

Activités de l'  
dans la

# OMS Région africaine 2008

**Rapport Annuel  
du  
Directeur Régional**



Organisation  
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

# Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008

## Rapport annuel du Directeur régional

à la cinquante-neuvième session du  
Comité régional de l'Afrique,  
Kigali, République du Rwanda,  
31 août – 4 septembre 2009

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
Bureau régional de l'Afrique  
Brazzaville • 2009

## Cataloguage à la source: Bibliothèque du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008 : Rapport annuel du Directeur régional

1. Organisation mondiale de la Santé
2. Administration de la santé publique
3. Planification de la santé à l'échelle régionale
4. Priorités en matière de santé
5. Situation sanitaire
6. Afrique

ISBN [REDACTED] (NLM Classification: WA ----HA1)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2009

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection des droits d'auteur conformément aux dispositions du Protocole 2 de la Convention universelle sur les droits d'auteur. Tous droits réservés. L'on peut se procurer des copies de la présente publication auprès de la Cellule des services linguistiques et de publication, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (Tél : +47 241 39100; Fax: +47 241 39507; Adresse électronique: afrobooks@afro.who.int). Les demandes d'autorisation pour la reproduction ou la traduction de la présente publication – pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être expédiées à la même adresse.

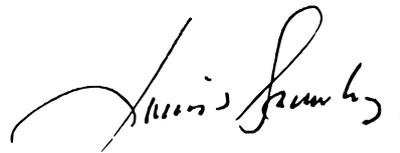
Les appellations employées et la présentation de l'information dans la présente publication n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières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

La mention de firmes spécifiques ou de produits commerciaux de certains fabricants n'implique pas que ces firmes ou produits commerciaux soient agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres de même nature qui n'y sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, les marques déposées se distinguent par une majuscule initiale.

L'Organisation mondiale de la Santé s'est entourée de toutes les précautions possibles pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le contenu de la publication est distribué sans garantie aucune, explicite ou implicite. Par conséquent l'interprétation et l'utilisation dudit contenu n'engagent que le lecteur. L'Organisation mondiale de la Santé ou le Bureau régional ne pourront en aucun cas être tenus pour responsables des préjudices qui pourraient découler de son utilisation.

Imprimé en République de Maurice

Le Directeur régional à l'honneur de soumettre  
au Comité régional le rapport d'activités de  
l'Organisation mondiale de la Santé dans la  
Région africaine pour l'année 2008.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis Gomes Sambo', with a stylized flourish at the end.

**Dr Luis Gomes Sambo**  
**Directeur régional**



# SOMMAIRE

	<b>Page</b>
<b>ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>v</b>
<b>RÉSUMÉ D'ORIENTATION .....</b>	<b>vii</b>
	<b>Paragraphs</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>1–3</b>
<b>2. CONTEXTE .....</b>	<b>4–23</b>
<b>3. BUDGET PROGRAMME 2008-2009.....</b>	<b>24–39</b>
<b>4. RÉALISATIONS NOTABLES, PAR OBJECTIF STRATÉGIQUE.....</b>	<b>40–73</b>
4.1 OS1: Maladies transmissibles .....	40–58
4.2 OS2: VIH/sida, tuberculose et paludisme .....	59–73
4.3 OS3: Maladies chroniques non transmissibles, troubles mentaux, violence et traumatisme.....	74–83
4.4 OS4: Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la mère, et vieillissement .....	84–99
4.5 OS5: Situations d'urgence, catastrophes, crises et conflits .....	100–106
4.6 OS6: Facteurs de risque pour la santé .....	107–117
4.7 OS7: Déterminants sociaux et économiques de la santé .....	118–120
4.8 OS8: Un environnement plus sain .....	121–124
4.9 OS9: Nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire .....	125–133
4.10 OS10: Services de santé.....	134–157
4.11 OS11: Technologies et produits médicaux .....	158–170
4.12 OS12: Rôle moteur, gouvernance et partenariat.....	171–181
4.13 OS13: Une OMS efficiente et efficace .....	182–202

<b>5. DÉFIS, CONTRAINTES ET LEÇONS APPRISSES.....</b>	<b>203–221</b>
5.1 Défis et contraintes.....	203–215
5.2 Leçons apprises.....	216–221
<b>6. PERSPECTIVES .....</b>	<b>222–234</b>

**Page**

## ANNEXES

1. Plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008-2013 : exposé des objectifs stratégiques .....	53
2. État de mise en œuvre du budget au 31 décembre 2008 (montants en milliers de dollars US).....	54
3. Liste des résolutions du Comité régional examinées.....	56

## LISTE DES FIGURES

1. Taux de couverture par le DTC rapporté en 2007 dans la Région africaine de l'OMS	9
2. Distribution du poliovirus sauvage dans la Région africaine de l'OMS en 2007 et 2008	10
3. Pays ayant signalé une épidémie de choléra dans la Région africaine de l'OMS, novembre 2008.....	12
4. Taux de détection des cas dans le cadre de la stratégie DOTS .....	13
5. Nombre de personnes sous TRA en Afrique subsaharienne, 2004-2008.....	14
6. Situation de l'élaboration et de la mise en œuvre des feuilles de route, décembre 2008	20
7. Politique de prise en charge communautaire de la pneumonie et état de mise en œuvre dans la Région africaine de l'OMS, 2007 .....	21
8. État d'adoption de la politique d'utilisation de zinc et de SRO à faible osmolarité dans la Région africaine de l'OMS, 2007.....	21
9. Fonds d'urgence mobilisés par pays, 2008.....	23
10. Enquêtes STEP dans la Région africaine de l'OMS .....	25
11. Situation de la CCLAT dans la Région africaine de l'OMS, décembre 2008 .....	25

# ABRÉVIATIONS

ACDI	Agence canadienne de Développement international
ACT	Associations thérapeutiques à base d'artémisinine
AMSWEB	Site du Système de gestion des activités de l'OMS
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
APW	Accord pour execution des travaux
ARV	Médicament antirétroviral
BM	Banque mondiale
CCLAT	Convention cadre pour la lutte antitabac
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CD4	Antigène de différenciation des cellules T
CDC	Centers for Disease Control
CDS/ISIS	Système de documentation informatisé/Service intégré de systèmes d'information
CERF	Fonds central d'intervention d'urgence
CNS	Compte nationaux de la santé
COP3	Troisième session de la Conférence des Parties
CR	Comité régional
DFID	Département du Développement international (Royaume-Uni)
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe
ESA	Afrique orientale et australe
FMSTP	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FRP	Faire reculer le paludisme
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GDF	Dispositif mondial de financement des médicaments
GIP-ESTHER	Groupement d'intérêt public : Esemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en Réseau
GSC	Centre mondial de services
GSM	Système global de gestion
GSS	Surveillance mondiale des salmonelles
HACCP	Analyse des risques – points critiques pour leur maîtrise
HELP	Urgences sanitaires pour de grandes populations
HHA	Harmonisation pour la Santé en Afrique

ITIL	Bibliothèque de l'infrastructure des technologies de l'information
ITOCA	Centre de formation et de sensibilisation à l'information en Afrique
MGF	Mutilations génitales féminines
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MINSANTÉ	Ministère de la Santé
MOU	Protocole d'accord
OCEAC	Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique centrale
OCHA	Bureau de Coordination des Affaires humanitaires
OIM	Organisation internationale pour les Migrations
OMS/CE	Organisation mondiale de la Santé/Communautés économiques
OIT	Organisation internationale du Travail
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PSM	Gestion de la chaîne des achats et des approvisionnements
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
SADC	Communauté de Développement de l'Afrique australe
SCP	Stratégie de coopération avec les pays
SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et riposte
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
SNIS	Système national d'information sanitaire
TA	Autorisation de voyage
TAR	Traitement antirétroviral
TB-MR	Tuberculose à bacilles multirésistants
TB-UR	Tuberculose à bacilles ultrarésistants
TIC	Technologie de l'information et de la communication
TPI	Traitement préventif intermittent
TPI	Thérapie préventive à l'isoniazide
TPC	Thérapie préventive au cotrimoxazole
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement international
WCC	Centre collaborateur de l'OMS

# RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. L'année 2008 est la toute première année de mise en œuvre du Plan stratégique à moyen terme (PSMT) de l'OMS. Le PSMT définit l'orientation stratégique de l'Organisation pendant la période 2008-2013. Il vise la réalisation de 13 objectifs stratégiques (OS) pour contribuer à l'amélioration de la santé à l'échelle mondiale.
2. Au cours de l'année considérée, le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme sont demeurés de graves problèmes de santé publique, avec de graves conséquences sur le développement des pays de la Région africaine. D'autres maladies transmissibles sont restées de véritables défis, et certains États Membres ont connu une recrudescence significative de flambées de fièvres à Ebola et de la fièvre de Marburg, ainsi que la résurgence de vieilles maladies telles que le choléra, la méningococcie et la fièvre jaune. À cela s'ajoute la charge croissante des maladies non transmissibles, qui a des liens manifestes avec les facteurs de risque courants liés au mode de vie, tels qu'un régime alimentaire peu sain, le manque d'activité physique, le tabagisme et l'alcoolisme.
3. La situation sanitaire de la majorité des femmes et des enfants en Afrique demeure critique. Les tendances des ratios de mortalité maternelle et des taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans la Région africaine sont telles qu'il sera difficile d'atteindre les cibles des Objectifs du Millénaire pour le Développement 4 et 5. Les situations d'urgence et les crises humanitaires ont continué à exercer une pression accrue sur les systèmes socioéconomiques, et en 2008, au moins 40 des 46 pays de la Région ont été confrontés à une situation d'urgence sous une forme ou une autre, entraînant le décès de milliers de personnes et le déplacement de millions d'autres. Les problèmes liés à l'accès à l'eau potable et à un système d'assainissement approprié, et les problèmes associés à la sécurité alimentaire, à la sécurité sanitaire des aliments et à la nutrition n'ont pu être résolus dans plusieurs pays de la Région.
4. Les systèmes de santé de la Région africaine sont généralement faibles et ne permettent pas, de ce fait, d'obtenir de meilleurs résultats dans le domaine de la santé. Des problèmes tels que le caractère limité des compétences nationales en matière de gouvernance et de leadership, l'insuffisance des ressources humaines, l'absence de politiques complètes de financement de la santé, l'accès limité aux médicaments essentiels, l'utilisation limitée des bases factuelles et des connaissances générées par la recherche, et l'insuffisance de la participation des communautés, nécessitent encore une attention.
5. Les activités de l'OMS dans la Région africaine étaient basées sur le budget programme (BP) 2008-2009. Le budget approuvé pour la Région africaine était de US \$1 193 940 000, soit 28,2 % du budget global approuvé de l'OMS. Le budget approuvé a été reparti entre les 13 Objectifs stratégiques et les résultats connexes attendus à l'échelle de l'ensemble de l'Organisation.
6. L'examen à mi-parcours de la mise en œuvre du budget programme 2008-2009 a conclu que des progrès notables ont été réalisés en 2008 vers l'obtention des résultats attendus.

Sur le budget total approuvé pour la Région, un montant de US \$783 454 000 (66 %) a été alloué à la réalisation des activités. Sur ce montant, US \$442 657 000 ont été engagés, soit un taux d'exécution de 57 %.

7. Les priorités régionales sont couvertes par le biais des 13 Objectifs stratégiques (OS). Les principales activités menées au titre des OS sont décrites dans les paragraphes qui suivent.
8. **OS1 Prévenir et lutter contre les maladies transmissibles** : D'importantes avancées ont été signalées dans la vaccination systématique, la lutte contre la rougeole, l'élimination du tétanos maternel et néonatal, la lutte contre les maladies tropicales négligées et contre la fièvre jaune. La lèpre a été éliminée en tant que problème de santé publique dans les deux derniers pays d'endémie, tandis que la dracunculose a été **éradiquée** dans trois autres pays. Dans le cadre de la campagne d'éradication de la polio, une résurgence de la transmission du poliovirus sauvage de type 1 a été observée dans les États du Nord du Nigeria, avec comme conséquence sa propagation dans les pays voisins. La surveillance a été intensifiée.
9. **OS2 Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme** : Des outils normatifs ont été mis au point pour appuyer les opérations de lutte contre le VIH/sida et le paludisme, et pour mettre en œuvre la **stratégie Halte à la Tuberculose**. L'accès au traitement et aux soins contre le VIH/sida s'est nettement amélioré. Les pays ont bénéficié d'un appui pour accéder facilement aux médicaments antituberculeux, par le biais du Dispositif mondial de financement des médicaments. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a été le principal mécanisme ayant permis de garantir aux pays des ressources prévisibles à long terme. La collaboration a également été engagée avec plusieurs autres partenaires intervenant dans le financement et la mise en œuvre.
10. **OS3 Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles** : Les points focaux des ministères de la santé et des bureaux de pays de l'OMS ont été formés, et leurs capacités renforcées dans la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT), y compris les maladies bucco-dentaires; la drépanocytose; la violence, le traumatisme et l'incapacité; les troubles mentaux et les problèmes liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues. Ils ont également élaboré des politiques et des plans stratégiques pour la santé mentale. La toute première Journée mondiale sans Noma a été organisée. La prévention et la lutte contre le cancer ont été renforcées. La publication Violence et Santé dans la Région africaine de l'OMS a été parachevée, et une enquête a été réalisée sur la sécurité routière dans la Région.
11. **OS4 Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie** : L'OMS a soutenu les pays dans l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre de diverses interventions-clés. Plus de 30 pays ont élaboré des stratégies nationales pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, avec des plans de mise en œuvre. Au total, 21 pays disposent aujourd'hui de plans stratégiques pour la santé de l'adolescent. Au cours de la cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, les Ministres de la Santé ont adopté une résolution sur la santé de la femme et déclaré le 4 septembre Journée de la Santé de la Femme.

12. **OS5 Mieux répondre aux situations d'urgence, catastrophes, crises et conflits :** La capacité de l'OMS et des pays à mobiliser des ressources, à exécuter des projets et à établir des rapports a été renforcée par la formation, la délégation de pouvoirs aux Représentants de l'OMS, l'adoption de modes opératoires normalisés et l'utilisation d'outils de gestion et de communication tels que les bulletins mensuels et le **cyber-travail**. Cette démarche a produit des résultats tangibles en termes d'accroissement des ressources mobilisées : US \$51 455 000 en 2008, soit une augmentation de 35,7 % par rapport aux US \$37,8 millions collectés au cours du biennium 2006-2007, ce qui a permis des interventions de plus grande envergure, en temps voulu, en réponse aux situations d'urgence telles que les inondations, les conflits et les flambées de maladies, l'OMS jouant de mieux en mieux son rôle de coordination et de chef de file dans le domaine sanitaire.
13. **OS6 Intégrer les processus complets, multisectoriels et multidisciplinaires de promotion de la santé :** Dans un certain nombre de pays, des équipes multisectorielles ont été formées à la mise en œuvre d'interventions intégrées de promotion de la santé visant à prévenir les maladies non transmissibles. La plupart des États Membres ont conduit des enquêtes STEP, et bon nombre de pays de la Région avaient déjà ratifié la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac au mois de décembre 2008. Des enquêtes mondiales ont été menées dans tous les États Membres sur l'alcool, la santé et les ressources pour la prévention et le traitement de la toxicomanie. Ces enquêtes constitueront la base d'un système d'information régional.
14. **OS7 Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme :** Par le biais du programme Éthique, Équité, Commerce et Droits de l'Homme, ainsi que du programme Genre et Santé de la Femme, le Bureau régional a aidé les pays participant au partenariat OMS/CE pour l'atteinte des OMD et au projet OMS/Luxembourg à finaliser les rapports de situation de la Phase I et à préparer les plans d'action pour la Phase II. On a continué à sensibiliser les pays à la nécessité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé : le rapport de la Commission de l'OMS sur les Déterminants sociaux de la Santé a fait l'objet d'une large diffusion, et le Bureau régional a finalisé l'élaboration d'un projet de cadre pour promouvoir l'action sur les déterminants sociaux de la santé dans la Région.
15. **OS8 Promouvoir un environnement plus sain :** L'OMS a fourni une aide soutenue pour les investigations et l'endiguement d'un certain nombre de problèmes de santé liés à l'environnement. La première Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique a été organisée conjointement par l'OMS et le PNUE, et le Gouvernement du Gabon en a été l'hôte. Les pays participants ont adopté la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique, recommandant l'établissement d'une alliance stratégique pour la santé et l'environnement comme fondement de l'action conjointe des deux secteurs.
16. **OS9 Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité alimentaire :** L'action et la coordination intersectorielles en faveur de la sécurité sanitaire des aliments ont été renforcées grâce à la mise en place, dans plusieurs pays, de groupes de travail et de comités sur la sécurité sanitaire des aliments. La plupart des pays ont adhéré au programme OMS de surveillance mondiale des salmonelles. À sa cinquante-huitième session, le Comité

régional de l'Afrique a adopté le document intitulé «**Troubles dus à une carence en iode dans la Région africaine de l'OMS : analyse de la situation et perspectives**». Une consultation sur l'intégration de la nutrition dans les programmes de lutte contre le VIH/sida a adopté une déclaration. L'OMS a organisé des séminaires et des ateliers relatifs au Codex Alimentarius.

17. **OS10 Renforcer les services de santé par l'amélioration de la gouvernance, du financement, du recrutement et de la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles** : Une conférence internationale a adopté la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire. La Déclaration de Ouagadougou a également été entérinée à la cinquante-huitième session du Comité régional. Un cadre de mise en œuvre de ladite Déclaration a été élaboré. **Le projet de Code de pratique OMS pour le recrutement international des personnels de santé a été finalisé.** Une conférence ministérielle sur la recherche pour la santé dans la Région africaine s'est tenue à Alger, et la Déclaration d'Alger qui en est issue a été présentée au Forum ministériel mondial de Bamako sur la recherche pour la santé. L'Observatoire régional de la santé en Afrique a été mis en place.
18. **OS11 Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation** : Lors de sa cinquante-huitième session, le Comité régional a adopté une résolution visant à renforcer les laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS. La plupart des pays de la Région ont signé un engagement à lutter contre les infections liées aux soins de santé. Des ateliers ont été organisés sur la sécurité des injections, la sûreté biologique et la sécurité biologique des laboratoires; l'évaluation des programmes de gestion de la qualité dans les services de transfusion sanguine; la normalisation des procédures opérationnelles et des pratiques courantes, ainsi que la revue des politiques pharmaceutiques. Aujourd'hui, la plupart des pays de la Région disposent de politiques nationales sur la médecine traditionnelle.
19. **OS12 et OS13 Activités du Secrétariat de l'OMS, y compris le renforcement de la présence de l'OMS dans les États Membres** : L'OMS a joué son rôle de chef de file dans le domaine de la santé dans la Région grâce au plaidoyer constant aux niveaux national et régional, au renforcement de l'effectivité de la présence de l'OMS dans les pays par l'élaboration des stratégies de coopération avec les pays, une meilleure orientation et une meilleure délégation de pouvoirs aux Représentants de l'OMS, ainsi qu'une décentralisation des fonctions de coopération technique du Bureau régional vers les équipes d'appui inter-pays. Parmi les autres domaines prioritaires abordés, on peut citer la gouvernance, le partenariat, la mobilisation des ressources et la communication avec les États Membres, les partenaires et les autres parties prenantes. Les autres grands domaines d'intérêt sont la planification stratégique et opérationnelle; le suivi de la performance; l'évaluation; la gestion des ressources de l'OMS; le développement et la gestion des ressources **humaines**; les technologies et systèmes d'information de l'OMS; les services de soutien gestionnaire et administratif, ainsi que le cadre de travail à l'OMS.
20. Les défis qui persistaient au début de l'année considérée continuent de se poser. Il est par conséquent nécessaire de mobiliser les ressources requises pour mettre pleinement en œuvre les activités planifiées aussi bien au niveau régional qu'au niveau national. Une des principales leçons apprises est l'exigence d'un leadership solide de la part des pays

pour faciliter l'intensification rapide et durable des interventions prioritaires, y compris la coordination des partenariats; l'adoption d'approches intégrées pour la prestation de services; la garantie de la disponibilité de ressources humaines pour la santé motivées; la disponibilité et l'utilisation de mécanismes financiers viables pour promouvoir l'utilisation des services; et la participation effective des communautés.

21. Parmi les principales leçons apprises, l'on pourrait citer la nécessité d'adopter des stratégies plus efficaces de communication et d'établissement de rapports, le renforcement de la coordination entre des programmes techniques dans la planification et la mise en œuvre, la recherche de financements à long terme sans affectations particulières afin de garantir la présence du personnel technique nécessaire dans les équipes d'appui inter-pays et les bureaux de pays, et la mise en place de mécanismes efficaces pour un contrôle minutieux du recouvrement des recettes et de l'exécution du budget.
22. L'examen à mi-parcours de la mise en œuvre du budget programme 2008-2009 a offert l'occasion de reprogrammer les activités et les ressources, sur la base des conclusions des revues et des leçons apprises de la première année du biennium. Plusieurs actions ont été identifiées comme moyens d'améliorer la mise en œuvre au cours de la deuxième année du biennium. Ces actions couvrent le renforcement des capacités internes de l'OMS en matière de plaidoyer, de négociation et de mobilisation des ressources; la mise en œuvre des stratégies de coopération avec les pays, avec un accent particulier sur le suivi et l'engagement des parties prenantes; le respect des engagements cruciaux pris au titre de plusieurs déclarations adoptées en 2008 (Ouagadougou, Alger et Libreville); la consolidation des partenariats; l'intensification de la mobilisation des ressources; et le renforcement des capacités du personnel des bureaux de pays de l'OMS dans les domaines de la planification, de la gestion, du suivi et de l'évaluation des programmes, ainsi que la mobilisation des ressources pour accroître l'appui aux ministères de la santé et aux partenaires.
23. Les annexes présentent l'état de mise en œuvre du budget au 31 décembre 2008 et la liste des résolutions du Comité régional examinées.



# 1. INTRODUCTION

1. L'année 2008 est la toute première année de mise en œuvre du Plan stratégique à moyen terme (PSMT) de l'OMS pour la période 2008-2013. Le PSMT est un nouveau cadre de gestion axée sur les résultats, avec une nouvelle structure du budget et de nouvelles règles. Au cours de l'année 2008, le Système global de gestion (GSM) a été mis en place au Siège et l'on s'est activement attaché à en faire de même dans la Région africaine, ce qui a nécessité des adaptations au niveau de la structure organisationnelle du Bureau régional, ainsi que le regroupement des programmes des bureaux de pays de l'OMS.
2. Le Bureau régional a saisi l'occasion des réunions des organes directeurs pour informer régulièrement les États Membres des nouvelles réalités et orientations concernant le cadre de gestion de l'OMS et sa mise en œuvre dans la Région africaine. Davantage de pouvoirs ont été délégués aux Représentants de l'OMS, aux Directeurs des divisions et aux responsables des programmes.
3. L'objectif du présent rapport est d'exposer le travail accompli et les progrès réalisés au cours de la première année du biennium 2008-2009. Le rapport comprend six grandes sections. Après l'introduction, la deuxième section décrit le contexte de la mise en œuvre du budget programme 2008-2009 dans la Région africaine. La troisième section présente les priorités du biennium et les ressources prévues pour leur réalisation. La quatrième section passe en revue les progrès vers l'obtention des résultats attendus à l'échelle de l'ensemble de l'Organisation au cours du biennium pour chacun des 13 Objectifs stratégiques, y compris la mise en œuvre des résolutions pertinentes du Comité régional de l'OMS. La cinquième section présente succinctement les défis, les contraintes et les leçons apprises au cours de la période considérée. La sixième section est consacrée aux perspectives pour la deuxième année du biennium. Le rapport est complété par des annexes sur l'état de mise en œuvre du budget par objectif stratégique et par source de financement, ainsi que sur une liste des résolutions du Comité régional examinées.

# 2. CONTEXTE

4. Les activités de l'OMS dans la Région africaine, au cours de l'année considérée, ont été guidées par le Plan stratégique à moyen terme (PSMT) 2008-2013, récemment adopté par les organes directeurs de l'OMS.<sup>1</sup> Le PSMT de l'OMS définit les orientations stratégiques de l'Organisation pour la période 2008-2013. Dans le PSMT, un changement stratégique a été effectué dans l'organisation structurelle du budget programme de l'OMS, avec le passage des domaines de travail aux Objectifs stratégiques (OS).
5. Il y a 13 OS qui visent à réduire la charge des maladies transmissibles; combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; prévenir et réduire la charge de mortalité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles; réduire la morbidité

et la mortalité aux principaux stades de la vie et améliorer la santé sexuelle et génésique; réduire les effets sur la santé des situations d'urgence et des catastrophes; promouvoir la santé et le développement; traiter les déterminants sociaux et économiques sous-jacents de la santé; promouvoir l'avènement d'un environnement plus sain; améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments ainsi que la sécurité alimentaire; améliorer les services de santé; élargir l'accès aux technologies et produits médicaux; jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et promouvoir les partenariats et la collaboration; déployer et consolider l'OMS en tant qu'organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et de son mandat.

6. Au cours de l'année considérée, le Système global de gestion (GSM) a été partiellement déployé dans la Région. Le GSM est un système de planification des ressources opérationnelles de l'OMS, un système de technologies de l'information qui permet de saisir, de collationner et de produire des données en vue d'accroître l'efficacité dans le programme de l'Organisation. Le Bureau régional est entré dans une période de transition en juillet 2008. Des progrès ont été réalisés dans l'initiation à l'accès au GSM, l'amélioration de l'infrastructure des technologies de l'information (TI), le nettoyage et la préparation des données pour le passage au GSM.
7. Les interventions sanitaires éprouvées ne sont pas pleinement mises en œuvre dans plusieurs parties du monde, et particulièrement en Afrique. Si des progrès scientifiques et technologiques sans précédent ont été réalisés au cours des dernières décennies, les connaissances sur les moyens efficaces de s'attaquer à certains des plus grands défis sanitaires auxquels l'Afrique et le reste du monde en développement sont confrontés demeurent insuffisantes.
8. La situation sanitaire des populations de la Région africaine est caractérisée par une charge élevée due aux maladies transmissibles. Les États Membres sont confrontés à une fréquence croissante des flambées de maladies telles que la fièvre à virus Ebola, la fièvre de Marbourg et la fièvre de la vallée du Rift, ainsi qu'à la résurgence du choléra, de la méningite à méningocoques, de la fièvre jaune et de la shigellose. À la fin du mois de décembre 2008, au total 920 cas de poliovirus sauvage avaient été confirmés. Les maladies négligées telles que le ver de Guinée, la lèpre, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la trypanosomiase, l'ulcère de Buruli, la bilharziose, les parasitoses intestinales, la leishmaniose, le pian et autres tréponématoses, ainsi que les zoonoses, demeurent de sérieuses menaces pour le développement socioéconomique des pays africains.
9. Le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme demeurent de graves problèmes de santé publique, avec de graves conséquences. L'Afrique subsaharienne supporte la plus lourde charge de l'infection à VIH et de la mortalité due au VIH/sida dans le monde. Au sein de la Région, l'Afrique australe et orientale supporte la charge la plus élevée due à la co-infection VIH/tuberculose. La situation est aggravée par l'émergence de la tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR) et de la tuberculose à bacilles ultra résistants (TB-UR). L'intensification des interventions efficaces de lutte contre le paludisme telles que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), les associations thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) et le traitement préventif intermittent (TPI), n'a pas atteint les niveaux souhaités.

10. La charge des maladies chroniques non transmissibles (MNT) augmente dans la Région, et les systèmes de santé ne sont pas suffisamment préparés pour offrir des services efficaces de prévention de ces maladies. Il apparaît de plus en plus certain que la forte prévalence des facteurs de risque courants est liée au mode de vie : régime alimentaire peu sain, manque d'activité physique, hypertension, tabagisme et alcoolisme.
11. La situation sanitaire des femmes et des enfants en Afrique demeure critique. Entre 1990 et 2005, la baisse des ratios de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne n'a été que de 0,1 % par an, alors que le taux de réduction requis pour atteindre l'OMD 5 est de 5,5 % par an<sup>2</sup>, principalement en raison du nombre limité de sages-femmes qualifiées. L'accès aux méthodes modernes de planification familiale est limité ; seules 16 % des femmes y ont recours.
12. Dans la Région africaine, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a baissé de 185 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 157 pour 1000 en 2006<sup>3</sup>, chiffre bien inférieur à la cible des OMD d'une réduction de deux tiers d'ici 2015. Les données disponibles montrent que seuls cinq pays de la Région africaine (Algérie, Cap-Vert, Érythrée, Maurice et Seychelles) sont en bonne voie pour atteindre l'OMD 4.<sup>4</sup> Dans les pays qui sont à la traîne ou dans lesquels les taux de mortalité maternelle, infantile et juvénile ont augmenté, le sida, le paludisme et les conflits sont probablement les principaux facteurs d'augmentation de ces taux.
13. Au moins 40 des 46 pays de la Région ont été confrontés à des situations d'urgence en 2008, ce qui a accentué la précarité de leur situation socioéconomique. Il s'est agi notamment de diverses catastrophes naturelles et provoquées par l'homme : inondations accompagnées de flambées de choléra et d'autres maladies d'origine hydrique; sécheresses entraînant des crises alimentaires et une augmentation des taux de malnutrition; conflits entraînant des déplacements massifs de populations; tremblements de terre; lourdes pertes en vies humaines dues aux accidents de la route, aériens ou maritimes; épandage de produits chimiques et déversement de déchets chimiques; explosion d'oléoducs et effondrement d'immeubles. En conséquence, des milliers de personnes ont été tuées et des millions d'autres déplacées.
14. Dans la Région africaine, il y a des inégalités intolérables entre pays et au sein d'un même pays en termes de situation sanitaire, de bien-être et de pratiques sociales, liées aux déterminants sociaux de la santé qui y prévalent. Ces inégalités ont un impact négatif sur le développement des pays de la Région. Bien que pratiquement chaque pays de la Région reconnaisse l'existence de ces inégalités dans le domaine de la santé et de l'accès aux soins de santé, des mesures appropriées ne sont pas prises, en partie à cause de la complexité du problème et du manque de données.
15. Environ un quart de la charge totale des maladies dans les pays en développement peut être associée aux facteurs de risque liés à l'environnement. Dans la Région africaine, les facteurs de risque habituels tels que l'accès limité à l'eau potable et à des services d'assainissement adéquats n'ont pas encore été maîtrisés, et la Région est aussi confrontée à d'autres facteurs de risque nouveaux et émergents. Au cours des deux dernières décennies, des cadres stratégiques, législatifs et réglementaires ont été élaborés pour faire face aux

corrélations entre l'environnement et la santé. Toutefois, l'on ne dispose pas de données suffisantes pour déterminer clairement le niveau de mise en œuvre de ces instruments, ni leur impact réel sur la réduction de la charge de la maladie liée à l'environnement.

16. L'insécurité alimentaire menace la vie de millions de personnes vulnérables, et notamment des personnes déplacées et des personnes vivant avec le VIH/sida. Les maladies d'origine alimentaire et les maladies d'origine hydrique demeurent de graves problèmes de santé publique et d'importantes causes de malnutrition chez les enfants dans la Région. En 2008, un grand nombre de flambées de maladies d'origine alimentaire ont été signalées : charbon; fièvre typhoïde; empoisonnements dus aux résidus chimiques dans les légumes, les champignons, le haricot et le maïs; choléra; botulisme et hépatite A. Le pourcentage des mères pratiquant l'allaitement maternel exclusif est faible; les aliments de complément sont insuffisants, inappropriés et souvent contaminés, ce qui entraîne jusqu'à cinq épisodes de diarrhée par enfant par an dans la Région.
17. Les systèmes de santé de la Région africaine sont généralement faibles, ce qui ne permet pas d'obtenir de meilleurs résultats dans le domaine de la santé. Tel qu'ils sont organisés, gérés et financés, les systèmes de santé ne contribuent pas toujours à améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé. Les capacités sont limitées au niveau national dans les domaines de la gouvernance et du leadership, d'où les faiblesses dans l'harmonisation et la coordination des partenaires, le manque de responsabilité par rapport aux résultats, et le peu d'engagement des communautés.
18. Bon nombre de pays ne disposent pas des ressources humaines nécessaires pour fournir des soins et des services de santé pour diverses raisons, y compris les capacités limitées dans le domaine de la production et de la gestion des personnels de santé, une répartition géographique inégale et déséquilibrée, une combinaison inadaptée des compétences, des conditions de travail ne répondant pas aux normes requises, la migration du personnel et une faible base des connaissances pour guider les politiques et stratégies sur les personnels de santé et pour s'attaquer à ces défis.
19. Les pays de la Région manquent également de politiques complètes de financement de la santé; bon nombre de ces pays n'ont pas institutionnalisé l'utilisation des comptes nationaux de la santé pour suivre les dépenses, et l'on observe un recours généralisé aux paiements directs, ce qui limite l'accessibilité financière aux services de santé. La couverture par les mécanismes de financement de la santé prépayé est très limitée; l'utilisation des ressources est inefficace; et les mécanismes de coordination de l'appui des partenaires au secteur de la santé présentent des faiblesses.
20. La prestation de soins de santé appropriés dépend de la disponibilité de médicaments, de vaccins et de technologies sanitaires de qualité, ainsi que de mécanismes de financement efficaces. Dans la Région, près de la moitié de l'ensemble des dépenses de santé concerne les produits médicaux, et malgré cela, environ 27 000 personnes meurent indûment chaque jour à cause du manque d'accès aux médicaments essentiels et indispensables. Les formulations pédiatriques font encore défaut. En outre, les forces du marché international ne favorisent pas la mise au point de nouveaux produits pour les maladies liées à la pauvreté.

La mondialisation stimule une croissance sans précédent des produits médicaux contrefaits. Il n'existe pas de système de pharmacovigilance approprié, ce qui suscite des inquiétudes au sujet du contrôle des nouveaux médicaments pour le traitement du VIH/sida, de la tuberculose, du paludisme et d'autres maladies tropicales.

21. Les informations, bases factuelles et recherches disponibles doivent être fournies aux pays pour guider l'élaboration, le suivi et l'évaluation des stratégies et des programmes nationaux et régionaux. Les interventions fondées sur les données d'expérience et d'un bon rapport coût/efficacité sont une véritable mine de connaissances permettant d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé. Toutefois, les pays de la Région sont encore confrontés aux défis liés à l'accès, à la qualité, à la couverture et au coût de l'information. Un autre défi consiste à produire et à consolider les connaissances et les bases factuelles sur les questions de santé publique, y compris la publication de rapports analytiques et comparatifs, et à promouvoir la recherche sur les principaux sujets de santé publique.
22. Au cours de l'année considérée, le Bureau régional a pris des mesures décisives pour réaffirmer son rôle moteur dans le domaine de la santé au niveau des pays, améliorer la gouvernance, renforcer la mise en œuvre de sa stratégie de décentralisation, instaurer et raffermir les partenariats pour la santé. Ces mesures ont abouti au renforcement des capacités des équipes d'appui interpays (EAIP) et à l'adoption de déclarations qui feront date, ainsi qu'au renouvellement de l'engagement des gouvernements, de l'OMS et des partenaires à améliorer les résultats dans le domaine de la santé dans la Région.
23. D'une manière générale, le succès de l'exécution des programmes techniques dans la Région dépend en partie de la prestation efficace de services d'appui par l'OMS. La création des EAIP avait pour objectif de renforcer la capacité de l'OMS à fournir un appui technique aux pays. Le Bureau régional met l'accent sur l'élaboration des politiques et stratégies essentielles, la planification et la budgétisation, le suivi et l'évaluation, la production et le partage des informations et des bases factuelles, la mobilisation et la gestion des ressources, et les partenariats. Le principal rôle des bureaux de pays de l'OMS est d'infléchir la mise en œuvre des interventions sanitaires au niveau des pays en orientant les politiques de l'OMS du niveau central vers le niveau local, tout en tenant compte des ressources disponibles et des partenariats existants.

### 3. BUDGET PROGRAMME 2008-2009

24. Le budget programme 2008-2009 est basé sur les principes de la gestion axée sur les résultats et de l'intégration. Le budget approuvé pour la Région africaine est de US \$1 193 940 000, soit 28,2 % du budget global approuvé de l'OMS. Les priorités définies dans la Région sont abordées à travers les 13 Objectifs stratégiques du PSMT (Annexe 1).
25. L'analyse des stratégies de coopération avec les pays (SCP) de l'OMS et le document intitulé *Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine, 2005-2009* ont montré que les principales priorités sont la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; le renforcement des politiques et des systèmes de santé; l'accroissement de

l'efficacité et l'accélération de la réponse aux situations d'urgence et aux flambées de maladies telles que le choléra; l'amélioration de la santé maternelle et infantile; la lutte contre les maladies négligées; la surveillance des facteurs de risque courants des maladies non transmissibles; l'intensification des interventions sanitaires ayant fait leurs preuves et d'un bon rapport coût/efficacité.

26. Dans l'organisation structurelle du Bureau régional, la responsabilité de la lutte contre les maladies transmissibles incombe à la Division de la Prévention et de la Lutte contre les Maladies transmissibles. Des activités non prévues, initiées pour intensifier les efforts en vue de l'éradication de la poliomyélite, en réponse aux échecs subis au Nigeria en 2008, ont abouti à une révision à la hausse du plafond pour une coordination et un appui efficaces, afin de parvenir à la certification de l'éradication de la poliomyélite. Sur le montant de US \$345 157 000 alloué à l'Objectif stratégique No 1 (OS1) pour 2008, le taux d'exécution est de 57 %.
27. L'Objectif stratégique No 2 (OS2) est consacré à la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Ces trois maladies sont la cause de millions de décès chaque année et contribuent dans une large mesure à l'accentuation de la pauvreté. En 2008, l'accent a été mis sur l'accélération de l'intensification des interventions d'un bon rapport coût/efficacité. La Région a ainsi bénéficié d'une allocation de US \$87 647 000 pour l'OS2, et le taux de consommation a été de 58 %.
28. L'Objectif stratégique No 3 (OS3) a trait à la prévention et à la réduction de la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles. Pour cet OS, le montant alloué était de US \$12 608 000, et le taux d'exécution a été de 41 %.
29. L'Objectif stratégique No 4 (OS4) est axée sur la réduction de la morbidité et de la mortalité, ainsi que sur l'amélioration de la santé aux principaux stades de la vie, y compris la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, tout améliorant la santé sexuelle et génésique, et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé. Pour cet OS, la Région a reçu une allocation de US \$51 251 000, et le taux d'exécution a été de 44 % en 2008.
30. L'Objectif stratégique No 5 (OS5) couvre les situations d'urgence causées par des catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme, y compris les conflits d'intensité variée. Une bonne partie du budget programme a été allouée à l'OS5 pour le biennium, dont US \$59 601 000 pour 2008, avec un taux de consommation de 66 %.
31. L'Objectif stratégique No 6 (OS6) a trait aux processus et approches intégrés, complets, multisectoriels et multidisciplinaires de promotion de la santé à travers tous les programmes pertinents de l'OMS, ainsi qu'à la prévention et à la réduction des principaux facteurs de risque de maladie tels que l'usage du tabac et la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives; un régime alimentaire peu sain; le manque d'activité physique; et les rapports sexuels non protégés. Pour cet OS, un montant de US \$13 273 000 a été alloué, et le taux d'exécution du budget a été de 53 %.

32. L'Objectif stratégique No 7 (OS7) vise à traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme. Pour cet OS, le montant alloué a été de US \$7 753 000, et le taux d'exécution de 35 %.
33. L'Objectif stratégique No 8 (OS8) est axé sur la promotion d'un environnement plus sain en intensifiant la prévention primaire et en infléchissant les politiques publiques dans tous les secteurs, de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement. Les priorités du biennium 2008-2009 ont été de mobiliser l'engagement politique et de stimuler les changements dans les politiques, l'infrastructure institutionnelle et les modes de financement nécessaires pour réduire les menaces pour la santé liées à l'environnement. Sur le montant alloué de US \$8 339 000, le taux d'exécution était de 46 % à la fin 2008.
34. L'Objectif stratégique No 9 (OS9) vise à améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité alimentaire. Au cours de l'année, les activités prioritaires se sont concentrées sur le renforcement des capacités; l'amélioration de l'efficacité de la participation des pays à la Commission du Codex Alimentarius; l'élaboration et la mise à disposition de lois, normes standards, politiques, plans et stratégies sur la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition; le renforcement des stratégies d'information, d'éducation et de communication; et la gestion de l'impact des crises alimentaires sur la situation sanitaire et nutritionnelle. Pour cet OS, le montant alloué a été de US \$6 756 000, avec un taux d'exécution de 37 % en 2008.
35. L'Objectif stratégique No 10 (OS10) vise le renforcement des services de santé par l'amélioration de la gouvernance, du financement, du recrutement et de la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles. Au cours de l'année considérée, le renforcement des systèmes de santé a figuré en bonne place dans les programmes et parmi les priorités des États Membres et du Bureau régional de l'OMS; un intérêt plus soutenu a été accordé aux districts en recourant à l'approche des soins de santé primaires. L'accent a été mis sur la révision et l'élaboration de politiques et de plans nationaux de santé fondés sur les principes et les valeurs des SSP afin d'accélérer les progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le suivi et l'évaluation des réformes ciblant le secteur de la santé ont tiré parti des possibilités offertes par les initiatives mondiales en faveur de la santé pour renforcer les systèmes de santé. Pour l'OS10, la Région a reçu une allocation de US \$42 913 000. Le taux global d'exécution du budget destiné à l'OS10 a été d'environ 49 %.
36. L'Objectif stratégique No 11 (OS11) vise à élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et à en améliorer la qualité et l'utilisation. Les produits médicaux englobent les médicaments chimiques et biologiques; les vaccins; le sang et les produits sanguins; les cellules et tissus, surtout d'origine humaine; les produits biotechnologiques; les médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle; et les dispositifs médicaux. Les technologies sont notamment celles qui sont utilisées pour les tests diagnostiques, l'imagerie et les tests en laboratoire. En 2008, l'accent a été mis sur une plus grande équité dans l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels, en termes de disponibilité, de prix et d'accessibilité financière; la garantie de la qualité, de la sécurité, de l'efficacité et de la rentabilité de

ces produits et technologies; et la promotion de leur utilisation correcte et efficiente. Pour l'OS11, la Région a reçu une allocation de US \$15 221 000, et le taux d'exécution du budget a été de 57 % en 2008.

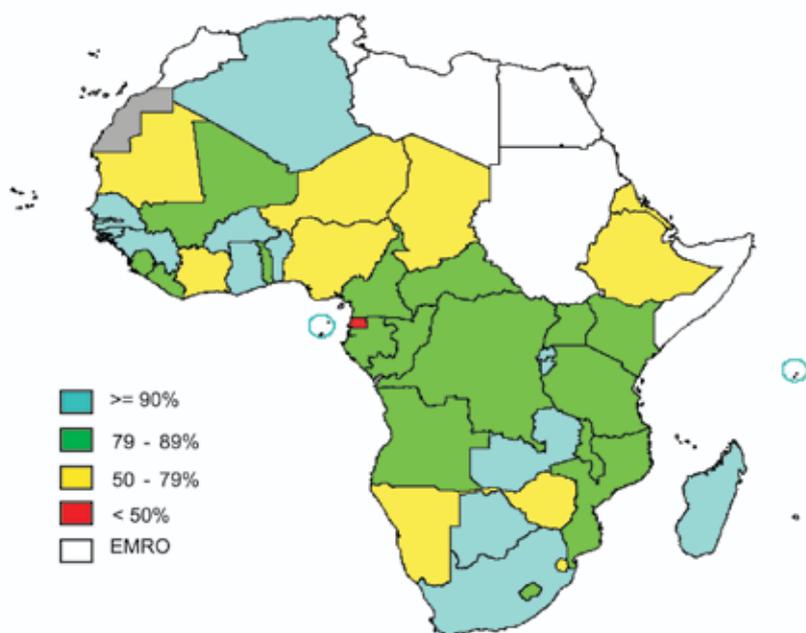
37. En ce qui concerne le renforcement de la présence de l'OMS dans les États Membres, les activités du Secrétariat, au titre de l'Objectif stratégique No 12 (OS12), ont été marquées par de remarquables avancées en termes d'affirmation du rôle moteur de l'OMS dans le domaine de la santé au niveau des pays; l'amélioration de la gouvernance; la consolidation de la mise en œuvre de la politique de décentralisation; l'instauration et le raffermissement des partenariats pour la santé. Pour que l'OMS s'acquitte de son mandat de faire avancer le programme mondial d'action sanitaire, l'OS12 a reçu une allocation de US \$42 020 000, et le taux d'exécution était de 58 % à la fin 2008.
38. L'Objectif stratégique 13 (OS13) couvre les fonctions de soutien du Secrétariat de l'OMS, y compris la mise à la disposition des bureaux de pays des ressources administratives et logistiques requises pour exécuter leurs programmes; le déploiement et la consolidation de l'OMS en tant qu'organisation souple et en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat; l'élaboration de meilleurs plans stratégiques et opérationnels; la conduite des transactions et l'acquiescement des responsabilités relatives aux ressources humaines; la gestion financière; la mise à jour des modes opératoires standardisés et du soutien logistique. Pour l'OS13, un montant de US \$90 915 000 a été alloué. Le taux d'exécution a été de 62 % en 2008.
39. Dans l'ensemble, la revue à mi-parcours de la mise en œuvre du budget programme 2008-2009 a révélé des progrès notables vers la réalisation des résultats attendus. Sur les US \$193 940 000 alloués à la Région, un montant de US \$783 454 000 (66 %) a été débloqué pour la première année. Sur ce montant, US \$42 657 000 ont été engagés, soit un taux d'exécution de 57 %.

## 4. RÉALISATIONS NOTABLES, PAR OBJECTIF STRATÉGIQUE

### 4.1 OS1: Maladies transmissibles

40. S'agissant de la vaccination systématique, à la fin de 2007, 16 États<sup>6</sup> Membres avaient rapporté un taux de couverture DTC3 égal ou supérieur à 90 %, et 15 pays<sup>7</sup> estimaient qu'au moins 80 % des districts avaient un taux de couverture DTC3 égal ou supérieur à 80 % (Figure 1). Les données provisoires pour la période de janvier à novembre 2008 montrent que 11 pays avaient atteint un taux de couverture DTC3 de 90 % au moins, et 27 pays avaient un taux de couverture égal ou supérieur à 80 %.

**Figure 1: Taux de couverture rapporté du DTC3 en 2007 dans la Région africaine de l'OMS**



**Figure SEQ Figure \\* ARABE 1 :**

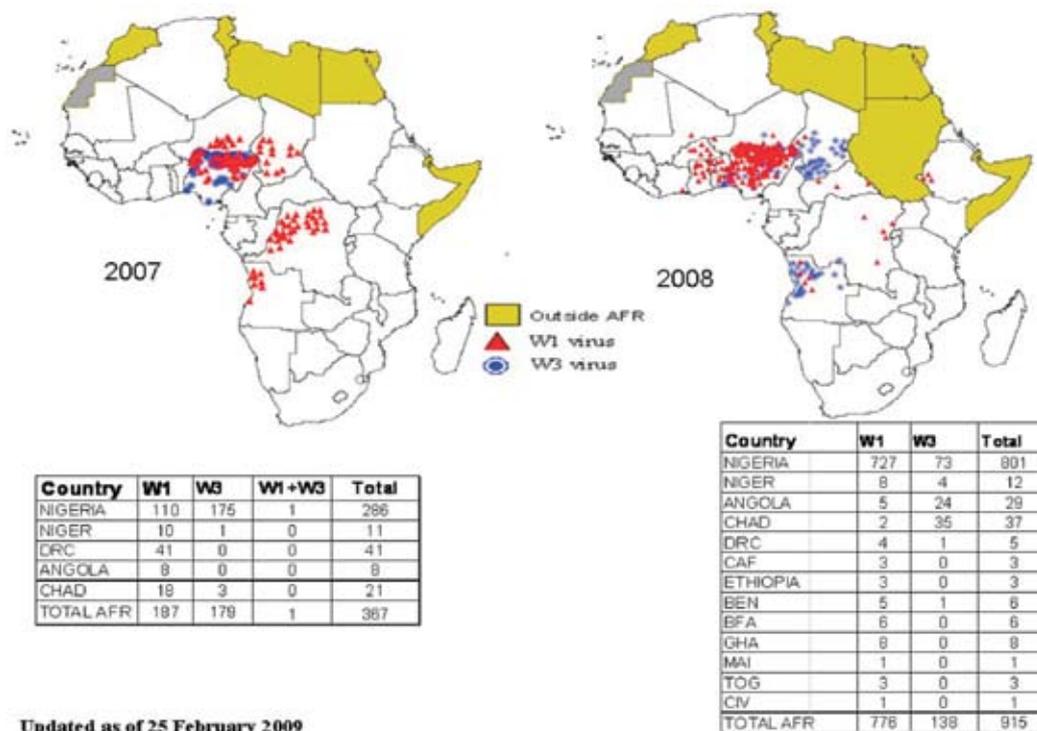
Taux de couverture rapporté du DTC3 en 2007 dans la Région africaine de l'OMS

41. Au mois de décembre 2008, 44 pays avaient introduit le vaccin contre l'hépatite B et 37 pays avaient introduit le vaccin anti-Hib dans leurs programmes de vaccination systématique.
42. Pour ce qui est de la lutte contre la rougeole en 2008, les activités de vaccination supplémentaire (AVS) contre la rougeole, menées selon une approche intégrée dans 11 pays, ont permis d'atteindre au total 66,9 millions d'enfants. À la fin de 2007, la Région avait réalisé une réduction de 89 % des décès dus à la rougeole, par comparaison avec les estimations de la mortalité pour 2000.
43. En ce qui concerne l'élimination du tétanos maternel et néonatal (ETMN), 21 pays avaient mené 59 tournées d'AVS contre le toxoïde tétanique dans les districts à haut risque, avec pour cible 60,1 millions de femmes en âge de procréer. Jusqu'à présent, l'élimination du tétanos maternel et néonatal a été validée dans 13 pays de la Région.
44. S'agissant de la lutte contre la fièvre jaune, 23 des 31 pays exposés à cette maladie dans la Région ont introduit le vaccin anti-amaril dans leurs programmes élargis de vaccination systématique, avec un taux de couverture de 73 % en 2008. Au courant de la même année, le Burkina Faso, le Mali, le Sénégal et le Togo ont achevé leurs AVS de prévention contre la fièvre jaune dans 114 districts à haut risque.
45. Dans le cadre de la campagne d'éradication de la polio, on a observé une résurgence de la transmission du poliovirus sauvage de type 1 dans les États du Nord du Nigeria, avec

comme conséquence sa propagation dans les pays voisins (Figure 2). À la fin de 2008, au total 915 cas de poliovirus sauvage avaient été déclarés dans 13 pays.<sup>8</sup> En guise de riposte à cette résurgence, des AVS de haute qualité ont été mises en œuvre et soutenues par un suivi intensif pour mieux orienter les efforts vers les zones où la performance n'est pas optimale.

46. En 2008, 44 pays avaient atteint le niveau de surveillance de la paralysie flasque aiguë requis pour la certification. Quatre autres pays ont soumis avec succès leurs dossiers complets à la Commission régionale africaine de certification, afin de valider leur statut de pays exempts de polio, ce qui porte le nombre total de tels pays à 25 au 31 décembre 2008.

**Figure 2 : Répartition du poliovirus sauvage dans la Région africaine de l'OMS en 2007 et 2008**

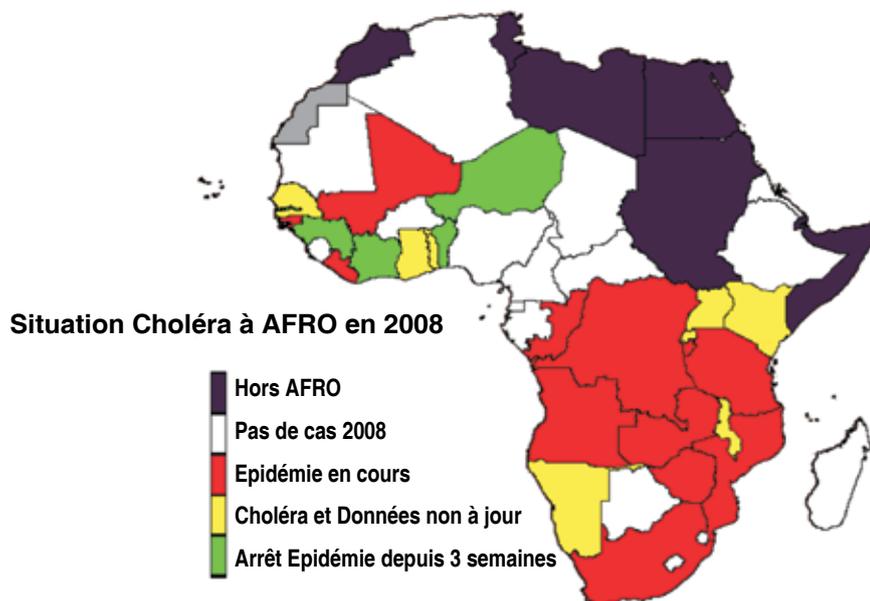


47. Pour les maladies tropicales négligées (MTN), une cartographie a été réalisée dans quatre pays (Éthiopie, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland) ; des plans ont été adoptés dans sept pays<sup>9</sup> pour accélérer ou intensifier les interventions contre les MTN; une chimiothérapie de masse a été organisée dans 12 pays;<sup>10</sup> le diagnostic précoce et le traitement recommandé de l'ulcère de Buruli ont été consolidés dans 12 pays; des programmes de suivi et d'évaluation des MTN ont été organisés dans neuf pays.<sup>11</sup>
48. L'élimination de la lèpre a été réalisée dans les deux pays restants, à savoir le Mozambique et la République démocratique du Congo. Tous les pays ont élaboré de nouveaux plans

stratégiques ciblant l'élimination de la lèpre au niveau du district. Trois nouveaux pays sont parvenus à éradiquer le ver de Guinée, et la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie et la Mauritanie ont pu valider leur certification.

49. S'agissant de la surveillance des maladies transmissibles, les lignes directrices techniques pour la Surveillance intégrée de la maladie et riposte (SIMR) ont été révisées en tenant compte du Règlement sanitaire international 2005 (RSI-2005) et des maladies prioritaires. Par la suite, 16 pays ont actualisé leurs lignes directrices SIMR et sept pays ont procédé à l'évaluation de leur stratégie SIMR et à la révision de leurs plans<sup>12</sup> d'action. Quatre pays (Cap-vert, Kenya, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles) ont consolidé la mise en œuvre de leur stratégie SIMR dans les districts.
50. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a finalisé et diffusé un guide pour la constitution de réseaux nationaux de laboratoires de santé publique afin de renforcer la SIMR. Six pays<sup>13</sup> ont bénéficié d'un appui pour mettre en œuvre des programmes nationaux de contrôle externe de la qualité des laboratoires intermédiaires et périphériques en matière de microbiologie. En 2008, 72 laboratoires de 45 pays africains ont participé à un programme régional d'évaluation externe de la qualité en bactériologie, et 13 laboratoires de la grippe ont pris part au programme d'évaluation externe de la qualité, organisé par l'OMS pour le dépistage du virus de la grippe A par réaction en chaîne par polymérase.
51. Le système sentinelle de surveillance a été introduit dans la Région africaine pour documenter la charge de morbidité due à la diarrhée à rotavirus, et en décembre 2008, 10 pays avaient déjà soumis leurs rapports. Au total, 19 pays envoient régulièrement des données de la surveillance sentinelle de la méningite pédiatrique bactérienne.
52. Pour ce qui est de la recherche et de la mise au point de vaccins, les capacités des autorités nationales de réglementation ont été renforcées dans 19 pays. Un protocole de recherche sur le candidat - vaccin contre le paludisme a été examiné conjointement par les sept pays ciblés pour les essais cliniques.
53. Pour se conformer aux exigences du Règlement sanitaire international (2005), des outils d'évaluation des capacités essentielles ont été mis au point et diffusés dans des pays sélectionnés.<sup>14</sup> Le Bureau régional a contribué à la finalisation d'une liste de contrôle pour le suivi des capacités indispensables pour la surveillance et la riposte.
54. L'OMS a fourni en temps voulu un appui technique et logistique aux États Membres ayant signalé des cas suspects et des flambées de maladies à tendance épidémique, et à ceux ayant souffert de graves épidémies de choléra (Figure 3), de méningite, de peste et de fièvres hémorragiques virales, y compris un nouvel arénavirus. À la date du 28 novembre 2008, 26 pays avaient signalé 84 074 cas de choléra, dont 1 989 décès, avec un taux de létalité global de 2,4 %. En 2008, des épidémies de fièvre jaune ont été confirmées dans six pays,<sup>15</sup> et des campagnes de vaccination réactive de masse ont été organisées dans les zones touchées.

**Figure 3: Pays ayant signalé une épidémie de choléra dans la Région africaine de l'OMS, novembre 2008**



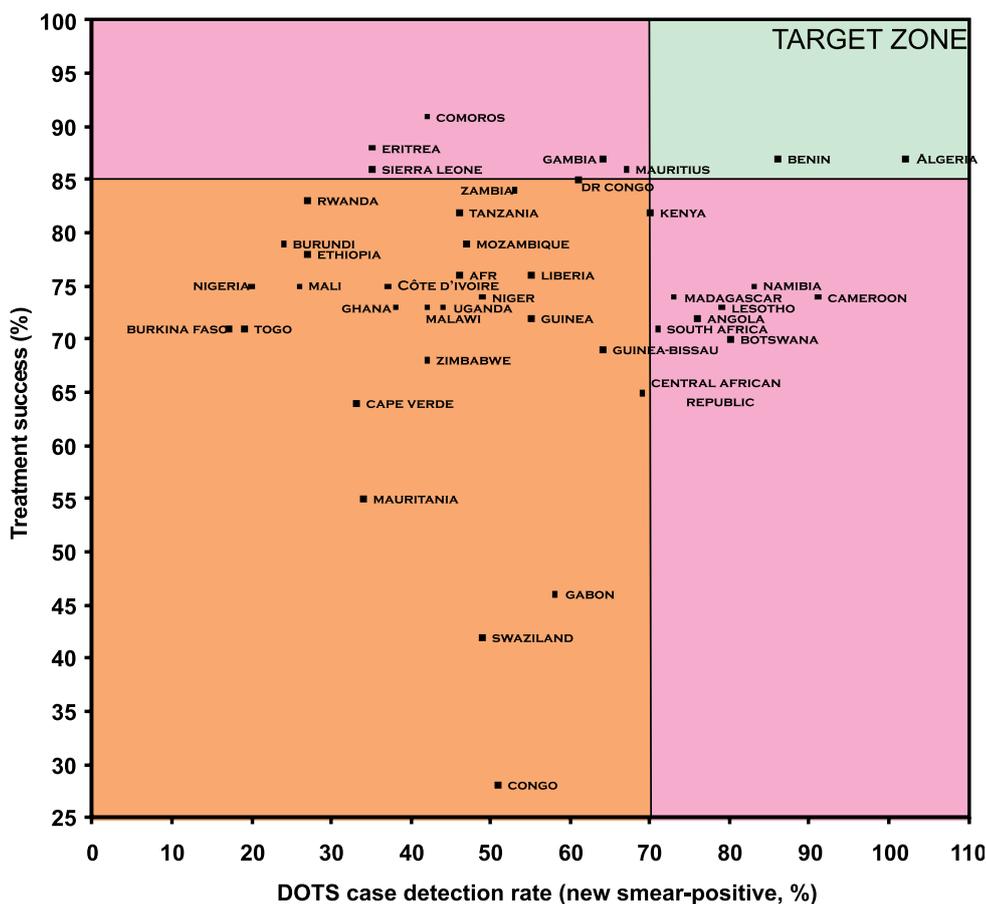
55. Les autres maladies à tendance épidémique signalées dans la Région sont notamment la dengue (en Côte d'Ivoire et au Mali), la fièvre hémorragique de Crimée-Congo (Mauritanie), la fièvre de Lassa (Liberia, Nigeria Sierra-Leone), une nouvelle souche d'arénavirus, la peste (Madagascar, République démocratique du Congo, Ouganda), l'hépatite E (Ouganda et Tchad) et la méningite à méningocoques.
56. S'agissant de la mise en œuvre de la résolution AFR/RC56/R7 intitulé «Grippe aviaire : préparation et riposte contre la menace d'une pandémie», huit pays de la Région africaine de l'OMS avaient signalé des flambées d'infection à H5N1 au mois de décembre 2008. L'unique cas d'infection humaine à H5N1 a été signalé au Nigeria. Le Bureau régional a initié la création d'un réseau régional de surveillance du virus grippal, constitué des systèmes nationaux de surveillance de la grippe.
57. Au moins 14 pays<sup>16</sup> de la Région ont mis en œuvre la surveillance virologique de la grippe et soumis aux centres collaborateurs de l'OMS des isolats **représentatifs** prélevés chez des patients souffrant d'un syndrome de type grippal, aux fins d'analyses antigéniques et génétiques. Au moins 30 laboratoires de la Région ont bénéficié d'un soutien ou ont été désignés pour bénéficier d'un soutien en vue de procéder au dépistage de la grippe.
58. Dans le cadre de la mise en œuvre de la résolution AFR/RC57/R1 intitulée «Résurgence du choléra dans la Région africaine : situation actuelle et perspectives», l'OMS a continué à fournir aux pays affectés, et notamment à l'Afrique du Sud, à la Guinée-Bissau et au Zimbabwe, une assistance technique, des équipements et des fournitures, ainsi que des incitations pour les personnels de santé. En mai 2008, l'OMS, l'UNICEF et le Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires humanitaires (OCHA) ont accepté de collaborer et de travailler ensemble pour aider les pays à prévenir et à lutter contre le choléra dans

la Région. D'importantes flambées ont continué à sévir dans deux pays confrontés à des crises complexes, à savoir la République démocratique du Congo et le Zimbabwe. Dans certains pays, le taux de létalité a été de 10 % des cas signalés ou plus, ce qui témoigne de l'existence de problèmes dans la prise en charge appropriée des cas, en temps voulu.

## 2 OS2 : VIH/SIDA, tuberculose et paludisme

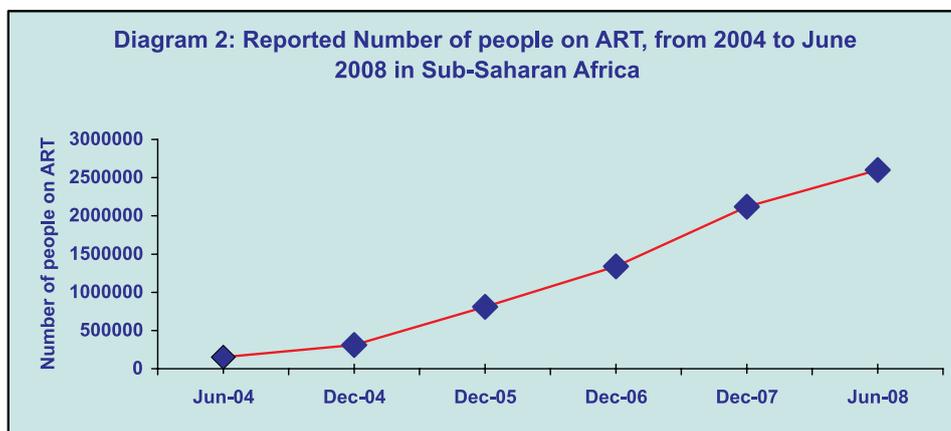
59. Des outils normatifs d'un bon rapport coût/efficacité pour aider les pays à intensifier les interventions de lutte contre le VIH/sida ont été mis au point. Il s'agit notamment des lignes directrices régionales pour le conseil et le dépistage volontaire du VIH (CDV); des recommandations techniques et opérationnelles harmonisées et standardisées pour le dépistage du VIH en laboratoire; et des orientations stratégiques pour l'intensification de la circoncision masculine. La disponibilité de ces outils normatifs a permis à 25 pays de mettre facilement à jour leurs lignes directrices nationales et d'autres outils, en vue de l'intensification des services de CDV, de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et de la thérapie antirétrovirale (TARV).

**Figure 4: Taux de détection des cas dans le cadre de la stratégie DOTS (% de nouveaux frottis positifs)**



60. Le soutien apporté à 34 pays leur a permis d'adapter leurs outils et leurs politiques en vue de la mise en œuvre et de l'extension de la nouvelle stratégie Halte à la Tuberculose, qui couvre maintenant des activités conjointes de lutte contre la co-infection tuberculose-VIH et contre la tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR) et la tuberculose à bacilles ultrarésistants (TB-UR). Selon le Rapport mondial de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde (Figure 4), 10 pays<sup>18</sup> ont atteint un taux de détection des cas de 70 %, contre neuf l'année précédente. Huit pays<sup>19</sup> ont atteint le taux de 85 % pour le taux de guérison, en fait la même cohorte que l'année précédente. Cependant, quatre autres pays (Kenya, Rwanda, Tanzanie, Zambie) ont réalisé des progrès notables et atteint des taux de guérison de 80 %.
61. Des documents stratégiques, normatifs et techniques ont été mis au point pour appuyer l'intensification des interventions antipaludiques au niveau des pays. Il s'agit notamment d'un cadre pour accélérer la lutte contre le paludisme et son élimination, des algorithmes du traitement du paludisme, et d'un manuel opérationnel sur la prise en charge du paludisme.
62. Pour ce qui est des résolutions AFR/RC55/R6 et AFR/RC56/R3 du Comité régional, au mois de juin 2008, le pourcentage moyen de formations sanitaires offrant des services de dépistage du VIH et de conseils était passé à 32 %, sur la base de données actualisées reçues de 23 pays<sup>20</sup>, contre 23 % en 2007, sur la base de données émanant de 31 pays<sup>21</sup>. Il a été signalé qu'à la fin de 2007, plus de 470 000 femmes enceintes séropositives recevaient des ARV dans le cadre de la PTME, ce qui représente une hausse de 50 % par rapport à 2006. Le nombre de centres de consultation prénatale fournissant des services de PTME est passé de 10 600 en 2007 à plus de 13 000 en mi-2008. Au début de l'année 2008, sur 46 pays, 40 ont signalé que le dépistage du VIH se fait pour 100 % du sang avant toute transfusion.
63. L'accès au traitement et aux soins du VIH/sida s'est amélioré. À la fin de l'année 2007, plus de 2,1 millions de personnes recevaient le TAR dans la Région (Figure 5). A la fin juin 2008, un demi-million de personnes supplémentaires recevaient aussi le TAR, soit une hausse de 24 % en six mois à peine. Les rapports de 24 pays<sup>22</sup> de la Région indiquent que le pourcentage de formations sanitaires qui fournissent des services TAR a augmenté de 7 % au moins, passant de 3400 en 2007 à 3680 à la fin juin 2008.

**Figure 5: Nombre de personnes sous TAR en Afrique subsaharienne, 2004-2008**



64. L'intensification des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et l'infection à VIH s'est poursuivie dans la plupart des pays à forte prévalence de ces maladies. Pour accélérer encore plus le processus d'intensification, l'OMS a fourni un appui à 13 pays pour l'élaboration de feuilles de route en vue de l'intensification des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et l'infection à VIH, avec un accent particulier sur l'intensification de la détection des cas de tuberculose, la thérapie préventive à l'isoniazide (TPI) pour les personnes vivant avec le VIH, et la lutte contre la tuberculose – «stratégie des 3 I». Selon le Rapport 2008 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, la proportion des personnes souffrant de tuberculose ayant subi un test de dépistage du VIH est passé de 26 % en 2006 à 38 % à la fin de 2007. Parmi les personnes séropositives, 37,1 % ont été mises sous TRA, contre 27,3 % l'année précédente. En outre, 89,1 % des personnes souffrant de tuberculose et séropositives ont été mises sous thérapie préventive au cotrimoxazole (TPC), contre 72,2% l'année précédente. Sur les 46 pays de la Région, 41 % ont adopté la prophylaxie à l'isoniazide, mais seuls 6 % des 250 546 patients souffrant de la co-infection tuberculose-VIH et remplissant les conditions requises reçoivent la thérapie à l'isoniazide.
65. La prise en charge de la tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR) est un nouveau défi dans la Région. À la fin de décembre 2008, 36 pays disposaient de laboratoires locaux capables d'identifier la TB-MR, et 18 pays avaient bénéficié d'un appui pour élaborer des programmes de traitement de la TB-MR. À la suite d'une flambée de tuberculose à bacilles ultrarésistants (TB-UR) dans la Région, en janvier 2006, huit pays<sup>23</sup> à haut risque ont bénéficié d'un appui pour réaliser des enquêtes rapides sur la TB-UR.
66. Afin de mieux déterminer la charge de la tuberculose dans les pays, 12 pays ont reçu un appui pour élaborer des protocoles pour les enquêtes de prévalence de la tuberculose, tandis que 10 pays ont réalisé des enquêtes sur la résistance aux médicaments antituberculeux à l'échelle nationale, afin de déterminer le profil de la résistance aux médicaments antituberculeux.
67. Au total, 23 pays ont bénéficié d'un appui pour actualiser leurs plans stratégiques de lutte contre le paludisme, et 12 pays ont réalisé une évaluation exhaustive de leurs besoins, évaluation qui a contribué à l'identification des lacunes dans l'intensification des interventions antipaludiques en vue d'atteindre les objectifs du programme Faire reculer le paludisme (FRP) d'ici 2010. Les «outils de revue des programmes de lutte contre le paludisme» ont été révisés, en collaboration avec le Programme mondial OMS de lutte antipaludique et les réseaux sous-régionaux, et sont actuellement utilisés pour les revues complètes des programmes.
68. Entre 2000 et 2008, le nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) distribuées a augmenté de trois à dix fois dans la plupart des pays où le paludisme est endémique. En moyenne, 34 % des ménages possèdent au moins une MII, tandis que 23 % des enfants de moins de cinq ans et 19 % des femmes enceintes dorment sous une MII. S'agissant de la prise en charge des cas, tous les pays où le paludisme est endémique, à l'exception de deux, ont adopté la politique des associations thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT). Toutefois, en se basant sur les données collectées dans 14 pays, en moyenne 3 % des enfants de moins de cinq ans avec des antécédents de fièvre ont reçu les ACT. Le Ghana, le Sénégal et le Togo ont bénéficié d'un appui technique pour instaurer des systèmes de pharmacovigilance pour le traitement du paludisme. Le Bénin, le Ghana,

l'Ouganda, le Sénégal et le Togo ont bénéficié d'un appui pour vulgariser le déploiement des ACT au niveau communautaire.

69. L'évaluation de la gestion de la chaîne des achats et des approvisionnements (GAA) a été effectuée en collaboration avec le Siège de l'OMS, l'UNICEF et GIP-ESTHER (*Groupement d'intérêt public: Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau*) dans 24 pays parmi lesquels 11 ont bénéficié d'un appui pour entreprendre la cartographie de leurs systèmes de GAA. Huit de ces pays<sup>24</sup> d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest ont bénéficié d'un appui pour la cartographie de leurs systèmes GAA en ARV. Les principales conclusions de cet exercice d'évaluation ont révélé que la faible performance du système GAA résultait de la combinaison de plusieurs facteurs, dont les plus importants étaient les faibles capacités d'évaluation quantitative, les contraintes en termes de ressources humaines limitées et la coordination insuffisante entre les divers intervenants. Le Bureau régional, l'UNICEF et GIP-ESTHER ont organisé une réunion pour présenter le rapport de cette évaluation aux pays, fournir des orientations et plaider en faveur de la mise à disposition d'un appui technique, et lancer une plateforme pour la coordination des partenaires au niveau des pays. Sur la base des recommandations de cette réunion, trois pays (Bénin, Congo et République centrafricaine) ont bénéficié d'un appui pour s'attaquer à leurs faiblesses en matière de GAA.
70. Les pays ont bénéficié d'un appui pour l'accès aux médicaments antituberculeux par le biais du Dispositif mondial de financement des médicaments (GDF). À la fin de décembre 2008, 36 pays avaient reçu des dons du GDF pour s'approvisionner en médicaments antituberculeux de première intention. Au mois de fin juin 2008, huit pays avaient obtenu l'autorisation de s'approvisionner en médicaments antituberculeux de deuxième intention de qualité garantie et à prix réduits par le biais du mécanisme du Comité Feu vert de l'OMS. Les informations disponibles indiquent que dans 93 % des pays, l'approvisionnement en médicaments antituberculeux n'a pas connu d'interruption au niveau périphérique. Sur les 27 pays ayant signalé des cas de TB-MR en 2007, seuls 17 disposaient d'un programme de traitement de la TB-MR. Même lorsqu'il existe des programmes de traitement, tous les cas confirmés n'y ont pas accès.
71. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) a été le principal mécanisme garantissant aux pays des ressources prévisibles à long terme. En collaboration avec d'autres partenaires, l'OMS a aidé 35 pays à mettre en place des mécanismes de coordination fonctionnels au niveau national pour la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, avec la participation de la société civile, et pour l'élaboration des propositions à soumettre au FMSTP, au titre du huitième cycle, pour la lutte contre des maladies spécifiques et le renforcement des systèmes de santé.
72. Au titre du huitième cycle, en collaboration avec l'ONUSIDA, l'OMS a fourni un appui à 30 pays pour l'élaboration de propositions sur le VIH/sida, avec un taux de succès de 70 % (21/30). S'agissant du paludisme, l'OMS et le partenariat Faire reculer le paludisme ont fourni un appui à 16 pays<sup>27</sup>, avec un taux de succès de 82 % (14/17). Enfin, pour la tuberculose, l'OMS et le partenariat Halte à la Tuberculose ont fourni son appui à 15 pays<sup>28</sup>, avec un taux de succès de 60% (9/15).

73. La collaboration a aussi été engagée avec plusieurs autres partenaires tels que l'USAID, les CDC, le DFID, le Gouvernement espagnol, l'ACDI et l'Agence suédoise de Développement international qui ont fourni des fonds pour soutenir les activités menées au niveau des pays dans le cadre de l'intensification des interventions convenues, d'un bon rapport coût/efficacité. Les partenaires non financiers tels que Family Health International, African Broadcasting Media Partnership et l'Alliance pour la prévention du paludisme, les groupes de la société civile et le Comité international de la Croix-Rouge, ont collaboré pour plaider en faveur de la mise en œuvre des activités dans les pays et pour la fourniture d'un appui à cette fin.

### 4.3 OS3: Maladies chroniques non transmissibles, troubles mentaux, violence et traumatisme

74. En 2008, 51 points focaux des ministères de la santé et des bureaux de pays de l'OMS de 17 pays<sup>29</sup> ont été formés, et leurs capacités renforcées afin d'être à même d'élaborer et de mettre en œuvre des approches complètes et intégrées de promotion de la santé, ainsi que des interventions axées sur la promotion de la santé dans la prévention et la lutte contre les MNT, y compris les maladies bucco-dentaires; la drépanocytose; la violence, le traumatisme et l'incapacité; les problèmes de santé mentale et de toxicomanie.
75. Par ailleurs, 11 points focaux des ministères de la santé et des bureaux<sup>30</sup> de pays de l'OMS ont été formés à l'élaboration de politiques et de plans stratégiques pour la santé mentale. Cinq pays, (Afrique du Sud, Gabon, Ghana, Ouganda et Zambie) ont procédé à la revue et à l'analyse de la situation de leur santé mentale, et trois pays (Bénin, Burundi, Éthiopie) ont procédé à l'évaluation de leurs services et ressources, et sont en train de prendre des mesures pour renforcer la prise en charge des problèmes de santé mentale aux niveaux des districts et des communautés. Le Lesotho a engagé le processus d'élaboration d'une législation sur la santé mentale. Une liste d'indicateurs de santé essentiels a été adoptée, et des outils d'évaluation ont été mis au point.
76. Des ateliers de formation ont été organisés sur l'élaboration de politique de prévention et de prise en charge des MNT. La prévention et la lutte contre les MNT ont été renforcées par le biais de Journées mondiales de la Santé dédiées spécifiquement à la santé mentale, au cancer, au diabète, à la drépanocytose, aux maladies cardiovasculaires et à la vue. La première Journée mondiale sans Noma a été organisée avec les partenaires pour accroître la sensibilisation sur le noma. Des documents techniques ont été élaborés sur la base de données actualisées et ont été diffusés pour élargir les connaissances et promouvoir les bonnes pratiques, notamment au niveau communautaire. Des conférences régionales ont été organisées sur la drépanocytose et le diabète afin d'accroître l'engagement politique et financier, la sensibilisation du public, la participation des ONG et de la société civile. Le renforcement des capacités dans la lutte antitabac et le plaidoyer à cet effet ont contribué à l'intensification des interventions de santé essentielles dans les pays.

77. Six États Membres ont élaboré des plans d'action intégrés pour les MNT. Un projet de protocole d'étude sur le rapport coût/efficacité des médicaments essentiels a été élaboré pour être utilisé dans des pays sélectionnés de la Région. La surveillance des MNT a été intégrée dans les lignes directrices révisées pour la SIMR, et des registres des cancers ont été établis dans des pays sélectionnés. Un ensemble d'interventions essentielles de lutte contre les MNT a été élaboré au niveau des soins de santé primaires. Un appui technique a été fourni aux États Membres pour accroître le nombre d'unités de lutte contre les MNT, avec des points focaux dans les ministères de la santé.
78. La prévention et la lutte contre le cancer ont été renforcées grâce à la formation à l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA), à l'inspection visuelle après application de soluté de Lugol, et à la cryothérapie pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Une consultation régionale a été organisée sur la prévention du cancer du col de l'utérus et la possibilité d'introduire le vaccin contre le papillomavirus humain dans la Région. Le partenariat et la collaboration avec les autres institutions des Nations Unies (Centre international de recherche sur le cancer et Agence internationale de l'énergie atomique) et avec les ONG ont été renforcés.
79. Un catalogue des indicateurs essentiels de santé bucco-dentaire a été élaboré. Un rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie de santé bucco-dentaire a été présenté à la cinquante-huitième session du Comité régional, faisant apparaître d'importants progrès dans le domaine de la santé bucco-dentaire dans la plupart des États Membres.
80. La mise en œuvre de la résolution AFR/RC55/R4 intitulée «Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives» s'est poursuivie pendant l'année considérée. Des activités de formation ont été organisées dans 18 pays pour accroître l'activité physique et promouvoir la consommation de fruits et légumes. On a introduit des algorithmes adaptés au contexte local pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires au niveau des SSP, en s'efforçant de réduire les facteurs de risque, y compris une campagne de sensibilisation en vue de réduire la consommation de sel.
81. Le document sur la violence et la santé dans la Région africaine de l'OMS a été élaboré, et une enquête sur la sécurité routière a été conduite dans 40 pays de la Région. La mise en œuvre des interventions a commencé, parallèlement à l'analyse de la situation concernant les mauvais traitements infligés aux enfants. La Sierra Leone a élaboré une politique nationale sur l'incapacité, et le secteur de la réadaptation médicale a été renforcé au Ghana. Des professionnels de la santé ont été formés aux techniques prothétiques et orthétiques en Tanzanie et au Togo.
82. Au total, 34 pays africains ont signé la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. La résolution WHA58.23 de l'Assemblée mondiale de la Santé, intitulée «Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris» a été mise en œuvre, avec l'appui et la collaboration de la Fédération panafricaine des personnes handicapées. Les nouvelles lignes directrices de l'OMS pour la fourniture de fauteuils roulants ont fait l'objet d'une promotion au Kenya, au Malawi, en Namibie et en Tanzanie.

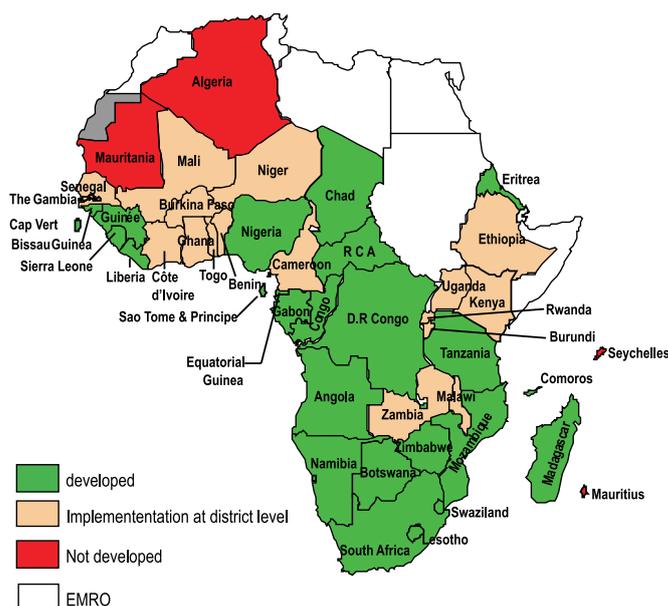
83. Des lignes directrices ont été élaborées pour la prise en charge des vices de réfraction. Des politiques et plans d'action nationaux pour lutter contre la cécité ont été élaborés au Gabon et à Madagascar, et des plans nationaux Vision 2020 ont aussi été élaborés au Gabon et à Maurice. Dans le cadre des programmes de la lutte contre la cécité, une formation a été dispensée dans neuf pays<sup>31</sup> et 10 encadreurs d'infirmiers en ophtalmologie ont reçu une formation à la chirurgie du trachome en Éthiopie.

## 4.4 OS4: Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la mère, et vieillissement

84. En 2008, les États Membres de l'OMS ont élaboré, adopté et mis en œuvre la «Feuille de route pour accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique»<sup>32</sup>, ainsi que diverses stratégies pour la survie de l'enfant, la santé de la femme et la planification familiale.
85. Douze pays<sup>33</sup> ont bénéficié d'un appui pour élaborer des politiques, stratégies et plans pour la survie de l'enfant, ce qui porte à 21 le nombre total de pays disposant de stratégies complètes d'intensification des interventions en faveur de la survie de l'enfant. Six autres pays<sup>34</sup> ont élaboré des feuilles de route nationales, ce qui porte à 42 le nombre total de pays disposant de feuilles de route (Figure 6). En outre, six pays<sup>35</sup> ont élaboré des stratégies intégrées de santé maternelle, néonatale et infantile pour l'atteinte des OMD 4 et 5. Le Libéria, la Sierra Leone et la Zambie ont actualisé leurs politiques et stratégies de santé sexuelle et génésique.
86. L'OMS a appuyé la recherche sur le nouveau-né et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) au Ghana et en Ouganda, respectivement. Le Kenya a conduit à titre pilote une formation à la PCIME dans trois districts. En collaboration avec AFRICA 2010, les activités ont commencé par l'évaluation de la disponibilité et de l'utilisation des sels de rehydratation orale dans six pays<sup>36</sup>. Une enquête sur la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), basée sur les formations sanitaires, et une enquête auprès des ménages sur le continuum des soins au niveau communautaire ont été organisées en Gambie et en Tanzanie, respectivement. L'Ouganda et la Tanzanie ont procédé à l'analyse de la situation de la santé néonatale et ont élaboré une composante relative au nouveau-né pour les stratégies SMNI.
87. Les capacités de 110 agents de santé de 17 pays ont été renforcées dans le domaine de la mise en œuvre de plans opérationnels de santé maternelle et néonatale au niveau de district. Des lignes directrices ont été élaborées pour la mise en œuvre des feuilles de route au niveau de district et la fourniture de services intégrés de SMNI. La méthodologie d'analyse des décès maternels a été adoptée dans quatre autres pays, ce qui porte à 27 le nombre total de pays ayant institutionnalisé ce type d'analyse afin d'offrir des soins de qualité. La formation initiale et la formation en cours d'emploi aux soins obstétricaux d'urgence ont été toutes les deux renforcées dans 12 pays<sup>37</sup>.

88. Neufs pays<sup>38</sup> ont élaboré des plans pour l'intensification des interventions de PTME. Un guide contenant des recommandations sur les pratiques cliniques a été élaboré en collaboration avec la SAGO et l'UNFPA pour améliorer les interventions de santé maternelle et néonatale (SMN).
89. Trois meilleures pratiques en matière d'interventions SMN ont été documentées : délégation de compétences pour les interventions majeures de chirurgie obstétricale – expériences des prestataires de niveau intermédiaire au Mozambique ; expérience du Rwanda dans l'intensification des interventions SMN ; et opération tolérance zéro des décès maternels et infantiles dans l'État de Kogi, au Nigeria. Deux de ces documents ont été partagés au cours de la cinquante-huitième session du Comité régional tenue à Yaoundé (Cameroun). Douze pays<sup>39</sup> ont été bénéficié d'un appui pour institutionnaliser les journées et les semaines SMN, afin de mieux sensibiliser le public et de renforcer l'engagement politique. Quatre autres pays ont bénéficié d'un appui pour concevoir un outil et un plan de plaidoyer, ce qui porte à 12 le nombre total de pays disposant de tels outils et plans. Un appui a été fournir à six pays pour élaborer des propositions à soumettre au Fonds mondial; les propositions soumises par deux pays (Burundi et Côte d'Ivoire) ont été approuvées.

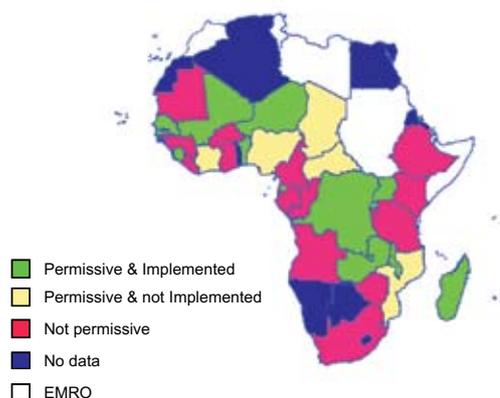
**Figure 6: Situation de l'élaboration et de la mise en œuvre des feuilles de route, décembre 2008**



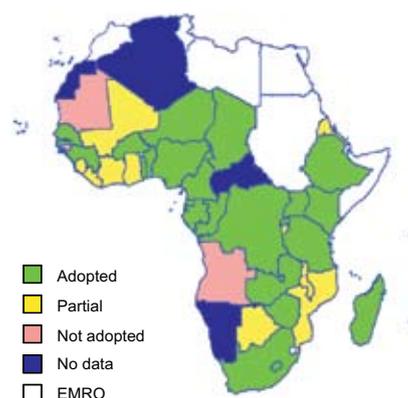
90. Les capacités des agents de santé à mettre en œuvre des activités en faveur de la survie du nouveau-né ont été renforcées dans 11 pays,<sup>41</sup> ce qui porte à 31 le nombre de pays ayant bénéficié d'un appui pour renforcer leurs capacités dans les activités en faveur de la survie du nouveau-né. Six pays<sup>42</sup> ont amélioré les soins aux nouveaux-nés en incluant la première semaine de vie dans les lignes directrices pour la PCIME; à ce jour, 21 pays ont déjà intégré les soins au nouveau-né dans leur algorithme de la PCIME.

91. Le Bureau régional a procédé au renforcement des capacités de 25 consultants de plus d'un tiers des pays de la Région dans le domaine des soins au nouveau-né. Ces consultants ont apporté leur appui à la formation de formateurs aux soins au nouveau-né à domicile dans les pays d'Afrique orientale, d'Afrique australe et d'Afrique de l'Ouest, et à la formation d'agents de santé communautaires dans six pays<sup>43</sup>, ainsi qu'à l'extension de la formation de base aux soins au nouveau-né dans trois autres pays (Angola, Ghana et Nigeria).
92. Les compétences de 27 responsables de programmes de 12 pays<sup>44</sup> ont été renforcées dans le domaine de la gestion des programmes de santé infantile. Des journées intégrées de la santé de l'enfant ont été organisées dans 12 pays<sup>45</sup>. Ces mini-campagnes ont permis d'accroître le taux de couverture des principales interventions en faveur de la survie de l'enfant. Par exemple, au Togo, au mois de décembre 2008, 99 % des enfants âgés de 6 à 59 mois avaient reçu une dose de vitamine A, 98 % des enfants âgés de 12 à 59 mois avaient reçu l'albendazole pour le déparasitage, et 98% des enfants de moins de cinq ans avaient reçu des MII. Le Ghana, le Nigeria, la Tanzanie et la Zambie ont renforcé l'allaitement maternel et les pratiques d'alimentation du nourrisson, dans le cadre de la lutte contre le VIH, à la suite de la revue de leurs politiques et stratégies nationales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). Plus de 30 pays ont élaboré des stratégies nationales pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, avec des plans de mise en œuvre. Vingt-quatre pays ont bénéficié d'un appui pour l'adoption de politiques sur l'utilisation de zinc et de sels de rehydratation orale à faible osmolarité dans la prise en charge de la diarrhée (Figure 7); et 17 pays ont adopté des politiques de prise en charge communautaire des cas de pneumonie par les agents de santé communautaires (Figure 8).

**Figure 7: Politique de prise en charge communautaire de la pneumonie et état de mise en œuvre dans la Région africaine de l'OMS, 2007**



**Figure 8: État d'adoption de la politique d'utilisation du zinc et de SRO à faible osmolarité dans la Région africaine de l'OMS, 2007**



93. Les partenariats pour la SMNI ont été renforcés grâce au suivi conjoint des progrès des pays dans la survie de l'enfant. Les activités régionales conjointes de renforcement des capacités dans le domaine de la survie de l'enfant et le partage des expériences ont raffermi la collaboration entre l'OMS et ses partenaires.

94. Sept pays<sup>46</sup> ont bénéficié d'un appui pour l'élaboration de plans stratégiques pour la santé de l'adolescent, ce qui porte à 21 le nombre total de pays disposant de tels plans. La République démocratique du Congo et le Togo ont élaboré des normes pour des services de santé conviviaux pour les adolescents et les jeunes, ce qui porte à sept le nombre de pays disposant de telles normes. L'Éthiopie a reçu une assistance technique pour lancer la mise en œuvre de normes nationales pour la santé des adolescents.
95. Grâce au programme de partenariat stratégique OMS/UNFPA, 12 pays<sup>47</sup> ont actualisé leurs outils, guides, politiques et stratégies actuels pour la performance, le suivi et l'évaluation des programmes de santé génésique, y compris la planification familiale. En collaboration avec les partenaires, l'OMS a mis au point une trousse pour le plaidoyer en faveur du repositionnement de la planification familiale, et 14 pays<sup>48</sup> ont bénéficié d'un appui pour l'utilisation de cette trousse. L'OMS a fourni une aide à quatre pays (Afrique du Sud, Botswana, Sénégal, Zambie) pour qu'ils améliorent leurs lignes directrices et manuels sur la planification familiale. Sur la base des expériences et des leçons apprises du projet pilote sur le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus, une consultation régionale a été organisée à l'intention des participants de 23 pays. La consultation a recommandé que les pays intègrent l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) dans leurs systèmes de santé.
96. Au total, 16 pays ont bénéficié d'un appui pour élaborer des profils de santé de la femme. La plupart des profils ont mis en lumière les principales idées à ce sujet, à savoir que la santé de la femme n'est pas abordée de façon globale dans les programmes de santé et de développement; que le rôle joué par les femmes dans le développement socioéconomique national n'est pas bien pris en compte; et que les femmes sont des agents du progrès social.
97. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a participé à une enquête mondiale visant à évaluer l'intégration du genre dans les activités de l'Organisation. La compilation des conclusions de cette enquête est en cours.
98. Une évaluation des efforts d'accélération de l'élimination des mutilations génitales féminines (MGF) sur une période de dix ans a été conduite dans 12 pays. Au vu des résultats, tous ces 12 pays ont adopté une législation nationale contre les MGF. En outre, des institutions nationales ont été créées pour combattre les MGF dans 10 des 12 pays qui ont pris part à l'évaluation.
99. Au cours de la cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, les Ministres de la Santé ont déclaré le 4 septembre Journée de la Santé de la Femme. Il a également été proposé de créer une Commission de la Santé de la Femme.

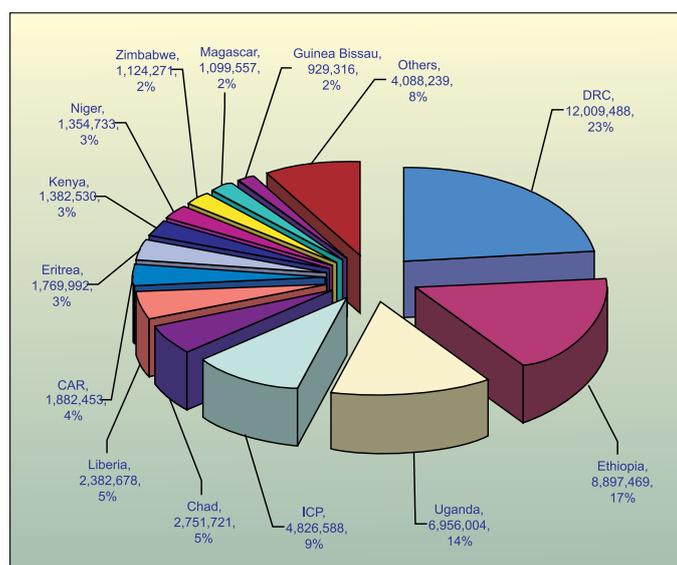
## 4.5 OS5: Situations d'urgence, catastrophes, crises et conflits

100. La capacité de l'OMS à aider les États Membres à se préparer et à répondre aux situations d'urgence, dans le cadre de la réforme humanitaire, a été renforcée par sa présence

sur le terrain dans 20 pays<sup>50</sup>, y compris dans des localités de l'intérieur de pays tels que la République centrafricaine, le Tchad, la République démocratique du Congo et l'Ouganda. La capacité des trois équipes d'appui interpays et du Bureau régional à fournir un appui technique a été encore renforcée avec l'arrivée de quatre experts internationaux en Éthiopie, au Zimbabwe et au Bureau régional, ainsi que le recrutement de 10 experts nationaux en République centrafricaine, en Érythrée, en Éthiopie et au Liberia. Cet appui a permis de trouver plus rapidement des réponses efficaces.

101. Les capacités nationales de réponse aux situations d'urgence ont été encore renforcées dans 16 pays<sup>51</sup>, avec la conduite d'évaluations de la vulnérabilité; des plans et lignes directrices pour les urgences ont été élaborés; des stocks d'urgence ont été prépositionnés; des équipes et des comités d'urgence ont été constitués; et une formation à la préparation et à la riposte aux épidémies a été dispensée. La Côte d'Ivoire et la Guinée ont finalisé leurs politiques sur les catastrophes. Par ailleurs, les responsables de sept pays<sup>52</sup> ont suivi des stages de brève durée (Urgences sanitaires pour les grandes populations – HELP) à l'Institut régional de Santé publique de Ouidah, au Bénin, et à l'Université de Pretoria, en Afrique du Sud.
102. Les capacités de l'OMS et des pays à mobiliser des ressources, à exécuter des projets à établir des rapports ont été renforcées par la formation, la délégation de pouvoirs aux Représentants de l'OMS, l'adoption de modes opératoires standardisés et l'utilisation d'outils de gestion et de communication tels que les bulletins mensuels et le cyber-travail, ce qui a abouti à l'accroissement des ressources mobilisées : US \$51 455 039 en 2008, soit une augmentation de 35,7 % par rapport aux 37,8 millions mobilisés au cours du biennium 2006-2007. La mobilisation des ressources s'est effectuée principalement par le biais du guichet de réponse rapide aux graves situations d'urgence du Fonds central d'intervention d'urgence (CERF) des Nations Unies, tandis que le processus d'appel consolidé et le guichet sous-financé du CERF ont contribué à la satisfaction des besoins sanitaires des pays en situation de transition et de redressement. Les fonds ont appuyé 210 projets dans 28 pays (Figure 9).

**Figure 9: Fonds d'urgence mobilisés par pays, 2008**



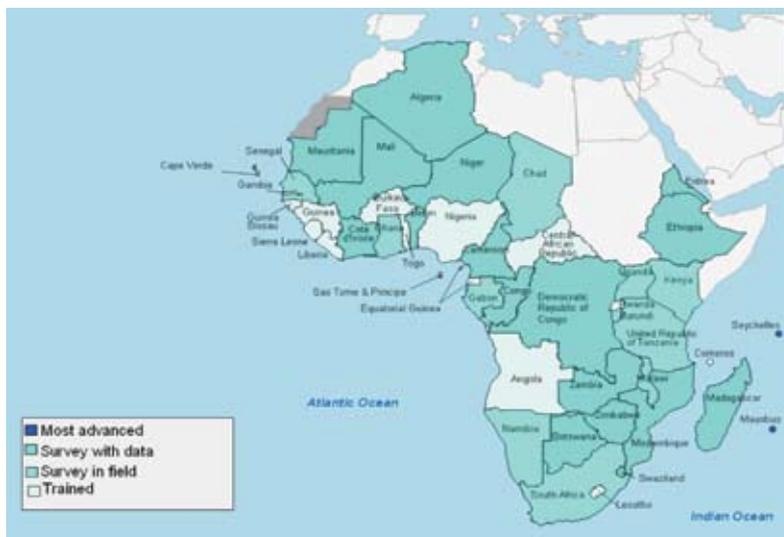
103. Au cours de l'année considérée, presque tous les pays ont eu à faire face à des situations d'urgence, et notamment à des inondations, des crises alimentaires, des conflits et des épidémies. Les principales opérations de riposte ont consisté à fournir un appui pour la coordination de l'action sanitaire, la gestion de l'information, l'identification et le comblement des lacunes dans la formation et les approvisionnements, ainsi que le renforcement des capacités locales. Les partenariats ont été renforcés avec les organismes nationaux de gestion des catastrophes.
104. L'approche de la responsabilité sectorielle, qui est l'un des trois piliers de la réforme humanitaire, a été mise en œuvre dans 13 pays<sup>53</sup>, avec l'OMS comme chef de file, contre neuf pays en 2007. En outre, dans tous les pays confrontés à des situations d'urgence dans la Région, l'OMS a toujours été l'organisation chef de file pour la riposte sur le plan sanitaire, avec ou sans déclaration formelle de l'approche de la responsabilité sectorielle.
105. Un appui plus soutenu a été fourni aux pays en situation de transition ou de redressement sur le plan sanitaire, avec l'élaboration de stratégies de redressement sanitaire, y compris de redressement sanitaire au niveau de district au Libéria et en Ouganda. Un accent particulier a été mis sur l'appui aux systèmes nationaux d'information sanitaire et de surveillance. Dans divers pays, les formations sanitaires ont été réhabilitées et approvisionnées en médicaments essentiels. Un appui continue d'être fourni pour mettre en œuvre les interventions essentielles permettant de sauver des vies.
106. Au sein du Bureau régional et des Équipes d'appui interpays, la collaboration entre services a été renforcée pour améliorer la riposte à diverses situations d'urgence, y compris la lutte contre les flambées de maladies transmissibles dans huit pays<sup>54</sup>, et pour faire face aux crises alimentaires dans la Corne de l'Afrique et en Afrique orientale et australe.

## 4.6 OS6: Facteurs de risque pour la santé

107. Des équipes multisectorielles de 16 pays<sup>55</sup> ont été formées à l'élaboration d'interventions intégrées de promotion de la santé en vue de prévenir les maladies non transmissibles. Cette formation a été dispensée dans le cadre de cours de formation participatifs à l'Institut régional de Santé publique (Ouidah, au Bénin) et à Entebbe, en Ouganda. La formation a été accompagnée de la fourniture d'un encadrement technique, de lignes directrices et de fonds de démarrage à 19 pays<sup>56</sup>, pour appuyer la mise en œuvre de la prévention intégrée des MNT recourant aux approches et méthodes de promotion de la santé. Pendant la période considérée, huit pays<sup>57</sup> ont démarré les activités de prévention des MNT, avec une forte participation des communautés.
108. Sur la base des lignes directrices et de l'encadrement technique du Bureau régional, sept pays<sup>58</sup> ont élaboré des politiques nationales de promotion de la santé, en mettant l'accent sur les interventions et les programmes de santé multisectoriels et intégrés.
109. Quinze autres pays ont initié des enquêtes STEP, ce qui porte à 21 le nombre total des États Membres ayant conduit des enquêtes STEP (Figure 10). Une base de données a été créée

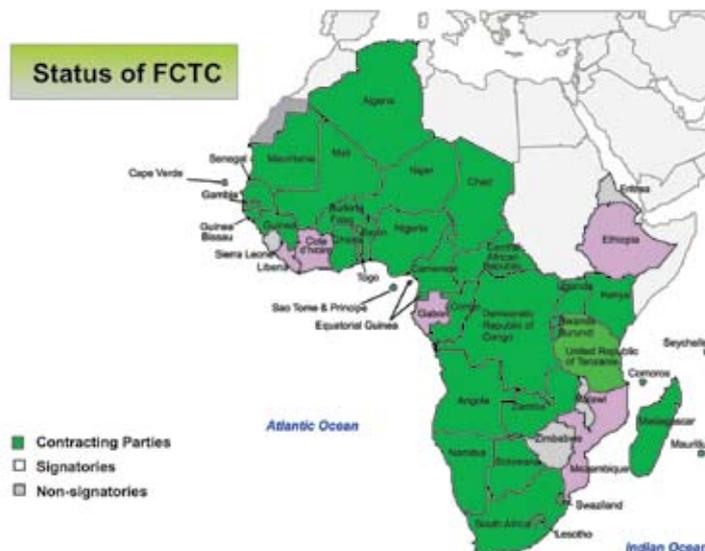
sur les 18 premiers pays qui ont finalisé et publié les résultats de leurs enquêtes. La Région africaine de l'OMS est la toute première région de l'OMS à mettre en place ce type de base de données. Le Bureau régional continue à fournir un appui aux pays pour la conduite des enquêtes et l'analyse des données; les MNT ont été intégrées dans la version révisée des projets de lignes directrices pour la Surveillance intégrée de maladie et riposte.

**Figure 10: Enquêtes STEP dans la Région africaine de l'OMS**



110. Au cours de l'année considérée, les États Membres ont été davantage sensibilisés sur la mise en œuvre de la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) et sur le processus pour devenir parties à la CCLAT. Trois pays ont ratifié ou accédé à la CCLAT, et deux autres ont engagé les démarches pour être des parties prenantes au processus. À la fin de décembre 2008, 37 pays avaient déjà ratifié la CCLAT (Figure 11).

**Figure 11: Situation de la CCLAT dans la Région africaine de l'OMS, décembre 2008**



111. Un appui technique et financier a été fourni à 10 pays pour l'élaboration et la mise en œuvre de législations et de plans d'action nationaux pour la lutte antitabac. Tous les 46 États Membres disposent maintenant de points focaux de la lutte antitabac, et huit autres pays ont mis en place des comités multisectoriels.
112. Les États Membres de la Région ont participé activement à la troisième session de la Conférence des Parties (COP3) à la CCLAT, tenue à Durban (Afrique du Sud) en novembre 2008. L'Afrique du Sud a été élue membre du nouveau bureau de la Conférence des Parties, et le Directeur général de la Direction de la Santé de l'Afrique du Sud a été élu au poste de Président de la COP4.
113. Les capacités des États Membres dans les domaines de la surveillance et de la recherche ont été renforcées en 2008; 15 pays ont bénéficié d'un appui pour entreprendre l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes, et 30 pays ont reçu une aide pour l'analyse des données. Par ailleurs, 42 pays disposent maintenant de données sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes. Les résultats de l'enquête ont été utilisés pour planifier et élaborer des programmes complets de lutte contre le tabagisme, en tenant particulièrement compte des besoins des jeunes. La Journée mondiale sans Tabac a été commémorée avec succès dans la Région; elle a été marquée par la production d'une émission de télévision destinée à sensibiliser le public sur les méfaits du tabagisme, qui a été diffusée dans les pays.
114. En 2008, des efforts ont été déployés pour améliorer la **collecte des données** sur la toxicomanie dans la Région. Deux enquêtes<sup>59</sup> mondiales qui vont constituer la base du système d'information régional ont été conduites dans tous les 46 pays. Huit pays<sup>60</sup> ont reçu un appui pour mettre en œuvre des plans visant à intégrer des interventions fondées sur des bases factuelles contre la toxicomanie dans les soins de santé primaires. Le Bureau régional a commencé à fournir un appui à quatre pays (Botswana, Libéria, Namibie, Zambie) pour l'élaboration de politiques et plans nationaux fondés sur des bases factuelles. La cinquante-huitième session du Comité régional a adopté le document intitulé «Mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool».
115. La Mauritanie et le Mozambique ont bénéficié d'un appui pour l'élaboration de leurs plans d'action pour la lutte contre les MNT, sur la base des résultats des enquêtes STEP. L'atelier organisé en Mauritanie a été un prototype de réunion sur l'établissement de liens entre les résultats des enquêtes STEP et l'élaboration d'un plan d'action complet pour la lutte contre les MNT, avec la participation des diverses parties prenantes. Quelques États Membres ont commencé à mettre en œuvre les recommandations sur le régime alimentaire et l'activité physique. Les participants de 20 pays ont été formés à l'utilisation de la promotion de la santé pour la prévention primaire des MNT.
116. Une composante MNT a été ajoutée au cadre axé sur la promotion de la santé et régissant les interventions intégrées en faveur de la santé au niveau communautaire, élaborées de façon à appuyer les programmes prioritaires de l'OMS (Santé de l'enfant et de l'adolescent ; Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie ; VIH/sida, paludisme et tuberculose ; Vaccination et mise au point de vaccins ; Pour une grossesse à moindre risque ; Santé sexuelle et génésique). Le cadre vise à donner aux responsables des programmes les moyens de travailler efficacement avec les communautés et avec les autres programmes.

117. Chez les jeunes de la Région, les facteurs de risque d'infection à VIH, notamment les rapports sexuels non protégés, s'ajoutent habituellement à un régime alimentaire inadéquat, à l'inactivité physique, au tabagisme et à l'abus d'alcool et d'autres drogues. Ces facteurs sont associés à des MNT courantes tels que le diabète, les maladies cardiovasculaires, certains cancers et l'accident vasculaire cérébral. En collaboration avec l'Internationale de l'Éducation, le Bureau régional a fourni un appui pour l'intégration, à titre d'essai, d'une composante relative aux facteurs de risque de MNT dans les projets de prévention du VIH/sida en milieu scolaire au Bénin, au Burundi et au Ghana. À la fin de la période considérée, le projet s'avérait un grand succès ; il sera étendu à 25 pays en 2009.

## 4.7 OS7: Déterminants sociaux et économiques de la santé

118. En 2008, au titre des programmes Éthique, Équité, Commerce et Droits de l'Homme, et Genre et Santé de la Femme, le Bureau régional a fourni un appui aux pays participant au partenariat OMS/CE pour l'atteinte des OMD, et au projet OMS/Luxembourg pour les aider à finaliser la première phase, à préparer et à soumettre les rapports de situation, et à préparer les plans d'action pour la deuxième phase. Le rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS a été distribué à tous les États Membres. La sensibilisation des pays à la nécessité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé s'est poursuivie. Le Bureau régional a finalisé un projet cadre pour faire avancer l'action sur les déterminants sociaux de la santé dans la Région. Un projet de rapport a été préparé sur la situation des déterminants sociaux et économiques de la santé dans 31 pays de la Région, en utilisant les données émanant des systèmes de santé de district. Le Malawi a bénéficié d'un appui pour le renforcement des capacités du Ministère de la Santé dans l'analyse de l'équité en matière de santé et de soins de santé. La documentation sur les droits de l'homme a été distribuée aux pays. Une proposition relative à la création d'un comité du Bureau régional chargé de la revue de l'éthique dans la recherche a été élaborée, tout comme un projet de règlement intérieur.
119. Certains pays (Algérie, Burkina Faso, Gambie, Kenya) ont élaboré des plans visant à donner une plus grande importance aux déterminants sociaux de la santé, et notamment à tout mettre en œuvre pour faire des déterminants une priorité du ministère de la santé et de l'administration centrale, avec un accent particulier sur l'approche à l'échelle de l'ensemble du gouvernement ou sur la collaboration intersectorielle. Sept pays<sup>61</sup> ont prévu d'entreprendre des études pilotes sur la situation des déterminants sociaux de la santé (y compris l'évaluation des besoins) pour guider l'élaboration des stratégies ou la planification et l'allocation des ressources (Lesotho). Le Mozambique a créé une commission nationale des déterminants sociaux de la santé.
120. Une activité connexe menée dans un certain nombre de pays a trait au renforcement des capacités des ministères de la santé pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé (Angola et Tchad); la collecte de données (Guinée); et le suivi et l'évaluation (Gambie, Guinée équatoriale et Malawi). Des Journées de la Santé ont été organisées pour combiner

la diffusion de l'information et le plaidoyer en faveur de la promotion de la santé avec le rôle des déterminants sociaux de la santé (Comores). En Guinée équatoriale, on a prôné la révision du plan national de développement sanitaire pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. L'intégration du genre et des droits de l'homme dans les approches opérationnelles du secteur de la santé a été renforcée dans un certain nombre de pays (Algérie, Burkina Faso et Kenya). Le renforcement des capacités nationales dans le domaine de l'éthique a été initié en Algérie et au Burkina Faso.

## 4.8 OS 8: Un environnement plus sain

121. Le Bureau régional a contribué aux activités du Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'accès à l'eau potable et à un assainissement adéquat. Les données émanant de divers pays montrent qu'en 2006, une proportion de 58 % seulement de la population totale de l'Afrique subsaharienne avait accès à une source d'eau améliorée, avec un grand écart entre les zones urbaines (81 %) et les zones rurales (46 %). Une proportion d'à peine 31% de la population de l'Afrique subsaharienne utilisait un système d'assainissement moderne, avec également de grandes différences entre les zones urbaines (42 %) et les zones rurales (24 %).
122. Au cours de l'année considérée, l'OMS a activement appuyé les investigations et les efforts visant à endiguer divers incidents environnementaux. Au Sénégal, une flambée d'intoxication au plomb survenue à Thiaroye-sur-Mer s'est soldée par plus de 200 cas, dont 18 décès. Au Nigeria, il y eu une flambée d'insuffisance rénale aiguë chez les enfants, à cause de la présence de diéthylène glycol dans du sirop de paracétamol fabriqué localement. À la date du 2 décembre 2008, 56 cas avaient été signalés, dont 40 décès au total. Six pays ont bénéficié de l'appui technique et financier accordé à l'OMS par la Fondation Bill et Melinda Gates ; les fonds reçus ont été utilisés pour appuyer les efforts de réduction des risques pour la santé associés aux pesticides, grâce au renforcement des capacités nationales dans la gestion appropriée des pesticides. Le projet de la GAVI relatif au renforcement de la gestion des soins de santé en Afrique s'est poursuivi dans 18 pays; une proposition a été faite d'étendre ce projet à neuf autres pays. Un atelier a été organisé pour renforcer les capacités spécifiques des municipalités à mettre en œuvre les projets «villes santé».
123. Conformément à la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2008 sur le changement climatique et la santé, le Bureau régional a appuyé l'élaboration d'un cadre d'action visant à protéger la santé humaine contre la variabilité du climat et le changement climatique en Afrique. Ce cadre est axé sur quatre principaux points, à savoir : i) la sensibilisation pour placer les préoccupations d'ordre sanitaire au centre de l'action à mener aux niveaux national, régional et international face à la variabilité du climat et au changement climatique; ii) la mise en œuvre de stratégies d'adaptation permettant de minimiser les effets de la variabilité du climat et du changement climatique sur la santé des populations, et de les prendre en compte dans les plans et programmes nationaux d'adaptation au changement climatique; iii) l'engagement du secteur de la santé dans les stratégies de développement afin de sauvegarder et de promouvoir la santé à travers les mesures prises par les autres secteurs; iv) le renforcement des capacités institutionnelles des

systèmes de santé publique à fournir des orientations et un leadership pour la protection de la santé contre les effets du changement climatique.

124. La première Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique a été organisée conjointement par l'OMS et le PNUE, et le Gouvernement du Gabon en a été l'hôte les 28 et 29 août 2008. Les pays participants ont adopté la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique, par laquelle ils ont décidé d'établir une alliance stratégique entre la santé et l'environnement comme base de l'action menée conjointement par les deux secteurs. Un groupe de travail conjoint OMS-PNUE a été créé pour appuyer la mise en œuvre du processus de Libreville; une feuille de route et un plan d'action ont été préparés.

## 4.9 OS9: Nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire

125. L'action et la coordination intersectorielles dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments ont été renforcées grâce à la mise en place d'équipes de travail et de commissions chargées de la sécurité sanitaire des aliments au Gabon, au Ghana et au Kenya. Le nombre d'adhérents au Réseau OMS de Surveillance mondiale des salmonelles est passé à 3062 membres de 84 pays, mais six pays<sup>63</sup> seulement ont adhéré au Système d'assurance de la qualité. L'Éthiopie a bénéficié d'un appui pour mener la recherche sur *Salmonella concord*. Le groupe de travail sur la cysticercose pour l'Afrique australe et orientale a bénéficié d'un appui pour élaborer un plan d'action pour la recherche-intervention sur *Taenia solium*. Un outil d'évaluation des systèmes nationaux de contrôle alimentaire a été mis au point et testé sur le terrain au Ghana.
126. Dans le domaine de la nutrition, une analyse de la capacité de réaction a été entreprise au Burkina Faso, au Ghana et à Madagascar. La crise alimentaire mondiale actuelle fait l'objet d'une note d'information adressée aux parties prenantes, et notamment aux ministres de la santé. L'unité concernée a participé à un certain nombre de réunions de haut niveau, et avec le concours des unités chargées de la mise en œuvre de l'Objectif stratégique 5, elle a aidé sept pays à mobiliser des fonds auprès de l'OCHA et du CERF pour un montant total de US \$2 370 450.
127. Un certain nombre de lignes directrices et de manuels ont été élaborés, adaptés et mis en œuvre, y compris un manuel de formation à l'analyse des risques pour la sécurité sanitaire des aliments. Un atelier régional de formation à l'analyse des risques a été organisé en collaboration avec l'Université de Maurice, à l'intention de 27 participants de Maurice et de sept points focaux d'autres pays.<sup>64</sup> Sept pays<sup>65</sup> ont organisé des ateliers sur la sécurité sanitaire des aliments en se servant du manuel de l'OMS sur l'analyse des risques-points critiques en vue de leur maîtrise (HACCP) et sur l'inspection des aliments. En Gambie, les agents de santé publique ont suivi une formation à la conduite de la démarche HACCP, tandis que le Lesotho et le Mozambique ont adapté les manuels de formation à la conduite de la démarche HACCP. Des inspecteurs ont été formés en Guinée et à Madagascar, et les lignes directrices pour l'inspection ont été adaptées au Kenya. Aux Seychelles,

le Gouvernement a évalué un abattoir pour vérifier le degré de conformité avec la démarche HACCP, et a formé les personnes concernées à une inspection de la viande répondant aux normes de la démarche HACCP.

128. Le Burkina Faso, le Ghana, Madagascar et le Tchad ont organisé des activités de surveillance de nutrition. Le Bureau régional a appuyé un atelier régional portant sur l'approche intégrée de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère en Afrique du Sud, au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe; le Bureau régional a aussi contribué au renforcement des capacités dans la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère dans un contexte d'urgence et de développement. La Gambie, le Malawi, la Namibie, le Niger et le Nigeria ont bénéficié d'un appui pour organiser la formation des formateurs afin de lutter contre la malnutrition. Sept facilitateurs régionaux et 27 facilitateurs nationaux de neuf pays<sup>66</sup> ont été formés à l'évaluation de la croissance de l'enfant, et notamment à l'utilisation de la toise et de la balance, au tracé de courbes sur la base des mesures, à l'interprétation des mesures, et au conseil. Sept pays<sup>67</sup> ont élaboré leurs orientations nationales pour les nouvelles normes de croissance.
129. Les participants à la cinquante-huitième session du Comité régional de l'Afrique ont adopté le document AFR/RC58/7 intitulé «Troubles dus à la carence en iode dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation et perspectives», qui préconise des mesures pour l'iodisation durable du sel afin de s'attaquer aux troubles dus à une carence en iode. Le Kenya a testé sur le terrain le projet de manuel sur la mise en œuvre des activités portant sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), dans le contexte des contraintes auxquelles sont confrontés les systèmes de santé existants. Le Bureau régional a apporté son concours à l'Agence internationale de l'Energie atomique dans l'élaboration d'un nouveau projet quinquennal d'évaluation des programmes régionaux de nutrition utilisant les techniques isotopes.
130. Des participants de 20 pays ont pris part à une consultation sur l'intégration de la nutrition dans les programmes de lutte contre le VIH/sida, consultation qui a abouti à l'adoption d'une déclaration. La Gambie, le Nigeria, l'Ouganda, les Seychelles et la Zambie ont organisé une formation des formateurs au niveau national, dans le cadre d'un cours d'orientation pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). Plus de 150 formateurs, y compris les encadreurs des institutions de formation initiale des agents de santé, ont été formés pour appuyer l'intensification du conseil et du soutien, dans le cadre de la stratégie ANJE. Plus de 32 pays ont assuré la formation de 6 500 agents de santé. Le Ghana, le Nigeria, la Tanzanie et la Zambie ont procédé à des évaluations nationales de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
131. S'agissant de la surveillance intégrée des maladies d'origine alimentaire, le Bureau régional a apporté un appui à l'Éthiopie pour la conduite d'investigations sur la flambée d'une maladie du foie inconnue survenue dans la région du Tigrée. Les autorités nationales ont été informées de la contamination du lait par la mélamine et des méthodes de détection faisant appel au Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments. La Tanzanie a élaboré des lignes directrices pour la surveillance et la prévention des problèmes nouveaux de santé publique et de sécurité sanitaire des aliments. Une formation à la surveillance mondiale des salmonelles de niveau 1 a été organisée au Kenya et à

Madagascar pour 40 microbiologistes de 14 pays<sup>68</sup>, et l'Algérie a organisé une formation à l'analyse microbiologique des aliments.

132. En collaboration avec la FAO et d'autres partenaires, l'OMS a organisé au Cameroun un séminaire régional du Codex pour renforcer les activités nationales et accroître la participation aux activités de la Commission du Codex Alimentarius relatives à l'élaboration des normes ; 40 participants de sept pays<sup>69</sup> ont pris part à ce séminaire. Un atelier similaire a été organisé pour 50 agents de régulation de 35 pays,<sup>70</sup> qui ont participé à la 17ème session du Comité de Coordination du Codex pour l'Afrique. Les comités nationaux du Codex ont été renforcés au Botswana, en Guinée, au Kenya, en Ouganda et en Sierra Leone.
133. Dans la Région, 17 pays<sup>71</sup> ont évalué leurs programmes nationaux de sécurité sanitaire des aliments et élaboré des politiques, législations, stratégies et plans d'action dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments. En outre, 18 pays<sup>72</sup> ont étendu leurs activités d'information, d'éducation et de communication, en utilisant les Cinq Clés de l'OMS pour des aliments plus sûrs. Dans le cadre du Programme mondial de santé en milieu scolaire, le Ghana et la Sierra Leone ont encouragé les enfants, les parents et les enseignants à se laver les mains.

## 4.10 OS10: Services de santé

134. Les activités ont été menées au titre des programmes Politiques relatives au système de santé et prestation de services ; Information, bases factuelles et recherche ; Ressources humaines pour la santé ; et Financement de la santé et protection sociale.
135. En 2008, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé, accueillie par le Gouvernement du Burkina Faso, a été parrainée avec succès par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA, la BAD et la Banque mondiale. La Conférence a adopté la «Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique: Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire». Cette Déclaration a été entérinée à la cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui a aussi adopté la résolution AFR/RC58/R3 y afférente. Un cadre générique pour la mise en œuvre de la Déclaration a été élaboré par la suite.
136. Au titre de la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou, quatre pays (Angola, Guinée équatoriale, Mozambique, Nigeria) ont engagé le processus de revitalisation des soins de santé primaires, et notamment des services de santé communautaires. Dix pays<sup>73</sup> ont renforcé les capacités de leurs systèmes de santé de district dans des domaines tels que la planification, la gestion, l'intégration des activités, la supervision, le suivi et l'évaluation. La République du Congo, l'Éthiopie et la Mauritanie ont élaboré des outils et revu leurs paquets de services de santé essentiels pour concentrer leurs rares ressources sur les interventions à haut impact. Madagascar a entrepris une évaluation rapide de son système de santé de district, tandis que le Niger a mis au point une stratégie d'assurance de la qualité.

137. Le Bureau régional a continué de fournir son appui aux États Membres pour qu'ils révisent ou élaborent leurs politiques et plans stratégiques nationaux de santé. L'Érythrée et le Malawi ont élaboré leurs politiques nationales de santé. Le Bénin et le Swaziland ont élaboré leurs plans stratégiques de santé, tandis que les Comores, l'Érythrée, la Namibie et le Sénégal ont engagé le processus de révision de leurs plans.
138. Le Ghana, Madagascar, l'Ouganda et la Zambie ont organisé leurs revues conjointes annuelles du secteur de la santé. Les Comores ont élaboré un Code de santé publique. Le Bénin et la République démocratique du Congo ont procédé à un audit structurel de leurs ministères de la santé. L'Ouganda a finalisé sa carte des intervenants et a déterminé, puis évalué le coût du plan d'intensification. Le Ghana a renforcé la coordination entre partenaires.
139. Des efforts soutenus ont été déployés pour renforcer les capacités du personnel de l'OMS et des personnels clés des pays afin de leur permettre de contribuer efficacement au développement des systèmes de santé, et notamment à la préparation des propositions relatives au renforcement des systèmes de santé, avec le concours de la GAVI et du Fonds mondial. À ce jour, sur les 36 pays de la Région africaine remplissant les conditions requises, 22<sup>74</sup> ont vu leurs propositions approuvées, pour un montant total de US \$309 824 995. Pour les deux premières années, le Fonds mondial a accordé à 12 pays<sup>75</sup> un montant de US \$230 857 867 pour renforcer leurs systèmes de santé nationaux.
140. Dans le cadre de la mise en œuvre de la résolution AFR/RC56/R6 sur la revitalisation des services de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine, un appui technique a été fourni aux pays pour la mise en œuvre de leurs interventions prioritaires, à savoir la création de comités locaux dotés de mandats précis (Érythrée), la revue de la structure des partenariats de district (Kenya), la revue des partenariats nationaux et des mécanismes de coordination (Ghana, Kenya et Zambie), et la décentralisation des services de santé (dans six pays<sup>76</sup>).
141. Un forum périodique réunissant les Directeurs régionaux de six institutions, à savoir : l'OMS, l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'UNFPA, la Banque mondiale et la BAD, s'est tenu au cours de l'année, sous l'égide de l'initiative Harmonisation pour la Santé en Afrique. Ce forum a abouti, entre autres, à un accord sur la fourniture conjointe d'un appui aux pays pour la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires.
142. Cinq pays (Angola, Érythrée, Kenya, Madagascar, Swaziland) ont bénéficié d'un appui pour l'élaboration de leurs plans stratégiques pour les ressources humaines pour la santé, tandis que quatre pays (Bénin, Botswana, Mauritanie, Mozambique) ont lancé leurs plans. L'analyse de la situation des infirmières et sages-femmes a été effectuée en Guinée, au Sierra Leone et au Zimbabwe. L'Observatoire régional des ressources humaines pour la santé a été créé. Le Ghana a lancé son observatoire national des ressources humaines pour la santé, tandis que quatre autres pays (Angola, Tchad, Congo, Madagascar et Tchad) ont engagé le processus. La mise à jour de la base de données des systèmes d'information sur les ressources humaines s'est poursuivie dans cinq pays (Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Mali, Niger).

143. Le projet de renforcement des capacités dans le domaine de l'éducation a démarré dans deux pays pilotes (Congo et Guinée-Bissau), où l'on a procédé à une évaluation des capacités et des infrastructures de formation en vue de l'intensification de la formation. Le Bureau régional a évalué 15 programmes de formation d'infirmiers et de sages-femmes dans les institutions de formation publiques et privées de cinq pays (Angola, Cap-Vert, Guinée-Bissau, Mozambique, Sao Tomé et Príncipe) et dans les institutions de formation aux sciences de la santé au Bénin et au Burkina Faso. Un appui a été apporté à l'organisation du CAMES au Congo et au Mali, et aussi à d'autres écoles de médecine en Érythrée et au Niger.
144. Les doyens des institutions de formation des personnels de santé et les directeurs des ressources humaines de 25 pays d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest ont reçu des orientations dans des domaines tels que l'Observatoire des ressources humaines pour la santé, les systèmes d'information sur les ressources humaines, l'encadrement et la gestion. Une équipe de 20 experts des ressources humaines a été formée pour appuyer le développement des ressources humaines dans les pays, sur la base des recommandations et lignes directrices mondiales en matière de rotation des tâches, qui ont été présentées à la réunion consultative tenue en novembre 2004.
145. Une subvention a été accordée par la Fondation Bill et Melinda Gates pour la préparation d'une maîtrise en santé publique dans une série d'universités de la Région; l'Université de Western Cape, en Afrique du Sud, qui est un centre collaborateur de l'OMS, sera l'institution chef de file, et l'accent sera mis sur le développement des personnels de santé. L'African Leadership and Management Network a été créé au cours d'une réunion qui s'est tenue à Nairobi (Kenya) en décembre 2008 et à laquelle étaient représentés 22 institutions et 10 partenaires. Des études de cas sur l'efficacité de l'aide en faveur du développement des ressources humaines pour la santé ont été menées en Éthiopie, au Libéria et en Sierra Leone, et les informations existantes ont été compilées au Mozambique.
146. En 2008, la mobilisation de fonds supplémentaires a été une priorité du programme des ressources humaines pour la santé. Deux propositions soumises à la Commission européenne ont été approuvées pour des projets triennaux, dont l'un a trait au renforcement des systèmes d'information sur les ressources humaines pour la santé (RHS) et aux programmes PALOP, et a commencé en novembre 2008, et l'autre a trait au développement des RHS et devait commencer en janvier 2009. Le montant approuvé était de 4 397 252 euros. L'Alliance mondiale pour les personnels de santé a apporté une contribution de US \$250 000 pour la diffusion des outils et des lignes directrices concernant les RHS. Les partenariats RHS ont été renforcés avec les Communautés économiques régionales (ECSA, SADC, OCEAC) et avec l'OOAS, l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, l'OIT, l'OIM, l'APHRH, le Projet de l'USAID sur les capacités, et les centres collaborateurs de l'OMS dans un certain nombre d'activités conjointes.
147. Au total, 45 participants de 16 pays d'Afrique de l'Ouest<sup>77</sup> ont été formés dans le domaine des comptes nationaux de la santé et de leur institutionnalisation. Un appui technique a été apporté à 10 pays<sup>78</sup> pour conduire des études sur les comptes nationaux de la santé. La Gambie, le Kenya, le Malawi et le Rwanda ont diffusé leurs rapports sur les comptes nationaux de la santé. L'Ouganda a formé 30 gestionnaires au niveau du sous-district, en utilisant les nouveaux modules mis au point sur les fondements de l'économie sanitaire, l'analyse coût-efficacité.

148. Les lignes directrices régionales pour l'élaboration des politiques de financement de la santé ont été préparées. La Gambie a élaboré une politique nationale complète de financement de la santé. Le Cap-Vert et le Kenya ont élaboré des stratégies de financement de la santé. L'Ouganda a établi une feuille de route pour l'élaboration d'une stratégie de financement de la santé. Le Niger a élaboré une stratégie pour la création de mutuelles de santé. Les capacités des systèmes d'assurance-maladie ont été renforcées en Éthiopie et en Ouganda.
149. Un appui a été fourni pour la conduite des études suivantes : études de faisabilité pour la mise en place de régimes d'assurance-maladie au Swaziland et en Ouganda ; analyse de la situation institutionnelle et organisationnelle du financement des systèmes de santé au Rwanda ; disposition à payer pour un régime d'assurance-maladie communautaire au Nigeria ; analyse de la situation des financements communautaires au Libéria ; analyse de la situation des mutuelles de santé à Madagascar ; et analyse de l'efficacité des formations sanitaires au Ghana et au Malawi.
150. Les cinq documents techniques ci-après sur l'économie sanitaire ont été produits et diffusés dans les journaux soumis à une revue par les pairs : «Les pays de la Région africaine de l'OMS peuvent-ils se passer des financements octroyés par les bailleurs de fonds en faveur de la santé?»; «Évaluation comparative des performances et de la productivité des centres de santé aux Seychelles»; «Méthode d'évaluation des hôpitaux : le cas des hôpitaux municipaux en Angola»; «Fardeau économique du diabète sucré dans la Région africaine de l'OMS»; et «Essence du leadership dans le développement sanitaire».
151. L'OMS a aidé les États Membres à renforcer leurs capacités à générer et à utiliser les informations, bases factuelles et recherches pertinentes ; à renforcer les bases factuelles disponibles aux niveaux régional et national pour guider les politiques et stratégies ; et à suivre la situation sanitaire, y compris la progression vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Le Bureau régional a continué de s'attaquer aux défis en aidant les États Membres à renforcer leurs systèmes nationaux de recherche pour la santé, d'adopter et de mettre en œuvre les politiques et stratégies nécessaires pour la gestion et le partage des connaissances, y compris la cyber-santé.
152. Avec l'appui de l'OMS, sept pays<sup>79</sup> ont évalué leurs systèmes nationaux d'information sanitaire (SNIS) et sept autres ont déjà commencé à élaborer leurs plans stratégiques pour les SNIS. Une brochure contenant les principaux indicateurs de santé relatifs aux systèmes de santé nationaux a été publiée et diffusée. Un appui technique a été fourni à la République démocratique du Congo pour la formation des représentants des différentes parties prenantes nationales à l'utilisation du cadre SNIS et de l'outil d'évaluation; au Cap-Vert et au Mozambique pour la formation à la CIM-10; et à la Gambie et à la Mauritanie pour la formation à la gestion des données. Quatre pays (Burkina Faso, Ghana, Kenya, Tanzanie) ont bénéficié d'un appui pour l'analyse des données sur la mesure des performances des systèmes de santé nationaux et sur le partage des conclusions de cette analyse lors d'une réunion internationale qui s'est tenue en Tanzanie.
153. L'Observatoire régional africain de la santé a été lancé avec l'inventaire de plusieurs bases de données et les opérations de référencement conduites en collaboration avec plusieurs

partenaires. Le document *Rapport sur la santé dans la Région africaine 2008: réduire le déficit des connaissances pour améliorer la santé en Afrique* a été finalisé et est prêt, pour publication. Un rapport technique sur les moyens d'améliorer le suivi des OMD liés à la santé a été rédigé et soumis à la réunion des directeurs régionaux sur l'initiative Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA), tenue à Nairobi en novembre dernier.

154. Les systèmes nationaux de recherche en santé de 44 pays de la Région ont été étudiés en utilisant des outils normalisés, et sept rapports techniques ont été produits et diffusés. La Conférence ministérielle d'Alger sur la recherche pour la santé dans la Région africaine a adopté la Déclaration d'Alger qui a été présentée par la suite au Forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé, tenu à Bamako en 2008. Les capacités nationales dans l'utilisation des bases factuelles pour guider les politiques ont été renforcées par la formation des équipes de sept pays<sup>80</sup> à l'élaboration de notes de synthèse sur les politiques. Le Lesotho et le Swaziland ont aussi bénéficié d'un appui pour former les membres des comités de revue éthique.
155. Un rapport technique a été produit et diffusé sur les connaissances pour la santé dans la Région africaine. Ce rapport est basé sur l'évaluation des systèmes nationaux des connaissances pour la santé de 44 pays. Des profils pays ont aussi été préparés pour tous les pays. Un guide pour la documentation et le partage des meilleures pratiques utilisées dans les programmes de santé a été préparé et diffusé. Un autre guide pour l'élaboration des plans stratégiques nationaux de gestion des connaissances a été préparé et partagé avec les bureaux de pays de l'OMS afin de leur donner des orientations pour la conduite de leurs activités dans les pays. La cyber-santé a été encouragée par le biais de la présentation d'exposés techniques au cours de deux conférences organisées au Ghana et aux Seychelles, et lors d'une table ronde tenue en Afrique du Sud. Le nouveau Centre collaborateur de l'OMS pour la synthèse des recherches sur la santé génésique a été désigné, et un système de gestion électronique des centres collaborateurs a été introduit. Une nouvelle plateforme pour le site web de la Région africaine de l'OMS a aussi été élaborée.
156. En 2008, la Bibliothèque du Bureau régional a renouvelé ses collections de documents imprimés et électroniques, et diffusé des informations à l'intention des utilisateurs internes et externes. La base de données AFROLIB a été mise à jour. En collaboration avec la Bibliothèque du Siège de l'OMS et le Centre de formation et de sensibilisation à l'information en Afrique (ITOCA), des ateliers de formation à l'utilisation du système HINARI se sont tenus au Burkina Faso, au Burundi et au Cameroun.
157. En collaboration avec l'ITOCA, le Programme régional Santé en Afrique de l'Ouest et l'Organisation ouest-africaine de la Santé, 35 employés des bibliothèques de santé ont été formés à Lomé (Togo). La première réunion des bibliothécaires et documentalistes de la Région africaine de l'OMS s'est tenue à Brazzaville. Avec l'appui du bureau de pays du Mozambique, les bibliothécaires du Bureau régional ont participé au Congrès de l'Association pour l'information et les bibliothèques de santé en Afrique, tenu à Maputo. Au cours de ce congrès, le personnel de la Bibliothèque du Bureau régional a dispensé aux bibliothécaires médicaux une formation à l'utilisation du logiciel CDS/ISIS.

## 4.11 OS11: Technologies et produits médicaux

158. Les activités de l'OMS dans la Région africaine, au titre du présent Objectif stratégique, ont été entreprises par deux programmes étroitement liés, à savoir : Technologies sanitaires et laboratoires, et Médicaments essentiels.
159. S'agissant des technologies sanitaires de la sécurité transfusionnelle et des laboratoires, le document «Renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS : Une exigence cruciale de la lutte contre la maladie» et la résolution AFR/RC58/R2 y afférente ont été adoptés au cours de la cinquante-huitième session du Comité régional. Un document intitulé «Sécurité des patients dans les services de santé en Afrique: Enjeux et solutions» a aussi été adopté au cours de la même session. Au cours de l'année sous revue, 29 pays ont pris l'engagement de s'attaquer aux infections liées aux soins de santé. Un appui technique a été fourni à la Gambie, au Lesotho et au Mozambique pour finaliser leurs politiques nationales relatives aux laboratoires. Le Bénin, le Cameroun et la République démocratique du Congo ont révisé ou finalisé leurs politiques et plans stratégiques nationaux concernant le sang.
160. Un document intitulé «Guide du réseau national des laboratoires de santé publique pour le renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte» a été finalisé et publié, en étroite collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis d'Amérique) et d'autres partenaires. Un atelier régional sur la sécurité des injections, qui a réuni 38 participants de 16 pays et des organisations partenaires, s'est tenu avec comme objectif général de doter les États Membres des connaissances et compétences qui leur permettent d'adopter des pratiques d'injection sans risque. Un atelier similaire a réuni 75 participants de 23 pays pour une formation à la sûreté biologique et à la sécurité biologique en laboratoire afin de renforcer leurs capacités à améliorer le diagnostic des agents pathogènes dangereux; une séance spéciale s'est tenue sur le transport des substances infectieuses.
161. Le bilan régional de compétences en hématologie et en chimie clinique, qui a couvert 21 pays, et l'évaluation externe de la qualité pour les agents pathogènes des maladies entériques et de la méningite, la peste, la tuberculose et le paludisme, qui a couvert 45 pays, ont été entrepris; des mesures correctives ont été prises dans les pays enregistrant une faible performance. Il a été organisé au Burkina Faso un atelier consacré à l'évaluation des programmes de gestion de la qualité des services de transfusion sanguine, et à la révision des modes opératoires standardisés et des pratiques en vigueur.
162. La Journée du Don de Sang a été commémorée avec succès au Bureau régional et dans les pays. Le matériel de sensibilisation des populations sur le don de sang bénévole a été produit et diffusé. Au total, 20 participants de 12 pays ont été formés au conseil et au recrutement des donneurs de sang. Les outils de collecte de données sur la sécurité transfusionnelle ont été finalisés en collaboration avec le Siège de l'OMS, et la collecte de données a démarré dans les pays. Le rapport de l'enquête de 2006 sur la transfusion sanguine dans la Région africaine a été finalisé, en vue de sa publication. L'évaluation de la chaîne de froid des services de transfusion sanguine a été menée au Burkina Faso, et les préparatifs pour le même genre d'opération ont débuté au Mali et au Sénégal.

163. Le Bénin, le Malawi et le Swaziland ont bénéficié d'un appui pour actualiser leurs politiques pharmaceutiques nationales. Le Bureau régional a fourni un appui technique et financier aux communautés économiques régionales (CEMAC, EAC, SADC, UEMOA) pour des initiatives visant à harmoniser les politiques et les réglementations. Les lignes directrices régionales pour l'élaboration de politiques pharmaceutiques nationales ont été révisées et traduites en français.
164. Le Programme OMS de bonne gouvernance dans les pratiques pharmaceutiques a été introduit au Bénin et en Zambie, et un appui technique a été fourni à sept pays<sup>81</sup>. Les efforts de collaboration permettent déjà de coordonner les activités du programme au niveau des pays avec celles des projets pilotes «Alliance pour la transparence dans les pratiques pharmaceutiques», en cours d'exécution au Ghana, en Ouganda et en Zambie, avec le concours du DFID.
165. Au cours de l'année considérée, 27 pays ont élaboré des politiques nationales pour la médecine traditionnelle, portant ainsi à 39 le nombre total de pays disposant de telles politiques depuis l'adoption, à la cinquante-cinquième session du Comité régional, de la Stratégie régionale pour la promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé. En collaboration avec l'Union africaine, une conférence-débat sur les meilleures pratiques en médecine traditionnelle, en utilisant l'approche des soins de santé primaires, a été organisée au cours de la cinquante-huitième session du Comité régional qui s'est tenue à Yaoundé.
166. Un rapport a été préparé en guise de revue à mi-parcours de la Décennie de la Médecine traditionnelle en Afrique (2001-2010). Le manuel de formation sur la gestion des médicaments au niveau des centres de santé a été révisé et les lignes directrices régionales pour la prévention et la prise en charge clinique de la morsure de serpent ont été finalisées.
167. Les systèmes de gestion des achats et des approvisionnements ont été renforcés en Ouganda et au Swaziland. Les services centraux d'approvisionnement en médicaments ont revu l'ensemble de leurs processus opérationnels et évalué le système d'information de gestion pour accroître l'efficacité. Avec l'appui de l'OMS, Maurice et la Zambie ont conduit des enquêtes sur la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments essentiels; les résultats de ces enquêtes guideront les politiques nationales, les mesures réglementaires et les décisions. Le Ghana, le Kenya et l'Ouganda ont conduit des enquêtes auprès des ménages pour mesurer l'accès aux médicaments essentiels et leur bonne utilisation. Le Bureau régional, en collaboration avec le Centre collaborateur de l'OMS pour les politiques pharmaceutiques de l'École de médecine de Harvard, le Noguchi Memorial Institute for Medical Research, et le Ministère de la Santé du Ghana, a organisé le premier cours de formation régional à l'analyse des politiques pharmaceutiques, en mettant l'accent sur la nécessité de renforcer les régimes d'assurance-maladie du secteur public afin d'élargir la couverture et l'accès aux médicaments essentiels.
168. Les autorités nationales de réglementation pharmaceutique ont été renforcées dans cinq pays. En collaboration avec la Coopération française, le Réseau de laboratoires de contrôle de la qualité, qui comprend dix pays<sup>82</sup>, a été créé et a bénéficié d'un appui. Le Centre de recherche scientifique sur les plantes médicinales au Ghana, et le Centre collaborateur de l'OMS d'Alger pour l'assurance de la qualité ont été évalués, le premier aux fins de

désignation, et le second aux fins de renouvellement de la désignation. Le Centre pour l'assurance de la qualité des médicaments, qui est établi à Potchefstroom, en Afrique du Sud, a été de nouveau désigné comme centre collaborateur pour une nouvelle période de quatre ans.

169. Avec l'appui de l'OMS, la première édition de *Nigerian herbal pharmacopoeia* a été publiée. Le Nigeria et le Tchad ont documenté les recettes traditionnelles utilisées pour la prise en charge du paludisme et d'autres maladies prioritaires. Un cadre stratégique régional de renforcement des capacités de production locale de médicaments issus de la médecine traditionnelle a été élaboré. En collaboration avec l'OOAS, le Bureau régional a appuyé le forum sur la revue des données de la recherche sur les plantes médicinales en Afrique de l'Ouest en vue du développement de la pharmacopée à base de plantes médicinales de la CDEAO, et sur la mise au point d'un instrument d'identification et d'enregistrement des tradipraticiens dans cette sous-région.
170. En collaboration avec le Siège, le Bureau régional de l'OMS a apporté un appui à un sous-comité ministériel de la SADC sur la médecine traditionnelle pour entreprendre un voyage d'études en Chine; il a aussi aidé dix pays à participer au Congrès de l'OMS sur la médecine traditionnelle. Un appui a été fourni au Ghana, au Nigeria, à la République démocratique du Congo, à la Tanzanie et à la Zambie pour tester sur le terrain deux projets de lignes directrices régionales, l'un pour la formation des tradipraticiens aux soins de santé primaires, et l'autre pour la formation à la médecine traditionnelle des étudiants des filières des sciences de la santé.

## 4.12 OS12: Rôle moteur, gouvernance et partenariat

171. Plusieurs visites de sensibilisation de haut niveau ont été effectuées dans les pays afin de les aider à mettre un plus grand accent sur les problèmes de santé et à accorder une plus haute priorité à la santé dans leurs programmes nationaux de développement. Les visites officielles effectuées dans 17 pays<sup>B3</sup> ont permis de sensibiliser les responsables politiques, de renforcer les liens avec l'OMS, et de fournir les intrants techniques pertinents. Trois grandes conférences interministérielles ont été organisées : la Conférence sur les soins de santé primaires de Ouagadougou, la Conférence sur la recherche pour la santé d'Alger, et la Conférence sur la santé et l'environnement de Libreville. Ces conférences ont réuni les ministères de la santé, de la recherche et de l'environnement avec les partenaires pertinents. Elles ont abouti à l'adoption de déclarations marquantes qui auront des effets significatifs sur les soins de santé primaires, la recherche pour la santé, et les liens mutuels entre les questions de santé et l'environnement. La Conférence d'Alger a joué un rôle déterminant en mobilisant la Région africaine autour d'un consensus, dans le cadre de la préparation de la Conférence mondiale sur la recherche pour la santé, qui s'est tenue à Bamako.
172. Les bureaux de pays de l'OMS ont été renforcés et ont bénéficié d'un appui, avec la fourniture d'informations et d'orientations incitant à une amélioration du rôle moteur de l'OMS par le biais de ses activités et de sa présence dans le domaine de la santé ; du processus de réforme des Nations Unies ; des principes d'harmonisation et d'alignement

qui permettent d'accroître l'efficacité de l'aide ; de la surveillance des indicateurs de santé ; et de la promotion de synergies entre les activités de l'OMS au niveau des pays et au niveau inter-pays. Deux réunions régionales du programme ont été organisées à l'intention de tous les Représentants de l'OMS et des cadres supérieurs du Bureau régional afin de parvenir à une compréhension commune des questions importantes. Des décisions relatives au suivi ont été prises. Un programme d'orientation a été organisé à l'intention des cadres nouvellement recrutés et des cadres aspirant à un poste de Représentant de l'OMS, au titre du programme visant à améliorer la qualité du leadership et de l'appui de l'OMS au niveau des pays.

173. Quant aux stratégies de coopération avec les pays (SCP), les stratégies de deuxième génération ont été élaborées en s'appuyant sur l'expérience et les leçons apprises dans la mise en œuvre des stratégies de première génération, avec un accent particulier sur l'analyse des enjeux et des opportunités au niveau des pays. L'objectif visé était de faire preuve d'une plus grande réactivité à l'égard des besoins des pays, d'une plus grande sélectivité et d'un meilleur alignement sur les priorités sanitaires nationales, dans le cadre des priorités régionales et mondiales de l'OMS. Grâce aux stratégies de coopération avec les pays, le programme d'action stratégique de l'OMS dans les pays a été aligné sur les priorités nationales et internationales, y compris les OMD. L'engagement de l'OMS dans le processus de l'UNDAF s'est aussi accru. La préparation des stratégies de coopération avec les pays a atteint le stade final en 2008 pour la plupart des pays et s'achèvera en juin 2009. Les stratégies de coopération avec les pays serviront aussi de documents de référence pour la préparation des plans de travail biennaux 2010-2011.
174. La décentralisation des fonctions de coopération technique du Bureau régional vers les Équipes d'appui inter-pays (EAIP) a été rapidement consolidée. Les EAIP ont fourni l'appui technique nécessaire en temps voulu, à travers les missions et l'organisation sélective de réunions sur les programmes prioritaires liés aux OMD, y compris le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ; la santé de l'enfant et la vaccination ; la gestion des épidémies et flambées de choléra, d'Ebola et de méningite ; la réponse aux situations d'urgence ; et le renforcement des systèmes de santé. La capacité des EAIP à placer cet appui dans le cadre de l'amélioration de l'efficacité de l'aide a été renforcée par le biais des ateliers de formation à l'alignement, à l'harmonisation et à la mobilisation des ressources. Les EAIP continueront à jouer un rôle important dans le renforcement des partenariats au niveau sous-régional, compte tenu de la proximité et de l'étroitesse des liens avec les organisations sous-régionales telles que les équipes des Directeurs régionaux des Nations Unies et les secrétariats des communautés économiques régionales.
175. L'efficacité des EAIP et leur capacité à apporter rapidement des solutions et un appui ont été renforcées grâce à la délégation de pouvoirs accrus du Bureau régional et à la production de lignes directrices opérationnelles. Ces lignes directrices précisent les rôles et les responsabilités, aux divers niveaux de l'OMS, pour la fourniture de l'appui aux pays.
176. Pour ce qui est de la gouvernance, la préparation et la participation des délégations des États Membres aux réunions des organes directeurs de l'OMS se sont améliorées, avec l'appui et la facilitation du Bureau régional et des bureaux de pays. Des séances d'information ont été régulièrement organisées pour les Ministres de la Santé avant et pendant les réunions des organes directeurs. Les déclarations communes faites par les délégations de la Région

africaine sur des points sélectionnés de l'ordre du jour ont été soigneusement préparées, et les États Membres ont ainsi pu fournir des orientations générales reflétant les positions pertinentes de la Région et contribuant à l'adoption d'importantes résolutions et décisions.

177. La cinquante-huitième session du Comité régional s'est tenue avec succès à Yaoundé (Cameroun). Trois résolutions d'une grande importance régionale et mondiale ont été adoptées. Ces résolutions portent sur la santé de la femme ; les laboratoires de santé publique ; et la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique.
178. L'OMS a consolidé son rôle moteur dans le renforcement de l'engagement des institutions des Nations Unies et des partenaires au développement à accroître la collaboration et l'appui apporté aux États Membres, à intensifier les interventions essentielles en faveur de la santé en vue d'atteindre les OMD. Un certain nombre de résultats importants ont été obtenus. Des groupes de travail sur la santé ont été constitués au sein des équipes des Directeurs régionaux, sous la conduite de l'OMS, et une meilleure coordination de l'appui a été assurée par le biais des équipes pays des Nations Unies. En outre, la coordination de l'action sanitaire des Nations Unies s'est améliorée dans le cadre de l'initiative Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA), qui a contribué à l'élaboration et à la signature de deux conventions en Éthiopie et au Mozambique. L'initiative HHA a également conduit des missions d'appui conjointes dans plusieurs pays, notamment au Ghana et en Zambie. Des contributions et orientations techniques ont été fournies aux pays pilotes pour des «prestations comme une seule entité», et à plusieurs pays ayant engagé des réformes à leur initiative personnelle. La coopération sud-sud a été initiée, dans le cadre de la réforme des Nations Unies, avec le Brésil et la Communauté des pays de langue portugaise.
179. La mise en œuvre de la première phase du partenariat CE/ACP/OMS pour les OMD liés à la santé a fait l'objet d'une revue concluante, et la Commission européenne a validé le plan de travail pour la deuxième phase. Les partenariats avec l'Union africaine et les Communautés économiques régionales ont été renforcés, avec la participation de toutes les parties aux réunions conjointes et aux échanges d'informations et d'expériences. L'OMS a fourni les contributions techniques nécessaires pour la Stratégie pour la Santé en Afrique de l'Union africaine, nouvellement adoptée. Le partenariat avec les acteurs de la santé s'est élargi : 19 protocoles d'accord ont été signés, resserrant les liens avec les principaux partenaires au développement tels que l'USAID, le DFID, le Gouvernement français et la BAD. Une stratégie globale de partenariat a été finalisée; elle sous-tendra l'amélioration des activités de l'OMS dans ce domaine.
180. Au regard des besoins croissants et de la forte demande d'un appui technique de la part des États Membres, et compte tenu des ressources limitées pour tous les programmes de l'OMS dans la Région, un nouvel accent a été mis sur la mobilisation des ressources. Une stratégie quinquennale de mobilisation des ressources a été élaborée pour guider les activités du Bureau régional en matière de mobilisation et d'utilisation des ressources, et en matière d'établissement de partenariats stratégiques. Cette stratégie a identifié une série d'approches et d'activités stratégiques pour faire avancer les initiatives du Bureau régional visant à renforcer les capacités des pays à mobiliser des ressources suffisantes pour mettre en œuvre les plans de travail convenus. Elle a conduit à la création d'une équipe d'intervention inter-divisions, chargée de s'engager d'une manière proactive dans le partenariat et

la mobilisation des ressources à travers l'Organisation. En outre, tous les niveaux ont été sensibilisés sur les rôles et les responsabilités en matière de mobilisation des ressources, grâce au renforcement des compétences et des capacités des EAIP et du personnel des bureaux de pays. Une base de données virtuelle a été créée; elle permettra de saisir les données nécessaires pour la revue des programmes et l'établissement des rapports à soumettre aux donateurs, et de mieux contrôler et utiliser les fonds de l'Organisation partout dans la Région.

181. La communication avec les États Membres, les partenaires et les autres acteurs a été améliorée grâce à la diffusion de l'information sanitaire essentielle, des résolutions et des décisions des organes directeurs, et au partage de l'information sur la réalisation des objectifs stratégiques. À cette fin, il a fallu recourir aux communiqués de presse, aux publications, aux produits multimédia, à l'Internet et à la facilitation de la couverture par les média des grands événements internationaux et des réunions internationales auxquels participe l'Organisation. Une stratégie de communication et de mobilisation a été élaborée pour mieux appuyer les objectifs stratégiques des programmes grâce au renforcement du plaidoyer et de la communication, afin de mieux faire comprendre aux parties prenantes les rôles, les priorités, les messages clés, les forces et les réalisations de l'Organisation.

## 4.13 OS13: Une OMS efficiente et efficace

182. Conformément à la planification stratégique et opérationnelle et au titre des activités de suivi et d'évaluation de la performance, les nouvelles orientations du Plan stratégique à moyen terme et les règles et procédures du cadre de gestion de l'OMS ont été longuement expliquées au cours des réunions institutionnelles telles que la réunion du Comité de suivi et d'évaluation, les réunions régionales du programme, les ateliers de sensibilisation sur le Système global de gestion (GSM), les réunions du Comité de Direction, et les séances d'information à l'intention des responsables des programmes. Les capacités des cadres du Bureau régional ont été renforcées dans les domaines de la gestion des plans de travail, principalement dans le contexte de la transition vers le Système global de gestion. En outre, les personnels concernés ont reçu des informations et ont suivi une formation à l'utilisation de nouveaux outils tels que AMSWEB pour la préparation des plans de travail, conformément au GSM.
183. S'agissant du processus de suivi et d'évaluation du budget programme, des lignes directrices ont été élaborées et diffusées, des séances d'information ont été organisées, et une assistance individuelle fournie aux membres du personnel des bureaux de pays, du Bureau régional et des Équipes d'appui inter-pays. Des rapports statutaires tels que les rapports de suivi semestriels et les revues à mi-parcours, ont été publiés selon la procédure organisationnelle standard.
184. Pour ce qui est de la gestion des ressources de l'OMS, l'Unité du Budget et des Finances a effectué des visites dans plus de dix pays pour y appuyer la gestion financière. À la suite de ces visites, les rapports financiers en provenance de huit pays<sup>84</sup> se sont considérablement améliorés. En outre, un cours de formation au traitement des avances a été organisé à

l'intention du personnel financier du bureau de pays du Nigeria, qui a ensuite commencé à traiter directement toutes les écritures concernant les avances et émanant des différents États du Nigeria. En conséquence, les instances concernant les rapports mensuels à soumettre par le Bureau de pays du Nigeria au Bureau régional ont été réduites de trois à un mois seulement à la fin de 2008.

185. Avec l'aide des unités du personnel et des technologies de l'information du Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, l'Unité du Budget et des Finances a pu finaliser la compilation des données sur la paie de tous les membres du personnel du Bureau régional recrutés sur contrats de courte durée. Ces données seront d'une importance capitale lorsque le GSM deviendra pleinement opérationnel en 2010.
186. Afin de se conformer aux exigences des changements nouvellement introduits dans le règlement financier, tout est mis en œuvre pour élaborer et diffuser en temps voulu des outils révisés et conviviaux à tous les acteurs et membres du personnel concernés. Les tests de nettoyage et de conversion des données pour le GSM seront, dans ce contexte, un défi majeur à relever en 2009.
187. En 2008, l'Unité de gestion des ressources humaines a continué à fournir un appui à toutes les divisions techniques, aux bureaux de pays et au personnel pour toutes les transactions et les responsabilités concernant les ressources humaines. Cet appui a porté notamment sur la sélection et le recrutement ; l'administration des contrats ; l'évaluation des performances ; la classification et la reclassification ; l'apprentissage, la formation et le perfectionnement du personnel ; l'administration de la justice ; et les services médicaux. Les fonctionnaires des ressources humaines qui ont quitté le Bureau régional en 2007 ont été remplacés. Environ 700 actions concernant le personnel ont été traitées en utilisant le GSM, à la suite des nouvelles nominations faites en 2007 et au début de 2008. Il y a eu une interaction avec le Centre mondial des Services nouvellement créé à Kuala Lumpur pour traiter les autres transactions concernant les ressources humaines du Bureau régional dans le GSM. Les équipes en charge des ressources humaines au sein des Équipes d'appui inter-pays ont été consolidées. Un appui a continué d'être fourni pour le processus de reconfiguration aussi bien au niveau du Bureau régional qu'à celui des bureaux de pays.
188. Les principales réalisations ont été : la fourniture à temps de services de ressources humaines à tous les membres du personnel et à tous les programmes techniques ; la mise en œuvre de la réforme contractuelle dans la Région, avec la conversion de la plupart des nominations temporaires en nominations de durée déterminée à la fin de 2008 ; la première cérémonie solennelle de remise de prix au personnel lors de la cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS tenue en septembre à Yaoundé (Cameroun), au cours de laquelle six prix ont été attribués par le Directeur général de l'OMS aux équipes et membres du personnel nominés ; la consolidation du Réseau régional d'apprentissage, y compris la création d'un Conseil régional de l'apprentissage au Bureau régional, la désignation de points focaux de l'apprentissage dans chaque division, et la création de comités d'apprentissage locaux dans tous les bureaux de pays.
189. Parmi les autres réalisations, l'on pourrait citer : le succès du processus de reconfiguration dans les divisions techniques et dans certains bureaux de pays, en tenant compte des exigences de la préparation au GSM. Des cours de formation ont été dispensés dans

plusieurs domaines, notamment : des cours de langue dans les trois langues officielles de la Région africaine de l'OMS (anglais, français et portugais) ; la prévention du VIH/sida pour le personnel et les personnes à leur charge ; la sensibilisation des responsables de programmes, des Représentants de l'OMS et des administrateurs. Un appui financier a été fourni aux bureaux de pays pour la formation et l'apprentissage des membres du personnel, et pour la mise en place d'un programme d'imprégnation statutaire pour le personnel. Des membres du personnel du Bureau régional ont participé à d'importantes réunions internationales, notamment à celles du Comité mondial de gestion du personnel, du Comité mondial d'apprentissage, et des Administrateurs des ressources humaines au niveau mondial.

190. L'Unité des technologies et des systèmes de l'information a amélioré la gouvernance de ses activités en instituant et en tenant des réunions hebdomadaires de revue des TIC au niveau régional pour le suivi des activités à travers la Région. L'Unité a aussi révisé et actualisé les modes opératoires standardisés.
191. Afin de se conformer aux exigences des TIC pour le GSM, un nouveau réseau local et des câbles ont été installés au Bureau régional; cette installation s'achèvera en 2009 avec l'établissement d'un système de secours en cas de sinistre et d'un réseau de stockage SAN pour sécuriser les données et fournir aux usagers une grande capacité de stockage. Une évaluation des infrastructures TIC a été faite dans tous les bureaux de pays. En outre, les opérations d'appui TIC ont été renforcées avec l'adoption du réseau d'appui GPN, de systèmes plus fiables de courrier électronique, et de pools de stockage, entre autres.
192. Le Système de gestion de l'identité de l'OMS a été déployé dans la Région pour permettre à tout le personnel d'avoir accès au GSM. L'Unité des TIC a fourni un appui technique à l'Unité des connaissances et de l'information de gestion pour concevoir et mettre place, au Bureau régional, un nouveau site web doté d'un système de gestion du contenu et permettant l'utilisation de procédures et processus décentralisés pour la mise à jour du contenu du site.
193. Plusieurs feuilles de route du GSM pour les systèmes existants ont été menées à bien en 2008, et un appui a été fourni pour le nettoyage des données et la préparation de la période de transfert. Une base de données intégrée sur la santé a été finalisée et sera opérationnelle en janvier 2009 pour la Division de la Prévention et de la Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, et la Division de la Prévention et de la Lutte contre les Maladies transmissibles. Un système d'Atlas mondial pour le Bureau régional est devenu accessible en ligne pour les mises à jour annuelles des statistiques sanitaires.
194. L'appui aux usagers et les compétences du personnel des TIC ont été renforcés par plusieurs exercices de formation au titre de divers programmes, à savoir: les programmes ITIL, CISCO, SIEBEL, SQL2005 et ORACLE. Les procédures pour les services d'assistance ont été révisées pour se conformer aux exigences du programme ITIL. Des données ont été collectées sur les ordinateurs personnels pour évaluer le degré de préparation individuelle au GSM au Bureau régional et dans les bureaux de pays. La normalisation des ordinateurs de bureau a commencé par souci d'harmonisation des ressources des TIC et de discipline.
195. S'agissant des services d'appui managérial, administratif et logistique, l'une des principales réalisations en 2008 est la qualité de l'appui apporté à plus de 100 réunions tenues au Bureau

régional et ailleurs. L'Unité des services administratifs et des opérations a aussi exécuté un certain nombre de projets immobiliers pour améliorer les conditions de travail et de vie du personnel. Ces projets sont notamment : la construction et l'ouverture d'une seconde cafétéria pour le personnel des services généraux et le personnel d'appui ; la rénovation et l'extension des installations sportives existantes ; la construction et la rénovation des clôtures et des portails de sécurité. Le parc automobile pour les fonctions officielles et le transport du personnel du Bureau régional a été en partie renouvelé, et un nouveau plan directeur d'occupation des bureaux a été élaboré et mis en œuvre pour rationaliser et intégrer dans toutes les divisions une répartition plus équitable et efficace des espaces de bureaux.

196. L'Unité des achats et des d'approvisionnements a continué de jouer un rôle important dans la fourniture des biens et services essentiels pour le Bureau régional, les bureaux de pays, les programmes et les projets. Depuis juillet 2008, les achats sur le marché mondial sont traités en recourant au GSM, ce qui offre davantage d'opportunités sur le plan de la rentabilité. Le catalogue régional a été mis à jour et enrichi, ce qui a conduit à l'amélioration des processus d'appels d'offres et à l'accroissement de la compétitivité et de la fréquence à cet égard à la fin de l'année. Conformément à la délégation de pouvoirs liée au GSM, de nouvelles lignes directrices pour les achats ont été élaborées et distribuées aux unités techniques du Bureau régional, aux EAIP et aux bureaux de pays.
197. Il y a eu diverses réalisations en 2008 en matière de conformité et de contrôle. Une assistance a été fournie aux bureaux de pays de l'Afrique du Sud, du Cameroun, du Malawi et du Nigeria, et à toutes les unités techniques du Bureau régional concernées par les audits internes et externes, pour mieux les préparer aux visites des vérificateurs et mieux prendre en compte, par la suite, les conclusions et les observations des audits. Deux rapports d'audit interne du Bureau régional, qui datent de 2006 et 2007, ont été clôturés pour un appui CSR et administratif au Bureau régional. Un contrôle et une vérification portant sur divers engagements contractuels au titre des services et des bons de commande émis par les bureaux de pays, les EAIP et les unités techniques du Bureau régional, ont été effectués au hasard pour vérifier (et corriger si nécessaire) la conformité avec les règlements. Un cadre convivial de responsabilité a été mis en place pour le Bureau régional, parallèlement à la mise en œuvre d'une nouvelle délégation de pouvoirs à partir de juillet (à finaliser en 2009). Un certain nombre de listes de contrôle pour la préparation des bureaux de pays aux audits administratifs et financiers ont été mises à jour.
198. L'Unité des services de traduction, d'interprétation, d'impression et de bibliothèque a aidé à la publication de 67 volumes statutaires techniques dans les trois langues officielles, afin d'améliorer l'accès des États Membres à l'information sanitaire et biomédicale. Le nombre de publications a donc sensiblement augmenté par rapport aux années précédentes. En outre, des documents représentant au total près de 8 millions de mots ont été édités, traduits ou révisés dans les trois langues de la Région et mis à la disposition des programmes techniques et des États Membres.
199. Les services linguistiques ont aussi apporté un appui à la cinquante-huitième session du Comité régional, à la cent-vingt-quatrième session du Comité exécutif, à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, et à d'autres réunions importantes telles que la Conférence de Ouagadougou sur les soins de santé primaires, la Conférence d'Alger sur la recherche pour la santé, et la Conférence de Libreville sur la santé et l'environnement.

200. Un questionnaire a été élaboré pour la collecte de données sur les établissements et institutions de formation à la traduction et à l'interprétation de la Région africaine. Ce questionnaire avait pour but de promouvoir la collaboration dans la prestation de services linguistiques à l'avenir dans la Région.
201. L'*Index Medicus* africain, géré par la Bibliothèque du Bureau régional, est resté actif et a fourni l'information sanitaire et biomédicale, ainsi que des articles sur la recherche médicale en Afrique. Ce document est toujours disponible en ligne sur le site web <http://indexmedicus.afro.who.int>.
202. L'Unité des opérations de sécurité sur le terrain a continué de fournir l'assistance technique nécessaire aux bureaux de pays, en plus de ses fonctions d'appui direct au Bureau régional. Plusieurs missions d'assistance et d'appui ont été conduites en 2008 dans les pays où la sécurité constituait un défi (Algérie, Kenya, République démocratique du Congo, Tchad). Au Bureau régional, la modernisation de l'infrastructure matérielle de sécurité s'est poursuivie. La sensibilisation du personnel sur les questions de sécurité s'est accrue avec la diffusion de conseils en matière de sécurité. Des séances d'information, ateliers et séances de formation ont été organisés, et les normes minimales de sécurité opérationnelle des Nations Unies, ainsi que les normes minimales de sécurité opérationnelle résidentielle ont été appliquées au Bureau régional et dans les pays.

## 5. DÉFIS, CONTRAINTES ET LEÇONS APPRISSES

### 5.1 Défis et contraintes

203. Au regard du lourd fardeau des maladies que supporte la Région africaine, le défi majeur à relever consiste à mobiliser des ressources suffisantes pour la mise en œuvre des activités prévues au niveau régional et au niveau des pays. Les déficits persistants dans les données sur la vaccination et la qualité de la surveillance demeurent l'un des enjeux majeurs. Le poliovirus sauvage continue de circuler au Nigeria et dans des pays ayant enregistré des cas importés, et il existe un grand nombre d'enfants non vaccinés dans des pays très peuplés ayant une couverture vaccinale qui n'est pas optimale. Le renforcement des capacités dans les domaines de la réglementation et de la revue éthique des essais cliniques demeure un besoin crucial.
204. En ce qui concerne le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, les défis à relever pour l'intensification des principales interventions comprennent: i) le maintien de l'engagement politique en faveur de l'extension des services à toutes les couches de la population, et notamment aux groupes à très haut risque; ii) la gestion des ressources humaines, particulièrement la rotation des tâches, afin de permettre aux cadres des niveaux inférieurs d'assumer des tâches et des responsabilités plus importantes; iii) la capacité des

laboratoires à effectuer les tests essentiels et à entreprendre des examens plus complexes, tels que la culture des bacilles acido-alcool-résistants, la numération des CD4, et le suivi de la pharmacorésistance : iv) les systèmes d'achat et d'approvisionnement pour éviter les fréquentes ruptures de stocks de médicaments d'importance vitale, notamment de médicaments de deuxième intention; et v) les financements qui renforcent la capacité du Bureau régional à aider les pays à mettre en œuvre leurs plans de travail.

205. Quant aux maladies non transmissibles, la mise en œuvre des programmes y afférents est entravée par des insuffisances dans la disponibilité des documents, lignes directrices et outils pertinents dans les langues de travail de certains pays, ainsi que par des insuffisances dans la planification.
206. En dépit des progrès accomplis dans le domaine de la santé génésique, l'OMS est confrontée à des contraintes dans la fourniture de l'appui aux États Membres pour l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant dans la Région. Ces contraintes portent notamment sur l'insuffisance des financements au niveau des pays pour la mise en œuvre des interventions prioritaires. La fragilité des systèmes de santé des pays, y compris les contraintes en termes de ressources humaines, entrave les progrès à tous les niveaux. En outre, les faiblesses des systèmes de suivi des progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement entravent les efforts de plaidoyer et de mobilisation des ressources.
207. S'agissant des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, les défis à relever sont les suivants : i) la mobilisation des ressources pour la préparation aux urgences; ii) la fourniture d'un appui aux États Membres pour le renforcement et le maintien des composantes santé au sein des organismes nationaux de gestion des catastrophes; iii) la garantie d'une riposte efficace dans le contexte de l'insécurité pendant les crises, surtout pour le personnel local; et iv) la formation d'un nombre suffisant de nationaux à la préparation et à la riposte aux urgences, compte tenu de l'absence de cours de formation pertinents dans la Région et du coût élevé de la formation à l'étranger.
208. Il y a divers défis liés à la promotion de la santé et du développement, et à la prévention ou à la réduction des facteurs de risque d'affections sanitaires associées à la consommation de tabac, d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives ; aux régimes alimentaires peu sains, à l'inactivité physique, et aux relations sexuelles non protégées. Les défis à relever comprennent notamment : le manque de capacités et l'insuffisance des ressources humaines et financières.
209. L'un des principaux défis dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé dans la Région a trait à l'absence de données fiables; cette situation est aggravée par les capacités limitées du personnel et l'insuffisance des financements. La faible performance de nombreuses économies de la Région vient s'ajouter à la complexité de l'action sur les déterminants sociaux de la santé. La situation est davantage compliquée par les inégalités généralisées et croissantes. Le Bureau régional ne disposait que d'une seule personne pour ce programme.
210. Les facteurs de risque pour la santé humaine, liés à l'environnement, sont de nature variée et ont des déterminants spécifiques. Un important défi auquel sont confrontés les pays et les partenaires concerne l'intégration des réponses aux facteurs de risque dans les programmes

et secteurs de la santé. Les interventions ciblent le plus souvent des risques spécifiques, ce qui ne favorise pas une approche intégrée. Un autre défi a trait à l'établissement d'un équilibre approprié dans la détermination des interventions prioritaires. Dans la plupart des pays, la prévention primaire occupe un faible rang parmi les priorités. Le principal défi à relever est le manque de ressources, aussi bien humaines que financières.

211. La crise alimentaire mondiale demeure un défi pour la réduction des situations d'urgence croissantes liées à la nutrition et à la sécurité sanitaire des aliments dans la Région. En outre, l'insuffisance des ressources humaines nécessaires pour promouvoir la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments aux niveaux régional et national affecte la mise en œuvre des activités dans le domaine de la nutrition.
212. Les facteurs ci-après constituent des défis majeurs pour le renforcement des systèmes de santé dans les États Membres : le renforcement des capacités des pays dans l'analyse des politiques; la garantie de l'accès aux interventions sanitaires à haut impact; la création d'un réseau de tout l'éventail de prestataires de services de santé, aussi bien publics que privés; la réduction du double emploi et de la fragmentation des services de santé; la mise en place de mécanismes de responsabilité efficaces, avec la participation de la société civile; le renforcement des capacités permettant de tirer parti des opportunités offertes par les initiatives mondiales en faveur de la santé; l'assurance que les systèmes de santé sont organisés, gérés et financés avec la plus grande efficacité possible; l'assurance de la qualité des services; et la conception de mécanismes de financement de la santé s'appuyant sur les paiements à l'avance, qui protègent les populations contre des dépenses directes exorbitantes.
213. Les services de santé au niveau local sont généralement d'accès difficile, peu commodes, inadéquats et peu accessibles financièrement. Le nombre et la qualité des ressources humaines pour la santé sont insuffisants à tous les niveaux. Pour ce qui est des technologies et des produits médicaux, les principaux défis concernent la garantie de l'accès à ces services pour les populations les plus démunies, et le contrôle de la sécurité des nouveaux médicaments contre le VIH/sida, la tuberculose et les maladies tropicales, surtout le paludisme. Un autre défi a trait à la question de savoir comment mobiliser des ressources suffisantes pour parvenir à une utilisation scientifique et rentable des médicaments issus de la médecine traditionnelle, d'autres technologies et produits médicaux, et la protection des connaissances médicales traditionnelles africaines. Les facteurs limitatifs comprennent : l'insuffisance de ressources humaines et financières dans les ministères de la Santé ; les capacités limitées et la lenteur des progrès dans la mise en œuvre des politiques dans certains pays ; les retards dans la mise en œuvre des activités prévues et dans la soumission des rapports attendus de certains pays.
214. Les défis liés au rôle moteur de l'OMS, à la gouvernance et aux partenariats sont notamment : i) l'intensification et la poursuite du plaidoyer, à tous les niveaux de l'OMS, pour accorder une haute priorité à la santé et intensifier les interventions en faveur de la santé ; ii) la gestion et la satisfaction des attentes divergentes des États Membres et des partenaires au développement, allant de la définition des politiques à l'appui technique pour la mise en œuvre des programmes; iii) le comblement des déficits en termes de ressources afin de satisfaire les demandes des États Membres liées à la santé; iv) la capacité à s'assurer que les décisions prises par les organes directeurs sont appliquées et font l'objet

de suivi, d'évaluation et d'établissement de rapports ; v) l'amélioration des mécanismes existants d'appui coordonné aux pays; vi) l'adoption de politiques et stratégies permettant de mieux définir et de guider les partenariats avec la société civile et le secteur privé; et vii) la demande croissante d'appui pour la communication, exprimée par les divisions techniques, les bureaux de pays de l'OMS et les ministères de la santé. Entre autres contraintes majeures, l'insuffisance des ressources financières a un impact négatif sur la mise en œuvre des activités programmées et limite le recrutement de personnels compétents. Ces contraintes limitent également la capacité à produire, au niveau interne, des matériels destinés à l'information du public et au plaidoyer.

215. Les fonctions d'appui de l'OMS sont aussi entravées par un certain nombre de défis. Il convient de renforcer le cadre général de gestion axée sur les résultats, notamment par la planification conjointe, l'assurance de la qualité et la revue par les pairs. La nécessité de faire fonctionner deux systèmes parallèles, après le lancement du Système global de gestion au Siège et la création du Centre mondial des services y afférent à Kuala Lumpur, est un défi supplémentaire. Les autres défis importants concernent la préparation de l'infrastructure et des équipements TIC, en vue du lancement du Système global de gestion dans la Région africaine.

## 5.2 Leçons apprises

216. Plusieurs leçons clés ont été apprises au cours de l'année considérée. La bonne gouvernance et le solide leadership des pays sont nécessaires pour rendre les systèmes de santé efficaces et efficaces, et pour faciliter l'intensification rapide et durable des interventions prioritaires.
217. La collaboration multisectorielle est nécessaire pour la planification et la prestation d'interventions et de services efficaces. Le secteur de la santé est à même d'infléchir les politiques dans les autres secteurs, lorsque les bases factuelles produites sont partagées avec les responsables politiques de ces secteurs. La coordination et la collaboration entre tous les acteurs et tous les partenaires sont cruciales pour le plaidoyer, la mobilisation des ressources, et la mise en œuvre des activités visant à promouvoir la santé et le développement, et à prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé. En outre, il est nécessaire d'établir des partenariats et des liens de collaboration solides avec les groupements politiques régionaux et les institutions techniques pertinentes pour renforcer l'appui de l'OMS aux États Membres.
218. Le travail en équipe, les approches intégrées et la formation et la motivation appropriées des agents de soins de santé facilitent la mise en œuvre des activités dans les pays.
219. L'intégration des interventions à haut impact dans les propositions que les pays soumettent au FMSTP et aux autres initiatives mondiales en faveur de la santé, peut accroître les ressources disponibles pour les programmes de santé.
220. La présence des personnels techniques au niveau des EAIP et des bureaux de pays est la clé de la fourniture aux pays d'une assistance technique efficace, en temps voulu.

Le renforcement des capacités des bureaux de pays de l'OMS, en les dotant de personnels suffisamment qualifiés et expérimentés, est la clé pour la fourniture d'un appui de qualité, en réponse aux besoins des pays.

221. Il est nécessaire de mettre en place des mécanismes plus efficaces de communication et d'établissement de rapports, afin de mieux associer les divisions techniques à la coordination et au contrôle étroit des ressources, et au suivi de l'exécution du budget, sous la supervision de tous les responsables des programmes.

## 6. PERSPECTIVES

222. La revue à mi-parcours de la mise en œuvre du budget programme 2008-2009 a fourni les informations nécessaires pour une reprogrammation des activités et des ressources. La présente section fournit des orientations pour améliorer la mise en œuvre du budget programme en vue de maximiser les résultats escomptés à la fin de 2009.
223. Pour les programmes ayant trait aux maladies transmissibles, les efforts visant à améliorer encore plus la performance à ce titre viseront à : i) décentraliser les mesures d'amélioration de la qualité des données; ii) entreprendre la recherche opérationnelle afin de déterminer les raisons pour lesquelles on ne parvient pas à atteindre un grand nombre d'enfants non vaccinés; iii) intensifier la mobilisation des ressources; iv) adopter et diffuser les lignes directrices et les outils révisés pour la SIMR, et dispenser une formation à ce sujet; v) finaliser les outils d'évaluation du programme IHR, créer un répertoire des consultants, **organiser des ateliers d'orientation** et aider les pays sélectionnés à évaluer leurs capacités essentielles; vi) améliorer les mécanismes de coordination de la surveillance au sein des divisions et entre les divisions; vii) mettre en place des équipes virtuelles pour mener des investigations sur les épidémies et préparer la riposte; et viii) augmenter les effectifs pour la préparation et la riposte aux épidémies, et pour la chimiothérapie au niveau des pays.
224. Dans le contexte de la prévention et de la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme qui est en mutation rapide, l'OMS et les États Membres doivent définir les interventions prioritaires et plaider en faveur de leur mise en œuvre appropriée. La revue des programmes bénéficiera d'un appui pour accroître l'efficacité de la planification stratégique et de la mise en œuvre, sur la base d'un solide système de suivi et d'évaluation. En outre, des efforts concertés sont nécessaires pour la mobilisation des ressources. Le renforcement des systèmes de santé demeure une exigence capitale pour l'intensification des interventions d'un bon rapport coût-efficacité.
225. Dans la lutte contre les maladies non transmissibles, l'accent sera mis sur l'application d'approches intégrées pour la prévention et la lutte contre les affections chroniques non transmissibles, avec la participation des communautés, en particulier aux niveaux périphérique, de district et autres niveaux locaux. Le renforcement des capacités des pays dans la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données sur l'ampleur de ces maladies, ainsi que sur leurs causes et conséquences, devra être accéléré pour produire des bases factuelles aux fins de plaidoyer. Des efforts soutenus seront déployés pour aider les

États Membres à renforcer leurs capacités à promouvoir la santé et à nouer des partenariats, à raffermir la collaboration internationale, et à consolider la mobilisation des ressources en faveur des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles.

226. En 2009, l'OMS renforcera le plaidoyer, la mobilisation des ressources et les partenariats, afin d'accélérer les progrès vers la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au niveau des pays. L'OMS concentrera également les ressources limitées disponibles sur les pays qui supportent une charge de morbidité et de mortalité très élevée, et font le moins de progrès dans l'amélioration de la survie de la femme et de l'enfant. Les capacités des pays seront renforcées pour inclure les interventions en faveur de la SMNI dans les propositions soumises pour solliciter des financements, notamment auprès du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) et de l'Alliance GAVI. Les pays bénéficieront d'un appui pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des services de SMNI et services de santé génésique, y compris la planification familiale. En outre, un appui sera fourni pour la recherche et l'utilisation des bases factuelles produites par la recherche pour l'amélioration de la prestation de services.
227. En ce qui concerne les situations d'urgence, les catastrophes, les crises et les conflits dans la Région, les interventions seront axées sur : i) la disponibilité de capacités institutionnelles suffisantes pour maintenir une présence minimale de l'Organisation sur le terrain, en maintenant les postes du personnel en charge des urgences dans des pays clés; ii) la poursuite vigoureuse de la mobilisation des fonds, grâce aux mécanismes mis en place et à l'exploration de nouvelles possibilités; iii) le renforcement des capacités nationales dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence, grâce au plaidoyer en faveur de la nécessité de créer et de renforcer des unités chargées des situations d'urgence dans les ministères de la santé; iv) l'organisation de cours de formation en Afrique, en collaboration avec les institutions africaines; et v) la poursuite du renforcement de la collaboration entre programmes et de la collaboration intersectorielle.
228. Le rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé décrit les principales conditions de vie et les facteurs sous-jacents qui les influencent. Il propose des mesures et donne des exemples administrant la preuve de l'efficacité de telles mesures pour améliorer la santé et l'équité en santé dans des pays se trouvant à tous les niveaux de développement socioéconomique. Les pays de la Région africaine auront besoin d'un appui dans leurs efforts pour mettre en œuvre les recommandations du rapport. Le Programme Éthique, Équité, Commerce et Droits de l'Homme identifiera les capacités existantes et renforcera les capacités nécessaires pour agir sur les déterminants sociaux de la santé dans la Région, dans l'intention d'appuyer les demandes des pays.
229. La Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique relance l'élaboration de politiques et programmes intégrés dans les domaines de la santé et de l'environnement en tant que réponse cohérente aux défis associés à la santé et à l'environnement. La traduction des engagements de la Déclaration en actions concrètes sera une des priorités en 2009.
230. Pour ce qui est de la sécurité sanitaire des aliments et de la nutrition, l'accent sera mis sur la fourniture d'un appui aux pays pour les aider à élaborer et à mettre en œuvre des politiques

et plans d'action nationaux, à accroître la mobilisation des ressources, et à nouer ou à renforcer des partenariats et des liens de collaboration.

231. Les efforts se poursuivront pour aider les États Membres à renforcer leurs systèmes et services de santé nationaux, notamment les systèmes de santé de district, grâce à l'approche des soins de santé primaires. À cette fin, l'OMS s'attachera à promouvoir la couverture universelle et à contribuer à l'accroissement de l'efficacité des systèmes de santé, conformément aux OMD. Les efforts de coordination et de collaboration seront renforcés au sein de l'OMS pour promouvoir les missions conjointes et la coordination de l'appui, au bénéfice des pays. Une plus grande attention sera accordée au renforcement du dialogue et de la collaboration entre les programmes pour optimiser les synergies entre les programmes et les systèmes, afin d'améliorer les résultats en matière de santé. La qualité de l'appui technique fourni aux pays sera améliorée, grâce à l'interaction fructueuse avec les bureaux de pays et à une meilleure préparation des missions à tous les niveaux.
232. La collaboration avec les gouvernements et les différents acteurs nationaux intervenant dans le domaine des produits pharmaceutiques et de la médecine traditionnelle, ainsi qu'avec les institutions appropriées et les consultants de diverses disciplines, permettra d'assurer la coordination de la mise en œuvre des programmes relatifs aux technologies sanitaires et produits médicaux, de façon à satisfaire les besoins croissants à cet égard. Une autre priorité a trait à la mobilisation de partenaires supplémentaires pour soutenir les pays dans leurs efforts visant à élaborer et à mettre en œuvre des politiques nationales appropriées et complètes sur la gestion des technologies sanitaires et les services des laboratoires de santé.
233. Les capacités internes de l'OMS en matière de plaidoyer, de négociation, et de mobilisation des ressources seront renforcées grâce à une formation pertinente. La mise en œuvre des stratégies de coopération avec les pays, avec un accent particulier sur le suivi et l'engagement des acteurs concernés, sera poursuivie. Le respect des engagements cruciaux pris au titre de diverses déclarations adoptées en 2008 sera harmonisé au niveau des pays. Le renforcement du Secrétariat pour l'initiative Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) est envisagé à Brazzaville en 2009. La finalisation de l'Accord général entre l'Union africaine et l'OMS, et du projet de protocole-cadre d'accord avec les Communautés économiques régionales sera accélérée. La consolidation de toutes les activités de partenariat et de mobilisation de ressources se fera conformément aux stratégies récemment élaborées. La collaboration avec les partenaires non habituels fera l'objet d'une exploration plus poussée, en particulier avec les organisations non gouvernementales et le secteur privé.
234. Pour que les activités de l'OMS dans la Région soient efficaces et efficaces, il est crucial de renforcer les capacités des personnels des bureaux de pays dans la planification, la gestion, le suivi et l'évaluation des programmes, ainsi que dans la mobilisation des ressources, afin d'apporter aux ministères de la santé un appui plus cohérent et continu. Certaines unités travailleront avec le Système global de gestion (GSM) et le Centre mondial des Services (GSC) afin de garantir la finalisation, en temps voulu, des activités du GSM y afférentes. En 2009, les unités entendent également consacrer une bonne partie du temps au nettoyage des données, au test de conversion des données, à la préparation des services budgétaires et financiers au lancement du GSM dans la Région en 2010. La communication et l'interaction avec le GSC seront renforcées, et l'appui de la Région au GSC se poursuivra pendant la

période de transition. La mise en place du GSM dans la Région africaine va nécessiter un changement dans la gestion des ressources humaines pour passer de la gestion des papiers à la gestion des talents. Certains programmes devront être redéfinis afin de s'adapter aux nouvelles conditions de travail créées par le GSM. L'identification et la mobilisation de financements plus substantiels pour permettre au Bureau régional d'assurer avec succès la prestation de services logistiques et d'appui, constituent assurément des priorités pour les années à venir.

# ANNEXE 1

## Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 de l'OMS: exposé des Objectifs stratégiques

- 1 Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles
- 2 Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme
- 3 Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et au traumatisme
- 4 Réduire la morbidité et la mortalité, et améliorer la santé lors aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé
- 5 Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques
- 6 Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque
- 7 Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme
- 8 Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement
- 9 Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable
- 10 Renforcer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles
- 11 Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation
- 12 Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le Onzième programme général de travail
- 13 Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat

# ANNEXE 2

État de mise en œuvre du budget au 31 décembre 2008 (montants en milliers de dollars US)

<b>1. Contributions fixées (AC)</b>				
OS	Montants alloués	Obligations	Taux d'exécution (%)	
1	19,114	8,130	43	
2	12,986	6,208	48	
3	9,319	3,082	33	
4	18,114	9,009	50	
5	3,767	1,596	42	
6	9,837	4,622	47	
7	5,781	2,167	37	
8	5,532	2,326	42	
9	4,724	1,578	33	
10	22,176	11,880	54	
11	6,072	2,493	41	
12	34,895	20,845	60	
13	54,422	33,176	61	
<b>Total</b>	<b>206,739</b>	<b>107,112</b>	<b>52</b>	

<b>2. Contributions volontaires (VC)</b>				
OS	Montants alloués	Obligations	Taux d'exécution (%)	
1	326,043	189,713	58	
2	74,661	44,970	60	
3	3,289	2,063	63	
4	33,137	13,619	41	
5	55,834	37,540	67	
6	3,436	2,456	71	
7	1,972	514	26	
8	2,807	1,535	55	
9	2,032	920	45	
10	20,737	9,075	44	
11	9,149	6,223	68	
12	7,125	3,617	51	
13	36,493	23,300	64	
<b>Total</b>	<b>576,715</b>	<b>335,545</b>	<b>58</b>	

### 3. Consolidées (AC +VC)

OS	Montants alloués	Obligations	Taux d'exécution (%)
1	345,157	197,843	57
2	87,647	51,178	58
3	12,608	5,145	41
4	51,251	22,628	44
5	59,601	39,136	66
6	13,273	7,078	53
7	7,753	2,681	35
8	8,339	3,861	46
9	6,756	2,498	37
10	42,913	20,955	49
11	15,221	8,716	57
12	42,020	24,462	58
13	90,915	56,476	62
<b>Total</b>	<b>783,454</b>	<b>442,657</b>	<b>57</b>

# ANNEXE 3

## Liste des résolutions du Comité régional examinées

- AFR/RC53/R1:** Macroéconomie et santé: L'avenir dans la Région africaine
- AFR/RC53/R4:** Santé de la femme: Stratégie de la Région africaine
- AFR/RC53/R6:** Intensification des interventions liées au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose
- AFR/RC54/R5:** Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/sida dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà
- AFR/RC54/R9:** Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique
- AFR/RC55/R2:** Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé: Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine
- AFR/RC55/R4:** Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine: Situation actuelle et perspectives
- AFR/RC55/R5:** Lutte contre la tuberculose: Situation dans la Région africaine
- AFR/RC55/R6:** Accélération des efforts de prévention du VIH dans la Région africaine
- AFR/RC56/R1:** Plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination 2006-2009
- AFR/RC56/R6:** Revitaliser les services de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine
- AFR/RC56/R7:** Grippe aviaire: Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie
- AFR/RC57/R2:** Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS

## NOTES

1. OMS, Plan stratégique à moyen terme 2008-2013; Budget Programme 2008-2009, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
2. OMS, Mortalité maternelle en 2005, estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
3. OMS, Statistiques sanitaires mondiales, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
4. UNICEF, Compte à rebours pour 2015: Suivi des progrès dans la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, New York, UNICEF, 2008.
5. Conférence internationale sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé, Ouagadougou, Burkina Faso, 28 - 30 avril 2008 ; Conférence ministérielle sur la recherche pour la santé dans la Région africaine, Alger, Algérie, 23 - 26 juin 2008 ; et Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique, Libreville, Gabon, 28 - 29 août 2008.
6. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Madagascar, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Zambie.
7. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Gambie, Ghana, Guinée, Malawi, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Togo.
8. Angola, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Mali, Niger, Nigeria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad, Togo.
9. Angola, Bénin, Burundi, Congo, Ouganda, Sénégal, Tchad.
10. Bénin, Burundi, Guinée équatoriale, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Malawi, Madagascar, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland.
11. Bénin, Cap-Vert, Comores, Congo, Éthiopie, Érythrée, Gabon, République démocratique du Congo, Zimbabwe.
12. Angola, Bénin, Cap-Vert, Érythrée, Gambie, Guinée équatoriale, Kenya.
13. Mali, Mauritanie, Niger, Ouganda, Rwanda, Zambie.
14. Angola, Cameroun, Congo, Érythrée, Ghana, Kenya, Sierra Leone, Zambie.
15. Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Liberia, République centrafricaine, Sierra Leone.
16. Afrique du Sud (NICD), Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya (KEMRI), Madagascar, Maurice, Nigeria (Abuja), Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Zambie.
17. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie, Zimbabwe.
18. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Cameroun, Kenya, Lesotho, Madagascar, Namibie.
19. Algérie, Bénin, Comores, Érythrée, Gambie, Maurice, République démocratique du Congo, Sierra Leone.

20. Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Éthiopie, Guinée-Bissau, Madagascar, Malawi, Mali, Namibie, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zimbabwe.
21. Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Guinée-Bissau, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zimbabwe.
22. Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Éthiopie, Gambie, Guinée-Bissau, Madagascar, Malawi, Mali, Namibie, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zimbabwe.
23. Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Mozambique, Namibie, Swaziland, Tanzanie, Zambie.
24. Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, République centrafricaine, République démocratique du Congo.
25. Burkina Faso, Guinée, Kenya, Lesotho, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Tanzanie.
26. Afrique du Sud, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigeria, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie (et Zanzibar), Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe.
27. Burkina Faso, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Ghana, Kenya, Nigeria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Swaziland, Tanzanie (et Zanzibar), Zimbabwe.
28. Angola, Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar, Nigeria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, Tchad, Zimbabwe.
29. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cap-Vert, Ghana, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo.
30. Angola, Cameroun, Congo, Gabon, Guinée-Bissau, Mauritanie, Niger, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Tchad, Togo.
31. Cameroun, Éthiopie, Kenya, Mali, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal, Zambie.
32. Élaboration par 16 partenaires dans la Région et adoption en 2004 par les ministères de la santé de la Région, AFR/RC57/R9.
33. Burkina Faso, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Zimbabwe.
34. Cameroun, Cap-Vert, Guinée, Guinée équatoriale, Mali, Sao Tomé et Príncipe.
35. Afrique du Sud, Éthiopie, Malawi, Mozambique, Nigeria, Tanzanie.

36. Afrique du Sud, Éthiopie, Malawi, Mozambique, Nigeria, Tanzanie.
37. Éthiopie, Gabon, Gambie, Guinée-Bissau, Malawi, Mozambique, Niger, Ouganda, Sénégal, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.
38. Éthiopie, Lesotho, Mozambique, Nigeria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Swaziland, Zambie, Zimbabwe.
39. Burkina Faso, Burundi, Congo, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda, Tanzanie.
40. Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Ghana, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda, Sénégal, Togo, Zambie.
41. Afrique du Sud, Botswana, Érythrée, Gambie, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Namibie, Sierra Leone, Swaziland.
42. Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie, Rwanda, Sénégal.
43. Ghana, Kenya, Malawi, Ouganda, Sénégal, Zambie.
44. Burkina Faso, Éthiopie, Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Nigeria, Ouganda, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.
45. Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Madagascar, Mali, Mozambique, Sénégal, Sierra Leone, Togo, Zambie, Zimbabwe.
46. Cameroun, Gabon, Ghana, Guinée, Madagascar, Mali, Togo.
47. Angola, Botswana, Éthiopie, Gambie, Ghana, Lesotho, Libéria, Nigeria, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Zambie.
48. Bénin, Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Lesotho, Libéria, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Sierra Leone, Swaziland, Zimbabwe.
49. Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Libéria, Mali, Mauritanie, Nigeria, République centrafricaine, Sénégal, Tchad.
50. Algérie, Angola, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Madagascar, Mozambique, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Tchad, Zimbabwe.
51. Angola, Botswana, Burundi, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Swaziland, Tchad.
52. Bénin, Burkina Faso, Congo, République centrafricaine, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie (et Zanzibar).
53. Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Kenya, Libéria, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad, Zimbabwe.
54. Angola, Burkina Faso, Éthiopie, Guinée-Bissau, Madagascar, Niger, République démocratique du Congo, Zimbabwe.
55. Angola, Bénin, Botswana, Cap-Vert, Ghana, Guinée-Bissau, Libéria, Madagascar, Mali, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo.

56. Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Libéria, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Mozambique, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Togo.
57. Angola, Bénin, Botswana, Érythrée, Ghana, Madagascar, Mozambique, Sénégal.
58. Bénin, Gabon, Guinée, Libéria, Madagascar, Malawi, Namibie.
59. «Alcool et santé» et «Ressources disponibles pour le traitement et la prévention des troubles dus à l'abus de substances psychoactives».
60. Burundi, Cap-Vert, Ghana, Ouganda, République centrafricaine, Sénégal, Tanzanie, Zimbabwe.
61. Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Kenya, Libéria, Mozambique.
62. Afrique du Sud, Algérie, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Tanzanie (et Zanzibar), Zambie, Zimbabwe.
63. Afrique du Sud, Cameroun, Éthiopie, Nigeria, République centrafricaine, Sénégal.
64. Afrique du Sud, Éthiopie, Gambie, Guinée, Malawi, Rwanda, Ouganda.
65. Gambie, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Mozambique, Seychelles.
66. Bénin, Burkina Faso, Congo, Gabon, Mali, Niger, République démocratique du Congo, Sénégal, Togo.
67. Bénin, Kenya, Malawi, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal.
68. Comores, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Maurice, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Seychelles, Tanzanie, Zambie.
69. Cameroun, Ghana, Libéria, Malawi, Nigeria, Sierra Leone, Zambie.
70. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe.
71. Algérie, Bénin, Burundi, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Togo, Zambie.
72. Afrique du Sud, Angola, Cameroun, Comores, Congo, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Togo.
73. Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Érythrée, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Mauritanie, Swaziland, Tanzanie.
74. Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Zambie.

75. Burkina Faso, Éthiopie, Gambie, Guinée-Bissau, Lesotho, Libéria, Mauritanie, Mozambique, Nigeria, Swaziland, Zambie, Zimbabwe.
76. Congo, Éthiopie, Lesotho, Madagascar, Mauritanie, République démocratique du Congo.
77. Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Togo.
78. Burundi, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Ghana, Libéria, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Niger, Ouganda.
79. Burkina Faso, Burundi, Guinée, Libéria, Mali, Mozambique, Rwanda.
80. Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Mozambique, Ouganda, Tanzanie, Zambie.
81. Bénin, Cameroun, Éthiopie, Kenya, Malawi, Mozambique, Zambie.
82. Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Madagascar, Mali, Niger, Sénégal.
83. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Gabon, Kenya, Lesotho, Mali, Maurice, Nigeria, Ouganda, Sénégal, Seychelles, Zimbabwe.
84. Angola, Burkina Faso, Éthiopie, Nigeria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Seychelles, Tanzanie.

