux de la Région et des pays.

203. La volonté politique mondiale et l'intérêt porté par les gouvernements aux problèmes de santé ont facilité la mise en œuvre du budget programme pendant la première année. Le vif désir d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement a favorisé le financement des principales priorités définies dans la Région grâce à plusieurs initiatives internationales et à une coopération fructueuse avec les partenaires.

204. La collaboration de différents partenaires et de l'OMS aux niveaux national et mondial a permis de mettre en œuvre les programmes. Les consultations et les négociations entre le Bureau régional, les gouvernements et les partenaires ont été bien intégrées au processus de la mise en œuvre du budget programme dans la Région.

205. Parmi les facteurs inhérents à l'OMS, qui ont facilité les activités figurent l'excellente collaboration entre le Siège, le Bureau régional et les bureaux de pays; le dévouement du personnel; la conduite positive des affaires sous l'impulsion de la direction du Bureau régional; le solide esprit d'équipe et l'aptitude à travailler en réseau manifestés par le personnel de l'OMS. La mise en œuvre du budget programme a également été favorisée par la transition en douceur qui s'est produite au niveau de la direction régionale.

Facteurs défavorables

206. La mise en œuvre d'un certain nombre d'activités a été entravée par des situations d'urgence complexes et des catastrophes naturelles survenues dans la Région africaine. Si le fait de fonctionner à partir de deux lieux géographiques différents est devenu banal, il n'en demeure pas moins un défi majeur pour la mise en œuvre du budget programme.

207. La collaboration avec les Etats Membres s'est améliorée. Toutefois, le retard mis par ceux-ci à répondre aux demandes émanant du Bureau régional et des bureaux de pays est une contrainte importante qui entrave la mise en œuvre des activités.

208. Au Bureau régional, la limitation des moyens financiers demeure une contrainte majeure à tous les niveaux. De nombreux domaines d'activité ne disposent pas de ressources humaines qualifiées en quantité suffisante. Les donateurs restent les principales sources de fonds pour la mise en œuvre des activités.

DEUXIÈME PARTIE : RAPPORT D'ACTIVITÉ SUR LA MISE EN ŒUVRE DES RÉOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL

Elimination de la lèpre dans la Région africaine

209. La résolution AFR/RC54/R5 Rev.1 du Comité régional demande aux Etats Membres de la Région africaine d'éliminer la lèpre d'ici à l'an 2000, l'élimination étant définie comme une prévalence d'un cas pour 10 000 habitants.

210. En 1994, lorsque la résolution a été adoptée, 113 650 cas de lèpre étaient enregistrés dans la Région africaine, soit un taux de prévalence de 2,1 pour 10 000 habitants. À la fin de l'an 2000, le total des cas enregistrés était de 64 381, ce qui correspond à un taux de prévalence de 1,02 cas pour 10 000 habitants. Ainsi, l'objectif d'élimination a été atteint au niveau régional. Toutefois, la lèpre est restée endémique dans 10 pays. À partir de 2000, une stratégie dite de "poussée finale" a été adoptée, notamment pour intensifier les activités dans les pays où la maladie était encore endémique. En 2004, 39 pays avaient éliminé la lèpre (Figure 19), trois pays étaient au seuil de l'élimination et quatre pays étaient encore en situation d'endémicité (avec des taux de prévalence supérieurs à 2 cas pour 10 000 habitants). Le tableau 1 ci-dessous montre l'évolution de la prévalence et du nombre de cas dépistés entre 1994 et 2003.

Tableau 1 : Prévalence de la lèpre et nombre de cas dépistés dans la Région africaine, 1994-2003

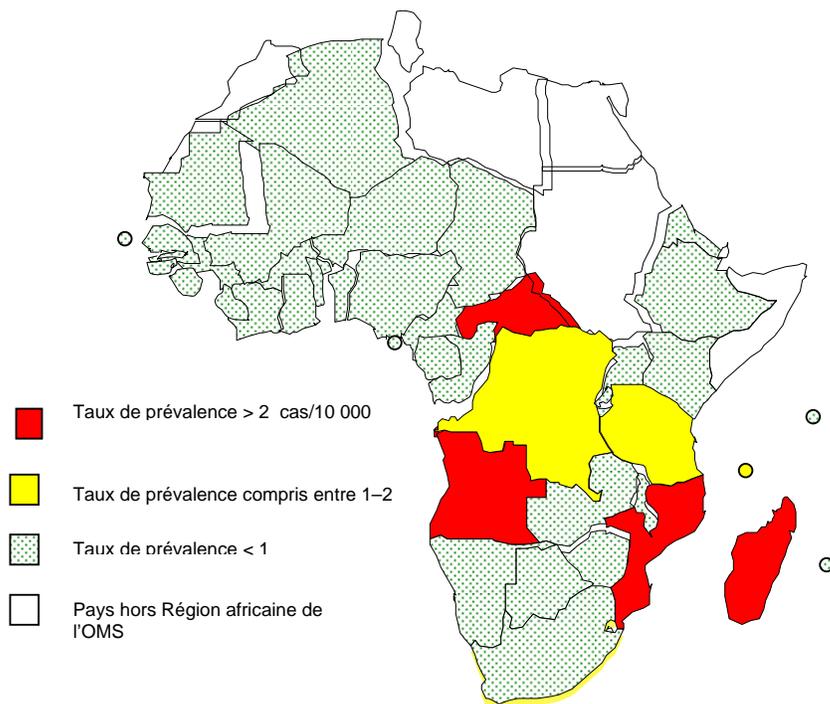
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Prévalence	113 650	95 901	82 758	81 920	82 022	67 526	64 381	58 063	55 558	51 233
Nb. de cas dépistés	47 900	46 516	46 489	56 515	56 521	51 963	55 628	51 357	51 976	47 006

211. Parmi les facteurs qui ont entravé les activités, on peut citer l'insécurité et les guerres dans certains des pays touchés ; la faiblesse de la couverture par les services de santé ; et la réticence de certaines ONG à appliquer la stratégie de la « poussée finale ».

212. Parmi les facteurs qui ont favorisé la mise en œuvre des activités, on peut citer l'existence d'un partenariat solide pour l'élimination de la lèpre, regroupé au sein de l'Alliance mondiale pour l'Élimination de la Lèpre (GAEL), et la volonté des pays d'atteindre l'objectif d'élimination.

213. Comme prévu, le seuil d'élimination de la lèpre a été atteint au niveau régional en 2000. Ce seuil peut également être atteint au niveau national en 2005, sous réserve d'une volonté soutenue des pays et de l'existence d'un soutien financier, notamment par l'intermédiaire du GAEL. Une plus grande participation des collectivités aux activités de lutte s'impose si l'on veut atteindre l'objectif d'élimination dans les pays où la lèpre est encore endémique.

Figure 19 : Situation de la lèpre dans la Région africaine, début de 2004



Programme régional de lutte contre la tuberculose

214. La résolution AFR/RC44/R6 du Comité régional demande aux organisations internationales, entre autres, de continuer à apporter leur concours financier et technique aux activités de lutte contre la tuberculose dans la Région. Dans le cadre de la mise en œuvre du DOTS, le Bureau régional et d'autres partenaires ont apporté un appui à 42 des 46 Etats Membres pour l'adoption de la stratégie DOTS (Figure 20). Dans leur quasi-totalité, les pays ont prévu des activités jusqu'en 2005 et 22 d'entre eux ont fait des efforts pour intensifier les actions d'extension du DOTS.

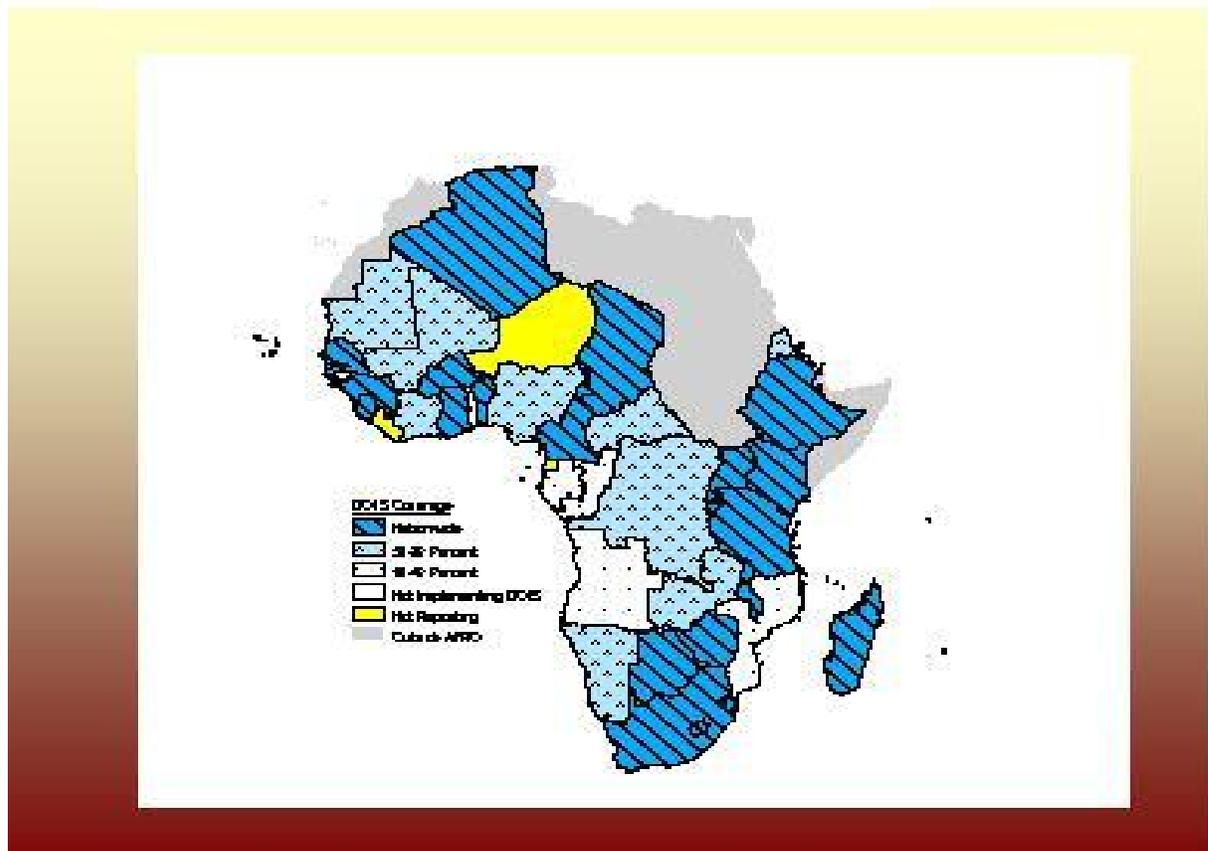
215. Au total, 24 pays ont bénéficié d'un soutien technique et financier de la part du Partenariat Halte à la tuberculose, et plus particulièrement de partenaires locaux ou internationaux pour la lutte antituberculeuse. En outre, 25 des 33 pays candidats ont bénéficié des subventions du GDF; 33 pays ont sollicité avec succès le concours du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) pour des activités de lutte antituberculeuse et antituberculeuse/VIH pendant les quatre premiers tours; le Bureau régional a apporté un appui à 21 pays pour l'élaboration de plans de formation à la lutte antituberculeuse et pris en charge la participation de 21 agents nationaux de lutte antituberculeuse et anti-SIDA à des cours internationaux sur la tuberculose et l'association tuberculose/VIH; des responsables de programmes de lutte antituberculeuse et des coordonnateurs de formation venant de 13 pays ont bénéficié d'une formation des formateurs; des schémas et des lignes directrices concernant la stratégie DOTS ont été élaborés et diffusés.

216. Parmi les facteurs qui ont entravé les activités, on peut citer l'impact négatif du VIH/SIDA sur l'incidence de la tuberculose, l'insuffisance des moyens humains, le faible taux de couverture par les services de santé et les services de laboratoire antituberculeux, et la pauvreté qui continue à saper les efforts de lutte antituberculeuse.

217. En revanche, la volonté internationale de combattre la tuberculose et d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) sont des facteurs réellement favorables à l'amélioration de la lutte antituberculeuse. Le Partenariat Halte à la tuberculose, le Fonds mondial (GFATM) et le NEPAD sont des facteurs favorables à l'intensification des activités.

218. La lutte antituberculeuse a nettement progressé dans la Région. Les taux de dépistage et de succès thérapeutique sont en progression, et l'engagement aux niveaux régional et mondial se renforce. Cependant, le cadre programmatique, l'accès géographique aux services, et l'impact épidémiologique sur la charge de morbidité restent faibles. La mise en œuvre universelle des moyens d'intervention dont on dispose et la recherche accrue d'instruments et de stratégies plus efficaces sont nécessaires pour réduire la charge de morbidité tuberculeuse.

Figure 20 : Couverture par le DOTS dans la Région africaine, 2003



Stratégie régionale pour les opérations d'urgence et l'action humanitaire

219. La résolution AFR/RC47/R1 souligne la nécessité pour les pays de placer les situations d'urgence parmi leurs priorités, de renforcer leur capacité de prévention et de riposte, d'affecter des moyens financiers suffisants à la gestion des situations d'urgence, de créer des fonds nationaux et de prendre toutes autres mesures qui pourraient s'avérer nécessaires à la gestion des situations d'urgence. La résolution prie également le Directeur régional de fournir l'appui nécessaire aux Etats Membres pour qu'ils se préparent et réagissent efficacement aux crises. Enfin, le texte souligne la nécessité d'une orientation technique et d'une coopération interpays, d'un renforcement de la coordination et d'un affermissement des partenariats. La diffusion de l'information y est mentionnée comme un facteur important de l'amélioration des résultats.

220. Le Bureau régional a soutenu les pays dans le besoin et renforcé leur capacité à se préparer aux situations d'urgence et à organiser les secours. Des cours sur l'évaluation de l'impact sur la santé et de formation à l'évaluation de la vulnérabilité ont été organisés à l'intention des personnels nationaux en Namibie et dans d'autres pays d'Afrique australe (Lesotho, Malawi, Mozambique, Swaziland, Zambie, Zimbabwe) particulièrement touchés par les crises alimentaires et le VIH/SIDA. Une assistance technique et financière a été fournie à des pays d'Afrique occidentale déchirés par des guerres ou des conflits civils (Côte d'Ivoire, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Nigeria, Sierra Leone). Le Bureau régional a également soutenu d'autres pays aux prises avec les conséquences de conflits (Angola, Burundi, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad, entre autres). Une assistance a été fournie à des pays frappés par des catastrophes naturelles (cyclones, fièvre de Lhassa, fièvre jaune, invasion de criquets pèlerins, etc.) en collaboration avec le Siège et des partenaires.

221. Le Bureau régional a décentralisé l'Unité Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (EHA), et est en train de constituer des équipes interpays (EIP) pour l'Afrique de l'Ouest, l'Afrique australe, l'Afrique de l'Est et l'Afrique centrale. Le Bureau régional et le Siège ont préparé un Programme triennal EHA, qui est financé par l'Office d'aide humanitaire de la Commission Européenne et d'autres donateurs. D'autres fonds ont été mobilisés pour certains pays grâce à des appels de fonds. En outre, il a entrepris des activités d'urgence transfrontalières: l'Initiative en faveur de la Corne de l'Afrique ainsi que les bureaux EHA créés pour gérer les crises dans les pays limitrophes (en Guinée pour les conflits en Côte d'Ivoire, au Liberia et en Sierra Leone, au Tchad pour les réfugiés du Darfour).

222. Les facteurs ayant favorisé les activités sont l'intérêt et l'engagement toujours plus grand manifestés par les Etats Membres lors de situations d'urgence dans la Région, l'engagement et le soutien efficace des partenaires, et la décentralisation de l'unité EHA.

223. Parmi les contraintes, on peut citer l'insuffisance des effectifs de l'Unité EHA, particulièrement à l'échelon régional, l'insuffisance des moyens financiers, les compétences limitées en matière d'intervention d'urgence et d'action humanitaire dans la Région, l'absence d'unités chargées de la préparation aux situations d'urgence et à l'organisation des secours dans la plupart des pays, et la faiblesse des unités existantes.

224. Le renforcement des capacités pour la gestion des situations d'urgence dans la Région se poursuivra, avec un accent sur le renforcement et la décentralisation de l'Unité EHA; le renforcement des activités de plaidoyer et de l'appui technique aux pays pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours; le renforcement des équipes EHA à tous les niveaux; l'amélioration du système logistique et l'augmentation des stocks sous-régionaux de matériel afin d'apporter un soutien aux pays en temps voulu; et le renforcement du mécanisme de mobilisation de fonds à tous les niveaux.

Surveillance épidémiologique intégrée des maladies : Stratégie régionale pour les maladies transmissibles

225. La résolution AFR/RC48/R2 du Comité régional demande que la surveillance des maladies transmissibles prioritaires s'effectue de façon intégrée. En outre, elle donne à chaque pays un délai de dix ans pour évaluer, avec l'aide de l'OMS, leurs systèmes de surveillance, se doter, à tous les échelons du système de santé, d'un organe de coordination de la surveillance, et renforcer les réseaux de laboratoires et de communications afin que les épidémies puissent être décelées précocement et combattues efficacement, en s'inspirant de l'expérience des systèmes qui ont fait leurs preuves et en intégrant des instruments, des fonctions et des activités essentielles de surveillance. Enfin, il faudrait que les pays soient non seulement bien préparés à prévenir les épidémies, à les déceler rapidement et à y réagir adéquatement, mais aussi capables de produire des données de surveillance factuelles pouvant

servir à des interventions de santé publique, à la conception, au suivi et à l'évaluation des programmes, et aux activités de plaidoyer.

226. Au 31 août 2004, 43 Etats Membres avaient évalué leurs systèmes de surveillance des maladies et leurs systèmes de préparation et de riposte aux épidémies; 39 pays avaient formulé des plans stratégiques pour mettre en œuvre des activités de surveillance intégrée de la maladie et de riposte; 34 pays avaient élaboré des lignes directrices techniques et 23 pays, lancé des activités de formation au niveau du district. Le renforcement des laboratoires s'est poursuivi. En conséquence, l'analyse des indicateurs essentiels d'IDSR a révélé une amélioration de la détection des flambées épidémiques, de la notification des maladies prioritaires et de l'analyse des données. Toutes les flambées importantes sont désormais confirmées en laboratoire.

227. Des équipes de soutien technique ont été mises en place dans les cinq blocs épidémiologiques. Elles sont composées d'épidémiologistes et d'experts en techniques de laboratoire dans deux des blocs, et uniquement d'épidémiologistes dans les trois autres blocs. Le protocole de coopération concernant la prévention et la lutte contre les épidémies, signé en Afrique de l'Ouest en 1996, a été révisé en 1998, et le protocole signé entre les pays des Grands Lacs l'a été en 2003.

228. Les Etats Membres ont fait preuve de cohérence en ce qui concerne la mise en œuvre de la stratégie régionale de surveillance intégrée de la maladie. D'ailleurs, certains donateurs ont puissamment soutenu sa mise en œuvre. Le Bureau régional a fortement appuyé l'intégration des fonctions de surveillance existant au sein de la plupart des programmes de lutte contre les maladies transmissibles. L'insuffisance des moyens financiers reste une entrave à la mise en place d'équipes de soutien technique interpays et constitue un défi majeur. Les pays ont nettement progressé dans la mise en œuvre de la stratégie régionale de surveillance intégrée de la maladie. Les résultats de l'évaluation faite dans certains pays ont révélé une amélioration dans la notification des maladies, la détection des flambées épidémiques, et leur confirmation en laboratoire.

229. Les pays devraient faire des activités de surveillance intégrée un élément central de toutes les activités de prévention et de lutte contre la maladie.

Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005

230. La résolution AFR/RC52/R2 du Comité régional prie instamment les Etats Membres de renforcer la fourniture de services de vaccination de qualité; d'accélérer les efforts en vue d'éradiquer la poliomyélite, de lutter contre la rougeole, d'éliminer le tétanos néonatal, et de combattre la fièvre jaune; et d'introduire de nouveaux vaccins dans les programmes nationaux de vaccination.

231. Dans le cadre de la mise en œuvre de la résolution, un guide pratique sur la stratégie qui consiste à atteindre tous les districts a été rédigé pour faciliter l'accès à des services de vaccination de qualité dans tous les districts; un appui a été apporté à 34 pays pour leur permettre d'atteindre au niveau national, une couverture par le DTC3 d'au moins 60% à la fin de 2003; plus de 80 millions d'enfants ont été vaccinés à l'occasion de JNV organisées dans deux pays d'endémie et 21 autres pays à haut risque en 2004; dans 23 pays de la Région africaine de l'OMS, plus de 105 millions d'enfants ont été vaccinés dans le cadre des activités de vaccination supplémentaire (AVS), grâce auxquelles on estime avoir évité 125 000 décès d'enfants; la surveillance de la rougeole basée sur l'étude des cas a été assurée dans 26 pays; 15 pays de la Région ont éliminé le tétanos néonatal; 23 pays ont intégré le vaccin anti-hépatite B à leurs PEV nationaux; 17 pays y ont ajouté le vaccin anti-typhoïde, tandis que neuf pays y adjoignaient le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* de type B; enfin, des activités de surveillance par sentinelle de la méningite bactérienne infantile ont été menées dans 230 pays..

232. Parmi les facteurs qui ont favorisé la mise en œuvre des activités, on peut citer le ferme engagement des gouvernements, et le soutien obtenu par l'intermédiaire des partenariats existants tels que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et l'Initiative pour l'éradication de

la poliomyélite et le Partenariat de l'Initiative contre la rougeole. Les principales contraintes ont été notamment le taux élevé de rotation du personnel, l'insuffisance des moyens financiers et la concurrence des priorités sanitaires.

233. La performance des programmes nationaux de vaccination s'est beaucoup améliorée dans la Région. Pour tirer parti de cet acquis, il faut poursuivre les activités de plaidoyer pour convaincre les gouvernements de financer les services de vaccination, de mobiliser des moyens supplémentaires à travers les partenariats existants ou nouveaux, et de resserrer les liens entre les activités de vaccination et la PCIME.

Santé et environnement : Stratégie de la Région africaine

234. Dans sa résolution AFR/RC52/R3, le Comité régional demande au Directeur régional de renforcer la capacité de l'OMS à apporter concrètement un appui technique aux Etats Membres pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques concernant la santé et l'environnement; d'appuyer l'amélioration de la capacité des pays de mettre en œuvre et de suivre le déroulement des programmes et des plans d'action; et d'informer le Comité régional, en 2005, des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie.

235. Dans le cadre des efforts consentis pour améliorer la capacité de l'OMS à apporter concrètement un soutien technique aux Etats Membres, des personnels techniques ont été recrutés et des centres collaborateurs pour la santé et l'environnement ont été plus activement impliqués. C'est ainsi qu'un soutien technique et financier a été fourni à plus de onze pays pour l'élaboration et la finalisation des politiques nationales. Enfin, des lignes directrices et une liste de contrôle ont été élaborés pour aider davantage les pays à accélérer la formulation et la révision des politiques et législations nationales.

236. Les profils nationaux de politique de santé environnementale ont été actualisés et les problèmes de santé environnementale ont été identifiés, ce qui a permis aux pays d'élaborer rapidement des plans d'action. Onze pays ont bénéficié d'un soutien pour l'élaboration et la finalisation de leurs politiques nationales. En conséquence, 19 pays en sont maintenant à différents stades de l'élaboration de leurs politiques et de la révision de leur législation en matière de santé environnementale.

237. Pour aider les pays à renforcer leur capacité à mettre en œuvre et à suivre la mise en œuvre des programmes et des plans d'action, le Bureau régional, en collaboration avec des centres collaborateurs, a organisé des cours de brève durée pour améliorer les compétences techniques des nationaux et leur donner les moyens d'associer d'autres secteurs sociaux aux activités concernant la santé et l'environnement. Les deux centres collaborateurs—le Centre régional pour l'Eau potable et l'Assainissement (CREPA), au Burkina Faso, et le Medical Research Council, en Afrique du Sud—ont également bénéficié d'un soutien pour collaborer à l'élaboration et à la présentation de modules Santé et environnement au cours de la période biennale 2006–2007. Cette coopération, se poursuit, de même que le développement des compétences techniques.

238. Les compétences des personnels nationaux ont encore été enrichies par des consultances et des missions d'envoyés de la Région, auxquelles participaient des nationaux. Cela a notamment conduit à l'intensification de l'approche des « milieux de vie favorables à la santé » pour venir à bout des problèmes d'environnement dans l'optique de la Plate-forme de Johannesburg pour l'application des décisions du Sommet mondial sur le développement durable. Un certain nombre de pays ont adopté l'approche des « milieux de vie favorables à la santé » pour venir à bout des problèmes environnementaux dans les écoles, sur les lieux de travail et dans les marchés. Ces efforts se poursuivront au cours de la période biennale 2006–2007.

Pauvreté et santé : Stratégie pour la Région africaine

239. Dans sa résolution AFR/RC52/R4, le Comité régional prie instamment le Directeur régional : de fournir un appui technique aux Etats Membres pour l'élaboration de politiques et de programmes nationaux de santé qui permettent de réduire la pauvreté; d'accroître, par l'intermédiaire d'établissements de formation, l'appui aux professionnels nationaux dans le domaine de la santé et du développement afin de renforcer leurs capacités d'analyse, d'observation et d'évaluation des politiques; d'aider à mobiliser des ressources supplémentaires pour la mise en œuvre de cette stratégie; et de faire rapport au Comité régional à sa cinquante-cinquième session, en 2005, sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de cette stratégie régionale.

240. Des efforts ont été consentis pour fournir un appui technique aux Etats Membres pour l'élaboration de politiques et de programmes nationaux de santé favorables à la réduction de la pauvreté. Plusieurs pays ont reçu un soutien technique pour élaborer et/ou améliorer le volet santé de leurs documents de stratégie de réduction de la pauvreté. Certains autres ont bénéficié d'un soutien financier pour la mise en œuvre des programmes de santé et de lutte contre la pauvreté à base communautaire. D'autres encore ont bénéficié d'un appui pour mener des études ou faire une révision dans les domaines suivants: accès des pauvres aux services de santé; initiatives sanitaires à base communautaire; financement de la santé publique en faveur des pauvres (approches sectorielles; problèmes d'équité et paiement direct des soins de santé par les pauvres).

241. Le Comité consultatif africain sur la santé et la pauvreté, organe composé de personnes spécialisés dans les liens entre la pauvreté et la santé, et chargé de conseiller le Directeur régional sur ces questions, s'est réuni à Brazzaville en décembre 2004 pour examiner et finaliser deux documents de base: i) des lignes directrices pour l'intégration de questions de santé et de pauvreté dans les plans stratégiques nationaux concernant le secteur de la santé et les stratégies de réduction de la pauvreté; et ; ii) des lignes directrices pour l'élaboration de systèmes d'observation et d'évaluation de la pauvreté.

242. Dans le cadre des efforts visant à accroître le soutien apporté par le biais des établissements de formation aux professionnels nationaux de la santé et du développement en vue de renforcer leurs capacités en matière d'analyse, de suivi et d'évaluation des politiques, l'Institut tropical pour la santé et le développement communautaires de Kisumu (Kenya), a été agréé comme centre collaborateur pour les liens entre la pauvreté et la mauvaise santé, et a bénéficié d'un fonds catalyseur. Cet institut forme des agents communautaires de niveau intermédiaire dans le domaine de la santé et du développement. Son programme d'études a été évalué. En outre, un module de formation sur la pauvreté et la santé a été élaboré et utilisé à l'occasion d'un atelier sur les bases factuelles et l'information à l'appui des politiques.

243. Les divisions et les programmes du Bureau régional ont poursuivi leurs efforts pour mobiliser les ressources supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre de la Stratégie. Elles ont intensifié leurs efforts en s'attachant désormais à la programmation commune pour atteindre les OMD, ainsi qu'en témoigne par exemple la collaboration récemment entamée entre la CE et l'OMS.

Développement des ressources humaines pour la santé : Accélérer la mise en œuvre de la stratégie régionale

244. En octobre 2002, le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC52/R5 sur le développement des ressources humaines pour la santé afin d'accélérer la mise en œuvre de la stratégie régionale. Celle-ci demande au Directeur régional d'accélérer la mise en œuvre de la stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé; de soutenir la conclusion et la coordination de partenariats; et de resserrer la collaboration avec les partenaires, notamment en poursuivant le plaidoyer pour le développement de ressources humaines pour la santé.

245. Le Bureau régional a entrepris le plaidoyer en faveur du développement des ressources humaines pour la santé (RHS). Ce plaidoyer a fait prendre conscience de la nécessité d'élaborer et de réviser les plans et les politiques de développement des ressources humaines pour la santé. Des avis et un appui techniques ont été fournis à 19 pays⁶⁶ dans ce domaine. À cette occasion, une planification globale des RHS a été préconisée, et y compris la prise en compte des aspects gestionnaires des RHS, particulièrement la motivation et la fidélisation du personnel.

246. Les activités préparatoires à la célébration de l'Année africaine des ressources humaines pour la santé (2005), notamment la production d'un plan d'action et d'un document de campagne médiatique destiné à marquer l'événement (2005), ont été menées conjointement avec le Bureau régional de la Méditerranée orientale afin d'appuyer l'Union africaine (UA).

247. Le débat engagé au niveau international sur les RHS en général et les migrations en particulier a débouché sur l'adoption d'une résolution à l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA 54.19). Le deuxième forum de haut niveau sur les OMD qui s'est tenu à Abuja (Nigeria) en décembre 2004 a comporté une séance de travail sur les RHS spécialement consacrée à l'Afrique, et lors d'une réunion de suivi tenue à Oslo (Norvège) en février 2005, il a été demandé aux pays de mettre en œuvre le programme de développement des RHS avec le soutien de la Région et de la communauté internationale. Des pressions s'exercent actuellement sur la Banque mondiale et le FMI pour déplaçonner les budgets de la santé et débloquer les recrutements dans certains pays afin de faciliter le recrutement des personnels de santé disponibles et de venir à bout des pénuries d'effectifs.

248. Les activités menées conjointement avec l'OIM au sujet des migrations de personnels de santé et des interactions avec la diaspora se poursuivent; il s'agit notamment de la planification conjointe de questions spécifiques d'intérêt commun telles que la contribution à la rédaction du document-cadre de l'Union africaine sur la politique des migrations.

249. Le Directeur général de l'OMS a recommandé que le Rapport sur la Santé dans le Monde 2006 soit consacré aux ressources humaines pour la santé et que celles-ci constituent aussi le thème de la Journée mondiale de la Santé en 2006.

250. Certes, l'engagement des Etats Membres et la collaboration et le soutien accrus du Siège ont facilité la mise en œuvre des activités mais celle-ci a été entravée par l'insuffisance des ressources et des capacités.

251. À l'avenir, la mise en œuvre du programme de développement des RHS profitera de l'élan pris au cours de la dernière période biennale aux niveaux régional et international, et surtout du regain d'intérêt chez les partenaires pour la motivation et la rétention du personnel. Des thèmes tels que l'augmentation de la production, la motivation et la rétention, la gestion des migrations, l'information et les bases factuelles en RHS, entre autres, serviront à alimenter le plaidoyer en faveur des RHS aux niveaux des pays et de la Région, en particulier pour la mobilisation de moyens suffisants pour le développement de ressources humaines pour la santé.

Macroéconomie et santé : Perspectives dans la Région africaine

252. La résolution AFR/RC53/R1 du Comité régional prie le Directeur régional: de poursuivre le plaidoyer en faveur d'un accroissement des investissements dans le domaine de la santé en tant que moyen efficace de réduire la pauvreté et d'accélérer le développement économique; d'aider les pays à renforcer les dispositions institutionnelles en vigueur en vue de la planification, de la mise en œuvre et du suivi de l'application des recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé; de surveiller et de documenter les leçons qui se dégagent de la mise en œuvre des recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé dans différents pays et de faciliter l'apprentissage mutuel entre

⁶⁶ Algérie, Botswana, Burkina Faso, Cap-Vert, Comores, Ethiopie, Guinée, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Niger, Ouganda, République centrafricaine, Tchad et Tanzanie.

pays; d'apporter un soutien aux institutions régionales qui forment des économistes de la santé et font de la recherche en économie de la santé; de rendre compte chaque année au Comité régional des progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations de la Commission. Des exemplaires du rapport de la Commission Macroéconomie et Santé (CMS) ont été diffusés auprès des pays à des fins de sensibilisation et de plaidoyer. Une page Web a été ouverte sur l'Intranet du Bureau régional, qui insiste sur la nécessité d'accroître les investissements dans la santé et les secteurs connexes. En collaboration avec d'autres programmes, la CMS élabore actuellement des propositions pour la mobilisation des ressources.

253. Un appui technique en macroéconomie et santé a été fourni aux pays suivants : Ethiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Sénégal et Swaziland.

254. L'Initiative macroéconomie et santé du Ghana a mobilisé différents partenaires et les a associés au processus Macroéconomie et santé; un document de stratégie a été élaboré, qui indique les investissements nécessaires pour intensifier les interventions présentant un bon rapport coût-efficacité. Un projet de plan d'investissement est en cours d'élaboration qui, lorsqu'il sera finalisé, devrait constituer un apport au document de stratégie de réduction de la pauvreté et au plan de travail établi pour le Ministère de la Santé.

255. En Ethiopie, une contribution a été apportée aux études sur l'expansion accélérée du module de soins de santé primaires et un ensemble de soins de santé essentiels. Cela influera sur les plans d'action du secteur de la santé. En Ethiopie, certains travaux sur le thème Pauvreté et santé ont été menés sur les méthodologies d'analyse de coûts unitaires à l'usage des services de soins de santé primaires, et sur les termes de référence pour la conduite de l'analyses des coûts unitaires.

256. Au Rwanda, le Groupe de travail de la Commission Macroéconomie et Santé va établir une corrélation entre, d'une part, les approches sectorielles et, d'autre part, l'action menée par le groupe de travail sur divers sujets tels que les stratégies de financement des mutuelles, le coût du financement d'un ensemble de services de santé essentiels, les besoins futurs afférents au développement d'un personnel sanitaire plus compétent au Rwanda, et l'impact macroéconomique des dépenses de santé dans ce pays.

257. Des discussions auront lieu avec toutes les parties prenantes au Malawi, en Ouganda, au Sénégal et au Swaziland pour les sensibiliser à l'importance du thème Macroéconomie et santé, et pour forger un consensus sur la question. Tous les participants ont souscrit aux principales recommandations de la CMS tendant à réunir des éléments d'information sur les pays, à renforcer les systèmes de santé et à intensifier les interventions présentant un bon rapport coût efficacité pour améliorer l'état de santé des pauvres. Par ailleurs, des plans d'action ont été dressés au Kenya, au Mozambique, en Ouganda et au Sénégal.

Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives

258. Le Cinquante-troisième Comité régional, tenu à Johannesburg, Afrique du Sud, en septembre 2003, a adopté la résolution AFR/RC53/R5 sur la salubrité des aliments: Celle-ci attribue des rôles aux Etats Membres et au Directeur régional. L'OMS oeuvre à l'application de cette résolution en collaboration avec les pays et les partenaires,

259. L'éducation à la salubrité des aliments a été renforcée au Bénin grâce à un programme solaire sur ce sujet. Le DFID, Royaume-Uni, a octroyé de modestes ressources pour une formation pilote à l'hygiène alimentaire dans les établissements scolaires qui s'appuie sur les *Cinq clefs pour des aliments plus sûr*, qui ont été élaborés par l'OMS.

260. Afin de mettre les réglementations relatives à la salubrité des aliments en conformité avec les normes alimentaires internationales, le secteur de la santé a accru sa participation aux activités de fixation des normes de la Commission du Codex Alimentarius. Le Fonds fiduciaire du Codex a financé la participation de quelque 23 nationaux originaires de 19 pays⁶⁷ à des réunions du Codex Alimentarius. Le Bureau régional a participé à l'atelier commun FAO/OMS sur le contrôle alimentaire—Approches pratiques par la SADC. Vingt-quatre membres des comités nationaux du Codex du Kenya, de l'Ouganda et de la Tanzanie ont participé à un atelier FAO/OMS au cours duquel on a testé un guide de formation sur l'action et les modalités de fonctionnement de la Commission du Codex Alimentarius. L'OMS a également participé au Deuxième Forum mondial des organismes de réglementation de la salubrité des aliments qui s'est tenu à Bangkok (Thaïlande) du 12 au 14 octobre 2004, et où 32 pays étaient représentés. Le Groupe africain s'est réuni pour débattre de questions concernant le Comité de Coordination du Codex pour l'Afrique et la Conférence régionale FAO/OMS pour la salubrité des aliments, prévue pour 2005.

261. Le Kenya a bénéficié d'un soutien pour organiser un cours sur l'action pénale à l'intention de 26 agents de santé publique en vue d'une application plus stricte de la législation sur la salubrité des aliments. Les Seychelles ont organisé des cours de formation à l'inspection et à la manipulation des aliments, et, en collaboration avec la FAO et l'ONUDI, le Niger a organisé deux séminaires sur la salubrité de la viande.

262. Le Bénin et la Gambie ont reçu un soutien pour l'élaboration des outils de surveillance des maladies d'origine alimentaire. Un soutien a été fourni au Kenya pendant la flambée épidémique d'aflatoxicose, qui est due à la consommation de maïs contaminé. L'OMS a collaboré avec l'Institut Pasteur à l'organisation de cours sur la surveillance des toxi-infections alimentaires, et la surveillance microbiologique des aliments à l'intention d'épidémiologistes et de microbiologistes chevronnés originaires de pays francophones. On prévoit d'organiser des cours de formation analogues pour les pays anglophones et lusophones.

263. Afin de promouvoir l'échange d'informations et des meilleures pratiques, un bulletin d'information régional a été créé et des informations ont été recueillies auprès de différents pays pour documenter les activités nationales concernant la salubrité des aliments. Une base de données sur les questions relatives à la salubrité des aliments a été créée; elle présente également un résumé des décisions importantes prises par la Commission du Codex Alimentarius.

264. La mise en œuvre de la résolution a été facilitée par la collaboration avec le Siège, la FAO et d'autres partenaires, et par la création du Fonds fiduciaire du Codex. La principale contrainte a été l'insuffisance de financements. Au cours des prochaines années, l'accent sera mis sur la surveillance des maladies d'origine alimentaire, la législation des produits alimentaires, l'éducation des consommateurs et des manipulateurs de produits alimentaires, et l'élaboration d'une stratégie régionale pour la salubrité des aliments.

Intensification des interventions contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme dans la Région africaine de l'OMS

265. La résolution AFR/RC53/R6 prie le Directeur régional de fournir un appui technique aux pays afin qu'ils puissent élaborer et appliquer des plans stratégiques pour l'intensification des interventions contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme; d'appuyer la recherche opérationnelle sur les moyens de renforcer ces interventions; de plaider en faveur d'une augmentation des ressources et du renforcement des infrastructures; de collaborer avec le Fonds mondial de la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) afin de mettre en place des mécanismes qui accélèrent le

⁶⁷ Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Lesotho, Mali, Mauritanie, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, République du Congo, Rwanda, Tanzanie, Togo, Zambie, Zimbabwe.

décaissement des fonds en faveur des pays, de suivre l'amplification des interventions et de rendre compte, chaque année, des progrès accomplis.

266. Les activités de lutte antipaludique à base communautaire sont documentées dans 20 pays. Sept pays ont bénéficié d'un soutien pour mettre en œuvre des plans pour l'intensification de leurs activités. Au total, 42 pays disposent de plans DOTS pour lutter contre la tuberculose jusqu'en 2005. Les pays se trouvent à différents stades de la mise en œuvre de la lutte DOTS à base communautaire, de la collaboration secteur public- secteur privé dans la lutte antituberculeuse, et des activités communes de lutte anti-tuberculose/VIH.

267. La plupart des pays se sont dotés de conseils nationaux plurisectoriels de lutte anti-SIDA et ont élaboré des plans de santé sectoriels pour le VIH/SIDA. Conjointement avec des partenaires, le Bureau régional a aidé des Etats Membres à intensifier les interventions de lutte contre le VIH, qu'il s'agisse de prévention, de lutte ou de surveillance. Vingt-deux pays ont élaboré et mettent en œuvre des plans pour étendre l'accès au traitement antirétroviral. Des partenariats pour l'élaboration des politiques anti-VIH/SIDA et la fourniture de services ont été élargis et renforcés au niveau de la Région et des pays.

268. Les subventions du Fonds mondial ont été accordées à 18 pays pour les trois maladies concernées: à 34 pays pour le paludisme, et à 33 pays pour la tuberculose et la tuberculose/VIH. Le Bureau régional a organisé une réunion interpays pour identifier les problèmes et les solutions dans le domaine de l'accès aux subventions du GFATM.

269. L'intensification des interventions de lutte contre les trois maladies a progressé. En dépit des possibilités financières qui s'offrent pour l'intensification des interventions, la couverture programmatique et géographique reste faible. L'insuffisance des ressources, la faiblesse des infrastructures, et le faible accès géographique aux services de santé continuent d'entraver l'intensification des interventions. L'obtention des subventions du Fonds mondial (GFATM) se heurte toujours à des difficultés logistiques. Toutefois, l'intensification des interventions a été favorisée par le Fonds mondial, le Partenariat Halte à la tuberculose, l'Initiative "3 millions d'ici 2005", le Plan d'urgence du Président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA, le NEPAD, et la Déclaration d'Abuja..

Mise en œuvre de l'Initiative «3 millions d'ici 2005» dans la Région africaine

270. Dans sa résolution AFR/RC54/R5, le Comité régional prie le Directeur régional d'aider les pays à améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA, donc de concrétiser l'Initiative «3 millions d'ici 2005».

271. Suite à une intense action de plaidoyer, 30 pays ont décidé de renforcer les services de traitement du VIH/SIDA et ont sollicité un appui au titre de l'Initiative «3 millions d'ici 2005»; 24 pays ont bénéficié d'un appui pour identifier les principales mesures à prendre pour intensifier le traitement antirétroviral (TARV) conformément aux cibles de l'Initiative «3 millions d'ici 2005». Un soutien technique a été fourni à 19 pays pour l'élaboration des plans d'application du TARV, à cinq pays pour renforcer la planification des ressources humaines et le renforcement des capacités à des fins de formation, à trois pays pour renforcer la gestion des achats de médicaments et des approvisionnements, et à huit pays pour renforcer leurs moyens en services de laboratoire.

272. Des instruments, des matériels de formation et des lignes directrices pour la prise en charge clinique, la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), le dépistage et les conseils ont tous été disséminés et les pays ont reçu un appui pour les adapter et les utiliser. Plus de 12 000 agents de santé ont été formés au TARV sur les 70 000 escomptés. Les capacités techniques régionales pour le traitement du VIH/SIDA ont été renforcées. Des centres sous-régionaux d'excellence sur le TARV ont été mis en place et ont reçu des directives sur l'utilisation des instruments de l'OMS, l'un pour

l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe en Ouganda et, l'autre, pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, au Burkina Faso. Les points d'accès au traitement antirétroviral (traitement de la tuberculose/VIH, dépistage et conseils, PTME) ont été renforcés et ont servi de base pour l'intensification du TARV.

273. Des fonds catalyseurs ont été accordés pour épauler la mise en œuvre des activités stratégiques figurant dans les plans nationaux et renforcer les capacités techniques des bureaux de l'OMS dans les pays. Des partenariats, l'un pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, et l'autre pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, qui sont dotés de mécanismes de fonctionnement, ont été mis en place avec les partenaires associés à l'intensification du TARV.

274. L'engagement des pays, l'augmentation des ressources financières et l'intérêt grandissant des partenaires favorisent l'intensification des interventions menées dans le cadre de l'Initiative «3 millions en 2005» mais l'insuffisance des moyens techniques, la faiblesse des infrastructures et la faiblesse de l'accès aux services de santé continuent de l'entraver.

275. L'intensification du TARV a considérablement progressé. Toutefois, la couverture reste faible. Le renforcement des systèmes de santé dans le cadre de l'Initiative «3 millions d'ici à 2005» et la situation des ressources humaines s'imposent non seulement pour la réalisation des objectifs de l'Initiative, mais également pour la viabilité des services mis en place.

Mise en œuvre de la stratégie régionale de lutte contre le paludisme dans la Région africaine

276. À sa cinquantième session, le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC50/R6 qui prie le Directeur régional d'aider les pays à élaborer et à mettre en œuvre les plans d'action de l'Initiative Faire reculer le paludisme (FRP); de préconiser le développement de ressources humaines et de mobiliser des ressources budgétaires et extrabudgétaires; de faciliter la collaboration transfrontalière; et d'appuyer les pays dans la surveillance et l'évaluation de l'Initiative FRP.

277. A l'heure actuelle, les 42 pays où le paludisme est endémique ont tous été bénéficié d'un appui pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action FRP. Des cours internationaux sur le paludisme ont été organisés chaque année, ce qui a permis d'assurer la formation de plus de 200 agents de santé. Les ressources, tant budgétaires qu'extrabudgétaires, ont nettement augmenté. Un certain nombre de réseaux sous-régionaux fonctionnent actuellement, ce qui permet aux pays de partager leurs expériences en matière de lutte antipaludique. Quinze pays ont adopté l'ACT (combinaison thérapeutique à base d'artémisine) et 23 pays ont adopté ou appliquent le TPI pour prévenir le paludisme pendant la grossesse.

278. Un soutien a été apporté à dix pays pour leur permettre de se doter de systèmes de suivi et d'évaluation. Deux documents ont été publiés: il s'agit des profils de pays pour le paludisme et d'un rapport de situation sur la mise en œuvre du Plan d'action de la Déclaration d'Abuja. Les activités transfrontalières sont favorisées, notamment entre l'Angola et la Namibie, ou entre l'Afrique du Sud et le Zimbabwe. L'Initiative d'aménagement du Lebombo et l'Initiative Santé pour la Paix ont été lancées, respectivement en Afrique australe et en Afrique de l'Ouest.

279. Les ressources supplémentaires nécessaires pour étendre la couverture par des interventions antipaludiques d'un bon rapport coût-efficacité peuvent maintenant être obtenues par l'intermédiaire du Fonds mondial (GFATM). Toutefois, le coût élevé de l'ACT et la production limitée des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action constituent des contraintes majeures. L'insuffisance des ressources humaines pour la santé apparaît comme étant l'une des principales contraintes.

280. L'existence d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité et de ressources additionnelles sont des facteurs qui favorisent réellement la mise en œuvre de l'Initiative Pour faire reculer le paludisme. Par conséquent, les pays sont instamment invités à adopter une gamme complète d'interventions et à s'attaquer au problème des ressources humaines afin d'avoir le maximum d'impact.

Eradication de la poliomyélite

281. Face à la recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine en 2003/2004, le Cinquante-quatrième Comité régional a adopté la résolution AFR/RC54/R8 invitant instamment les Etats Membres à soutenir l'engagement politique de leurs dirigeants afin de faciliter une mise en œuvre de qualité des stratégies d'éradication de la poliomyélite; d'appuyer les activités d'éradication de la poliomyélite dans les pays où la maladie est encore endémique; de se doter de plans de préparation pour pouvoir riposter aux importations de poliomyélite; d'intensifier la vaccination systématique et la surveillance de la poliomyélite; et de réunir des moyens humains, matériels, et financiers pour les activités d'éradication de la poliomyélite.

282. Trois tournées d'activités de vaccination supplémentaires (AVS) ont été effectuées dans des régions d'endémicité au Niger et au Nigeria au cours du dernier trimestre de 2004. Au total, 23 pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale ont mené des AVS au cours du dernier trimestre de 2004, ce qui a permis de vacciner plus de 80 millions d'enfants. Ces activités ont été synchronisées avec les AVS menées dans les pays d'endémie poliomyélitique. Huit pays ont finalisé de leurs plans de préparation à une importation de poliovirus sauvages, et 35 pays disposent maintenant d'indicateurs pour une surveillance constante de la poliomyélite conforme aux normes de certification. Une somme de plus de US\$ 35 millions a été mobilisée, qui provient de sources internes et d'organismes partenaires, pour soutenir les AVS menées au cours du dernier trimestre de 2004. Sous l'autorité de la Commission de Certification régionale de l'Afrique (CCRA), huit pays ont produit des documents attestant qu'ils étaient indemnes de poliomyélite tandis que 26 autres soumettaient des rapports annuels sur l'état d'avancement des activités d'éradication de la poliomyélite.

283. La forte volonté politique, le soutien technique et financier obtenu de l'Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite et d'autres interventions (distribution de vitamine A à l'occasion des JNV par exemple), sont tous des facteurs favorables à l'éradication de la poliomyélite. Les principales contraintes sont la propagation de la transmission du poliovirus sauvage, qui est facilitée par les inégalités dans l'état immunitaire de la population et par les rumeurs sur la dangerosité du vaccin antipolio oral.

284. Les progrès enregistrés à la fin de 2004, c'est-à-dire la reprise de la vaccination dans toutes les zones d'endémicité du Nigeria et les JNV synchronisées organisées dans 23 pays prioritaires de la Région, devraient être renforcés par la réédition des JNV synchronisées en 2005.

CONCLUSION

285. Les principales réalisations de l'année 2004, qui sont présentées dans le présent rapport, ont été passées en revue lors de la réunion du Comité de suivi et d'évaluation qui s'est tenue au Bureau régional.

286. Dans le droit fil de la stratégie axée sur les pays, les interventions ont surtout visé au renforcement systématique de l'appui fourni par l'OMS aux pays pour obtenir de meilleurs résultats sanitaires. Beaucoup a été fait. Au chapitre Développement et direction d'ensemble des programmes, 45 des 46 pays sont maintenant dotés d'un document de stratégie de coopération avec les pays et, dans la plupart d'entre eux, les capacités de gestion des programmes ont été renforcées, en partie grâce à des accords de partenariat.

287. En ce qui concerne le Développement des systèmes et services de santé, les capacités nationales d'élaboration de politiques de santé ont été renforcées et la mise en œuvre de plans d'action concernant les systèmes d'information sanitaire, le développement des ressources humaines, la médecine traditionnelle, et la sécurité du sang ont été appuyés.

288. S'agissant de la Lutte contre les maladies transmissibles, le soutien accru apporté aux pays a eu permis d'obtenir un certain nombre de résultats importants tels que le maintien de l'état d'exemption de la poliomyélite dans 35 pays ; la fourniture en temps voulu d'un appui technique aux pays pour combattre les épidémies de fièvre jaune, de méningite, de choléra et d'hépatite E; la constitution d'une base de données exhaustive sur les maladies transmissibles; la mise en œuvre de l'Initiative «3 millions en 2005» dans 21 pays; la production du premier rapport sur la mise en œuvre du plan d'action de la Déclaration d'Abuja; la surveillance accrue de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques, qui s'étend maintenant à 41 des 42 pays d'endémicité avec au total 188 sites sentinelles; et le dépistage de la trypanosomiase humaine africaine chez 1,5 million de personnes dans 20 pays.

289. Pour ce qui est de la Lutte contre les maladies non transmissibles, les équipes de plusieurs pays ont reçu une formation à la prévention des facteurs de risque de maladies non transmissibles et à la mise en œuvre de certains aspects de la promotion de la santé en général. Au total, 39 Etats Membres ont été incités à signer la Convention-cadre sur la lutte antitabac. En outre, une enquête régionale a été réalisée sur la prévention des violences et des traumatismes.

290. En ce qui concerne le domaine d'activité Santé de la famille et santé génésique, avec le soutien de 14 partenaires et de l'Union africaine, 19 pays ont commencé à appliquer la Feuille de route pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement concernant la santé maternelle et néonatale; 44 pays ont appliqué la PCIME et ont bénéficié d'une formation pour le développement des compétences dans le domaine de l'utilisation des lignes directrices et des instruments applicables à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant(PTME).

291. S'agissant du domaine Milieux favorables à la santé et développement durable, une stratégie régionale de médecine du travail a été élaborée, qui donne des orientations aux pays pour la formulation de politiques et de plans de mise en oeuvre; une aide humanitaire a été fournie à des pays dans le besoin et de même qu'un soutien à des pays afin de renforcer les capacités nationales pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours, l'atténuation des conséquences et les activités de reconstruction. En outre, un appui a été apporté à quelques pays à combattre des flambées épidémiques de maladies d'origine alimentaire.

292. Dans le secteur Administration et Finances, la surveillance et la mise en œuvre du budget ont été améliorées grâce à la formation du personnel, à la mise au point de nouveaux instruments, et à l'amélioration des systèmes de communication entre le Bureau régional et les pays.

293. Les principales contraintes subies en 2004 sont : l'insuffisance des fonds nécessaires pour la mise en œuvre de certaines activités, et l'imprévisibilité des fonds provenant d'autres sources, que ce soit en ce qui concerne le montant versé ou le moment de leur réception.

294. Le principaux enseignements tirés de cette première année de la période biennale sont les suivants: les estimations budgétaires réalistes, notamment en ce qui concerne les fonds provenant d'Autres sources, permettent d'améliorer la préparation et la mise en œuvre des plans d'action; un dialogue régulier entre les bureaux de l'OMS dans les pays et les points focaux des ministères de la santé peut faciliter la mise en œuvre des activités planifiées; on gagnerait à ce que les représentants de l'OMS coordonnent le soutien intégré fourni en réponse aux besoins des pays; il faut encore améliorer la communication au sein de l'OMS et avec les pays; la détermination et la créativité du personnel entretiennent sa motivation et sa productivité; par ailleurs, il est indispensable d'assurer un suivi prospectif des activités planifiées si l'on veut apporter un soutien aux pays en temps voulu.

295. Les réalisations mentionnées dans le présent rapport tiennent à la louable collaboration entre les divers domaines d'activité, les divisions et les divers niveaux de l'OMS (bureaux de pays, Bureau régional et Siège). En outre, l'action du Bureau régional a été grandement favorisée par l'excellente collaboration avec les autorités nationales et avec d'autres partenaires du développement sanitaire. En 2005, des efforts concertés seront consentis pour mettre en œuvre, suivre et évaluer les éléments restants du plan d'action pour 2004-2005. En outre, le plan d'action pour 2006-2007 sera finalisé et approuvé à la fin de 2005.

ANNEXE 1

Mise en oeuvre du Budget programme 2004-2005, Bureau régional, Budget régulier

Domaine d'activité *		Allocation initiale 1	Ajustements/ reprogrammations 2	Fonds disponibles 3	Mise en oeuvre 4	% de mise en oeuvre sur la base de l'allocation initiale 5	% de mise en oeuvre sur la base de l'allocation finale 6
01.1.01	CSR	2 277 000	232 000	2 509 000	1 336 000	59	53
01.2.01	CPC	1 132 000	(34 000)	1 098 000	708 000	63	64
01.3.01	CRD	377 000	(11 000)	366 000	157 000	42	43
01.4.01	MAL	1 122 000	(34 000)	1 088 000	516 000	46	47
01.5.01	TUB	973 000	(29 000)	944 000	316 000	32	33
02.1.01	NCD	2 438 000	(202 000)	2 236 000	1 251 000	51	56
02.2.01	TOB	696 000	(58 000)	638 000	369 000	53	58
02.3.01	HPR	687 000	(51 000)	636 000	340 000	49	53
02.4.01	INJ	273 000	361 000	634 000	376 000	138	59
02.5.01	MNH	1 341 000	(164 000)	1 177 000	238 000	18	20
03.1.01	CAH	1 212 000	(37 000)	1 175 000	539 000	44	46
03.2.01	RHR	1 653 000	284 000	1 937 000	1 064 000	64	55
03.3.01	MPS	2 082 000	(394 000)	1 688 000	866 000	42	51
03.4.01	WMH	855 000	(26 000)	829 000	344 000	40	41
03.5.01	HIV	2 994 000	49 000	3 043 000	1 476 000	49	49
04.1.01	HSD	1 619 000	(164 000)	1 455 000	697 000	43	48
04.2.01	NUT	925 000	(77 000)	848 000	416 000	45	49
04.3.01	PHE	2 237 000	(108 000)	2 129 000	950 000	42	45
04.4.01	FOS	397 000	63 000	460 000	180 000	45	39
04.5.01	EHA	1 216 000	45 000	1 261 000	799 000	66	63
05.1.01	EDM	1 597 000	(48 000)	1 549 000	722 000	45	47
05.2.01	IVD	412 000	(12 000)	400 000	218 000	53	55
05.3.01	BCT	1 860 000	(356 000)	1 504 000	810 000	44	54
06.1.01	GPE	1 493 000	(45 000)	1 448 000	661 000	44	46
06.2.01	IMD	3 649 000	(111 000)	3 538 000	2 244 000	61	63
06.3.01	RPC	711 000	(21 000)	690 000	431 000	61	62
06.4.01	OSD	7 454 000	78 000	7 532 000	3 912 000	52	52
07.1.01	GBS	1 363 000	(66 000)	1 297 000	1 073 000	79	83
07.2.01	REC	1 996 000	270 000	2 266 000	1 178 000	59	52
08.1.01	BMR	801 000	(24 000)	777 000	452 000	56	58
08.2.01	HRS	2 423 000	(73 000)	2 350 000	1 250 000	52	53
08.3.01	FNS	3 572 000	(108 000)	3 464 000	1 646 000	46	48
08.4.01	IIS	12 778 000	(382 000)	12 396 000	8 003 000	63	65
09.1.01	DGO	1 701 000	(51 000)	1 650 000	802 000	47	49
10.1.01	SCC	1 086 000	(338 000)	748 000	400 000	37	53
11.1.01	ERH	0	0	0	0	0	0
12.1.01	ITF	0	0	0	0	0	0
13.1.01	REF	0	0	0	0	0	0
14.1.01	SEF	0	0	0	0	0	0
Total		69 402 000	(1 642 000)	67 760 000	36 740 000	53	54

* Voir page 65 pour les abréviations.

ANNEXE 2

Mise en oeuvre du Budget Programme 2004-2005, par pays, Budget régulier

Domaine d'activité *		Allocation initiale	Ajustements/reprogrammations	Fonds disponibles	Mise en oeuvre	% de mise en oeuvre sur la base de l'allocation initiale	% de mise en oeuvre sur la base de l'allocation finale
		1	2	3	4	5	6
01.1.01	CSR	5 324 000	567 000	5 891 000	3 313 000	62	56
01.2.01	CPC	3 184 000	(402 000)	2 782 000	1 501 000	47	54
01.3.01	CRD	208 000	(168 000)	40 000	21 000	10	53
01.4.01	MAL	2 018 000	(371 000)	1 647 000	841 000	42	51
01.5.01	TUB	1 538 000	(353 000)	1 185 000	575 000	37	49
02.1.01	NCD	2 467 000	(1,040 000)	1 427 000	739 000	30	52
02.2.01	TOB	253 000	(129 000)	124 000	42 000	17	34
02.3.01	HPR	4 825 000	(201 000)	4 624 000	2 542 000	53	55
02.4.01	INJ	201 000	(27 000)	174 000	77 000	38	44
02.5.01	MNH	1 410 000	(681 000)	729 000	385 000	27	53
03.1.01	CAH	3 028 000	(1 455 000)	1 573 000	877 000	29	56
03.2.01	RHR	1 446 000	(150 000)	1 296 000	686 000	47	53
03.3.01	MPS	3 044 000	(482 000)	2 562 000	1 472 000	48	57
03.4.01	WMH	542 000	(95 000)	447 000	260 000	48	58
03.5.01	HIV	2 945 000	(662 000)	2 283 000	1 153 000	39	51
04.1.01	HSD	1 997 000	(507 000)	1 490 000	727 000	36	49
04.2.01	NUT	1 866 000	(1 349 000)	517 000	238 000	13	46
04.3.01	PHE	4 341 000	(1 405 000)	2 936 000	1 726 000	40	59
04.4.01	FOS	1 292 000	(931 000)	361 000	205 000	16	57
04.5.01	EHA	2 080 000	(558 000)	1 522 000	980 000	47	64
05.1.01	EDM	2 170 000	(941 000)	1 229 000	612 000	28	50
05.2.01	IVD	1 544 000	(824 000)	720 000	400 000	26	56
05.3.01	BCT	1 243 000	(475 000)	768 000	430 000	35	56
06.1.01	GPE	694 000	(376 000)	318 000	129 000	19	41
06.2.01	IMD	295 000	102 000	397 000	229 000	78	58
06.3.01	RPC	204 000	(99 000)	105 000	32 000	16	30
06.4.01	OSD	20 581 000	(2 145 000)	18 436 000	11 070 000	54	60
07.1.01	GBS	0	0	0	0	0	0
07.2.01	REC	395 000	(290 000)	105 000	0	0	0
08.1.01	BMR	0	0	0	0	0	0
08.2.01	HRS	0	0	0	0	0	0
08.3.01	FNS	0	0	0	0	0	0
08.4.01	IIS	0	0	0	0	0	0
09.1.01	DGO	0	0	0	0	0	0
10.1.01	SCC	51 198 000	8 578 000	59 776 000	35 595 000	70	60
11.1.01	ERH	0	0	0	0	0	0
12.1.01	ITF	0	0	0	0	0	0
13.1.01	REF	0	0	0	0	0	0
14.1.01	SEF	0	0	0	0	0	0
Total		122 333 000	(6 869 000)	115 464 000	66 857 000	55	58

* Voir page 65 pour les abréviations.

ANNEXE 3

Mise en oeuvre du Budget Programme 2004-2005, Autres sources

Domaine d'activité *		Allocation initiale	Ajustements/ reprogrammations	Fonds disponibles	Mise en oeuvre	% Mise en oeuvre sur la base de l'allocation initiale	% Mise en oeuvre sur la base de l'allocation finale
		1	2	3	4	5	6
01.1.01	CSR	18 000 000	(7 866 000)	10 134 000	6 342 000	35	63
01.2.01	CPC	42 000 000	(34 977 000)	7 023 000	4 168 000	10	59
01.3.01	CRD	6 000 000	(5 930 000)	70 000	21 000	0	30
01.4.01	MAL	40 000 000	(14 799 000)	25 201 000	17 331 000	43	69
01.5.01	TUB	19 000 000	(10 746 000)	8 254 000	4 622 000	24	56
02.1.01	NCD	1 000 000	385 000	1 385 000	649 000	65	47
02.2.01	TOB	1 500 000	(891 000)	609 000	337 000	22	55
02.3.01	HPR	1 000 000	(754 000)	246 000	106 000	11	43
02.4.01	INJ	500 000	431 000	931 000	450 000	90	48
02.5.01	MNH	1 500 000	(1 382 000)	118 000	20 000	1	17
03.1.01	CAH	12 000 000	(2 910 000)	9 090 000	6 639 000	55	73
03.2.01	RHR	2 000 000	856 000	2 856 000	1 312 000	66	46
03.3.01	MPS	7 500 000	(6 981 000)	519 000	386 000	5	74
03.4.01	WMH	1 000 000	(844 000)	156 000	90 000	9	58
03.5.01	HIV	115 000 000	(92 183 000)	22 817 000	11 352 000	10	50
04.1.01	HSD	2 500 000	(807 000)	1 693 000	617 000	25	36
04.2.01	NUT	0	92 000	92 000	11 000	0	12
04.3.01	PHE	1 000 000	(151 000)	849 000	325 000	33	38
04.4.01	FOS	1,500,000	(1 480 000)	20 000	2 000	0	10
04.5.01	EHA	37 000 000	(22 498 000)	14 502 000	8 610 000	23	59
05.1.01	EDM	8 000 000	(3 021 000)	4 979 000	3 172 000	40	64
05.2.01	IVD	181 000 000	(7 935 000)	173 065 000	141 423 000	78	82
05.3.01	BCT	1 000 000	(557 000)	443 000	84 000	8	19
06.1.01	GPE	10 000 000	(9 128 000)	872 000	396 000	4	45
06.2.01	IMD	0	643 000	643 000	50 000	0	8
06.3.01	RPC	3 500 000	(3 348 000)	152 000	95 000	3	63
06.4.01	OSD	11 000 000	(3 341 000)	7 659 000	4 372 000	40	57
07.1.01	GBS	0	0	0	0	0	0
07.2.01	REC	0	2 590 000	2 590 000	1 017 000	0	39
08.1.01	BMR	500 000	718 000	1 218 000	780 000	156	64
08.2.01	HRS	3 000 000	1 693 000	4 693 000	2 177 000	73	46
08.3.01	FNS	5 000 000	248 000	5 248 000	3 194 000	64	61
08.4.01	IIS	5 000 000	7 953 000	12 953 000	6 965 000	139	54
09.1.01	DGO	0	0	0	0	0	0
10.1.01	SCC	15 000 000	(8 366 000)	6 634 000	3 030 000	20	46
11.1.01	ERH	0	0	0	0	0	0
12.1.01	ITF	0	0	0	0	0	0
13.1.01	REF	0	2 225 000	2 225 000	226 000	0	10
14.1.01	SEF	0	0	0	0	0	0
Total		553 000 000	(223 061 000)	329 939 000	230 371 000	42	70

* Voir page 65 pour les abréviations.

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
CSR	Surveillance des maladies transmissibles
DGO	Directeur-Général, Directeurs régionaux et fonctions indépendantes
EDM	Médicaments essentiels: accès, qualité et usage rationnel
EHA	Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours
ERH	Couverture du risque de change
FNS	Gestion financière
FOS	Salubrité des aliments
GBS	Organes directeurs
GPE	Bases factuelles à l'appui des politiques de santé
HIV	Virus de l'immunodéficience humaine et syndrome de l'immunodéficience acquise
HPR	Promotion de la santé
HRS	Développement des ressources humaines
HSD	Développement durable
IIS	Informatique et infrastructure
IMD	Gestion et diffusion de l'information sanitaire
INJ	Violences, traumatismes et incapacités
ITF	Fonds pour la technologie de l'information
IVD	Vaccination et mise au point des 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
REF	Fonds immobilier
RHR	Recherche et élaboration de programmes en santé génésique
RPC	Politique et coordination en matière de recherche
SCC	Présence essentielle de l'OMS dans les pays
SEF	Fonds pour la sécurité
TOB	Tabac
TUB	Tuberculose
WMH	Santé et développement de la femme