

**ACTIVITÉS DE L'OMS
DANS LA RÉGION AFRICAINE
2008-2009**

**RAPPORT BIENNAL DU
DIRECTEUR RÉGIONAL**



ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2008-2009

RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR RÉGIONAL

À LA SOIXANTIÈME SESSION
DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE,
MALABO, RÉPUBLIQUE DE GUINÉE ÉQUATORIALE,
30 AOÛT – 3 SEPTEMBRE 2010

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE
BRAZZAVILLE • 2010

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008-2009: Rapport biennal du Directeur régional

1. Planification de la santé au niveau régional
2. Administration de la santé publique
3. Réalisations
4. Organisation mondiale de la Santé
5. Afrique

ISBN: 978 929 031 1614 (Classification NLM: WA 541 HA1)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2010)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès du Service de la Littérature sanitaire et de la Bibliothèque, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B. P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100 ; télécopie : +47 241 39507 ; adresse électronique : afrobook@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

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

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

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

Imprimé en République du Congo

*Le Directeur régional a l'honneur de soumettre
au Comité régional le rapport d'activités de
l'Organisation mondiale de la Santé pour la période
du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009.*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis Gomes Sambo'. The signature is fluid and cursive, with a large initial 'L' and 'S'.

*Dr Luis Gomes Sambo
Directeur régional*

SOMMAIRE

	PAGE
ABRÉVIATIONS	VI
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	IX
	PARAGRAPHES
1. INTRODUCTION	1-6
2. CONTEXTE	7-22
3. BUDGET PROGRAMME 2008-2009	23-32
4. RÉALISATIONS NOTABLES, PAR OBJECTIF STRATÉGIQUE	3-217
4.1 OS1: MALADIES TRANSMISSIBLES	33-50
4.2 OS2: VIH/SIDA, TUBERCULOSE ET PALUDISME	51-70
4.3 OS3: MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES, TROUBLES MENTAUX, VIOLENCE ET TRAUMATISME	71-82
4.4 OS4: SANTÉ DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT ET DE LA MÈRE, ET VIEILLISSEMENT	83-102
4.5 OS5: SITUATIONS D'URGENCE, CATASTROPHES, CRISES ET CONFLITS	103-108
4.6 OS6: FACTEURS DE RISQUE POUR LA SANTÉ	109-121
4.7 OS7: DÉTERMINANTS SOCIAUX ET ÉCONOMIQUES DE LA SANTÉ	122-128
4.8 OS8: UN ENVIRONNEMENT PLUS SAIN	129-136
4.9 OS9: NUTRITION, SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS ET SÉCURITÉ ALIMENTAIRE	137-150
4.10 OS10: SERVICES DE SANTÉ	151-173
4.11 OS11: TECHNOLOGIES ET PRODUITS MÉDICAUX	174-189

4.12	OS12: RÔLE MOTEUR, GOUVERNANCE ET PARTENARIAT	190–203
4.13	OS13: UNE OMS EFFICIENTE ET EFFICACE	204–217
5.	DÉFIS, CONTRAINTES ET LEÇONS APPRISES	218–236
5.1.	DÉFIS ET CONTRAINTES	218–231
5.2	LEÇONS APPRISES	232–236
6.	CONCLUSION	237–242

ANNEXES

	PAGE	
1.	PLAN STRATÉGIQUE À MOYEN TERME DE L'OMS 2008–2013: EXPOSÉ DES OBJECTIFS STRATÉGIQUES	73
2.	ALLOCATION DU BUDGET PROGRAMME APPROUVÉ, PAR OBJECTIF STRATÉGIQUE ET SOURCE DE FINANCEMENT, ET RÉPARTITION ENTRE LES BUREAUX DE PAYS ET LE BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS (EN MILLIERS DE DOLLARS DES ÉTATS-UNIS)	75

Liste des figures

	PAGE	
1.	CHARGE DE MORBIDITÉ TOTALE (EN AVCI POUR 1 000 HABITANTS), 2004	3
2.	TAUX DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS (DES DEUX SEXES) POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES	4
3.	BUDGET APPROUVÉ DE L'OMS (EN MILLIERS DE DOLLARS DES ÉTATS-UNIS) ET TAUX D'EXÉCUTION, PAR OBJECTIF STRATÉGIQUE, AU 31 DÉCEMBRE 2009	11
4.	RÉPARTITION DES CAS DE GRIPPE PANDÉMIQUE A (H1N1) 2009 CONFIRMÉS EN LABORATOIRE NOTIFIÉS DANS LA RÉGION AFRICAINNE DE L'OMS, AU MOIS DE DÉCEMBRE 2009	13
5.	RÉPARTITION DES CAS DE POLIOVIRUS SAUVAGE DANS LA RÉGION AFRICAINNE DE L'OMS EN 2008 ET 2009	16
6.	PROPORTION DES FEMMES ENCEINTES INFECTÉES PAR LE VIH AYANT ACCÈS AUX ANTIRÉTROVIRAUX DANS LE CADRE DE LA PTME DANS LA RÉGION AFRICAINE, AU MOIS DE DÉCEMBRE 2008	19

7.	NOMBRE DE PATIENTS SÉROPOSITIFS SOUS TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TAR) ET COUVERTURE TAR EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE, 2004–2008	20
8.	ÉTAT DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE DOTS DANS LA RÉGION AFRICAINE	22
9.	TENDANCES DANS LA POSSESSION DES MII PAR LES MÉNAGES ET L'UTILISATION DES MII POUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS DES PAYS SÉLECTIONNÉS AU COURS DE LA PÉRIODE 2005–2008	24
10.	PAYS METTANT EN ŒUVRE LA STRATÉGIE PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS, AU MOIS DE JUIN 2009	30
11.	ÉTAT D'AVANCEMENT DE L'ÉLABORATION DES FEUILLES DE ROUTE DANS LA RÉGION AFRICAINE, AU MOIS DE DÉCEMBRE 2009	32
12.	TENDANCES DU POURCENTAGE DES FEMMES ENCEINTES INFECTÉES PAR LE VIH RECEVANT LE TAR DANS LE CADRE DE LA PTME DE 2005 À 2008	34
13.	ÉTAT DE MISE EN ŒUVRE DES ENQUÊTES STEPS, AU MOIS DE NOVEMBRE 2009	39
14.	ÉTAT DE RATIFICATION DE LA CCLAT DANS LA RÉGION AFRICAINE	40

ABRÉVIATIONS

ACD	Atteindre chaque district
ACP	Groupe des États d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique
ACT	Association thérapeutique à base d'artémisinine
AFRO	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ASSIST	Test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives
AVCI	Année de vie corrigée de l'incapacité
CARMMA	Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique
CCLAT	Convention cadre pour la lutte antitabac
CE	Commission européenne
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CER	Communauté économique régionale
CILSS	Comité Inter-États de Lutte contre la Sécheresse au Sahel
CIRC	Centre international de Recherche sur le Cancer
CNS	Comptes nationaux de la santé
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
EAIP	Équipe d'appui inter pays
ETMN	Élimination du tétanos maternel et néonatal
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
EPNU	Équipe pays des Nations Unies
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GSM	Système mondial de gestion
HELP	Urgences sanitaires pour de grandes populations
HHA	Harmonisation pour la Santé en Afrique
IHP+	Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées
IRSP	Institut régional de Santé publique
ITOCA	Centre de formation et de sensibilisation à l'information en Afrique
IVA	Inspection visuelle après application d'acide acétique
IVL	Inspection visuelle après application de soluté de lugol
MCV	Maladie cardiovasculaire
MOSS	Normes minimales de sécurité opérationnelle
MORSS	Normes minimales de sécurité opérationnelle en matière de résidence

MST	Maladie sexuellement transmissible
MTN	Maladie tropicale négligée
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l’Afrique
OCHA	Bureau de Coordination des Affaires humanitaires
OIM	Organisation internationale pour les Migrations
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
OOAS	Organisation ouest-africaine de la Santé
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
OS	Objectif stratégique
PALOPs	<i>Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa</i> Pays africains de langue officielle portugaise
PNUE	Programme des Nations Unies pour l’Environnement
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PSMT	Plan stratégique à moyen terme
PSN	Politique sanitaire nationale
PSNS	Plan stratégique national de santé
RDT	Équipe des Directeurs régionaux (du système des Nations Unies)
REACH	Partenariat visant à éliminer la faim et la dénutrition chez les enfants
RSI	Règlement sanitaire international (2005)
SADC	Communauté de Développement de l’Afrique australe
SAICM	Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques
Sida	Syndrome d’immuno-déficience acquise
SINURC	Stratégie internationale des Nations Unies pour la réduction des catastrophes
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
SNIS	Système national d’information sanitaire
SSP	Soins de santé primaires
STEPS	Approche par étapes de la surveillance des facteurs de risque
TB	Tuberculose
TBCAP	Programme d’assistance pour la lutte contre la tuberculose dans les pays

TB-MR	Tuberculose à bacilles multi-résistants
TB-UR	Tuberculose à bacilles ultra-résistants
UA	Union africaine
UNDAF	Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNITAR	Institut des Nations Unies pour la Formation et la Recherche
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement international
VIH	Virus de l'immuno-déficience humaine
WCC	Centre collaborateur de l'OMS
WCO	Bureau de pays de l'OMS

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Le biennium 2008-2009 a été le deuxième de la série dans de la mise en œuvre du programme mondial d'action sanitaire de l'OMS, tel que défini dans le onzième Programme général de travail 2006-2015. Il a été le premier biennium de la mise en œuvre du Plan stratégique à moyen terme (PSMT), qui définit les orientations stratégiques de l'OMS pour la période 2008-2013. La dernière année du biennium a été marqué par la fin du premier mandat du Dr Luis Gomes Sambo au poste de Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique et par sa réélection à ce poste, pour un deuxième mandat, lors de la cinquante-neuvième session du Comité régional tenue du 31 août au 4 septembre 2009 à Kigali (Rwanda).

2. Le biennium sous revue a également été marquée par la célébration du soixantième anniversaire de la création de l'OMS et du trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de Santé primaires. Le Rapport sur la santé dans le monde 2008 et la résolution WHA62.12 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur les soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris, ont réaffirmé les valeurs et les principes de la Déclaration d'Alma-Ata, en tant que fondement du développement sanitaire. À l'échelle mondiale, les consultations, déclarations et rapports de l'OMS sur des questions de santé importantes telles que les déterminants sociaux de la santé ; la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ; la recherche pour la santé ; et la promotion de la santé, ont offert des possibilités pour la mobilisation des efforts et des ressources en vue de s'attaquer à certains des principaux défis de santé dans la Région.

3. Au niveau régional, 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 d'Alger sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine : Réduire le déficit des connaissances pour améliorer la santé en Afrique, et la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement, toutes adoptées en 2008, ont souligné la nécessité de renforcer les systèmes de santé et d'agir sur les facteurs environnementaux pour améliorer les résultats dans le domaine de la santé.

4. L'OMS a activement collaboré avec les gouvernements des États Membres de la Région africaine dans leurs efforts pour accorder une plus haute priorité aux questions de santé et maintenir leur engagement en faveur du financement du secteur de la santé. Le rôle moteur de l'OMS dans le secteur de la santé a été renforcé au niveau des pays, et

sa gouvernance s'est améliorée avec la consolidation de sa politique de décentralisation et l'établissement et l'extension de partenariats stratégiques pour la santé, à la lumière des principes sous-tendant la Déclaration de Paris.

5. Au cours du biennium, la situation sanitaire des populations de la Région est demeurée une source de préoccupation. La plupart des pays de la Région africaine n'ont pas réalisé des progrès suffisants pour atteindre les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). La Région a continué à supporter une charge élevée due aux maladies transmissibles et non transmissibles. Certains États Membres ont été touchés par des flambées de maladies telles que la fièvre hémorragique à virus Ebola et la fièvre de la Vallée du Rift, et la résurgence du choléra, de la méningite à méningocoques et de la fièvre jaune. La mise en œuvre des stratégies de lutte contre la rougeole dans la Région africaine a permis de réduire de 92 % le nombre estimé de décès dus à cette maladie à la fin de 2008. Toutefois, certains pays ont été confrontés à des contraintes dans leurs efforts pour pérenniser la performance des services de vaccination.

6. La transmission rapide du virus de la grippe pandémique A (H1N1) d'une personne à l'autre a bénéficié de toute l'attention voulue. Aussi bien lors de la quatrième session de la Conférence des Ministres africains de la Santé de l'Union africaine, tenue en mai 2009, que lors de la Réunion extraordinaire des Ministres de la Santé de la Communauté économique des États de l'Afrique centrale, tenue également en mai 2009, les États Membres ont réaffirmé leur engagement à mobiliser les ressources nécessaires pour atténuer les effets potentiels d'une pandémie de grippe en Afrique. La Conférence régionale sur la Grippe pandémique A (H1N1) 2009, tenue en août 2009 à Johannesburg, a contribué à évaluer la situation dans la Région et a fourni des orientations techniques pour le renforcement des capacités des États Membres à faire face à la pandémie.

7. Le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme sont restés des problèmes de santé publique majeurs pendant le biennium. Conformément à la résolution AFR/RC/R6 du Comité régional sur l'accélération des efforts de prévention du VIH dans la Région africaine, la prévention de l'infection à VIH est demeurée une haute priorité. Les maladies chroniques non transmissibles sont demeurées un problème croissant de santé publique. L'Appel à l'Action de Nairobi pour combler le fossé de la mise en œuvre en promotion de la santé, adopté en 2009, et l'Appel à l'Action de Maurice pour la lutte contre le diabète, les maladies cardiovasculaires et les autres maladies non transmissibles, adopté également en 2009, ont été autant de possibilités offertes pour s'attaquer à la charge croissante des maladies non transmissibles dans la Région.

8. La Région africaine enregistre encore les taux les plus élevés de mortalité maternelle, néonatale et des enfants de moins de cinq ans, soit respectivement 900 pour 100 000 naissances vivantes, 45 pour 1 000 naissances vivantes, et 145 pour 1 000 naissances vivantes. Le lancement, par la Commission de l'Union africaine, de la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), l'adoption de la résolution du Comité régional AFR/RC58/R1 intitulée «Santé de la femme dans la Région africaine : Appel à l'action», et la création de la Commission de la Santé de la Femme dans la Région africaine par le Directeur régional figurent parmi les actions menées pour s'attaquer à la situation préoccupante de la santé maternelle.

9. Les faiblesses des systèmes de santé de la Région sont demeurées une source de préoccupation pendant le biennium. Les États Membres ont continué à être confrontés aux défis liés à l'insuffisance des ressources humaines et financières et à l'accès limité à des technologies et produits médicaux essentiels de qualité, y compris les services cliniques et de laboratoire et les services d'imagerie diagnostique. La pénurie de personnels de santé est demeurée très aiguë dans la Région, la majorité des pays étant confrontés à une grave crise des ressources humaines pour la santé (RHS). Par ailleurs, la Déclaration de Ouagadougou, la Déclaration d'Alger et la Déclaration de Libreville, tout comme le Rapport final de la Commission OMS des Déterminants sociaux de la Santé, publié en 2008, ont fourni des idées sur la façon de s'attaquer au manque d'équité en santé qui prévaut actuellement.

10. S'agissant des priorités régionales, les activités de l'OMS ont été menées dans le cadre des 13 objectifs stratégiques de l'OMS. Les principales réalisations sont présentées, par objectif stratégique, dans les paragraphes qui suivent.

11. **OS1 Prévenir et lutter contre les maladies transmissibles:** Plusieurs flambées de maladies ont été détectées et une riposte efficace a été organisée. À cet égard, il y a lieu de citer la grippe pandémique A (H1N1) 2009, qui a dicté immédiatement des améliorations dans les capacités de riposte du Secrétariat de l'OMS et des États Membres. Des progrès ont été réalisés dans la vaccination systématique, la lutte contre la rougeole, l'élimination du tétanos maternel et néonatal, la lutte contre les maladies tropicales négligées et la lutte contre la fièvre jaune. La mortalité due à la rougeole a été réduite de plus de 90 %. La lèpre a été éliminée au niveau national dans tous les États Membres.

12. **OS2 Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme:** Des outils normatifs ont été mis au point pour appuyer les pays dans l'intensification des interventions de lutte contre le VIH/sida et le paludisme, et dans la mise en œuvre de la stratégie Halte à la Tuberculose. L'accès aux services de prévention, de traitement et soins du VIH/sida s'est amélioré, et au moins cinq pays ont atteint la cible de l'accès universel pour les services de prévention de la transmission mère-enfant. Un appui a été fourni aux pays pour leur faciliter l'accès aux médicaments antituberculeux, par l'intermédiaire du Dispositif mondial de financement des médicaments antituberculeux. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a été le principal mécanisme externe ayant permis de garantir des financements aux pays.

13. **OS3 Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles:** L'Appel à l'Action de Maurice pour la lutte contre le diabète, les maladies cardiovasculaires et les autres maladies non transmissibles (MNT) a accru l'engagement des États Membres à lutter contre les maladies non transmissibles, y compris les facteurs de risque y afférents. Au cours du biennium, les capacités des points focaux des ministères de la santé et des bureaux de pays de l'OMS ont été renforcées 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 troubles mentaux et les problèmes liés à la toxicomanie. La première Journée mondiale du Noma a été organisée. À la fin du biennium, la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles avaient été instituées au niveau des soins primaires, et 35 États Membres avaient signé la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées.

14. **OS4 Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie:** L'OMS a fourni aux pays un appui dans l'adoption et la mise en œuvre de diverses interventions clés en faveur de la santé maternelle et infantile. Quarante-trois pays mettaient en œuvre leurs feuilles de route nationales pour la santé maternelle et néonatale. L'Union africaine et l'OMS ont lancé la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle. La couverture des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH est passée à 45 %. À la demande du Comité régional, la Commission de la Santé de la Femme dans la Région africaine a été créée et lancée pour produire des bases factuelles pour un meilleur plaidoyer et de meilleures initiatives politiques. Tous les pays mettaient en œuvre des programmes de santé de la reproduction, sur la base de la stratégie de l'OMS en la matière.

15. **OS5 Mieux répondre aux situations d'urgence, catastrophes, crises et conflits:** La capacité de l'OMS à aider les États Membres à se préparer et à riposter aux situations d'urgence a été renforcée, avec des améliorations substantielles dans l'organisation en temps voulu et la qualité de la riposte. Des ressources suffisantes ont été mobilisées à temps pour la coordination des aspects sanitaires des situations d'urgence.

16. **OS6 Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé:** L'Appel à l'Action de Nairobi pour combler le fossé de la mise en œuvre en promotion de la santé a imprimé un nouvel élan à la prévention de la maladie. Dans plusieurs pays, des équipes multisectorielles ont été formées à la mise au point d'interventions intégrées de promotion de la santé. Les États Membres ont conduit des enquêtes sur la base de l'approche par étapes de la surveillance des facteurs de risque (STEPS). Au total, 40 pays de la Région avaient déjà ratifié la Convention cadre pour la lutte antitabac à la fin du biennium. Tous les États Membres ont contribué à la préparation et à l'achèvement de la deuxième édition du Rapport sur la lutte antitabac dans le monde. Les enquêtes mondiales sur l'alcool et la santé ont été conduites dans tous les États Membres.

17. **OS7 Traiter les déterminants sociaux et économiques sous-jacents 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:** Les États Membres ont été sensibilisés à la nécessité d'une action intersectorielle en faveur de la santé, par la diffusion des documents pertinents, y compris le Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Un appui technique a été fourni à 22 pays au moins afin de les aider à prendre des mesures concrètes pour agir sur les déterminants sociaux de la santé, y compris l'élaboration de plans et cadres nationaux, la révision des lignes directrices nationales existantes, l'ajustement des plans de réduction de la pauvreté, la conduite d'études pilotes sur les déterminants sociaux, et la formation du personnel.

18. **OS8 Promouvoir un environnement plus sain:** La première Conférence internationale sur la Santé et l'Environnement s'est tenue. Elle a adopté la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique, aux termes de laquelle les gouvernements ont pris l'engagement de mener 11 actions prioritaires, dont la conclusion d'une alliance stratégique entre la santé et l'environnement pour s'attaquer aux défis dans les secteurs de la santé et de l'environnement en Afrique. Conformément à la résolution de l'Assemblée

mondiale de la Santé WHA61.19 sur le changement climatique et la santé, le Bureau régional a préparé un cadre d'action pour protéger la santé humaine contre la variabilité du climat et le changement climatique en Afrique.

19. OS9 Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité alimentaire: Les pays ont été sensibilisés à la crise alimentaire mondiale. Des mesures de promotion de l'iodation du sel pour s'attaquer à la carence en iode ont été adoptées par la cinquante-huitième session du Comité régional. Un appui technique a été fourni à 26 pays pour l'inclusion des questions relatives à la nutrition, à la sécurité sanitaire des aliments et à la sécurité alimentaire dans les instruments nationaux de développement; l'organisation de congrès nationaux sur la nutrition; le renforcement des capacités; l'élaboration des politiques et stratégies nationales; l'adaptation des lignes directrices; l'élaboration des plans stratégiques; la mise en œuvre des activités; et l'évaluation des programmes. Un appui a également été fourni aux pays pour améliorer leur participation aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius.

20. 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: À la suite de l'adoption de la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique et de la Déclaration d'Alger sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine : Réduire le déficit des connaissances pour améliorer la santé en Afrique, leurs cadres de mise en œuvre ont été élaborés et diffusés dans les États Membres. Un appui a été fourni à 27 pays pour divers aspects du renforcement des systèmes de santé, y compris l'élaboration des politiques nationales et des paquets de services de santé essentiels, le financement durable de la santé, le renforcement des capacités, et les services de district et à base communautaire. Sept pays ont bénéficié d'un appui pour la révision de leurs plans stratégiques nationaux, et à la fin du biennium, 44 pays avaient déjà élaboré ou révisé leurs plans stratégiques nationaux de développement sanitaire. La mise en place de l'Observatoire de la Santé en Afrique a été lancée pendant le biennium. Un appui a été fourni à neuf pays pour l'amélioration de l'utilisation des bases factuelles dans l'élaboration des politiques et la prise de décisions, par la production de notes d'orientation fondées sur la revue systématique des bases factuelles concernant la plus large utilisation des associations thérapeutiques à base d'artémisinine. Le Guide pour la documentation et le partage des meilleures pratiques dans les programmes de santé a été publié. La Bureau régional a continué d'œuvrer pour l'amélioration de l'accès à la littérature scientifique et sanitaire, par le biais de l'initiative pour l'accès à l'information sur la recherche et de la Bibliothèque bleue.

21. **OS11 Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation:** Des cours de formation régionaux ont été organisés dans les domaines suivants : utilisation des régimes d'assurance maladie pour étendre la couverture des médicaments essentiels, gestion des technologies sanitaires, sûreté biologique et sécurité biologique des laboratoires, et tests de dépistage pour les dons de sang. Des lignes directrices régionales pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques pharmaceutiques nationales ont été révisées. Un rapport sur la revue à mi-parcours de la Décennie de la Médecine traditionnelle africaine (2001-2010) a été publié. Un appui a été fourni à 15 pays pour la révision de leurs listes de médicaments essentiels, le renforcement des capacités, l'utilisation rationnelle des médicaments, la mise en place de systèmes d'assurance qualité, et les évaluations des programmes. En collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), un «Guide à l'usage du réseau national de laboratoires de santé publique pour renforcer la surveillance intégrée de la maladie et la riposte» a été publié.

22. **OS12 Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats:** Conformément aux politiques et stratégies existantes de l'OMS, et notamment aux Orientations pour l'action de l'OMS dans la Région africaine, 2005-2009, les partenariats ont été renforcés avec les organisations bilatérales et multilatérales, et notamment avec les institutions des Nations Unies, grâce au rôle accru joué par l'OMS dans le partenariat HHA et l'UNDG/Afrique, ainsi qu'avec l'Union africaine, le NEPAD, la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, les Communautés économiques régionales, les ONG, la société civile et le secteur privé. Le renforcement de ces partenariats a permis à l'OMS de jouer un rôle de chef de file dans le domaine de la santé, avec un accent particulier sur le niveau des pays, en veillant à l'efficacité de l'aide dans le contexte de la Déclaration de Paris. La Région africaine de l'OMS pour l'Afrique a œuvré avec dynamisme à l'avancement du programme de réforme des Nations Unies, elle qui abrite quatre des huit pays pilotes pour l'initiative en faveur de l'unité d'action, et un certain nombre de pays «volontaires». Dans l'appui, la priorité est maintenant accordée à la mise en place et en œuvre de l'UNDAF.

23. **OS13 Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant:** Pour accroître davantage l'efficacité et l'efficacités de l'action de l'OMS dans la Région africaine, et conformément aux exigences en matière de gestion du changement dans le cadre du Système mondial de gestion (GSM), des séances d'information ont été organisées à l'intention des membres du personnel en vue de renforcer leurs capacités. Entre autres, ces actions ont permis de mieux faire connaître le

GSM aux membres du personnel de la Région ; d'améliorer l'alignement sur les processus de planification, de suivi de la performance, et d'établissement de rapports; d'améliorer substantiellement la soumission de rapports financiers par les bureaux de pays de l'OMS; de consolider le réseau régional d'apprentissage en cours d'emploi; et d'accroître la sensibilisation des membres du personnel sur les questions de sécurité sur le terrain. Dans le domaine des technologies de l'information et de la communication (TIC), l'ensemble de la Région est prête pour le GSM, avec l'installation d'un nouveau réseau pour les ordinateurs et le téléphone, la standardisation des ordinateurs personnels de bureau, le renforcement de la sécurité des technologies de l'information (TI), et l'amélioration de la gestion des communications sur le Réseau privé mondial (GPN). Un appui administratif et logistique efficace, ainsi que des services de traduction, d'interprétation, d'impression et d'autres services linguistiques ont été fournis pour plus de 80 réunions, y compris les cinquante-huitième et cinquante-neuvième sessions du Comité régional.

24. Les principales leçons apprises dans l'exécution du budget programme 2008-2009 sont notamment les suivantes : i) la réalisation de progrès dans l'acquittement des engagements mondiaux et régionaux passe par l'accélération et l'intensification des actions par les États Membres; ii) l'appropriation par les pays, la bonne gouvernance et la collaboration multisectorielle sont indispensables pour la planification et la prestation efficaces des interventions et services; iii) les ressources financières, le travail en équipe et les agents de santé bien formés et motivés facilitent la mise en œuvre des activités; iv) compte tenu du paysage mondial en mutation, il est nécessaire que l'OMS concentre ses efforts sur ses fonctions essentielles et établisse des partenariats stratégiques; v) il est nécessaire de résoudre le problème de la dépendance continue de l'OMS à l'égard des contributions volontaires des donateurs, par la recherche de sources fiables et prévisibles de financement ; et vi) la présence de personnels techniques compétents au sein de l'OMS est cruciale pour que l'OMS maintienne son rôle de chef de file.

25. Plusieurs domaines prioritaires nécessitant d'urgence des interventions ont été recensés. Ces domaines soulignent la nécessité pour l'OMS de se positionner de la meilleure façon en vue de s'acquitter de ses fonctions essentielles de manière plus efficace et efficiente, avec un accent particulier sur les orientations stratégiques suivantes :

- i) Continuer à mettre l'accent sur le rôle de chef de file de l'OMS dans la fourniture d'orientations normatives et politiques, ainsi que dans le renforcement des partenariats et de l'harmonisation;
- ii) Appuyer le renforcement des systèmes de santé, sur la base de l'approche des soins de santé primaires;

- iii) Faire de la santé des mères et des enfants la première priorité;
- iv) Accélérer les interventions de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose;
- v) Intensifier la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles;
- vi) Accélérer l'action sur les déterminants de la santé.

26. Les annexes fournissent des informations sur l'exposé des objectifs stratégiques et la répartition du budget, par objectif stratégique et source de fonds.

1. INTRODUCTION

1. Le biennium 2008-2009 a été le deuxième de la série dans la mise en œuvre du programme mondial d'action sanitaire de l'OMS, tel que défini dans le onzième Programme général de travail 2006-2015. Il a été le premier biennium de la mise en œuvre du Plan stratégique à moyen terme (PSMT), qui définit les orientations stratégiques de l'OMS pour la période 2008-2013. Le PSMT est basé sur le cadre de gestion axé sur les résultats de l'OMS, avec une nouvelle structure pour le budget.

2. La dernière année du biennium a été marquée par la fin du premier mandat du Dr Luis Gomes Sambo au poste de Directeur régional de l'OMS et la publication des Orientations stratégiques pour l'action de l'OMS dans la Région africaine (2005-2009) : Regard rétrospectif sur les cinq dernières années. La même année a été marquée par la réélection du Directeur régional pour un second mandat, lors de la cinquante-neuvième session du Comité régional.

3. Le Directeur régional fait annuellement rapport sur les activités de l'OMS dans la Région africaine. Le présent rapport, intitulé Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008-2009 : Rapport biennal du Directeur régional, a été préparé en vue de sa soumission à la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

4. En s'acquittant de ses fonctions essentielles, le Secrétariat, au titre de la coopération technique avec les États Membres, contribue aux efforts visant à s'attaquer aux problèmes de santé prioritaires dans la Région africaine de l'OMS. Le présent rapport fournit des informations complètes et à jour sur les résultats obtenus et les progrès réalisés au cours du biennium 2008-2009, évalue les défis actuels et les progrès pour atteindre les objectifs sanitaires internationaux, et définit les actions prioritaires à l'avenir.

5. Le rapport est structuré comme suit:

Section 1: cette section introduit le rapport et présente dans leurs grandes lignes ses objectifs.

Section 2: cette section décrit le contexte dans lequel le budget programme 2008-2009 a été exécuté.

Section 3: cette section présente les priorités du biennium et les ressources prévues à cet égard.

Section 4: cette section passe en revue les résultats obtenus, aussi bien au niveau régional qu'à celui des pays, dans les efforts pour s'attaquer aux problèmes de santé prioritaires, au titre de chacun des 13 objectifs stratégiques, y compris la mise en œuvre des résolutions pertinentes du Comité régional de l'OMS.

Section 5: cette section résume les défis, les contraintes et les leçons apprises au cours de la période sous revue.

Section 6: cette section présente la conclusion du rapport.

6. Les annexes présentent des tableaux sur l'exposé des 13 objectifs stratégiques et la répartition approuvée du budget programme.

2. CONTEXTE

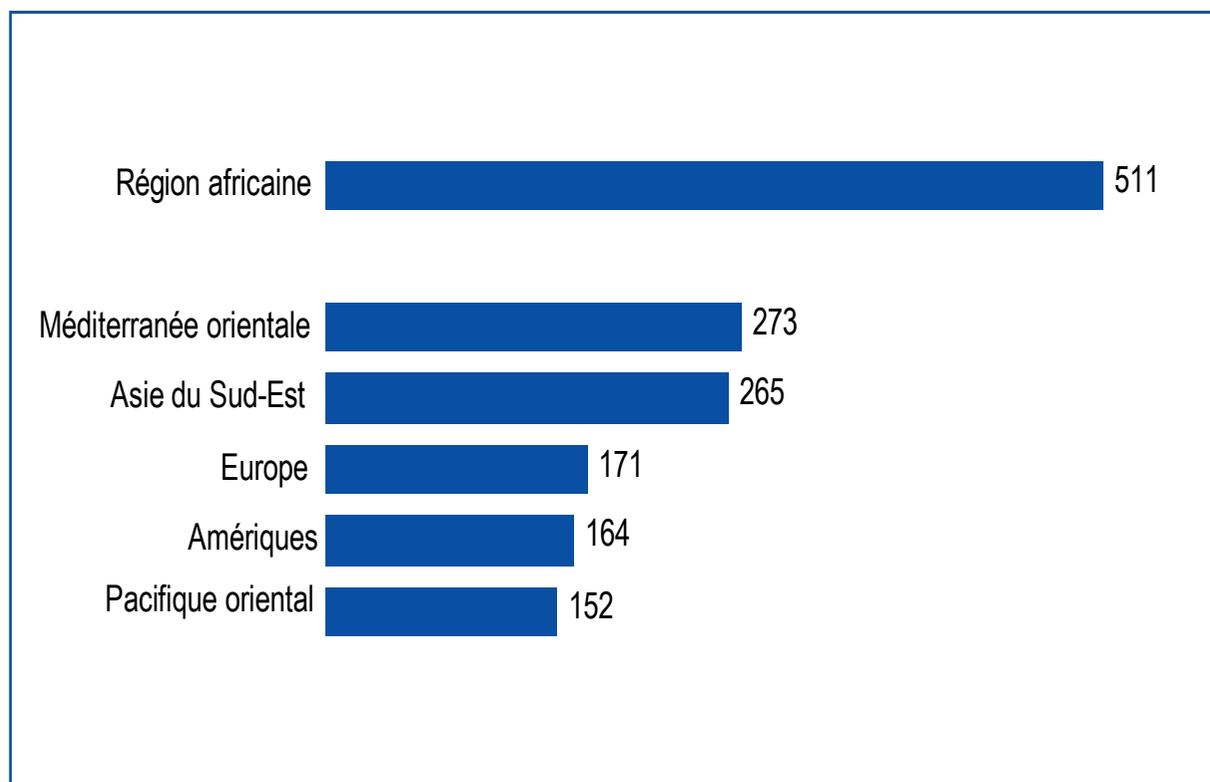
7. Les activités de l'OMS dans la Région africaine, au cours du biennium 2008-2009, ont été menées dans le cadre du onzième Programme général de travail 2006-2015 et du Plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Les activités de l'OMS ont continué d'être guidées par les engagements internationaux tels que la Déclaration du Millénaire de 2000, le Règlement sanitaire international (2005), et l'engagement de 2006 pour l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH/sida au plus tard en 2010. Elles ont également été guidées par les engagements régionaux en faveur du développement sanitaire tels que la Déclaration d'Abuja de 2001 préconisant l'allocation de 15 % du budget national au secteur de la santé ; l'engagement pris en 2006 de garantir aux populations africaines l'accès universel à des soins de santé de qualité et un meilleur état de santé à l'avenir, lors de la Conférence internationale sur la Promotion de la Santé ; et l'Appel à l'Action de Nairobi pour combler le fossé de la mise en œuvre en promotion de la santé.

8. Le biennium 2008-2009 a été marqué par la célébration du soixantième anniversaire de l'OMS et du trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de Santé primaires. Le Rapport sur la santé dans le monde 2008 et la résolution WHA62.12 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur les soins de santé primaires ont réaffirmé les valeurs et les principes de la Déclaration d'Alma-Ata, en tant que fondement du développement sanitaire. Au niveau régional, l'adoption de 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, et son entérinement par le Comité régional de l’Afrique en 2008 ont souligné la pertinence de cet instrument pour s’attaquer aux priorités sanitaires dans la Région. La Déclaration d’Alger sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine : Réduire le déficit des connaissances pour améliorer la santé en Afrique, adoptée en juin 2008, et la Déclaration de Libreville sur la Santé et l’Environnement, adoptée en août 2008, ont également souligné la nécessité de renforcer les systèmes de santé pour améliorer les résultats dans le domaine de la santé.

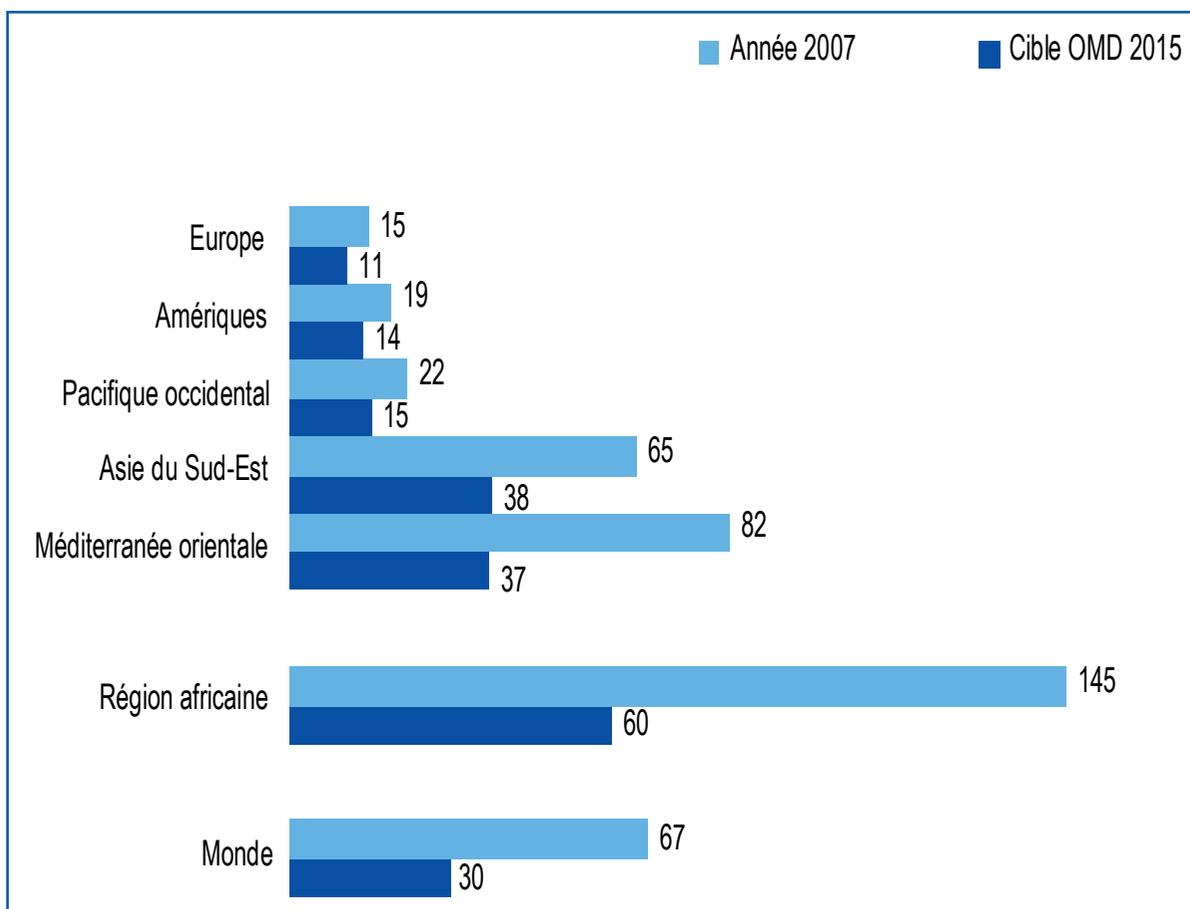
9. Au cours du biennium, la situation sanitaire est demeurée une source de préoccupation. Selon les estimations de l’OMS, la charge mondiale de morbidité, telle que mesurée par la perte d’années de vie corrigées de l’incapacité (AVCI) pour 1 000 habitants, est la plus élevée en Afrique subsaharienne, avec 538 AVCI, contre 190 AVCI en Amérique latine et dans les Caraïbes, 387 AVCI en Asie, et 277 AVCI en Méditerranée orientale. La plupart des pays de la Région africaine n’ont pas pu faire des progrès suffisants pour atteindre les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement (voir Figures 1 et 2).

FIGURE 1: CHARGE DE MORBIDITÉ TOTALE (EN AVCI POUR 1 000 HABITANTS), 2004



Source: OMS, Rapport sur la charge mondiale de morbidité 2008.

FIGURE 2: TAUX DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS (DES DEUX SEXES) POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES



Source: OMS, Rapport sur la charge mondiale de morbidité 2008.

10. La Région a continué de supporter une charge élevée due aux maladies transmissibles et non transmissibles. Des États Membres ont encore été touchés par des flambées de maladies telles que la fièvre hémorragique à virus Ebola et la fièvre de la Vallée du Rift, et la résurgence du choléra, de la méningite à méningocoques, et de la fièvre jaune. Au mois de décembre 2009, la Région avait notifié 672 cas de poliovirus sauvage. Ce chiffre est certes en baisse par rapport à celui de décembre 2008, à la suite de la réduction de plus de 90 % des cas de poliovirus sauvage de type 1 au Nigeria, mais le nombre de pays notifiant des cas de poliovirus sauvage, principalement en Afrique de l’Ouest, a augmenté. La mise en œuvre des stratégies de lutte contre la rougeole dans la Région africaine a permis de réduire de 92 % le nombre estimé de décès dus à cette maladie entre 2000 et 2008. Toutefois, certains pays ont été confrontés à des contraintes dans leurs efforts pour pérenniser la performance des services de vaccination. La prévalence de la filariose lymphatique et de la dracunculose a considérablement baissé, et la lèpre a

été éliminée au niveau national dans tous les 46 États Membres. Toutefois, la couverture des interventions dans les zones rurales est demeurée faible dans la Région, et les médicaments appropriés ne sont pas toujours disponibles.

11. La transmission rapide du virus de la grippe pandémique A (H1N1) d'une personne à l'autre a bénéficié de toute l'attention voulue. Aussi bien lors de la quatrième session de la Conférence des Ministres africains de la Santé de l'Union africaine, tenue en mai 2009, que lors de la Réunion extraordinaire des Ministres de la Santé de la Communauté économique des États de l'Afrique centrale, tenue également en mai 2009, les États Membres ont réaffirmé leur engagement à mobiliser les ressources nécessaires pour atténuer les effets potentiels d'une pandémie de grippe en Afrique. À la fin de décembre 2009, 17 119 cas confirmés en laboratoire, avec 166 décès, avaient été notifiés par 33 des 46 États Membres. La Conférence régionale sur la grippe pandémique A (H1N1) 2009, tenue en août 2009 à Johannesburg, a contribué à renforcer les capacités des États Membres à faire face à la grippe pandémique A (H1N1) 2009. L'adoption, par la cinquante-neuvième session du Comité régional, d'une résolution sur le renforcement de la prévention et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle, et d'une autre résolution sur la création d'un Fonds africain pour les urgences de santé publique, contribuera à renforcer la préparation et la riposte aux épidémies.

12. Le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme sont restés des problèmes de santé publique majeurs pendant le biennium. L'Afrique subsaharienne, qui n'abrite que 10 % de la population mondiale, supporte plus de 60 % de la charge mondiale de l'infection à VIH, de la tuberculose et du paludisme. En moyenne, 35 % des personnes souffrant de tuberculose dans la Région sont co-infectées par le VIH, et la tuberculose est la cause du décès d'environ 40 % des personnes vivant avec le VIH. Conformément à la résolution AFR/RC55/R5 du Comité régional sur l'accélération des efforts de prévention du VIH dans la Région africaine, la prévention de l'infection à VIH est demeurée une haute priorité. Au cours du biennium, l'intensification de la circoncision masculine, associée à d'autres interventions de prévention du VIH, a bénéficié d'une plus grande attention. En dépit des améliorations dans l'accès au traitement, la réalisation de bons résultats a été entravée par l'apparition de la pharmacorésistance concernant le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

13. Vers la fin du biennium, plus de 25 pays avaient notifié des cas de tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR), et plus de cinq pays avaient notifié au moins un cas de tuberculose à bacilles ultrarésistants (TB-UR). Au moment où les pays intensifiaient l'utilisation des associations thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT), l'on a signalé l'apparition de la résistance aux ACT en Asie du Sud-Est. Cette situation préoccupante a amené la cinquante-neuvième session du Comité régional à adopter une résolution sur la pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme. Le Comité régional a également fait observer qu'avec une couverture élevée du paquet complet d'interventions de prévention et de lutte contre le paludisme, il était possible de réduire la charge du paludisme et d'entretenir l'espoir quant à l'élimination de cette maladie. Le Comité régional a adopté une résolution à cette fin.

14. Les maladies chroniques non transmissibles sont demeurées un problème croissant de santé publique, certains États Membres tels que l'Algérie, le Cap-Vert, Maurice et les Seychelles connaissant déjà une transition épidémiologique des maladies transmissibles à une charge croissante des maladies non transmissibles. Dans la Région, l'on enregistre de plus en plus d'affections débilitantes et de graves complications liées aux maladies non transmissibles, notamment la cécité, l'insuffisance rénale, l'amputation de membre inférieur, l'hémiplégie, l'infarctus du myocarde, la violence et le traumatisme, les troubles mentaux et le décès. Les bases factuelles disponibles font de plus en plus ressortir la forte prévalence des facteurs de risque courants tels que le régime alimentaire peu sain, le manque d'activité physique, l'hypertension, l'usage du tabac et la consommation d'alcool. L'Appel à l'Action de Nairobi pour combler le fossé de la mise en œuvre en promotion de la santé, adopté en 2009, et l'Appel à l'Action de Maurice pour la lutte contre le diabète, les maladies cardiovasculaires et les autres maladies non transmissibles, adopté en 2009, fournissent des cadres pour les efforts visant à réduire effectivement la charge du diabète, des maladies cardiovasculaires et des autres maladies non transmissibles dans la Région.

15. La Région africaine enregistre les taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde, avec 900 décès pour 100 000 naissances vivantes. Elle enregistre également des taux de mortalité néonatale et des enfants de moins de cinq ans estimés à 45 décès pour 1 000 naissances vivantes et 145 décès pour 1 000 naissances vivantes, respectivement. Les infections, les affections périnatales, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, les grossesses non désirées, et les maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida, figurent parmi les problèmes les plus pressants de santé sexuelle et génésique en Afrique. La prévalence des contraceptifs

chez les femmes mariées est très faible (13 %), alors que le taux de fécondité est très élevé et s'établit, selon les estimations, à 5,5 par femme. Une proportion de 22 % des décès dus aux cancers est imputable au cancer du col de l'utérus. Le lancement, par la Commission de l'Union africaine, de la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) et l'adoption, par la cinquante-huitième session du Comité régional, d'une résolution demandant instamment la création de la Commission de la Santé de la Femme dans la Région africaine ont imprimé un nouvel élan aux efforts visant à s'attaquer à la situation préoccupante de la santé de la mère et de l'enfant dans la Région.

16. Au cours du biennium, tous les pays de la Région ont notifié au moins une situation d'urgence. Il s'est notamment agi de catastrophes naturelles et provoquées par l'homme telles que les inondations, les sécheresses, les flambées de maladies et les conflits. L'on a enregistré 11,6 millions de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI)¹ et 2,1 millions de réfugiés² en Afrique en 2008³, du fait des conflits et des troubles sociaux. Dans la Corne de l'Afrique, 23 millions de personnes ont eu besoin d'aide humanitaire et alimentaire, et plus de 4,5 millions d'enfants de moins de cinq ans ont été touchés par la malnutrition sévère. Rien qu'en 2009, il y a eu des inondations dans 26 pays et ces inondations ont touché plus de 1,5 million de personnes.

17. La Région africaine est encore exposée aux risques pour la santé liés à des facteurs de risque tels que l'accès limité à l'eau potable, le manque d'assainissement, la pollution de l'air à l'intérieur des habitations et à l'extérieur, le manque d'hygiène alimentaire, les carences dans l'élimination des déchets, l'absence de la lutte contre les vecteurs de maladies ou les risques liés à cette lutte, l'exposition aux produits chimiques, et les traumatismes. Par ailleurs, la Région africaine est confrontée à des risques nouveaux et émergents pour la santé publique liés à l'environnement, et notamment au changement climatique et aux polluants organiques persistants, aux déchets électroniques, aux radiations et aux nouveaux risques professionnels. Au cours de la première Conférence interministérielle sur la santé et l'Environnement en Afrique, tenue en août 2008, les États Membres ont adopté la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique, prenant ainsi l'engagement de s'attaquer aux défis liés à la santé et à l'environnement dans leurs pays.

18. À l'échelle mondiale, la dénutrition maternelle et infantile est la cause sous-jacente de 3,5 millions de décès et de 35 % de la charge de morbidité chez les enfants de moins de cinq ans⁴. Sur les 40 pays enregistrant une prévalence du retard de croissance

chez l'enfant de 40 % et plus, 23 sont des pays africains. Cette situation s'explique par le faible taux d'allaitement exclusif au sein et le caractère inadéquat et inapproprié de l'alimentation de complément. Les aliments de complément et l'eau contaminés provoquent jusqu'à cinq épisodes de diarrhée par enfant par an. Au cours du biennium, un nombre élevé de flambées de maladies d'origine alimentaire ont été notifiées, dont le choléra; l'anthrax; la fièvre typhoïde; les empoisonnements liés aux légumes, aux champignons, au haricot et au maïs contaminés par des produits chimiques; la diarrhée; le botulisme; et l'hépatite A.

19. Les faiblesses des systèmes de santé de la Région sont demeurées une source de préoccupation pendant le biennium. Les États Membres ont continué à être confrontés aux défis liés à l'insuffisance des ressources humaines et financières et à l'accès limité à des technologies et produits médicaux essentiels de qualité, y compris les médicaments essentiels, les médicaments issus de la médecine traditionnelle, les services cliniques et de laboratoire et les services d'imagerie diagnostique. La pénurie de personnels de santé est demeurée très aiguë dans la Région, la majorité des pays étant confrontés à une grave crise des ressources humaines pour la santé (RHS). Au cours du biennium, l'engagement en faveur de l'utilisation du concept de Soins de Santé primaires (SSP) en tant qu'approche pour renforcer les systèmes de santé, en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé, a été renouvelé. L'adoption de la Déclaration d'Alger a également fourni un cadre pour réduire le déficit des connaissances en vue d'améliorer la santé dans la Région. Le Rapport final de la Commission OMS des Déterminants de la Santé, publié en 2008, a offert une possibilité pour s'attaquer en partie au manque d'équité en santé qui prévaut actuellement.

20. Au cours du biennium, le Secrétariat de l'OMS a pris des mesures décisives pour consolider son rôle de chef de file dans le domaine de la santé au niveau international en améliorant sa gouvernance, en consolidant la mise en œuvre de sa politique de décentralisation, et en renforçant les partenariats pour la santé. L'adoption de déclarations servant de références et renouvelant l'engagement des gouvernements, de l'OMS et des partenaires à améliorer les résultats sanitaires dans la Région, a été un élément crucial. Le renforcement des Équipes d'appui interpayes (EAIP) a permis d'améliorer la capacité de l'OMS à fournir l'appui technique aux pays. Le Bureau régional a continué à privilégier son rôle dans l'élaboration des politiques et des stratégies, la planification et la budgétisation, le suivi et l'évaluation, la production et le partage des informations et des bases factuelles. Les Bureaux de pays de l'OMS ont continué à infléchir l'élaboration des

politiques et plans stratégiques nationaux dans le domaine de la santé, tout en plaidant en faveur de la décentralisation des ressources et des interventions des ministères de la santé du niveau central vers le niveau local.

21. Les efforts visant à faire durablement de l'OMS une organisation flexible et fondée sur l'apprentissage, qui s'acquitte de son mandat de manière plus efficace et plus efficace, se sont poursuivis au cours du biennium. Le déploiement partiel du Système global de gestion (GSM) dans la Région a été lancé. Le GSM, qui est le système de planification des ressources de l'entreprise (PRE) de l'OMS, est basé sur les technologies de l'information (TI) et permet d'enregistrer, de collationner et de produire des données pour améliorer la gestion et l'efficacité au sein de l'OMS. Le Bureau régional est entré dans la période de transition en juillet 2008. Les préparatifs pour le plein déploiement du GSM se sont poursuivis, avec l'installation et le déploiement d'une nouvelle infrastructure TI, la diffusion d'outils révisés et faciles à utiliser, et l'organisation d'ateliers d'information sur le GSM.

22. En conclusion, la situation sanitaire des populations de la Région africaine demeure inacceptable, surtout au regard de la faible couverture des soins de santé et de l'accès limité à ces soins, ainsi que des effets négatifs des déterminants de la santé, au sens large, au-delà du champ de compétence du secteur de la santé. Il existe des interventions d'un bon rapport coût/efficacité et ayant fait leurs preuves, qui devraient permettre, au cas où elles sont pleinement mises en œuvre, d'inverser les tendances préoccupantes de la situation sanitaire dans la Région. C'est la responsabilité collective de tous de veiller à ce que les populations africaines aient accès à ces interventions essentielles. Au titre de l'exécution du budget programme 2008-2009, l'OMS dans la Région africaine s'est attaquée aux priorités des pays dans l'accomplissement de ses fonctions essentielles

3. BUDGET PROGRAMME 2008-2009

23. Le budget programme de l'OMS pour 2008-2009 a été adopté par les États Membres au cours de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé tenue en mai 2007. Dans la Région africaine de l'OMS, des orientations précises pour l'exécution du budget programme dans la Région ont été approuvées par les États Membres lors de la cinquante-septième session du Comité régional tenue en août 2007.

24. Les principes de la gestion axée sur les résultats, tels que définis dans le cadre de gestion de l'OMS, ont guidé la préparation du budget programme 2008-2009. Son contenu s'articule autour des 13 objectifs stratégiques (Annexe 1) énoncés dans le Plan stratégique à moyen terme (2008-2013) de l'OMS pour relever les défis de santé dans le monde. Les différents objectifs stratégiques ne devraient pas être considérés de façon isolée les uns des autres, dans la mesure où ils ciblent des actions certes différentes, mais interdépendantes à mener par l'OMS pour la réalisation du «programme d'action sanitaire».

25. Dans le contexte des résultats escomptés à l'échelle de l'ensemble de l'Organisation et des cibles y afférentes pour le biennium, le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine a défini ses résultats escomptés à l'échelle régionale, en déterminant la portée des activités et en précisant les résultats attendus sur la période biennale. Les Divisions et les bureaux de pays de l'OMS dans la Région africaine ont ensuite défini les résultats précis attendus à leurs niveaux respectifs, ce qui a permis de disposer d'un ensemble de résultats escomptés clairement définis, mesurables et intégrés dans le budget, sur la base des priorités et plans de travail précis à mettre en œuvre.

26. Pour les 13 objectifs stratégiques, le budget global approuvé de l'OMS s'élevait à US \$4 227 480 000. La Région africaine a reçu US \$1 193 940 000, soit 28,2, ce qui est conforme au dispositif de validation des principes d'allocation stratégique des ressources financières⁵. En termes de sources de financement, il était prévu qu'un montant de US \$213 342 000 (18%) proviennent des contributions fixes (AC), et un montant de US \$980 598 000 (82 %) des contributions volontaires (VC).

27. La répartition initiale du budget régional entre les bureaux de pays de l'OMS (WCO) et le Bureau régional, telle qu'approuvée par les États Membres, était de 51 % pour les WCO et de 49 % pour le Bureau régional, y compris les Équipes d'appui interpays (EAIP). Étant donné que la part revenant aux EAIP était destinée aux dépenses à effectuer au niveau des pays, la part définitive du budget régional total, allouée aux pays, était en fait de 66 %, le solde de 34 % représentant la part réelle qui devait être dépensée au niveau du Bureau régional

28. L'état d'exécution du budget approuvé est présenté par objectif stratégique (Figure 3), en se basant sur la structure du Plan stratégique à moyen terme de l'OMS.

FIGURE 3 : BUDGET APPROUVÉ DE L'OMS (EN MILLIERS DE DOLLARS DES ÉTATS-UNIS) ET TAUX D'EXÉCUTION, PAR OBJECTIF STRATÉGIQUE, AU 31 DÉCEMBRE 2009

Ojectif stratégique N° *	Budget total approuvé (1)	Montant total des fonds mis à disposition (2)	% des fonds mis à disposition (2) / (1)	Montant total des engagements (3)	Taux d'exécution (3) / (2)
1	316 203	530 988	168	489 571	92
2	242 912	120 376	50	109 780	91
3	20 723	14 311	69	13 855	97
4	115 695	57 783	50	55 331	96
5	66 021	94 280	143	87 522	93
6	25 566	14 973	59	14 494	97
7	9 116	8 083	89	8 071	100
8	18 749	10 743	57	9 611	89
9	39 778	8 130	20	7 598	93
10	142 093	57 386	40	51 785	90
11	22 592	20 641	91	19 147	93
12	48 966	45 203	92	44 967	99
13	125 526	102 667	82	102 450	100
Total	1 193 940	1 085 564	91	1 014 182	93

* Annexe 1

Source: Région africaine de l'OMS, Budget programme 2008 – 2009 : Évaluation de la performance à la fin du biennium.

29. Globalement, dans la Région africaine, le budget total approuvé pour le biennium s'élevait à US \$1,194 milliard, dont une part de US \$606,357 millions (51 %) pour les dépenses au niveau des bureaux de pays, et une part de US \$587,583 millions pour le Bureau régional, y compris les Équipes d'appui interpays. L'Annexe 2 présente la répartition du budget, par objectif stratégique.

30. Sur le budget total approuvé de US \$1,194 milliard, un montant de US \$1,086 milliard (91 %) a été mis à disposition pour l'exécution du budget programme dans la Région africaine (Figure 3). Sur ce montant, une somme de US \$1,014 milliard a été dépensée au cours du biennium, soit un taux d'exécution de 93 %, par rapport aux fonds mis à disposition. Il importe de noter que les dépenses liées aux fonctions administratives et d'appui du Secrétariat de l'OMS, au titre des objectifs stratégiques 12 et 13, ne représentent que 14,5 % de tous les engagements.

31. Pour ce qui est de l'engagement institutionnel de l'Organisation à financer le budget programme 2008-2009 dans la Région africaine, d'importantes variations ont été observées pour les 13 objectifs stratégiques. Les fonds mobilisés et mis à disposition pour les objectifs stratégiques 1 et 5 ont dépassé les attentes, compte tenu du solide engagement des donateurs en faveur de l'éradication de la polio et des mécanismes agressifs de mobilisation des fonds mis en place pour faire face aux situations d'urgence et aux crises dans la Région.

32. Pour neuf autres objectifs stratégiques, la performance en matière de financement du budget a été satisfaisante, une proportion d'au moins 50 % du budget approuvé ayant été financée. Pour les deux objectifs stratégiques restants (OS 9 et 10), des difficultés ont été éprouvées dans la mobilisation des fonds, et la proportion des fonds mis à disposition pour financer le budget approuvé n'a pas atteint 50 %. Ce déséquilibre entre les objectifs stratégiques reflète le déphasage entre les priorités régionales et les efforts institutionnels déployés par l'OMS en matière de mobilisation des fonds.

4. RÉALISATIONS NOTABLES, PAR OBJECTIF STRATÉGIQUE

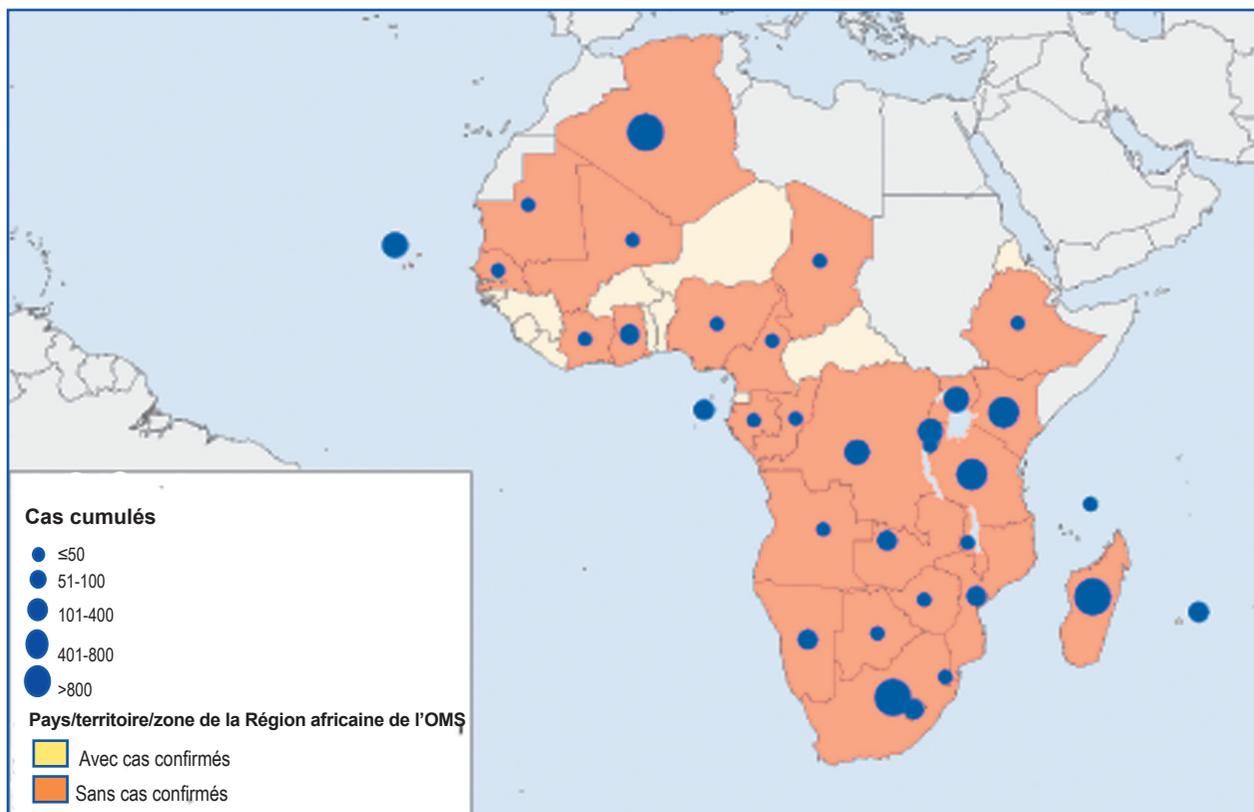
4.1 OS1 : MALADIES TRANSMISSIBLES

33. Au cours du biennium, un domaine d'intervention prioritaire majeur dans la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles a été la détection précoce des flambées de maladies infectieuses grâce aux systèmes d'alerte précoce et de veille, avec

en appui la fonction de santé publique des laboratoires et la surveillance intégrée. Les activités ont été guidées par les résolutions pertinentes sur la sécurité sanitaire mondiale; l'alerte en cas d'épidémie et la riposte; la révision du Règlement sanitaire international; la surveillance intégrée de la maladie et la riposte; et le renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans le contexte de la grippe pandémique actuelle.

34. Le biennium a été marqué par l'émergence de la grippe pandémique A (H1N1) 2009. Le premier cas de grippe pandémique, confirmé en laboratoire dans la Région africaine, a été notifié par l'Afrique du Sud en juin 2009. À la fin de décembre 2009, 33 des 46 pays de la Région avaient notifié 17 119 cas confirmés en laboratoire, avec 166 décès (Figure 4). Il convient de noter que la confirmation en laboratoire n'est pas recommandée pour tous les cas suspects de grippe pandémique A (H1N1). Le nombre de cas notifiés ne reflète donc pas réellement le nombre total de cas.

FIGURE 4 : RÉPARTITION DES CAS DE GRIPPE PANDÉMIQUE A (H1N1) 2009 CONFIRMÉS EN LABORATOIRE NOTIFIÉS DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS, AU MOIS DE DÉCEMBRE 2009



Source : Analyse des données sur la grippe pandémique A (H1N1) 2009 communiquées au Bureau régional par les États Membres, disponible à l'adresse suivante: <http://www.afro.who.int/en/pandemic-influenza-h1n1-2009/situation-updates.html>

35. Au titre de la riposte à la grippe pandémique, le Secrétariat de l'OMS a créé une équipe multidisciplinaire de gestion de la crise, chargée de la coordination des activités dans la Région. Des structures de coordination similaires ont été créées aux niveaux des Équipes d'appui interpays et des pays. Un appui technique a été fourni aux États Membres pour les aider à actualiser leurs plans nationaux de préparation et de riposte à la grippe afin de faire plus efficacement face à la pandémie. Des fonds d'urgence ont été décaissés, à hauteur de US \$2,3 millions, et des matériels de promotion, 30 trousse de matériels de protection individuelle et 1 million de doses pour le traitement antirétroviral (Tamiflu) ont été distribués aux pays. En outre, 600 000 comprimés de Tamiflu ont été pré-positionnés à Dubaï, pour envoi immédiat aux pays, en cas de besoin.

36. Pour renforcer la capacité de la Région à confirmer les cas de grippe A (H1N1) 2009, 19 des 22 laboratoires de grippe de la Région ont été dotés de matériels pour la réaction en chaîne par polymérase en temps réel (PCR), et le personnel de laboratoire a été formé à la manipulation des prélèvements et au diagnostic. Tous les 46 États Membres ont reçu des matériels pour la collecte et le transport des échantillons prélevés, pour utilisation pendant la pandémie.

37. La Conférence régionale sur la grippe pandémique A (H1N1) 2009 a été organisée en août 2009 à Johannesburg. Cette conférence a souligné la nécessité d'intensifier la communication et la mobilisation sociale, d'améliorer la prise en charge des cas, de renforcer la surveillance, et d'améliorer la disponibilité des médicaments et des matériels de protection individuelle. Elle a également contribué à l'actualisation des plans de préparation et de riposte à la pandémie par les États Membres.

38. Dans leurs efforts pour s'attaquer aux maladies potentiellement épidémiques au cours du biennium, 18 pays ont bénéficié d'un appui pour élaborer des plans complets de préparation et de riposte aux épidémies, et 21 pays d'un appui pour actualiser leurs plans de lutte contre la méningite. Un appui a été fourni aux pays pour la révision des procédures opérationnelles standard pour la méningite, la fièvre jaune, les fièvres hémorragiques virales et la peste. Pour leur permettre de faire face aux épidémies de choléra, des lignes directrices techniques, des tests de diagnostic rapide et des trousse anti-choléra ont été fournis aux pays touchés.

39. Par ailleurs, 200 000 trousse de matériels de protection individuelle, 32 tentes pour servir de dispensaires sur le terrain et six trousse de matériels de radiocommunications ont été pré-positionnées au niveau des EAIP, dans le cadre de l'appui logistique. Un appui technique et financier a été fourni pour les investigations, la prise en charge

appui technique et financier a été fourni pour les investigations, la prise en charge et la lutte contre la fièvre typhoïde au Malawi et au Mozambique ; la maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo ; l'arénavirus en Afrique du Sud et en Zambie ; et la dengue classique au Cap-Vert, à Maurice et au Sénégal.

40. Conscient des flambées de maladies survenues et de la persistance des menaces dans la Région, ainsi que de la nécessité de mettre immédiatement des ressources à disposition dans les situations d'urgence, la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté une résolution sur la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique. Ce fonds devrait aider à combler l'énorme déficit de financement dans le budget programme de l'OMS.

41. Pour ce qui est de la vaccination systématique, au mois de décembre 2009, 15 États Membres avaient signalé une couverture d'au moins 90 % pour le vaccin trivalent anti-diphtérie-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) au niveau national. Au mois de décembre 2009, 45 et 43 États Membres avaient introduit le vaccin contre l'hépatite B et le vaccin contre Haemophilus Influenza de type B, respectivement, dans leurs programmes de vaccination systématique. L'Afrique du Sud, la Gambie et le Rwanda ont adopté le vaccin antipneumococcique.

42. Vingt-six États Membres⁷ ont atteint une couverture de plus de 80 % pour la vaccination contre la rougeole, et la Région africaine a enregistré une réduction de 92 % de la mortalité due à la rougeole en 2008. En outre, tous les pays de la Région africaine ont actualisé leurs plans pour l'élimination du tétanos maternel et néonatal (ETMN), et 21 pays ont organisé 59 cycles d'activités de vaccination supplémentaires (AVS) dans les districts à haut risque, ciblant 60,1 millions de femmes en âge de procréer. L'élimination du tétanos maternel et néonatal a été validée dans 14 pays⁸.

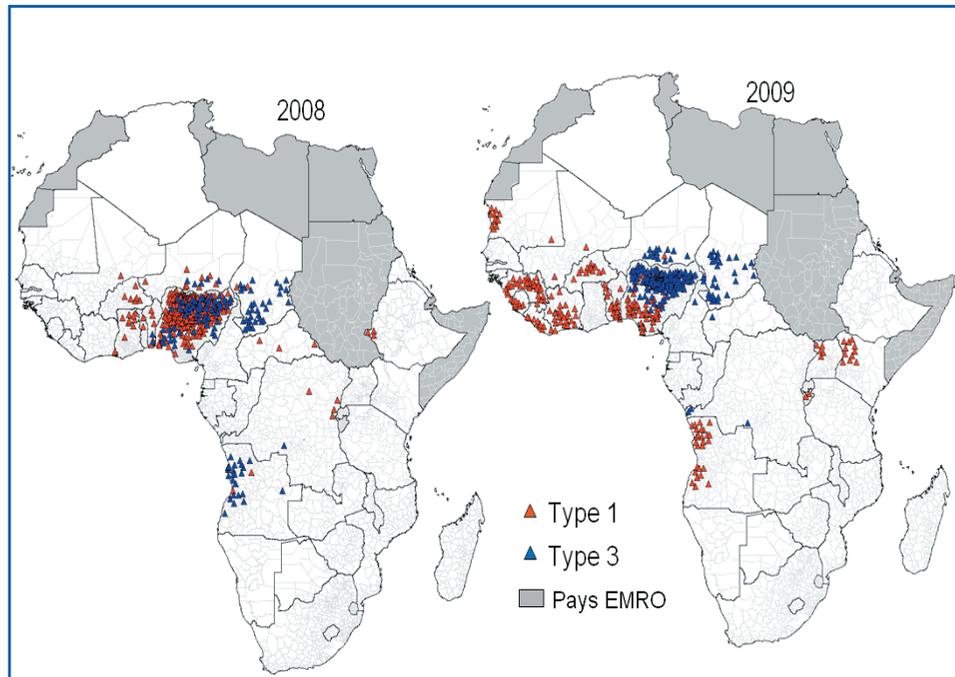
43. Sur les 33 pays à risque de fièvre jaune, 23 ont introduit le vaccin anti-amaril dans leurs programmes élargis de vaccination (PEV) systématique, avec une couverture moyenne de 73 %. Des campagnes de vaccination préventive ont été conduites dans 282 districts à haut risque dans neuf pays⁹.

44. S'agissant de l'éradication de la polio, à la fin de 2009, la Région avait enregistré une baisse du nombre total de cas de poliovirus sauvage (PVS) notifiés, avec 691 cas en 2009, contre 912 en 2008 (Figure 5). Toutefois, le nombre de pays notifiant des cas de

poliovirus sauvage est passé de 13 à 19¹⁰, et 11 de ces 19 pays sont des pays d'Afrique de l'Ouest¹¹. La baisse du nombre total de cas de poliovirus sauvage notifiés s'explique par la réduction de plus de 90 % du nombre de cas de poliovirus sauvage de type 1 au Nigeria.

FIGURE 5: RÉPARTITION DES CAS DE POLIOVIRUS SAUVAGE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS EN 2008 ET 2009

Pays	2008	2009
Angola	29	29
Bénin	6	20
Burkina Faso	6	15
Burundi	0	2
Cameroun	0	3
RCA	3	14
Tchad	37	64
Côte d'Ivoire	1	6
RDC	5	3
Éthiopie	3	0
Ghana	8	0
Guinée	0	2
Kenya	0	9
Libéria	0	11
Mali	1	2
Mauritanie	0	13
Niger	12	15
Nigéria	798	88
Sierra Leone	0	11
Togo	3	6
Ouganda	0	8
Total	912	691



Source: Mises à jour hebdomadaires sur la polio, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

45. Pour faire face aux flambées de polio, des activités de vaccination supplémentaires synchronisées ont été conduites en 2009 dans 24 pays¹², ce qui a permis d'administrer le polio-vaccin oral à plus de 138 millions d'enfants dans la Région. Une surveillance de haute qualité de la paralysie flasque aiguë (PFA) a été maintenue dans la Région, 38¹³ des 46 pays assurant en 2009 une surveillance de la qualité requise pour la certification de l'éradication de la polio. Toutefois, d'importantes faiblesses persistent dans certains pays dans la surveillance au niveau infranational.

46. Au cours du biennium, la Commission régionale africaine de certification, organisme créé principalement pour certifier le statut de pays exempt de polio pour les pays de la Région africaine, a examiné et accepté les dossiers complets soumis par 25 pays.¹⁴ Toutefois, à la fin du biennium, dix de ces pays¹⁵ avaient été réinfectés à la suite de la récente propagation du poliovirus sauvage.

47. Les maladies tropicales négligées (MTN) ont été une cause majeure de mauvaise santé dans la Région africaine au cours du biennium. À la fin de 2009, 16 pays mettaient en œuvre un programme de lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées ciblant la lèpre, la maladie du ver de Guinée (dracunculose) et la trypanosomiase humaine africaine. La cartographie des MTN a été entreprise dans 26 pays¹⁷ et est partiellement mise en œuvre dans 11 pays¹⁸. L'administration massive intégrée de médicaments pour le traitement de la filariose lymphatique, de la schistosomiase et des géo-helminthiases a été conduite dans les zones endémiques de 17 pays¹⁹, au bénéfice de 56 millions de personnes. Des progrès ont été réalisés dans l'éradication de la dracunculose, et la Région est en bonne voie pour éradiquer cette maladie d'ici 2015.

48. À la fin du biennium, la lèpre avait été éradiquée au niveau national dans tous les États Membres. La lèpre a été éliminée au niveau infranational dans quatre pays²⁰. Une réduction de 10 % des cas de trypanosomiase humaine africaine notifiés a été enregistrée au cours du biennium. Plus de 2,5 millions de personnes ont fait l'objet d'investigations actives dans 35 pays d'endémie, et 10 215 cas de *T. b. gambiense* ont été confirmés. Des efforts ont été déployés pour améliorer l'accès au traitement, avec l'adoption des associations thérapeutiques à base de nifurtimox et d'eflornithine (NECT) pour traiter la maladie du sommeil *T. b. gambiense* au stade 2.

49. Quarante-quatre États Membres mettaient en œuvre la stratégie Surveillance intégrée de la Maladie (SIM) dans la Région africaine au cours du biennium. 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 et des maladies prioritaires. Par la suite, un appui a été fourni à 23 États Membres²¹ pour l'adaptation de leurs principaux outils SIMR. Un guide pour le renforcement des réseaux de laboratoires de santé publique a été élaboré et diffusé dans tous les États Membres. À la fin de 2009, 77 laboratoires des 46 pays participaient au programme de contrôle externe de la qualité en microbiologie.

50. Des outils d'évaluation des capacités essentielles pour l'application du Règlement sanitaire international 2005 ont été mis au point, testés sur le terrain et diffusés dans tous les pays. Quatorze pays ont procédé à l'évaluation d'une ou plusieurs des capacités nationales essentielles en matière de surveillance et élaboré des plans de mise en œuvre. Huit pays²² ont conduit des évaluations approfondies en utilisant les outils du Règlement sanitaire international (RSI). Une formation à l'évaluation dans le cadre du RSI a été dispensée à 26 consultants potentiels qui pourraient être mobilisés pour fournir aux

pays un appui dans l'application du RSI. Vingt-cinq experts en communication ont été formés et sont disponibles pour fournir aux pays un appui dans la communication sur les risques. Un plan de communication sur le RSI a été élaboré et envoyé aux pays, pour utilisation.

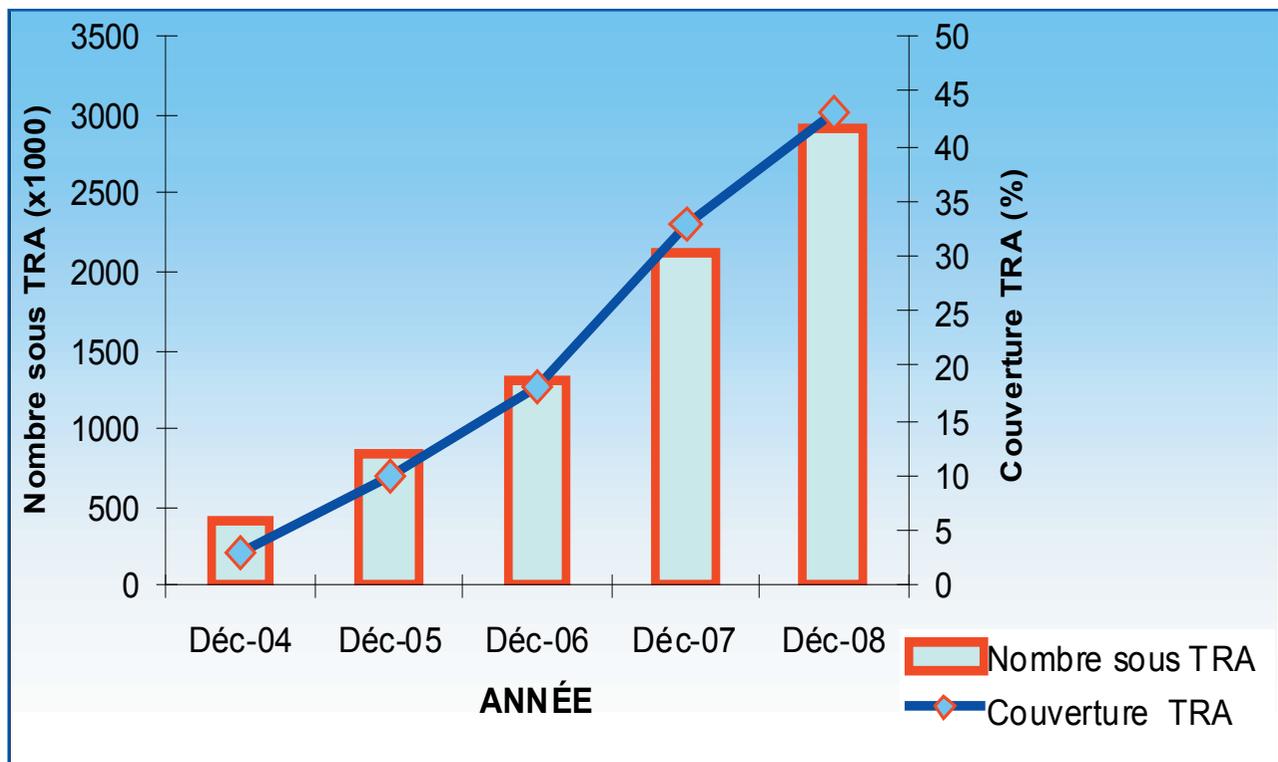
4.2 OS2: VIH/SIDA, TUBERCULOSE ET PALUDISME

51. La stratégie adoptée au cours du biennium a été de contribuer à la réduction de la charge due au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme dans les pays de la Région africaine de l'OMS par la fourniture d'orientations normatives et d'un appui technique pour l'intensification des interventions d'un bon rapport coût/efficacité, dans le contexte des soins de santé primaires, afin de garantir l'accès universel (AU).

52. Au cours du biennium, il y a eu des améliorations dans tous les pays en ce qui concerne les mécanismes de surveillance du VIH/sida. Des données ont été recueillies auprès de 44 des 46 pays de la Région sur les progrès réalisés dans la prévention, le traitement et les soins du VIH, et ces données ont été publiées par l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF dans le rapport sur l'accès universel²³. À la fin du biennium, le nombre de nouvelles infections par le VIH dans la Région avait baissé de 15 %, par rapport aux chiffres de 2001²⁴. À la fin de 2008, plus de 16 000 formations sanitaires offraient des services de conseil et de dépistage du VIH dans la Région, soit une augmentation d'environ 10 % en un an, ce qui a permis, à son tour, d'améliorer l'accès aux services de conseil et de dépistage du VIH dans la Région. La proportion des femmes enceintes infectées par le VIH, qui ont accès aux médicaments antirétroviraux dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), est passée de 35 % en 2007 à 45% à la fin de 2008. Quatre pays²⁵ ont atteint la cible de l'accès universel pour la PTME (Figure 6).

% à l'échelle régionale en un an et trente fois plus de personnes qu'à la fin de 2003, lors du lancement de l'initiative visant à garantir l'accès au traitement antirétroviral pour trois millions de personnes séropositives remplissant les critères requis à la fin de 2005 (Initiative «Trois millions d'ici 2005»).

FIGURE 7: NOMBRE DE PATIENTS SÉROPOSITIFS SOUS TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TRA) ET COUVERTURE TRA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE, 2004–2008



Source : Base de données du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique sur l'accès universel.

55. Par l'intermédiaire des EAIP et des pôles de connaissances, un appui a été fourni pour la formation des équipes cliniques à la prise en charge des maladies de l'adulte et de l'adolescent afin d'améliorer la qualité des soins et des traitements dans les pays. Une formation a été dispensée à plus de 600 agents de santé de 20 pays²⁸ au cours du biennium. Trente pays²⁹ ont bénéficié d'un appui pour le renforcement de leurs systèmes de gestion de la chaîne des achats et approvisionnements (GAA), par le biais de la formation aux techniques de quantification, de prévision, de stockage et de distribution des médicaments. Cet appui a contribué à améliorer l'accès aux produits et médicaments anti-VIH/sida, et à réduire les ruptures de stocks.

56. Quinze pays³⁰ de la Région ont mis en œuvre une ou plusieurs stratégies telles que la compilation de données sur les indicateurs d'alerte précoce et la conduite d'enquêtes sur les seuils, dans le cadre de la surveillance de l'apparition de la pharmacorésistance du VIH (PRVIH). Les enquêtes nationales sur les seuils en matière de PRVIH, conduites au cours du biennium dans 20 pays, ont montré que la PRVIH était inférieure à 5 %.

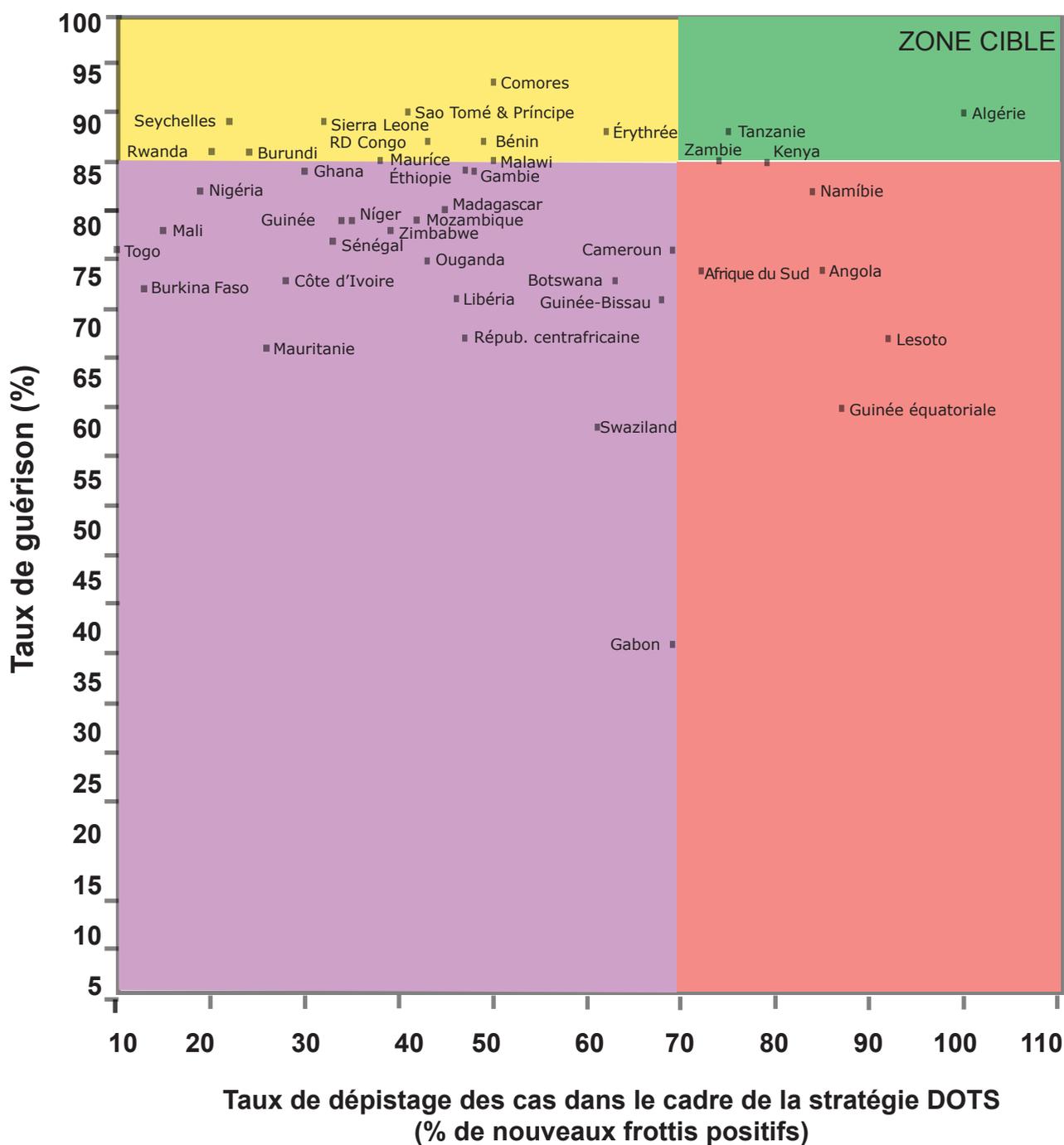
57. Au cours de la période sous revue, 38 pays³¹ ont bénéficié d'un appui pour l'actualisation de leurs plans stratégiques de lutte contre le VIH/sida, y compris la soumission de plans stratégiques nationaux (PSN) au Fonds mondial par le Kenya, le Malawi et le Rwanda. Par ailleurs, le programme de lutte contre le VIH/sida a élaboré des lignes directrices techniques et des matériels de formation pour guider les pays dans l'intensification des interventions prioritaires pour la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, dans le contexte de l'accès universel.

58. S'agissant de la tuberculose, à la fin du biennium, neuf États Membres³² avaient atteint la cible mondiale de 70 % fixée pour le dépistage des cas, et dix États Membres la cible de 85 % fixée pour le taux de guérison³³. Quatre pays³⁴ avaient atteint toutes les deux en 2008. Pour ce qui est des progrès pour atteindre les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement, les estimations concernant l'incidence de la tuberculose sont demeurées statiques à 363 pour 100 000 habitants entre 2006 et 2007, mais les estimations concernant la prévalence de cette maladie ont baissé de 547 à 475 pour 100 000, bien que le taux de mortalité soit passé de 83 à 93 pour 100 000 habitants entre 2006 et 2007.

59. Il y a eu des améliorations dans la surveillance, l'enregistrement et la notification des cas de tuberculose dans tous les pays au cours du biennium. L'OMS a fourni un appui à tous les pays pour l'adaptation du système de surveillance et de notification des cas de tuberculose par voie électronique. Six pays³⁵ ont bénéficié d'un appui pour la finalisation des protocoles pour les enquêtes de prévalence de la tuberculose et pour la mobilisation des ressources pour ces enquêtes.

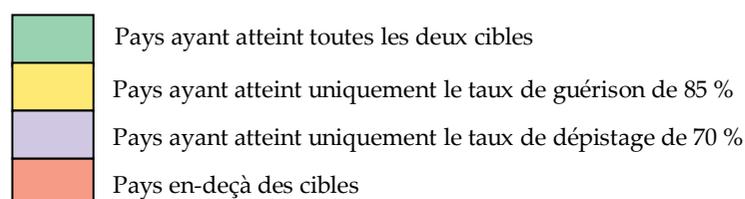
60. Les cibles mondiales fixées pour l'extension de la stratégie DOTS sont les suivantes : i) taux de dépistage d'au moins 70 % ; et ii) taux de guérison d'au moins 85 %. Tel qu'indiqué à la Figure 8, neuf pays de la Région ont atteint la cible mondiale de 70 % pour le dépistage des cas en 2008, soit une amélioration par rapport à 2007, année pour laquelle sept pays³⁶ ont pu atteindre cette cible. Par ailleurs, 15 pays³⁷ ont atteint en 2008 la cible fixée pour le taux de guérison, soit une amélioration par rapport à 2007, année pour laquelle neuf pays³⁸ seulement ont atteint cette cible. Quatre pays³⁹ ont atteint toutes les deux cibles en 2008, contre trois pays (Algérie, Kenya, et Tanzanie) en 2007.

FIGURE 8: ÉTAT DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE DOTS DANS LA RÉGION AFRICAINE*



Source : Rapport 2009 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde.

* Cohorte ayant achevé le traitement en 2008 et cas dépistés en 2008, et données compilées en 2009.



61. Trente-six pays⁴⁰ ont bénéficié de dons du Dispositif mondial de financement des médicaments pour les antituberculeux de première intention, et 16 pays⁴¹ ont obtenu du mécanisme de l’OMS connu sous le nom de Comité Feu vert (GLC) l’accord pour les antituberculeux de deuxième intention. Un appui a été fourni à cinq pays⁴² pour la mobilisation de fonds auprès de l’USAID, et le Nigeria a reçu un appui pour l’accès au financement au titre du Programme d’assistance pour la lutte contre la tuberculose (TBCAP).

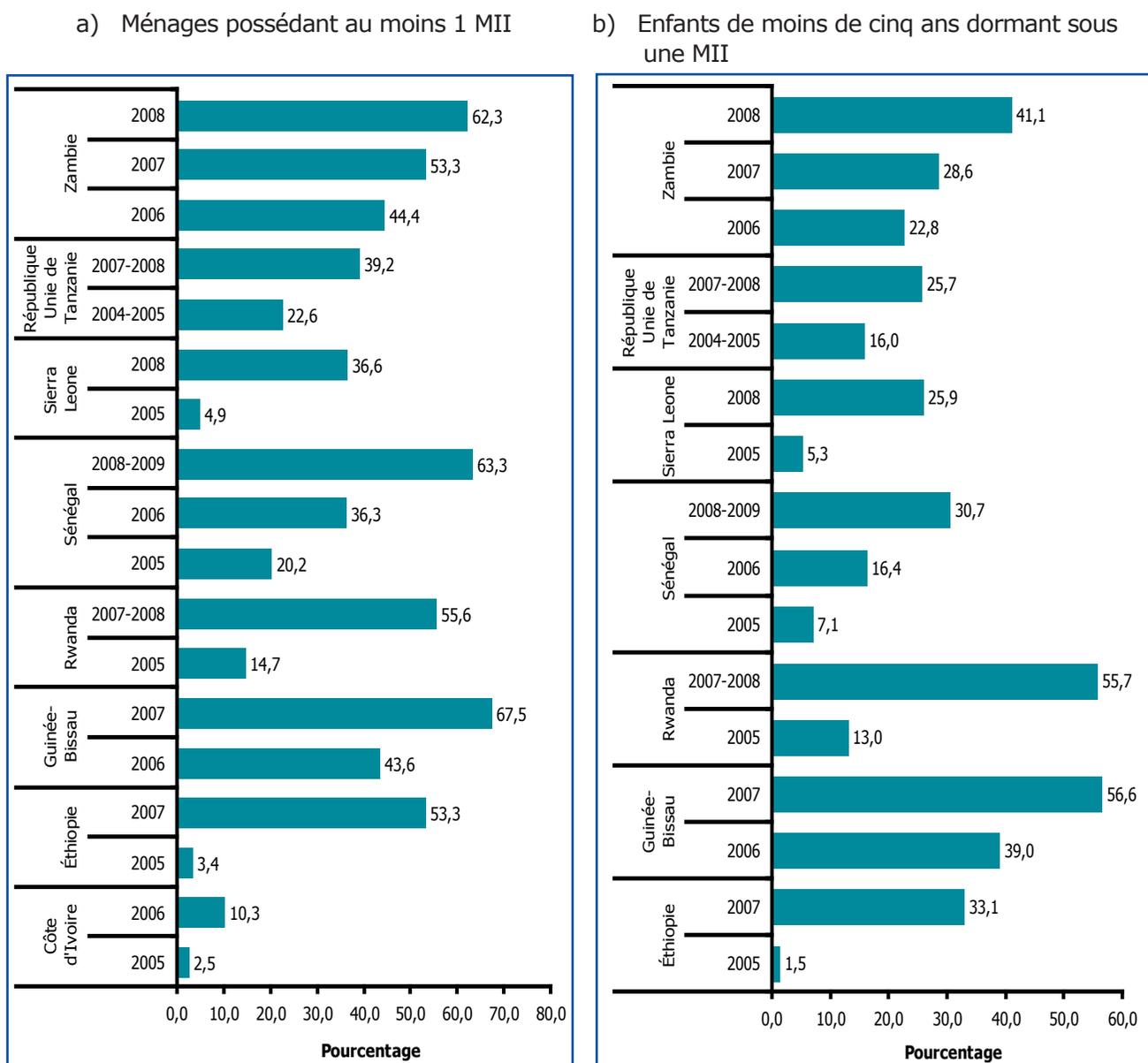
62. Un appui a été fourni à 37 pays⁴³ pour l’adaptation des politiques et outils mondiaux et régionaux de mise en œuvre de la stratégie Halte à la Tuberculose, couvrant notamment les activités de lutte contre la co-infection TB-VIH, la TB-MR et la TB-UR. La proportion des personnes souffrant de tuberculose, qui ont subi un test de dépistage du VIH, est passée de 37 % en 2007 à 45 % en 2008. Parmi les personnes co-infectées, 72 % ont pu avoir accès à la thérapie préventive au cotrimoxazole et 41,5 % ont été mises sous traitement antirétroviral. En collaboration avec les partenaires, un appui a été fourni à 30 pays⁴⁴ pour l’intensification des activités de collaboration dans la lutte contre la co-infection TB-VIH, par la formation, la planification de l’appui et le partage de l’information dans le cadre du partenariat Halte à la Tuberculose.

63. La tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR) est devenue un défi d’une importance croissante au cours de la période sous revue, après la prise de conscience accrue à ce sujet, suite aux rapports faisant état de l’apparition de la tuberculose à bacilles ultrarésistants (TB-UR) dans certains pays à partir de 2006. Au cours de la seule année 2008, plus de 6 588 nouveaux cas de TB-MR et 536 cas de TB-UR ont été notifiés. À la fin de 2009, 31 pays⁴⁵ avaient notifié au moins un cas de TB-MR, et huit pays⁴⁶ avaient notifié au moins un cas de TB-UR. À la fin du biennium, l’OMS et les partenaires avaient fourni un appui à neuf pays⁴⁷ pour les aider à renforcer leurs capacités nationales en matière de dépistage de la TB-MR.

64. Tous les pays dans lesquels le paludisme est endémique ont fourni des données qui ont été publiées dans les rapports 2008 et 2009 sur le paludisme dans le monde, et 15 pays⁴⁸ ont mis en place des bases de données sur le paludisme. Des plans complets d’évaluation et de suivi ont été élaborés dans 30 pays, et 11 pays⁴⁹ ont conduit l’enquête sur les indicateurs de paludisme. Des évaluations de l’impact du paludisme ont été entreprises auprès des formations sanitaires dans 11 pays.⁵⁰

65. La proportion des ménages possédant des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) dans la Région est passée en moyenne de 31 % en 2006 à 56 % en 2008. Pour la période 2006-2008, la moyenne pour l'utilisation des MII était de 21 % pour les enfants de moins de cinq ans et de 24 % pour les femmes enceintes. Toutefois, le taux d'utilisation des MII pour les enfants de moins de cinq ans dépassait 40 % dans 12 pays pour lesquels des données récentes étaient disponibles⁵¹ (Figure 9).

FIGURE 9: TENDANCES DANS LA POSSESSION DES MII PAR LES MÉNAGES ET L'UTILISATION DES MII POUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS DES PAYS SÉLECTIONNÉS AU COURS DE LA PÉRIODE 2005-2008



Source: Base de données du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique sur le paludisme.

66. En 2008, 13 pays⁵² ont signalé que les pulvérisations intradomiciliaires d'insecticides à effet rémanent (PID) constituaient leur principale méthode de lutte antivectorielle, et plusieurs pays ont conduit des essais pilotes des PID. Entre 2006 et 2008, le nombre de personnes protégées grâce aux PID est passé de 15 à 59 millions. Une proportion de 10 % de la population à risque de paludisme était ainsi protégée dans sept pays à la fin de 2008⁵³.

67. Tous les pays de la Région dans lesquels le paludisme est endémique, à l'exception d'un seul, ont adopté les associations thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) comme traitement de première intention contre le paludisme. La proportion des enfants ayant la fièvre, qui reçoivent des ACT dans les 24 heures dans des pays sélectionnés,⁵⁴ est passée de 2 % en 2006 à 6 % en 2007, puis à 12% en 2008.

68. Des ressources documentaires ont été mises à disposition, y compris les suivantes : «Manuel des opérations de prise en charge du paludisme»; «Revue des programmes de lutte contre le paludisme : manuel de revue de la performance des programmes de lutte et d'élimination du paludisme»; «Modules de formation pour les cours internationaux de paludologie»; et «Liste de contrôle pour l'élaboration d'un plan de surveillance et d'évaluation dans le cadre de la lutte antipaludique». Des experts de 28 pays⁵⁵ ont été formés à la prise en charge des cas, au contrôle de l'efficacité thérapeutique, et au diagnostic basé sur la recherche de parasites. Trente-cinq pays ont actualisé leurs plans stratégiques de lutte contre le paludisme. Des revues des programmes de lutte contre le paludisme ont été conduites en Afrique du Sud, au Botswana et au Kenya.

69. Huit pays⁵⁶ ont simultanément mis en œuvre un ensemble complet d'interventions de prévention et de lutte contre le paludisme dans la même aire géographique. En conséquence, ces pays ont enregistré, au cours du biennium, une baisse rapide de la charge du paludisme. En outre, l'intensification de la lutte antipaludique a permis de réduire la mortalité due au paludisme dans 14 pays⁵⁷. Les données de surveillance émanant de neuf pays⁵⁸ montrent que la réduction de la mortalité liée au paludisme entre 2002 et 2008 dépasse la cible de 50 % fixée pour 2010. Ces résultats ont amené la cinquante-neuvième session du Comité régional à adopter une résolution sur l'accélération de la lutte contre le paludisme dans la Région.

70. Les réunions annuelles organisées avec les partenaires, consacrées à la revue et à la planification de la lutte contre le paludisme, ont abouti à l'élaboration de feuilles de route nationales chiffrées pour atteindre les cibles fixées pour 2010. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) a été la principale source

externe de financement pour les pays. En collaboration avec l'ONUSIDA, l'OMS a fourni un appui aux pays pour l'élaboration de propositions qui ont été soumises au FMSTP au titre des huitième et neuvième cycles, avec des taux d'approbation atteignant 74 % pour les propositions concernant le paludisme, 55 % pour la tuberculose et 48 % pour le VIH/sida. En outre, dix pays⁵⁹ ont bénéficié d'un appui pour leur faciliter l'accès aux financements du Dispositif pour des médicaments accessibles –paludisme (DMAp).

4.3 OS3: MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES, TROUBLES MENTAUX, VIOLENCE ET TRAUMATISME

71. Les activités menées au cours du biennium ont porté essentiellement sur la fourniture d'un appui aux États Membres pour les aider à réduire la charge due aux maladies chroniques et non transmissibles, dans le cadre des orientations et du soutien techniques, de la promotion de la santé, et du plaidoyer en faveur de l'action aux niveaux national et régional. Il s'est agi notamment de mettre en place des politiques et plans nationaux pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, conformément à l'approche des soins de santé primaires (SSP), et de contribuer à la réduction du niveau d'exposition des individus et des populations aux principaux facteurs de risque courants de maladies non transmissibles, qui sont modifiables : usage du tabac, habitudes alimentaires peu saines, inactivité physique, et usage nocif de l'alcool.

72. Une conférence régionale sur le diabète et les maladies connexes, qui fera date, a été organisée du 12 au 14 novembre 2009 à Port-Louis (Maurice) par le Bureau régional de l'OMS, en collaboration avec le Gouvernement de Maurice et la Fédération internationale du Diabète. Cette conférence a adopté l'Appel à l'Action de Maurice pour la lutte contre le diabète, les maladies cardiovasculaires et les autres maladies non transmissibles. Les États Membres se sont engagés à mettre en œuvre la stratégie de prévention et de lutte contre le diabète de la Région africaine de l'OMS pour réduire efficacement la charge du diabète, des maladies cardiovasculaires et des autres maladies non transmissibles, et à intensifier la mise en œuvre des interventions essentielles conformément à l'approche des soins de santé primaires.

73. Les activités de prévention et de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) ont bénéficié d'une grande attention, dans le cadre de la célébration de diverses journées mondiales : santé mentale, cancer, diabète, drépanocytose, maladies cardiovasculaires, et vue. La toute première «Journée sans Noma» a été célébrée en mai 2008 pour accroître la sensibilisation sur le noma.

74. Au cours du biennium, plus de 60 points focaux des ministères de la santé et des bureaux de pays de l'OMS de 17 pays⁶⁰ ont pris part à des programmes de renforcement des capacités portant sur l'élaboration et la mise en œuvre d'approches complètes et intégrées de promotion de la santé, ainsi que sur les interventions ciblant la promotion de la santé. L'accent a été mis sur la prévention et la lutte contre les maladies bucco-dentaires; la drépanocytose; la violence, le traumatisme et l'incapacité; les troubles mentaux; et la toxicomanie. Des personnels de santé de trois États Membres ont été formés et ont bénéficié d'un appui pour la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins primaires. L'OMS a noué un partenariat avec l'Organisation ouest-africaine de la Santé (OOAS) pour organiser une formation à l'élaboration de plans d'action intégrés pour tous les 15 pays membres de l'OOAS, et dix États Membres ont élaboré des plans d'action intégrés pour la lutte contre les maladies non transmissibles.

75. Par ailleurs, les participants de 18 pays ont été formés à la promotion de l'activité physique et à la consommation de fruits et de légumes par la population. Des algorithmes adaptés au niveau local pour la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT) au niveau des soins primaires et des mesures de sensibilisation aux facteurs de risque de MNT, y compris une campagne de sensibilisation du grand public à la nécessité de réduire la consommation de sel, ont été introduits.

76. La surveillance des maladies non transmissibles a été intégrée dans les lignes directrices révisées pour la Surveillance intégrée de la maladie et riposte. Des registres des cancers ont été institués dans cinq pays.⁶¹ Un paquet de services a été mis au point pour les principales maladies non transmissibles au niveau des soins primaires. Des personnels de santé du Bénin, de l'Érythrée et du Mozambique ont bénéficié d'une formation portant sur ce paquet, et ces pays ont commencé à mettre le paquet en œuvre. Un manuel à l'usage des responsables des programmes de santé bucco-dentaire, contenant des orientations sur la façon d'élaborer au mieux les politiques de santé bucco-dentaire, a été préparé et publié. Par la suite, un catalogue des principaux indicateurs de santé bucco-dentaire a été produit, et 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. Au cours de la même période, les nouvelles lignes directrices de l'OMS pour la fourniture de chaises roulantes ont fait l'objet d'une promotion dans quatre pays⁶².

77. Onze points focaux des ministères de la santé et des bureaux de pays de l'OMS⁶³ ont été formés à l'élaboration des politiques et stratégies de planification dans le domaine de la santé mentale. Sept pays⁶⁴ ont procédé à l'examen et à l'analyse de la

situation de la santé mentale. Le Bénin, le Burundi et l'Éthiopie ont évalué leurs services et ressources, et ont pris des mesures pour améliorer la prise en charge des troubles mentaux au niveau du district et au niveau communautaire. Des politiques de santé mentale ont été élaborées au Libéria et en Sierra Leone, et le Lesotho, la Mauritanie et la Namibie ont amorcé le processus d'élaboration de leurs législations respectives sur la santé mentale. Le Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP), élaboré par l'OMS, a été lancé à Abuja en octobre 2009. Il vise à intensifier les soins pour lutter contre les troubles mentaux dans sept pays⁶⁵.

78. La prévention et la lutte contre le cancer ont été renforcées grâce à la formation aux méthodes d'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) ou d'inspection visuelle après application de solution de lugol (IVL), 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 pour explorer 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 telles que le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) et l'Agence internationale de l'Énergie atomique (AIEA), et avec des ONG telles que l'American Cancer Society, ont été renforcés par la conduite d'activités conjointes et de collaboration au niveau des pays, et la conclusion d'accords et protocoles d'accords mutuels.

79. Des politiques et plans nationaux de lutte contre la cécité ont été élaborés au Gabon et à Madagascar, et des plans nationaux Vision 2020 ont aussi été élaborés en Algérie, au Gabon et à Maurice. Dans le cadre des programmes de lutte contre la cécité, une formation a été dispensée dans neuf pays⁶⁶. L'Éthiopie a bénéficié d'un appui qui lui a permis de former dix encadreurs d'infirmiers en ophtalmologie à la chirurgie du trachome, et Madagascar a aussi bénéficié d'un appui pour former les agents des soins de santé primaires aux soins de l'oreille et du conduit auditif.

80. À la fin du biennium, 35 pays africains avaient signé la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, et la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé, intitulée «Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris» était mise en œuvre, avec l'appui et la collaboration de la Fédération panafricaine des personnes handicapées.

81. Une formation en ortho-prothèse a été organisée au bénéfice de professionnels de la réadaptation médicale en Tanzanie et au Togo. Une enquête sur la situation de la sécurité routière dans 41 pays a été achevée. Cette enquête a montré que la Région

enregistre le taux de mortalité par accident de la circulation par habitant le plus élevé au monde, avec 32,2 décès pour 100 000 habitants, et a recommandé l'élaboration de politiques et plans stratégiques. Une politique nationale sur l'incapacité a été élaborée en Sierra Leone, et le secteur de la réadaptation médicale a été renforcé au Ghana, par la formation de technologues en orthopédie à la conception et à la production d'appareils prothétiques et orthopédiques.

82. Une conférence sous-régionale consacrée à la drépanocytose a été organisée du 27 au 29 novembre 2008 à Madagascar, en collaboration avec le Ministère de la Santé et l'Association Drépanocytose et Vie (DREPAVIE). Cette conférence visait à examiner la situation actuelle et les déficits d'information, et à renforcer la coopération sud-sud et la collaboration nord-sud dans l'harmonisation de la prise en charge de la drépanocytose.

4.4 OS4: SANTÉ DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT ET DE LA MÈRE, ET VIEILLISSEMENT

83. Les activités menées au cours du biennium ont porté essentiellement sur la fourniture d'un appui aux États Membres pour parvenir à la couverture universelle des interventions d'un bon rapport coût/efficacité et à l'accès universel à de telles interventions afin de réduire la morbidité et la mortalité et d'améliorer les résultats dans le domaine de la santé familiale et génésique au cours des principaux stades de la vie, y compris pendant la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance, l'adolescence et le vieillissement. Des actions ont été entreprises en ce sens dans le cadre de l'Initiative pour une grossesse à moindre risque, de l'approche Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), et de la Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale dans la Région africaine.

84. À la suite de l'adoption par la cinquante-sixième session du Comité régional de la Stratégie pour la survie de l'enfant dans la Région africaine, un appui a été fourni à 22 pays pour l'élaboration ou l'actualisation de politiques, stratégies et plans complets pour la santé de l'enfant, ce qui porte à 27 le nombre de pays de la Région dotés de politiques, stratégies et plans nationaux de survie de l'enfant⁶⁷. Les capacités de 185 responsables des programmes de santé de l'enfant de 19 pays ont été renforcées pour améliorer leurs compétences dans la gestion de tels programmes.

la Zambie ont documenté les meilleures pratiques ANJE et administré la preuve de la réalisation de progrès au titre des principaux indicateurs. Quatorze pays⁷⁵ ont adapté les nouvelles normes OMS de croissance de l'enfant, ce qui porte à 20 le nombre total de pays ayant procédé à une telle adaptation.

87. Des enquêtes sur la santé de l'enfant, basées sur les formations sanitaires, ont été conduites dans cinq pays,⁷⁶ ce qui porte à 14 le nombre total de pays⁷⁷ ayant conduit de telles enquêtes. Les principales conclusions de ces enquêtes ont été que moyennant la formation, des médicaments appropriés, des mécanismes d'orientation/recours et de supervision, et dans le contexte des services de santé accessibles, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant pouvait se faire dans les pays et pouvait aboutir à une amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires. L'enquête conduite en Tanzanie a montré que la PCIME a permis de réduire de 13 % la mortalité des enfants de moins de cinq ans sur une période de deux ans.

88. Dix pays⁷⁸ ont élaboré des plans stratégiques pour la santé de l'adolescent, ce qui porte à 28 le nombre total de pays⁷⁹ disposant de tels plans. Treize pays ont élaboré des normes pour des services de santé conviviaux pour les adolescents et les jeunes⁸⁰.

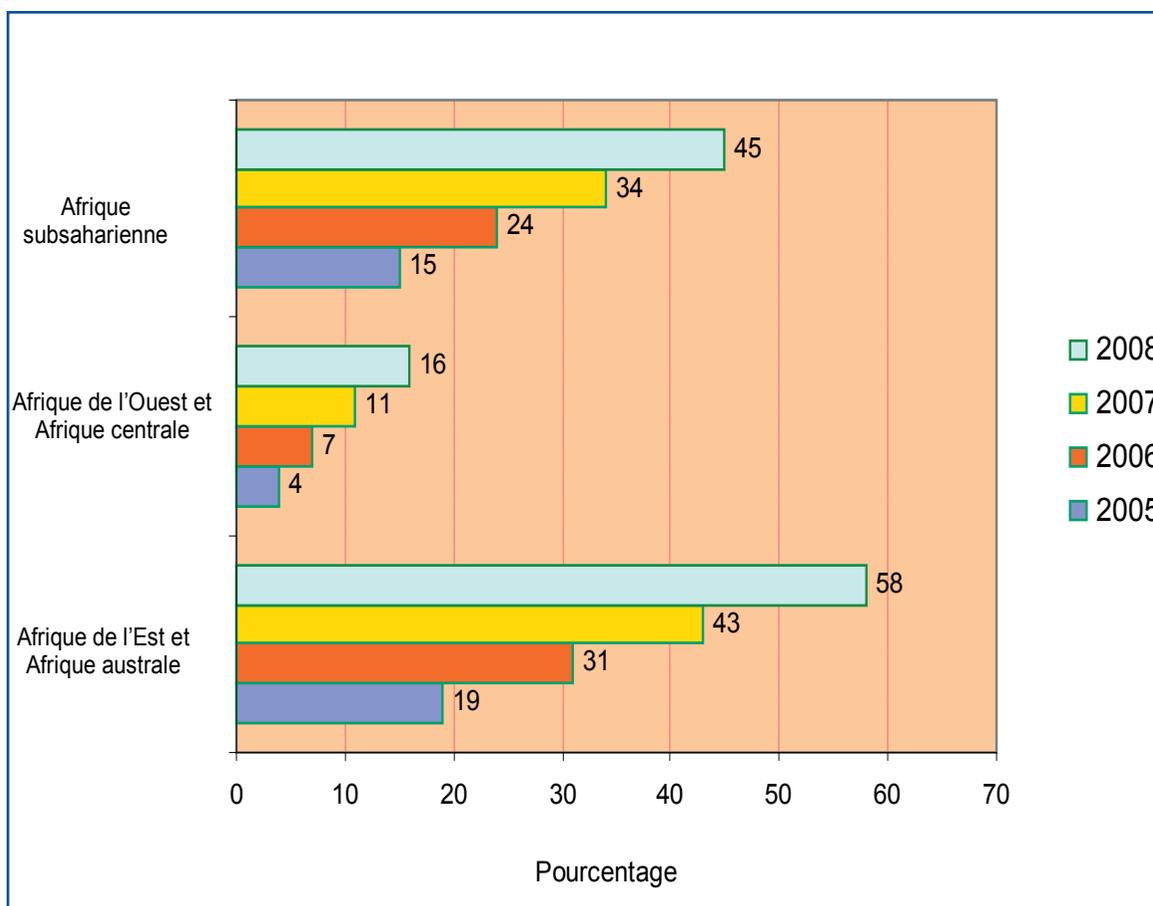
89. Sur les 43 pays mettant en œuvre des feuilles de route nationales avec une composante relative à la santé néonatale (Figure 11), 17 ont intégré une composante relative à la santé maternelle et néonatale dans leurs plans opérationnels de district, ce qui porte à 25 le nombre total de pays dotés de plans de santé maternelle et néonatale au niveau du district⁸¹.

92. Des analyses des décès maternels et néonataux ont été institutionnalisées dans 27 pays⁸⁶. Dix-sept pays⁸⁷ ont amélioré les compétences de leurs agents de santé dans les soins néonataux essentiels en utilisant les matériels de formation mis au point par l'OMS. Grâce au plaidoyer, 13 pays⁸⁸ ont pu éliminer les barrières financières aux SONU. En collaboration avec les partenaires, des outils ont été mis au point pour la santé maternelle et néonatale, et des lignes directrices ont été élaborées et publiées sur le sujet⁸⁹. Il s'agit notamment du Cadre pour les interventions de promotion de la santé au niveau communautaire, en appui aux programmes prioritaires de l'OMS; du Guide du Prestataire sur les Recommandations pour la pratique clinique (RPC) des soins obstétricaux et néonataux d'urgence; et des matériels de formation des agents de santé communautaires aux soins néonataux à domicile.

93. En collaboration avec l'OMS, l'Union africaine a lancé la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), lors de la cinquante-neuvième session du Comité régional. Par la suite, cette campagne a été lancée dans sept pays⁹⁰.

94. Des plans pour l'accélération d'interventions complètes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH ont été mis en œuvre dans 34 pays⁹¹ de la Région, ce qui a contribué à améliorer le taux d'utilisation des services. La couverture des services PTME a continué de s'améliorer au cours du biennium, la proportion des femmes enceintes infectées par le VIH dans la Région recevant le traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH au fœtus ou au nourrisson passant à 45 %, contre 15 % seulement en 2005, tel qu'indiqué à la Figure 12. Ces progrès ont été réalisés surtout en Afrique de l'Est et en Afrique australe où la prévalence est la plus élevée dans la Région.

FIGURE 12: TENDANCES DU POURCENTAGE DES FEMMES INFECTÉES PAR LE VIH RECEVANT LE TAR DANS LE CADRE DE LA PTME, DE 2005 À 2008



Source : OMS, ONUSIDA et UNICEF. Vers un accès universel — Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé, Rapport de situation 2009.

95. L'OMS a fourni un appui à 11 pays⁹² pour la mise en œuvre d'initiatives communautaires pour promouvoir la participation aux interventions en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). Un tiers des pays de la Région ont des politiques et/ou plans de promotion de la participation communautaire.

96. En application de la résolution AFR/RC58/R1 du Comité régional intitulée «Santé de la femme dans la Région africaine: Appel à l'action», la Commission de la Santé de la Femme dans la Région africaine a été créée pour produire des bases factuelles sur les principaux facteurs influant sur la situation actuelle de la santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS et faire des recommandations sur les actions à entreprendre sur les plans politique, socioéconomique et culturel et au niveau des systèmes de santé pour améliorer la santé de la femme, et en particulier pour réduire les niveaux élevés

inacceptables de la mortalité maternelle dans la Région. La Commission est un organe multidisciplinaire composé de personnalités politiques de haut niveau, y compris des parlementaires, d'un représentant de l'Union africaine, et d'un groupe d'experts de diverses disciplines.

97. Des orientations ont été fournies aux Responsables de programmes du Bureau régional et aux points focaux de la santé maternelle et infantile de 44 pays sur les questions de genre et l'intégration du genre dans les programmes de santé. Le Ghana et le Kenya ont bénéficié d'un appui pour le renforcement des capacités dans l'intégration du genre.

98. Une évaluation de la mise en œuvre du plan d'action pour l'accélération de l'élimination des mutilations génitales féminines (MGF) d'ici 2015 a été conduite dans 12 pays⁹³ sur les 27 pays où se pratiquent les MGF. Il ressort du rapport de cette évaluation que 11 pays ont adopté des lois contre la pratique des MGF et que l'on enregistre une tendance à la baisse de la pratique des MGF dans neuf pays.

99. À la fin du biennium, tous les pays de la Région mettaient en œuvre leurs programmes de santé de la reproduction, sur la base des principes énoncés et des recommandations formulées dans la stratégie de l'OMS pour la Santé génésique. Huit pays⁹⁴ ont procédé à la révision de leurs politiques et plans stratégiques de santé de la reproduction, de façon à les aligner sur la nouvelle cible 5b des OMD sur l'accès universel à la médecine procréative et sur les principes dérivés de la stratégie mondiale pour la santé génésique, adoptée par les États Membres de l'OMS.

100. Une séance d'information sur l'utilisation de la trousse de plaidoyer en faveur de la planification familiale a été organisée à l'intention des experts de 17 pays⁹⁵, et un appui financier a été fourni à neuf pays⁹⁶ pour leur permettre d'entreprendre des activités de plaidoyer en vue de repositionner la planification familiale, conformément à la résolution du Comité régional intitulée «Replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction»⁹⁷.

101. Des experts de 26 pays⁹⁸ ont reçu des orientations portant sur le Cadre de mise en œuvre de la stratégie mondiale pour la santé sexuelle et génésique; le suivi, au niveau national, des progrès vers l'accès universel aux services de santé de la reproduction, y compris les aspects conceptuels et pratiques et les indicateurs y afférents ; la révision et l'adaptation des normes et des lignes directrices pour la santé de la reproduction et

la planification familiale. Douze pays⁹⁹ ont bénéficié d'un appui pour réviser leurs lignes directrices, et huit pays¹⁰⁰ ont actualisé leurs lignes directrices. Des experts de dix pays¹⁰¹ ont pris part à un atelier de formation des formateurs consacré au dépistage et au traitement précoces des lésions précancérigènes et du cancer du col de l'utérus. Cet atelier s'est tenu à Libreville en 2009.

102. En dépit des efforts susmentionnés des États Membres pour améliorer les chances de survie des mères et des enfants dans la Région, six pays¹⁰² seulement sont en bonne voie pour atteindre l'OMD 4 et aucun pays n'est en bonne voie pour atteindre l'OMD 5 d'ici 2015. Moins de cinq ans avant la date butoir pour atteindre les OMD, ce qui doit être fait maintenant ne relève pas nécessairement d'une nouvelle science ; il s'agit plutôt d'un nouvel engagement à définir les priorités, à allouer des ressources et à accélérer les efforts de réduction de la mortalité maternelle et infantile dans les pays de la Région africaine.

4.5 OS5 : SITUATIONS D'URGENCE, CATASTROPHES, CRISES ET CONFLITS

103. Dans le cadre de l'application de la résolution WHA59.22 de l'Assemblée mondiale de la Santé, les activités ont été centrées sur le renforcement des capacités des États Membres à se préparer et à réagir convenablement aux situations d'urgence et aux événements de santé publique, et à en atténuer les conséquences et l'impact sur la santé. Il s'est notamment agi d'élaborer des plans d'urgence, de créer des cellules d'urgence, de constituer des stocks d'urgence et de renforcer les capacités aux niveaux communautaire et du district, par la formation.

104. Au cours du biennium, 11 pays¹⁰³ ont bénéficié d'un appui pour l'élaboration de plans nationaux de préparation aux situations d'urgence couvrant plusieurs risques. Des stratégies de redressement de la situation sanitaire ont été élaborées dans cinq pays¹⁰⁴. À la fin du biennium, l'approche thématique, l'un des trois piliers essentiels de la réforme humanitaire, était mise en œuvre dans 13 pays¹⁰⁵, l'OMS jouant le rôle de chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé et ayant des coordonnateurs de groupe à plein temps en République démocratique du Congo, au Tchad et au Zimbabwe. En outre, dans les pays confrontés à des situations d'urgence, l'OMS était l'organisme chef de file pour la riposte dans le domaine de la santé.

105. Le délai de livraison des trousseaux d'urgence a été réduit grâce à l'utilisation d'un dépôt humanitaire à Accra (Ghana), et d'un mécanisme d'approvisionnement au Département Action sanitaire en Situation de Crise (HAC) au Siège de l'OMS à Genève. Les deux stages régionaux organisés en anglais et en français par HELP ont bénéficié d'un appui et ont permis de renforcer les capacités nationales d'intervention rapide.

106. La capacité de l'OMS à apporter une aide aux États Membres pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence, dans le contexte de la réforme humanitaire, a été renforcée, grâce à une présence sur le terrain dans 20 pays et au niveau infranational dans quatre pays¹⁰⁶. L'appui technique et opérationnel a été consolidé davantage dans les trois Équipes d'appui inter-pays et au Bureau régional.

107. Au cours du biennium, la quasi-totalité des pays ont dû faire face à des situations d'urgence : inondations, crises alimentaires, conflits ou flambées des maladies. Les États Membres ont pu organiser la riposte initiale à diverses situations d'urgence dans les 48 heures. Les progrès réalisés dans les pays sont imputables à la plateforme régionale créée pour renforcer la capacité d'intervention rapide dans les situations d'urgence. Grâce à cette plateforme, un appui technique a été fourni aux États Membres, en plus du renforcement de leurs capacités d'évaluation des besoins, de planification et de mise en œuvre d'actions transitoires et de redressement après un conflit ou une catastrophe.

108. Des partenariats ont été noués avec la Stratégie internationale des Nations Unies pour la réduction des catastrophes (SINURC), des groupes humanitaires régionaux tels que l'OCHA à Nairobi, Dakar et Johannesburg, et des ONG (Merlin, Fonds *Save the Children*). La présence stratégique et la participation de l'OMS aux réunions mensuelles et ponctuelles des Équipes des Directeurs régionaux (RDT) à Nairobi, Johannesburg et Dakar ont sensiblement amélioré l'appui conjoint fourni aux pays confrontés à des situations d'urgence. L'utilisation par la Région des ressources disponibles s'est nettement améliorée, le pourcentage des fonds de projets non utilisés tombant de 40 % en 2006-2007 à 2 % au cours du biennium sous revue.

4.6 OS6 : FACTEURS DE RISQUE POUR LA SANTÉ

109. Au cours du biennium, l'accent a été mis sur la fourniture d'un appui aux pays dans la mise en œuvre des stratégies de promotion de la santé susceptibles de juguler, grâce à des interventions complètes, des facteurs de risque tels les rapports sexuels non protégés, l'inactivité physique, les régimes alimentaires peu sains, la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances psychoactives. Les activités menées ont porté

notamment sur le plaidoyer en faveur du recours à la promotion de la santé pour améliorer la santé et prévenir la maladie, le renforcement des capacités pour améliorer les politiques, mécanismes et interventions de promotion de la santé, et l'intégration de composantes relatives à la promotion de la santé dans des interventions et programmes non liés au secteur de la santé.

110. La Septième Conférence mondiale sur la Promotion de la Santé s'est tenue du 26 au 30 octobre 2009 à Nairobi (Kenya). C'était la toute première conférence mondiale du genre organisée dans la Région africaine. Elle avait pour thème : «Promouvoir la santé et le développement : combler le fossé dans la mise en œuvre». Le principal résultat de cette conférence a été l'Appel à l'Action de Nairobi pour combler le fossé de la mise en œuvre en promotion de la santé. L'Appel à l'Action de Nairobi exhorte les États Membres, l'OMS et les partenaires à intégrer la promotion de la santé dans les secteurs, les groupes de population et les questions liées à des maladies précises, en utilisant l'approche des soins de santé primaires (SSP) pour agir collectivement sur les déterminants sociaux de la santé.

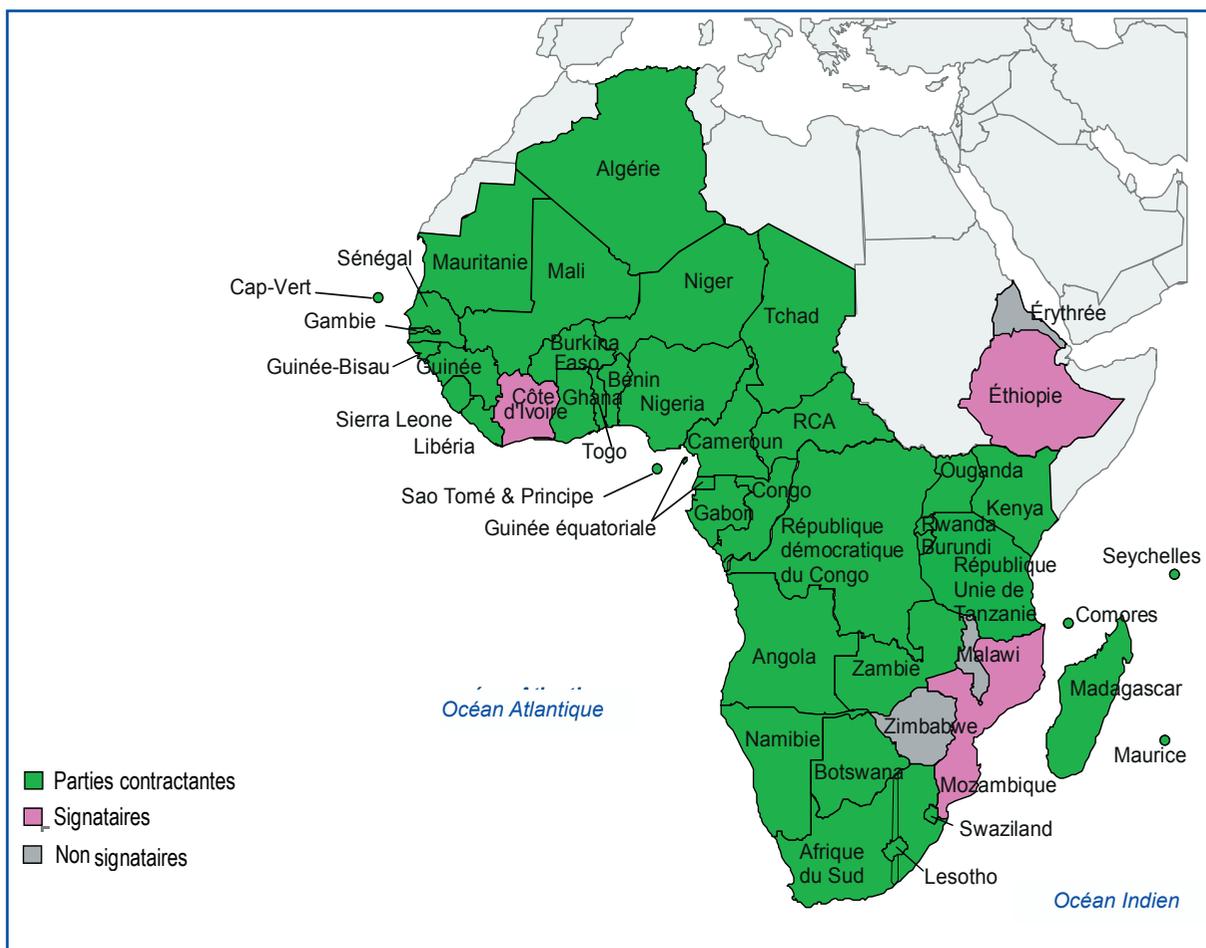
111. Des équipes multisectorielles de 16 pays ont acquis des compétences dans la mise au point d'interventions intégrées basées sur la promotion de la santé et visant la prévention des maladies non transmissibles, grâce à des sessions de formation participatives organisées au Bénin et en Ouganda. Un appui a été fourni à dix-neuf pays pour qu'ils mettent en œuvre la prévention intégrée des maladies non transmissibles en utilisant des approches et méthodes de promotion de la santé. Huit pays¹⁰⁷ ont lancé des activités de prévention des maladies non transmissibles, avec une importante participation communautaire.

112. À la fin du biennium, 21 pays de la Région avaient déjà approuvé ou élaboré des politiques et/ou stratégies de promotion de la santé. Ces pays avaient constitué des équipes multisectorielles de promotion de la santé. Des participants issus de vingt-neuf pays ont été formés à l'utilisation efficace de la méthodologie de promotion de la santé. Onze pays ont élaboré des stratégies de santé scolaire, adopté les lignes directrices régionales de l'OMS pour des écoles promotrices de santé, et lancé des activités de promotion de la santé à l'école.

113. Le partenariat avec l'Internationale de l'Éducation (IE) et le Centre pour le Développement de l'Éducation (EDC) pour la lutte contre le VIH/Sida à l'école a été renforcé par la mise en place du programme Éducation Pour Tous et Prévention du VIH/Sida (EPT/Sida). Un consortium de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles en Afrique subsaharienne a été créé, avec la participation de diverses

115. Au cours du biennium, les États Membres ont été davantage sensibilisés à la mise en œuvre de la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), et le taux d'adhésion à la Convention s'est amélioré. La «Journée mondiale Sans Tabac» a permis d'accroître la sensibilisation aux méfaits du tabac par l'envoi de matériels d'information aux pays, pour diffusion, par l'intermédiaire des médias. La troisième session de la Conférence des Parties à la CCLAT s'est tenue novembre 2008 à Durban (Afrique du Sud) et a adopté des lignes directrices détaillées pour les politiques de santé publique, l'emballage et l'étiquetage du tabac, et l'interdiction de la publicité en faveur des produits du tabac. Les solutions de remplacement économiquement viables à la culture du tabac et les questions relatives à la dépendance vis-à-vis de la cigarette et au renoncement au tabagisme ont été évoquées. Cinq pays ont ratifié la CCLAT ou y ont adhéré, et deux autres ont entamé les démarches pour faire partie du processus. À la date de décembre 2009, quarante pays avaient déjà ratifié la CCLAT (Figure 14).

FIGURE 14 : ÉTAT DE RATIFICATION DE LA CCLAT DANS LA RÉGION AFRIQUE



Source : Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2009.

116. À la fin du biennium, tous les 46 États Membres disposaient de points focaux pour la lutte antitabac. Un appui technique et financier a été fourni à 22 pays pour l'élaboration de lois et de plans d'action nationaux pour la lutte contre antitabac.

117. Les capacités des États Membres en matière de surveillance et de recherche ont été renforcées pendant le biennium. Vingt-cinq pays ont reçu un appui pour la conduite de l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes, et 38 pays ont bénéficié d'une assistance en matière d'analyse des données. À la fin du biennium, quarante-trois pays disposaient de données sur le tabagisme chez les jeunes.

118. Tous les États Membres ont contribué à la préparation et à l'achèvement du deuxième Rapport de l'OMS sur la lutte antitabac dans le monde. Quarante-deux pays ont été formés à l'utilisation des données pour évaluer et réviser leurs politiques et stratégies de lutte antitabac afin d'améliorer la mise en œuvre de leurs programmes.

119. Pendant le biennium, des données sur la politique et la législation sur l'alcool, la fourniture et la consommation d'alcool, et des informations sur les indicateurs de santé (mortalité et morbidité, conséquences sociales et traitement) dans la Région ont été collectées. Quarante-six pays de la Région ont participé à l'enquête et validé les données qui ont été exploitées par la suite pour produire des profils pays sur la consommation d'alcool et ses méfaits dans la Région. Les deux principales caractéristiques qui décrivent les modes de consommation d'alcool dans la Région sont le niveau élevé d'abstention et la grande quantité consommée par les buveurs. Le processus a montré par ailleurs que même si les données de surveillance produites par les États Membres permettent d'avoir une certaine idée des effets néfastes de l'usage de l'alcool dans la Région, bon nombre de pays ne disposent pas de systèmes de surveillance et d'enregistrement réguliers et systématiques de données sur la production et la consommation d'alcool et les méfaits de l'alcool.

120. Le Botswana, le Ghana et la Namibie ont bénéficié d'un appui technique pour élaborer des politiques sur l'alcool fondées sur des bases factuelles. Le Cap-Vert et le Ghana ont élaboré leurs plans nationaux visant à intégrer dans les soins de santé primaires la détection précoce des personnes à risque d'usage nocif de l'alcool et d'autres substances psychoactives. Des points focaux des bureaux pays de l'OMS et des cellules des ministères de la santé de neuf pays¹⁰⁸ ont pris part à une séance d'information sur l'instrument ASSIST (Test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives), dans le cadre d'un cours de formation consacré aux maladies

non transmissibles, organisé à l'IRSP de Ouidah (Bénin). Une consultation régionale sur la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et rassemblant des participants de 43 pays s'est tenue en mars 2009 à Brazzaville. Elle a permis de recueillir les contributions des États Membres au projet de Stratégie régionale sur l'usage nocif de l'alcool, à soumettre à l'examen et à l'adoption à la soixantième session du Comité régional.

121. En collaboration avec l'Internationale de l'Éducation (IE), qui est une organisation syndicale internationale regroupant des enseignants, l'OMS a appuyé la préparation et la mise en œuvre d'activités de promotion de la santé à l'école, dans le cadre de la prévention et de la lutte contre le VIH/sida. Ces activités en milieu scolaire ont été étendues plus tard à la prévention de l'abus de substances psychoactives (alcool et tabac) et à la promotion de l'activité physique chez les élèves. Au Libéria et en Sierra Leone, des enseignants ont été formés aux méthodes pédagogiques qui leur permettraient de dispenser des cours et d'inculquer les aptitudes requises pour la prévention et la lutte contre le VIH/Sida, la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances psychoactives. L'OMS et l'IE ont effectué des missions conjointes au Botswana et au Zimbabwe pour évaluer les progrès accomplis et l'efficacité de la mise en œuvre des activités convenues.

4.7 OS7 : DÉTERMINANTS SOCIAUX ET ÉCONOMIQUES DE LA SANTÉ

122. Pendant le biennium, l'accent a été mis sur l'appui à apporter aux États Membres pour l'application de la résolution WHA62.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé, relative à la réduction des inégalités en santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé, dans le cadre du Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Il s'est agi de déployer des efforts pour s'assurer que les politiques et les plans de travail du secteur de la santé et des secteurs prioritaires autres que le secteur de la santé tels que l'agriculture, l'énergie, les finances et le transport, intègrent l'égalité entre les deux sexes, les droits de l'homme et l'équité dans leurs activités de conception et de mise en œuvre.

123. Les États Membres ont été sensibilisés à la nécessité d'une action intersectorielle en faveur de la santé, par la diffusion de la documentation et des affiches sur les droits de l'homme et l'action intersectorielle pour la santé. Le Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, publié pendant le biennium, a été diffusé dans les États Membres. Il donne un aperçu général des actions nécessaires et fournit des exemples d'actions ayant fait leurs preuves en ce qui concerne l'amélioration de la santé et l'équité en santé dans des pays se trouvant à divers niveaux de développement socioéconomique.

124. Un atelier régional s'est tenu les 22 et 23 avril 2009 à Dar-es-Salaam (Tanzanie). Il a rassemblé des participants de diverses disciplines, venus de huit pays de la Région¹⁰⁹ et au-delà, pour consolider l'expérience acquise jusque-là dans la mise en œuvre des principes des droits de l'homme dans la pratique de la santé, examiner les outils et méthodologies disponibles utilisés, et appréhender les défis futurs. L'atelier – dont l'une des conclusions avait trait aux anciens étudiants du cours «Santé et droits de l'homme», dispensé en ligne par l'OMS en collaboration avec InWent d'Allemagne – a servi de cadre à un échange d'expériences et permis que des propositions soient formulées sur la façon dont le cours pourrait être amélioré et bénéficier à d'autres personnes.

125. Du 28 septembre au 2 octobre 2009, l'OMS a organisé à Johannesburg (Afrique du Sud) un atelier sur le renforcement des capacités d'analyse de l'équité en santé et dans les soins de santé, qui a enregistré la participation de sept pays¹¹⁰. Un appui a été fourni à l'Angola et au Tchad pour leur permettre de renforcer leurs capacités pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé; à la Guinée pour améliorer la collecte des données; à la Gambie, à la Guinée équatoriale et au Malawi pour le suivi-évaluation; et à l'Algérie et au Burkina Faso pour se pencher sur les questions éthiques. En outre, le Malawi a bénéficié d'un appui pour la formation de 18 agents du Ministère de la Santé à l'analyse de l'équité en santé et dans les soins de santé. Un appui a été fourni aux Seychelles pour l'élaboration d'une loi devant régir la recherche sur les cellules souches et pour le renforcement de la capacité de ce pays à traiter les questions éthiques s'y rapportant.

126. Avec l'appui de l'OMS, quatre pays¹¹¹ ont élaboré des plans visant à faire des déterminants sociaux de la santé une priorité pour le gouvernement en général et le ministère de la santé en particulier, en mettant l'accent sur l'approche à l'échelle de l'ensemble de l'administration pour la collaboration intersectorielle. Le Mozambique a enclenché le processus de création d'une commission nationale des déterminants sociaux de la santé. L'Algérie, le Burkina Faso et le Kenya ont renforcé l'intégration du genre et des droits de l'homme dans les approches du secteur opérationnel de la santé, et une étude sur la santé et les droits humains a été conduite en Ouganda, dans le cadre de la revue à mi-parcours du plan stratégique du secteur de la santé.

127. Huit pays¹¹² ont élaboré des plans pour la conduite d'études pilotes sur la situation des déterminants sociaux de la santé, y compris l'évaluation des besoins, afin de guider la conception des stratégies pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que la planification et l'affectation des ressources.

128. L'OMS a apporté son appui aux pays participant au Partenariat OMS/CE pour atteindre les OMD et au projet OMS/Luxembourg qui vise à parfaire la phase I, puis à préparer et soumettre des rapports d'étape, et à élaborer des plans de travail pour la phase II. Les projets ont couvert divers aspects du renforcement des systèmes de santé afin de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement.

4.8 OS8 : UN ENVIRONNEMENT PLUS SAIN

129. L'axe majeur de l'action de l'OMS a été la fourniture d'un appui aux pays pour leur permettre de concevoir des politiques et stratégies sur la salubrité de l'environnement, de créer ou de renforcer des structures appropriées pour les services de salubrité de l'environnement, d'améliorer les capacités en ressources humaines des ministères de la santé dans le domaine de la salubrité de l'environnement, et d'encourager la collaboration et le partenariat dans le secteur de la santé.

130. La Première Conférence interministérielle sur la Santé et l'Environnement – qui a fait date – a été organisée en août 2008 par le Gouvernement du Gabon, en collaboration avec l'OMS et le PNUE. Elle a été sanctionnée par l'adoption de la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique, qui engage les États Membres à mettre en œuvre 11 actions prioritaires¹¹³, en particulier la création d'une alliance stratégique entre santé et environnement pour relever les défis sanitaires et environnementaux en Afrique.

131. En février 2009, dans le cadre du suivi de la Conférence interministérielle sur la Santé et l'Environnement, l'OMS et le PNUE ont organisé conjointement la Première Réunion des Partenaires de l'Alliance stratégique entre la santé et l'environnement à Windhoek (Namibie). Les Partenaires ont publié la « Déclaration des Partenaires de Windhoek sur la Mise en Œuvre de la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique ». Par cette déclaration, les Partenaires se sont engagés à appuyer la création de l'Alliance stratégique entre la santé et l'environnement et à promouvoir le démarrage rapide des analyses de situation et des évaluations des besoins (SANA) au niveau national, en vue de l'élaboration de plans nationaux pour des actions conjointes. Une feuille de route décrivant le processus et les principaux jalons de la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville aux niveaux national et international a été adoptée.

132. Un groupe de travail conjoint, appelé à coordonner la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville aux niveaux national et international, a été mis sur pied. Ce groupe a élaboré des lignes directrices pour la conduite des analyses de la situation et des évaluations des besoins (SANA). Les lignes directrices en question ont été testées au Gabon et au Kenya et parachevées, puis distribuées aux pays, pour exploitation. Le groupe de travail conjoint a également préparé des lignes directrices pour l'élaboration des plans nationaux pour des actions conjointes et d'un programme informatique de gestion de l'information sur liens entre la santé et l'environnement. À la fin de 2009, avec le concours technique et financier de l'OMS, 10 pays avaient lancé le processus d'élaboration de plans d'action nationaux pour des actions conjointes sur la santé et l'environnement.

133. L'OMS et l'UNICEF ont poursuivi leur collaboration dans le cadre du Programme conjoint de surveillance de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement. Un rapport conjoint publié pendant le biennium a montré qu'en 2006, une proportion de 58 % seulement de la population totale de l'Afrique subsaharienne avait accès à une source d'eau potable, avec une grande disparité entre les zones urbaines (81 %) et rurales (46 %). Le rapport a également montré qu'une proportion de 31 % seulement de la population avait accès à un meilleur assainissement et qu'il existe une différence marquée entre les centres urbains (42 %) et les zones rurales (24 %)¹¹⁴.

134. Conformément à la résolution WHA61.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur le changement climatique et la santé, le Bureau régional a organisé une consultation régionale pour définir une plateforme d'action visant à protéger la santé humaine contre la variabilité du climat et le changement climatique en Afrique. L'accent a été mis sur quatre axes majeurs, à savoir : i) la sensibilisation pour placer les préoccupations liées à la santé au centre de l'action nationale, régionale et internationale pour faire face à la variabilité du climat et au changement climatique; ii) la mise en œuvre de stratégies d'adaptation susceptibles de réduire l'incidence de la variabilité du climat et du changement climatique sur la santé des populations; iii) l'engagement du secteur de la santé en faveur des stratégies de développement afin de protéger et de promouvoir la santé par les actions menées par d'autres secteurs; iv) le renforcement des capacités institutionnelles des systèmes de santé publique à fournir des orientations et à jouer un rôle moteur en matière de protection de la santé contre le changement climatique.

135. En collaboration avec l'Organisation météorologique mondiale, l'OMS a organisé une consultation régionale dans la perspective de l'élaboration d'un programme sur le changement climatique et la santé en Afrique. Le rapport de cette concertation a servi de contribution de la Région à la préparation du Plan d'action mondial sur le changement climatique.

136. L'OMS a renforcé sa coopération avec les pays dans les domaines techniques clés. La gestion des déchets liés aux soins de santé a bénéficié d'une attention spéciale grâce à un projet financé par l'Alliance GAVI et exécuté dans 36 pays. Tous les pays où le paludisme est endémique ont bénéficié d'une assistance technique afin de mener une lutte vectorielle efficace, dans le contexte de la gestion intégrée des vecteurs, en vue d'intensifier les interventions de lutte anti-vectorielle dans le cadre de la lutte contre le paludisme et d'autres maladies tropicales négligées. L'OMS a noué des partenariats avec le PNUE, l'UNITAR, le Secrétariat de la SAICM et le Secrétariat de la Convention de Stockholm afin de mettre en œuvre des initiatives et programmes communs de renforcement de la gestion des produits chimiques dans la Région. L'OMS a également noué un partenariat avec l'OIT pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la santé et la sécurité des travailleurs.

4.9 OS9: NUTRITION, SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS ET SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

137. Les approches adoptées dans ce domaine ont consisté à soutenir les États Membres pour qu'ils renforcent la sécurité sanitaire des aliments et la surveillance nutritionnelle; élaborent ou actualisent des plans et politiques sur la nutrition, ainsi que des lois, politiques et plans sur la sécurité sanitaire des aliments, qui soient fondés sur l'évaluation des risques scientifiques tout au long de la chaîne alimentaire; intègrent les questions de sécurité sanitaire des aliments dans les programmes d'éducation des consommateurs; et participent activement aux activités de la Commission du Codex Alimentarius.

138. Au cours du biennium, cinq pays¹¹⁵ ont intégré la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité alimentaire dans les nouvelles approches sectorielles et dans les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté. Des lignes directrices pour l'intégration de la sécurité sanitaire des aliments, de la nutrition et de la sécurité alimentaire dans les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté ont été élaborées. Le Bureau régional a contribué aux activités du Groupe de travail sur la sécurité alimentaire et la nutrition (FSNWG). Les ministres et les principales parties prenantes ont été sensibilisés à la crise alimentaire mondiale par une note d'information.

139. Le Bureau régional a participé à des réunions de haut niveau avec l'UA/NEPAD, la FAO, l'UNICEF, L'OCHA, le CILSS et l'OOAS, et a consolidé ses partenariats en exprimant la position de l'OMS en ce qui concerne la prise en charge des problèmes nutritionnels et en définissant clairement la collaboration avec les différents partenaires. Le Bureau régional a apporté sa contribution à la revue à mi-parcours de la nutrition organisée par l'Organisation ouest-africaine de la Santé, et aux activités organisées par l'Alliance régionale ouest-africaine REACH/Nutrition du Bébé et du Jeune Enfant. Le Rwanda a organisé un congrès national sur la nutrition, conjointement avec l'UNICEF.

140. Des mesures visant à ioder le sel de manière soutenue pour s'attaquer au problème de la carence en iode ont été adoptées par la cinquante-huitième session du Comité régional. Cinq pays¹¹⁶ ont élaboré des plans stratégiques et organisé un dialogue national pour s'attaquer aux troubles dus à une carence en iode. Le Ghana, le Kenya et la Tanzanie ont mené des activités de prévention et de lutte contre l'anémie due à la carence en iode et à la carence en vitamine A.

141. Des matériels didactiques sur les soins nutritionnels et le soutien aux personnes vivant avec le VIH ont été parachevés de concert avec la FAO. Le Bureau régional a travaillé en collaboration avec l'UNICEF, le Projet d'assistance technique pour l'alimentation et la nutrition (FANTA/USAID) et Valid International pour mettre au point des matériels de formation à la prise en charge des cas de malnutrition sévère par les services de consultations externes. Des initiatives ont été prises pour organiser des cours sur la nutrition dans les situations d'urgence et la révision de la trousse d'urgence mondiale. Des lignes directrices pour les soins nutritionnels intégrés à administrer aux enfants infectés par le VIH ont été élaborées et testées sur le terrain en Afrique du Sud et au Malawi, et une stratégie de communication sur l'alimentation appropriée des enfants infectés par le VIH a été mise au point au Kenya. Le Ghana a adapté la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (DPAS), et le Bénin et l'Érythrée ont introduit cette stratégie dans leurs programmes scolaires d'éducation à la santé.

142. Un atelier régional sur la Prise en charge intégrée de la malnutrition sévère (IMAM) a été organisé pour l'Afrique du Sud, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe, en plus de la formation nationale des formateurs qui a eu lieu dans sept pays¹¹⁷. En outre, l'OMS a collaboré avec l'UNICEF pour fournir à la Namibie un appui dans l'organisation d'un séminaire de formation à l'IMAM, à l'intention de 20 agents de santé, et pour aider le Zimbabwe à améliorer la formation à l'IMAM et à l'utilisation des nouvelles Normes OMS de croissance de l'enfant, et mettre au point un diagramme de circulation pour la

prise en charge des cas graves de choléra accompagnés de malnutrition. Le Botswana a bénéficié d'un appui pour former 30 personnes à la prise en charge de la malnutrition pendant les flambées de diarrhée.

143. Sept pays¹¹⁸ ont renforcé leur réponse aux problèmes nutritionnels et six pays¹¹⁹ ont consolidé leurs systèmes de surveillance en recouvrant à des analyses et revues de la situation. La cartographie du profil de surveillance nutritionnelle a été entreprise dans 12 pays¹²⁰. La Côte d'Ivoire a élaboré un plan d'action pour la prise en charge de la malnutrition.

144. Les nouvelles Normes OMS de croissance de l'enfant ont été utilisées dans deux sessions de formation régionales : au Bénin pour les pays d'Afrique de l'Ouest, et au Cameroun pour les pays d'Afrique centrale. Quinze pays¹²¹ ont adapté les nouvelles normes de croissance de l'enfant, ce qui porte à 20 le nombre total de pays ayant adapté ces normes. Une formation au renforcement des capacités en matière de normes de croissance de l'enfant a été organisée à l'intention de 13 animateurs régionaux, de 64 animateurs nationaux de 20 pays¹²², et de 21 animateurs nationaux de sept pays¹²³.

145. Cinq pays¹²⁴ ont élaboré des politiques et stratégies nutritionnelles nationales sur le VIH et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). Huit pays ont entrepris des analyses de la situation et révisé leurs stratégies et plans d'action nutritionnels¹²⁵. Six pays¹²⁶ ont organisé une formation nationale des formateurs sur l'ANJE intégrée, et le Kenya, le Nigeria et la Zambie ont documenté les meilleures pratiques et expériences. Sept pays¹²⁷ ont formé 150 formateurs pour renforcer les conseils et le soutien à l'ANJE. Le Ghana, le Nigeria et la Zambie ont passé en revue la mise en œuvre de leurs stratégies nationales ANJE. Quatorze pays¹²⁸ ont conçu des plans visant à accélérer l'application et le suivi du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Des établissements de santé ont été évalués et désignés comme Hôpitaux amis des bébés au Malawi et au Rwanda, et l'Initiative des écoles de nutrition amies des Bébés a été mise en œuvre au Bénin. La Côte d'Ivoire, le Ghana et le Malawi ont célébré la Semaine mondiale de l'Allaitement maternel.

146. La sécurité sanitaire des aliments a été intégrée dans les lignes directrices pour la nutrition au sein des programmes sur le VIH/sida. Des lignes directrices visant à renforcer les systèmes nationaux de contrôle alimentaire ont été élaborées et testées sur le terrain dans six pays¹²⁹. Un manuel de formation à l'analyse des risques pour la sécurité sanitaire des aliments a été conçu puis testé sur le terrain, avec la participation de 34 participants de huit pays¹³⁰. Des lignes directrices régionales pour la surveillance des maladies d'origine alimentaire ont été élaborées.

147. L'OMS a collaboré avec l'Union africaine et l'Union européenne à l'inspection des aliments et à la santé animale. Les autorités nationales ont reçu des informations sur les incidents alimentaires, notamment sur la contamination du lait à la mélamine, et un appui a été fourni pour la conduite de tests du lait en laboratoire. Dix pays¹³¹ ont organisé des ateliers sur l'analyse des risques-points critiques en vue de leur maîtrise (HACCP) et sur l'inspection des aliments, notamment le renforcement des capacités, la sensibilisation, l'adaptation des lignes directrices, la décentralisation des services, et l'évaluation d'un abattoir.

148. En collaboration avec les partenaires, un séminaire régional sur les activités du Codex a été organisé au Cameroun à l'intention de 40 délégués de sept pays. Un appui a été fourni à six pays¹³² pour le renforcement de leurs Comités nationaux du Codex. Conjointement avec la FAO et le Comité de Coordination du Codex pour l'Afrique (CCAFRICA), il a été organisé un atelier de formation aux exigences du Codex portant sur les mycotoxines dans les aliments. Le CCAFRICA a bénéficié d'un appui pour la tenue de sa réunion biennale et de ressources pour l'entretien de son site Internet. Des pays ont reçu un appui technique au cours de la 32^{ème} session de la Commission du Codex Alimentarius.

149. Des cours sur la surveillance en laboratoire des maladies d'origine alimentaire ont été organisés pour onze pays¹³³ et les laboratoires respectifs ont reçu des fournitures appropriées. Les capacités des laboratoires d'analyses alimentaires ont été renforcées au Botswana et au Rwanda. Un appui a été fourni pour la conduite d'enquêtes sur les flambées de maladies d'origine alimentaire dans plusieurs pays, y compris une maladie du foie inconnue en Éthiopie, la fièvre typhoïde au Malawi, l'aflatoxicose au Kenya et la salmonellose à Maurice. Des recherches ont été effectuées sur *Salmonella concord* en Éthiopie et *Salmonella Hiduddify* au Nigeria. Le Groupe de travail sur la cysticerose en Afrique de l'Est et en Afrique australe a bénéficié d'un appui pour ses recherches en matière d'intervention sur le *Taenia solium*, et l'Afrique du Sud a bénéficié d'un appui pour conduire des études sur la sécurité microbiologique des aliments pour bébés.

150. Seize pays¹³⁴ ont évalué leurs programmes nationaux de sécurité sanitaire des aliments et cinq pays¹³⁵ ont mis au point des plans nationaux de sécurité sanitaire des aliments. Le Kenya, l'Ouganda et le Rwanda ont élaboré leurs politiques nationales de sécurité sanitaire des aliments et les projets de loi y relatifs. La Gambie et le Kenya ont formé des responsables du contrôle alimentaire aux techniques de poursuites judiciaires, et des responsables de la réglementation alimentaire à la maîtrise de la loi sur les produits

alimentaires. Une sensibilisation aux normes et standards de sécurité sanitaire des aliments a eu lieu en Sierra Leone, alors que le Malawi a révisé sa plateforme juridique sur la sécurité sanitaire des aliments. Vingt pays¹³⁶ ont élargi l'éducation à la sécurité sanitaire des aliments en utilisant les Cinq clés de l'OMS pour des aliments plus sûrs. Les messages des Cinq clés ont été adaptés et traduits en langues locales. Quatre pays¹³⁷ ont organisé des concours sur la sécurité sanitaire des aliments à l'intention des enfants scolarisés. En outre, des marchés pour aliments sains ont été créés dans six pays¹³⁸.

4.10 OS10 : SERVICES DE SANTÉ

151. Au cours du biennium, les activités ont porté essentiellement sur l'appui à apporter aux pays pour qu'ils mettent en œuvre la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique et la Déclaration d'Alger sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine, afin d'améliorer la performance des services de santé, en termes de qualité, d'efficacité, d'efficience, de couverture et d'accès équitable aux soins.

152. Au cours du biennium, il y a eu un regain d'intérêt pour l'utilisation des soins de santé primaires (SSP) en tant qu'approche pour le renforcement des systèmes de santé afin de contribuer à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé. En avril 2008, le Gouvernement du Burkina Faso a accueilli la Conférence internationale sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé, organisée conjointement par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA, la BfAD et la Banque mondiale. Cette conférence a abouti à l'adoption de 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 ensuite entérinée par la cinquante-huitième session du Comité régional, qui a également adopté une résolution sur le sujet¹³⁹. Un cadre général de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou a été adopté par la cinquante-neuvième session du Comité régional en 2009.

153. Dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou, quatre pays¹⁴⁰ ont entamé le processus de renforcement des services de santé à base communautaire. Treize pays¹⁴¹ ont renforcé les capacités de leurs systèmes de santé de district dans des domaines tels que la planification, la prise en charge, l'intégration des activités, la supervision et le suivi-évaluation. Quatre pays¹⁴² ont mis au point des outils et révisé leurs paquets de services de santé essentiels afin de concentrer les rares ressources disponibles sur les interventions à haut impact, et le Niger a élaboré une stratégie d'assurance qualité.

154. Un appui a été fourni aux États Membres pour la révision ou l'élaboration de leurs politiques et plans stratégiques nationaux dans le secteur de la santé. Le Botswana, l'Érythrée et le Malawi ont élaboré leurs Politiques sanitaires nationales (PSN), ce qui porte à 45 le nombre de pays à avoir élaboré ou révisé leurs PSN au cours des cinq dernières années. Sept pays¹⁴³ ont bénéficié d'un appui pour élaborer ou réviser leurs plans stratégiques nationaux de santé (PSNS), ce qui porte à 44 le nombre de pays ayant élaboré ou révisé leurs PSNS au cours des cinq dernières années.

155. Six pays¹⁴⁴ ont procédé à leurs revues annuelles conjointes du secteur de la santé. Les Comores ont élaboré un code de santé publique. Le Bénin et la République démocratique du Congo ont commis un audit organisationnel de leurs ministères de la santé. L'Ouganda a parachevé la cartographie des parties prenantes et élaboré un plan chiffré pour l'intensification. Le Burundi et le Ghana ont renforcé la coordination des partenaires. Huit pays¹⁴⁵ ont adopté le Pacte mondial, avec l'appui du partenariat IHP+.

156. 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. Des professionnels de la santé de neuf pays¹⁴⁶ ont été formés au diagnostic des systèmes de santé et au suivi des performances dans le domaine de la santé. Dans le même esprit, 135 professionnels nationaux de la santé de tous les 17 pays couverts par l'Équipe d'appui interpays de l'Afrique de l'Ouest ont été formés au suivi et à l'évaluation du renforcement des systèmes de santé lors de trois ateliers qui se sont tenus à Abuja, Dakar et Niamey.

157. Lors d'un atelier qui s'est tenu à Lilongwe (Malawi), six pays¹⁴⁷ ont partagé leurs expériences en matière de décentralisation des services de santé. Deux réunions annuelles de planification et de revue ont été organisées pour les 18 pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe afin d'examiner la mise en œuvre et de faciliter la planification intégrée. Au cours de la cinquante-neuvième session du Comité régional, quatre pays¹⁴⁸ ont partagé leurs bonnes pratiques dans le renforcement des systèmes de santé de district ou locaux.

158. Dix-neuf pays¹⁴⁹ ont bénéficié d'un appui pour l'élaboration de leurs propositions de financement soumises au titre des huitième et neuvième cycles du Fonds mondial. Quatorze de ces dix-neuf pays ont reçu une enveloppe totale de US \$256 938 066 et de US \$391 937 979 pour le renforcement des systèmes de santé, au titre des huitième et neuvième cycles, respectivement¹⁵⁰. Pour le huitième cycle, il s'agit des pays suivants :

Burkina Faso (US \$4 085 815); Côte d'Ivoire (US \$607 145); Érythrée (US \$14 939 526); Lesotho (US \$39 684 361); Mauritanie (US \$3 942 505); Swaziland (US \$15 136 443); Tanzanie (US \$96 794 017); et Zimbabwe (US \$81 748 254). Pour le neuvième cycle, il s'agit des pays suivants : Bénin (US \$43 711 267), Côte d'Ivoire (US \$97 590 298); Érythrée (US \$ 17 928 527); Guinée (US \$34 553 455); Sénégal (US \$22 064 454); et Tanzanie US \$176 089 979).

159. Des lignes directrices pour les politiques et la planification des ressources humaines pour la santé ont été imprimées et envoyées aux États Membres. Huit pays¹⁵¹ ont formé leurs ressources humaines à l'application des plans stratégiques de santé. Un appui a été fourni pour l'élaboration de stratégies et plans d'action pour les professions d'infirmière et de sages-femmes dans quatre pays¹⁵², et pour l'examen de la composante des ressources humaines pour la santé, dans le cadre de la revue à mi-parcours du secteur de la santé en Éthiopie.

160. S'agissant des activités relatives à l'Observatoire africain des Ressources humaines pour la Santé, des outils de communication (notes d'information, brochures, affiches, dépliants, bulletins) ont été produits et distribués pour mettre à disposition les informations devant guider la prise de décisions et la planification des ressources humaines pour la santé. Dix pays¹⁵³ ont reçu un appui pour la création d'observatoires nationaux des ressources humaines pour la santé. Un comité de pilotage de l'Observatoire africain des Ressources humaines pour la Santé a été créé pour consolider le partenariat dans le développement des ressources humaines pour la santé.

161. Afin de renforcer la gestion des ressources humaines pour la santé dans les pays, des outils d'évaluation des capacités des ressources humaines nationales dans les établissements de santé ont été mis au point. En outre, des lignes directrices pour l'évaluation des programmes de formation de base d'infirmiers et infirmières et de sages-femmes ont été préparées et envoyées aux pays. Ces outils ont permis à huit pays¹⁵⁴ d'évaluer les programmes de formation d'infirmiers et infirmières et de sages-femmes. Pendant le biennium, trois pays, à savoir le Congo, la Guinée-Bissau et le Libéria, ont reçu un appui pour évaluer les capacités de leurs institutions de formation aux sciences de la santé, y compris les capacités de leurs écoles de médecine. Par ailleurs, le Bureau régional a contribué à l'élaboration du Code de pratique OMS pour le recrutement international des personnels de santé.

162. Les partenariats ont été renforcés dans le domaine des ressources humaines pour la santé avec les Communautés économiques régionales (CER), l'Alliance mondiale pour les personnels de santé (AMPS), l'OIT, l'OIM et les Centres collaborateurs de l'OMS. En collaboration avec le Siège de l'OMS, deux propositions de projets ont été préparées et soumises à l'Union européenne (UE), pour financement. Ces projets ciblaient le développement des ressources humaines pour la santé pour les systèmes d'information dans les pays PALOP¹⁵⁵ et le développement des ressources humaines pour la santé en général. Les deux projets ont été financés et leur exécution a commencé pendant le biennium.

163. La capacité des pays à garantir un financement durable de la santé a continué à être renforcée pendant le biennium. Des 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.

164. Au total, 159 ressortissants de 26 pays¹⁵⁶ ont été formés, dans le cadre de divers ateliers,¹⁵⁷ à la méthodologie des comptes nationaux de la santé (CNS), aux outils de collecte des données, à la collecte des données, à leur analyse et à l'établissement de rapports. Quatorze pays¹⁵⁸ ont reçu un appui technique pour la conduite d'études sur les CNS et huit de ces pays ont produit leurs rapports sur les CNS au cours du biennium 2008-2009. Soixante-treize personnes de 15 pays¹⁶⁰ ont été formées à l'institutionnalisation des CNS et quatorze de ces pays¹⁶¹ ont élaboré des plans d'action (2010-2013) pour l'institutionnalisation et l'harmonisation des CNS dans la région de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Tous les pays qui ont conduit des études sur les CNS en ont exploité les résultats à diverses fins, notamment pour l'élaboration de politiques, de plans et de DSRP, et pour l'orientation de la réforme du secteur de la santé.

165. Afin de recueillir suffisamment de données probantes et d'informations sur le financement de la santé dans la Région, l'OMS a fourni un appui pour la conduite des études suivantes : études de faisabilité pour la mise en place de régimes d'assurance-maladie en Ouganda et au Swaziland; 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 situation du financement de la santé communautaire au Liberia; analyse de situation des mutuelles de santé à Madagascar; documentation des pratiques contractuelles dans le secteur de la santé au Burundi, au Niger et au Rwanda; et analyse de l'efficacité des formations sanitaires dans quatre pays.¹⁶²

166. Des systèmes d'information sanitaire, des bases factuelles et des travaux de recherche pertinents sont cruciaux pour guider les politiques et les stratégies nationales. L'OMS a continué à renforcer les bases factuelles au niveau régional et au niveau des États Membres. Vingt-quatre pays¹⁶³ ont évalué leurs systèmes nationaux d'information sanitaire (SNIS), sept¹⁶⁴ ont parachevé leurs plans stratégiques pour le renforcement de leurs SNIS, et sept autres¹⁶⁵ ont lancé l'élaboration de leurs plans stratégiques. Ces rapports d'évaluation, combinés à des recensements et à des enquêtes basées sur la population au niveau national, ont servi à cerner et produire des profils SNIS. En collaboration avec le Réseau de Métrologie sanitaire (RMS), l'OMS a renforcé le SNIS en Éthiopie, en Sierra Leone et en Zambie.

167. Une évaluation de la performance des systèmes nationaux de santé a été entreprise dans cinq pays.¹⁶⁶ Un atelier s'est tenu pour renforcer les capacités de 30 participants venus de 20 pays en matière d'analyse des données sur la mortalité et de planification de la collecte des données relatives à la mortalité maternelle au cours des recensements nationaux.

168. La mise en place de l'Observatoire africain de la Santé a été lancée pendant le biennium. L'Observatoire comprend une base de données intégrée, des profils de santé pays intégrés et une gamme de produits d'information. Six groupes de travail thématiques ont été constitués pour promouvoir la constitution de réseaux et la collaboration, et pour orienter et produire le contenu technique de l'Observatoire. Les groupes de travail couvrent les thèmes suivants : systèmes de santé; VIH/sida, tuberculose et paludisme; maladies transmissibles; santé familiale et génésique; maladies chroniques; facteurs de risque, nutrition et sécurité sanitaire des aliments; et déterminants généraux de la santé. Le magazine *Observatoire de la Santé en Afrique* est devenu une publication trimestrielle dotée d'une nouvelle direction et d'une nouvelle structure éditoriale comprenant un comité de rédaction, un groupe de rédaction restreint et des rédacteurs en chef adjoints.

169. La cartographie des systèmes de recherche pour la santé et des systèmes de gestion des connaissances a été entreprise dans 44 pays et a servi de base aux discussions qui ont eu lieu en juin 2008 à Alger pendant la Conférence ministérielle sur la Recherche pour la Santé en Afrique. Cette conférence a adopté la Déclaration d'Alger qui vise à réduire le déficit des connaissances pour améliorer la santé en Afrique.

170. Un cadre de mise en œuvre de la Déclaration d'Alger a fait l'objet de discussions lors d'une consultation régionale et a ensuite été adopté par la cinquante-neuvième session du Comité régional. Neuf pays¹⁶⁷ ont bénéficié d'un appui pour améliorer l'utilisation des données probantes dans l'élaboration des politiques et la prise de décisions, par la production de notes d'information sur l'utilisation plus généralisée des associations thérapeutiques à base d'artémisinine dans le traitement de formes non compliquées de paludisme et la prévention de cette maladie.

171. Le document d'orientation intitulé «Guide pour la documentation et le partage des meilleures pratiques dans les programmes de santé» a été publié pour faciliter la documentation et le partage des connaissances sur les interventions efficaces en faveur de la santé. Ce document a été utilisé pendant la cinquante-huitième session du Comité régional pour partager les bonnes pratiques dans l'intensification des interventions ciblant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale; la prévention et la lutte contre le paludisme; la prévention, le traitement et les soins du VIH/sida; et la vaccination systématique. Pendant la cinquante-neuvième session du Comité régional, le Burkina Faso, le Ghana, l'Ouganda et le Rwanda ont partagé leurs bonnes pratiques en matière de «renforcement des systèmes de santé de district/locaux».

172. 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 d'accès aux recherches (HINARI) ont été organisés dans quatre pays.¹⁶⁸ En collaboration avec l'ITOCA, le Programme régional Santé en Afrique de l'Ouest et l'Organisation ouest-africaine de la Santé, une session de formation a été organisée afin de renforcer les capacités de 35 bibliothécaires médicaux en Afrique de l'Ouest. De nouvelles bibliothèques bleues ont été acquises et distribuées à tous les États Membres.

173. Un système électronique de gestion des Centres collaborateurs de l'OMS (Système eCC) a été adopté pendant le biennium. Quatre nouveaux Centres collaborateurs de l'OMS ont été désignés au cours de cette période : le Centre collaborateur de l'OMS pour le plaidoyer et la formation à la pharmacovigilance de l'École de médecine de l'Université

du Ghana, au Ghana ; le Centre collaborateur de l'OMS pour la synthèse de la recherche sur la santé de la reproduction, Unité de recherche sur les soins efficaces, University of Fort Hare, en Afrique du Sud ; le Centre collaborateur de l'OMS pour la formation à l'accès et à l'utilisation de l'information technologique, médicale, scientifique électronique de l'ITOCA, en Afrique du Sud; et le Centre collaborateur de l'OMS pour la formation, l'éducation et les soins chirurgicaux et d'urgence de St. Francis Hospital d'Ifakara, en Tanzanie. À la fin du biennium, il y avait au total 27 centres collaborateurs de l'OMS implantés dans 12 pays,¹⁶⁹ de la Région africaine de l'OMS.

4.11 OS11 : TECHNOLOGIES ET PRODUITS MÉDICAUX

174. Pendant le biennium, l'accent a été placé sur la fourniture d'un appui aux États Membres pour garantir l'accès aux médicaments essentiels et aux technologies sanitaires sûres et appropriées au sein des systèmes de santé. Les efforts déployés ont notamment porté sur l'appui pour les activités des autorités de réglementation pharmaceutique; l'efficacité des systèmes d'achat, d'approvisionnement et de distribution des médicaments; la promotion de la prescription et de l'utilisation rationnelles des médicaments, respectivement par les prescripteurs et les consommateurs; l'amélioration de l'accès à du sang et à des produits sanguins sécurisés, aux services d'imagerie diagnostique, aux technologies diagnostiques et services de laboratoire; et la promotion de la sécurité des patients.

175. Les capacités des comités consultatifs nationaux sur les médicaments de sept pays¹⁷⁰ ont été renforcées dans le cadre du nouveau projet dénommé «De meilleurs médicaments pour les enfants». Sept pays¹⁷¹ ont révisé leurs listes nationales des médicaments essentiels et leurs lignes directrices standards pour le traitement. Pendant le biennium, avec le concours de l'OMS, six pays¹⁷² ont organisé des sessions de formation aux bonnes pratiques de prescription et d'utilisation rationnelle des médicaments, et les capacités de 205 médecins, infirmiers/infirmières et sages-femmes ont été renforcées. La Tanzanie a élaboré une stratégie de communication visant à améliorer l'utilisation rationnelle des médicaments par les communautés.

176. Des lignes directrices régionales pour la formulation, le suivi et l'évaluation des politiques nationales du médicament ont été révisées. La révision a couvert des composantes supplémentaires telles que la bonne gouvernance, l'efficacité de la réglementation pharmaceutique, le suivi des effets des accords commerciaux sur l'accès aux médicaments essentiels, l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé, les essais cliniques, la coopération technique et l'harmonisation.

177. Un document intitulé «*Perspectives régionales pour la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'Action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle dans la Région africaine*» a été préparé. Ce document a été approuvé par la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS. Les capacités nationales dans la détermination et la mise en œuvre des activités prioritaires, en réponse aux besoins en matière de santé publique, ont été renforcées. Au total, 26 cadres supérieurs des ministères de la santé, du commerce et des services des brevets de 18 pays ont été formés en santé publique, innovation et droits de propriété intellectuelle. Les séminaires de formation visaient à accroître la sensibilisation et à renforcer les capacités nationales dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et stratégies tenant compte des besoins dans le domaine de la santé publique. Ces séminaires ont été organisés en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour le Développement, l'Unité de recherche sur le droit et les politiques de propriété intellectuelle de l'Université du Cap, en Afrique du Sud, et l'Université Al Akhawayn d'Ifrane au Maroc, en juin et décembre 2009, respectivement.

178. Un rapport d'activités et un rapport de revue à mi-parcours de la mise en œuvre du plan d'action de la Décennie de la Médecine traditionnelle africaine (2001-2010) ont été élaborés et soumis aux Ministres africains de la Santé lors de leurs réunions de mai 2008 à Genève et d'août 2008 à Yaoundé. Les deux documents ont également été examinés lors de la réunion des experts et de la quatrième session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine (CAMH), qui a eu lieu à Addis-Abeba en mai 2009. La CAMH a recommandé qu'un rapport final sur l'examen de la mise en œuvre du plan d'action de la Décennie de la Médecine traditionnelle africaine soit soumis aux Ministres, pour examen et suite à donner.

179. Le premier numéro du magazine *Nigerian herbal pharmacopoeia* a été publié en 2008, avec l'appui de l'OMS. Le Tchad a procédé à un inventaire des médicaments issus des recettes de la médecine traditionnelle que l'on utilise pour la prise en charge du paludisme et du diabète. Le Nigeria a également procédé à un inventaire des médicaments issus des recettes de la médecine traditionnelle pour traiter l'hypertension, la drépanocytose et les infections opportunistes chez les PVVS. Un cadre stratégique régional visant à renforcer les capacités locales de production de médicaments issus des recettes de la médecine traditionnelle a été élaboré. Le Bureau régional a financé, en collaboration avec l'OOAS, un forum appelé à examiner les données de la recherche sur les plantes médicinales en Afrique de l'Ouest en vue du développement de la pharmacopée phytothérapeutique dans la Région de la CEDEAO.

180. Un cours régional de formation à l'analyse des politiques pharmaceutiques pour les régimes d'assurance maladie a été organisé en novembre 2008 au Ghana, en collaboration avec le Ministère de la Santé, le Noguchi Memorial Institute for Medical Research du Ghana et le Centre collaborateur de l'OMS pour la politique pharmaceutique de l'École de médecine de Harvard. Au total, 25 participants venus de six pays¹⁷³, dont des représentants des ministères de la santé et des directeurs d'institutions nationales d'assurance maladie, ont pris part à cette formation. Cinq pays¹⁷⁴ ont procédé à l'évaluation des avantages des médicaments et des données disponibles en vue de la prise de décisions dans les institutions d'assurance-maladie.

181. Quarante-six experts en génie médical venus des ministères de la santé du Kenya, de l'Ouganda et de la Tanzanie ont suivi une formation supérieure à l'entretien des matériels de laboratoire clinique, d'imagerie médicale et de soins intensifs. Trente-deux directeurs techniques et hauts responsables des ministères de la santé ont suivi une formation à la gestion des hautes technologies sanitaires et à la mise en œuvre des politiques.

182. Soixante-quinze ressortissants de 23 pays francophones et lusophones¹⁷⁵ ont suivi une formation à la sûreté biologique et à la sécurité biologique des laboratoires. L'objet de l'atelier était de renforcer les capacités pour améliorer la performance de l'Afrique dans le diagnostic d'agents pathogènes dangereux. Trente ressortissants de 12 pays¹⁷⁶ ont suivi une formation à l'élaboration de systèmes nationaux pour un dépistage de qualité garantie à 100 % des infections transmissibles par transfusion (ITT) pour les dons de sang. Au cours de l'atelier, des stratégies et plans pour la mise en place progressive de ces systèmes ont été élaborés par les participants.

183. Avec l'appui de l'OMS, neuf pays¹⁷⁷ ont évalué les autorités de réglementation pharmaceutique et l'élaboration de plans d'action pour le renforcement de leurs capacités. La mise en œuvre de ces plans a commencé. Le laboratoire de contrôle de la qualité de la République démocratique du Congo a fait l'objet d'un audit et les laboratoires de contrôle de qualité de six pays¹⁷⁸ ont participé au programme d'évaluation externe de la qualité des médicaments essentiels. D'une manière générale, l'évaluation a indiqué que 93 % de tous les laboratoires (40 sur 43) ayant participé à l'évaluation ont fait état de résultats satisfaisants. Une réunion des autorités africaines de réglementation pharmaceutique s'est tenue en novembre 2009 à Maputo pour étudier la meilleure façon d'intensifier les approches visant à améliorer la disponibilité de médicaments essentiels répondant aux normes d'innocuité, d'efficacité et de qualité, et à rendre opérationnelle l'initiative

d'harmonisation en cours de la réglementation pharmaceutique en Afrique. Cette réunion, organisée par le Bureau régional en concertation avec le Ministère mozambicain de la Santé, a rassemblé 56 participants, dont des chefs et des responsables d'autorités nationales de réglementation pharmaceutique de 40 pays, et un expert invité du Brésil.

184. Des évaluations régionales des performances en hématologie et en chimie clinique couvrant 16 pays¹⁷⁹ ont été conduites. Les résultats ont montré que 65 % des participants avaient une performance généralement bonne. Les programmes relatifs à ces évaluations doivent être renforcés dans les autres pays. Une rétroaction et des orientations techniques ont été communiquées aux pays dont la performance a été jugée insuffisante. Le programme d'évaluation externe de la qualité (EEQ) pour les agents pathogènes entériques, et ceux de la méningite, de la peste, de la tuberculose et du paludisme, couvrant 81 laboratoires dans tous les pays de la Région, exception faite de l'Afrique du Sud, a été évalué. L'analyse des résultats de l'EEQ a montré que les performances diffèrent d'un laboratoire à l'autre. Le test de sensibilité aux antimicrobiens reste l'un des principaux défis à relever. Une rétroaction et des orientations techniques, y compris les procédures opérationnelles standard et le choix des antibiotiques, ont été fournies aux laboratoires dont les performances ont été jugées insuffisantes. En étroite collaboration avec le Siège de l'OMS, neuf pays¹⁸⁰ ont reçu un appui pour l'élaboration de plans nationaux d'évaluation externe de la qualité. Une évaluation des programmes de gestion de la qualité des services de transfusion sanguine et une standardisation des normes opérationnelles et des pratiques en laboratoire ont été entreprises au Burkina Faso.

185. En étroite collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention (CDC/Atlanta) et d'autres partenaires, un «*Guide pour le réseau national de laboratoires de santé publique pour renforcer la surveillance intégrée de la maladie et la riposte*» a été publié. Ce document fournit des orientations pour la constitution de réseaux de laboratoires nationaux. Un rapport sur la *Situation de la sécurité transfusionnelle dans la Région africaine* de l'OMS a été publié. Ce rapport fournit des informations sur la planification fondée sur des bases factuelles et la mise en œuvre pour parvenir à l'accès universel à l'approvisionnement en sang sécurisé dans la Région africaine.

186. La cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a approuvé un document intitulé «*Sécurité des patients dans les services de santé en Afrique : Enjeux et solutions*» et a adopté la résolution AFR/RC58/R2 sur le *Renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS : Une exigence*

cruciale de la lutte contre la maladie. Des recommandations et décisions stratégiques ont été prises pour mettre en œuvre des mesures de promotion et de protection de la sécurité des patients, tout en renforçant les laboratoires de santé publique. Neuf pays¹⁸¹ ont ainsi reçu un appui pour la constitution d'un réseau régional sur la sécurité des patients. Ce réseau a servi à mobiliser les responsables du secteur de la santé dans la Région pour qu'ils s'attaquent aux problèmes liés à la sécurité des patients dans les services des soins de santé.

187. Le programme des Partenariats africains pour la sécurité des patients a été lancé en appui à six pays¹⁸². Il vise l'établissement de partenariats durables, avec un accent particulier sur la sécurité des patients. Il sera aligné sur le cadre de politiques de santé de chaque pays.

188. Une consultation régionale sur le don et la transplantation de cellules, tissus et organes : aspects juridiques et organisationnels, a été organisée à Abuja (Nigeria) du 29 au 31 juillet 2009. Dix-huit spécialistes et responsables politiques de 11 pays¹⁸³ y ont pris part. Ils ont reçu des orientations sur l'élaboration de cadres juridiques et le contrôle réglementaire de la transplantation d'organes afin de prévenir des pratiques contraires à l'éthique telles que le commerce et le trafic d'organes et le tourisme de transplantation.

189. Le Swaziland a bénéficié d'un appui technique pour établir les normes, règles et règlements d'utilisation du rayonnement ionisant, et pour créer un conseil de radiation à Raleigh Fitkin Memorial Hospital de Manzini. En outre, des recommandations ont été faites au Ministère de la Santé pour l'amélioration générale de la qualité des services d'imagerie diagnostique dans le pays.

4.12 OS12 : RÔLE MOTEUR, GOUVERNANCE ET PARTENARIAT

190. Au cours du biennium, l'attention s'est focalisée sur l'appui pour le rôle de chef de file, le partenariat et la mobilisation des ressources pour la santé au niveau des pays et à l'échelle régionale, par le renforcement du rôle moteur et de la gouvernance de l'OMS, et par le solide appui accordé aux pays et aux partenaires. L'accent a été mis sur la fourniture d'un appui cohérent pour les politiques et plans stratégiques nationaux de santé, notamment par un engagement accru en faveur de la réforme des Nations Unies et la mise en œuvre des stratégies de coopération avec les pays.

191. Plusieurs visites de plaidoyer de haut niveau ont été effectuées dans les pays pour améliorer la place accordée à la santé en tant que priorité dans les programmes nationaux de développement. Le Directeur régional a effectué dans des États Membres des visites officielles au cours desquelles les responsables politiques ont été sensibilisés et les relations avec l'OMS renforcées. Des conférences importantes ayant abouti à l'adoption de déclarations fondamentales ont été organisées.

192. Les efforts de décentralisation se sont poursuivis pendant le biennium. La capacité des Équipes d'appui interpays (EAIP) à intervenir rapidement en fournissant un appui technique a été renforcée. Les EAIP ont fourni aux pays un appui normatif et technique dans des programmes liés aux OMD et dans d'autres domaines de santé publique.

193. Un cours d'orientation a été organisé à l'intention des Représentants de l'OMS récemment nommés et potentiels afin d'améliorer leurs performances en leadership, négociation, gestion et appui technique aux pays. Par ailleurs, la politique de rotation et de mobilité des Représentants et des cadres supérieurs de l'OMS a été appliquée, conformément aux orientations et aux réformes de l'Organisation axées sur les pays. La connaissance et la compréhension par les Représentants de l'OMS des principales questions liées aux politiques et aux stratégies ont été améliorées par l'organisation de quatre Réunions régionales du Programme et des mises à jour régulières par le Bureau régional.

194. Quarante-cinq bureaux de pays ont achevé la préparation de leurs documents de Stratégie de coopération avec les pays (SCP) de deuxième génération, qui ont fait l'objet d'une large diffusion auprès des acteurs du développement sanitaire. Des efforts ont été faits pour aligner les SCP, la dimension santé du Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) et les autres plateformes de partenariat sur les stratégies et plans nationaux de santé, conformément aux principes d'harmonisation, d'alignement et d'efficacité de l'aide.

195. S'agissant des activités des Organes directeurs, les soixante-huitième et soixante-neuvième sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique ont été organisées avec succès à Yaoundé (Cameroun) et à Kigali (Rwanda), respectivement. Neuf des résolutions adoptées couvraient notamment les thèmes suivants : santé de la femme; renforcement des laboratoires de santé publique; Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique; pharmacorésistance concernant le VIH, la tuberculose et le paludisme; renforcement de la préparation aux flambées dans la

Région africaine, y compris la création d'un «Fonds africain pour les urgences de santé publique», qui appuiera les investigations et la riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique; et migration des personnels de santé.

196. La participation des délégués des États Membres de la Région africaine à quatre sessions du Conseil exécutif et à deux Assemblées mondiales de la Santé a été grandement facilitée par le Secrétariat. Des notes d'information techniques ont été partagées avec l'ensemble des délégations. La préparation et la participation des délégations des États Membres ont été améliorées grâce aux procédures révisées adoptées pendant le biennium, avec une collaboration plus étroite entre le Bureau régional, l'Union africaine et le Coordonnateur du Groupe africain à Genève¹⁸⁴.

197. Le partenariat pour la santé en Afrique a été renforcé par la participation aux principaux événements organisés par des partenaires tels que l'Union africaine (UA), les Communautés économiques régionales et le partenariat CE/ACP/OMS. À cet égard, il y a lieu de citer la 14^{ème} session ordinaire du Conseil exécutif et la 12^{ème} session ordinaire de la Conférence de l'UA, le 12^{ème} Congrès mondial sur la santé publique, les réunions des Groupes régionaux de l'UNDG pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, et pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, sans oublier la Conférence des Ministres africains de la Santé de l'UA.

198. Le Bureau régional a élaboré et publié des documents de stratégie sur les partenariats et la mobilisation des ressources pour la période 2009-2013. Ces publications guideront les actions à mener avec les partenaires au niveau des pays et au niveau régional. Les capacités du Bureau régional de l'OMS, des EAIP et des bureaux de pays en matière de partenariat et de mobilisation des ressources ont été renforcées grâce à une série d'ateliers comprenant des sessions de formation, organisés dans quatre pays¹⁸⁵.

199. Pendant le biennium, l'OMS s'est engagée plus activement dans les processus et mécanismes de partenariat pour la santé. Elle a notamment présidé ou coprésidé les groupes de partenaires intervenant dans le domaine de la santé, a été de plus en plus en première ligne dans la promotion de la santé dans bon nombre de pays, et a coordonné les activités du groupe thématique de l'UNDAF sur la santé et celles des Équipes pays des Nations Unies pour la santé. Les résultats concrets obtenus sont notamment l'amélioration de la coordination des activités du Groupe thématique sur la santé au sein des Groupes régionaux de l'UNDG.

200. La collaboration s'est aussi améliorée avec plusieurs partenaires, notamment avec l'Alliance GAVI, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et l'Alliance mondiale pour les personnels de santé. Les activités menées dans le cadre du Partenariat international pour la Santé et Initiatives apparentées (IHP+) et de l'Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) sont devenues plus visibles, avec la fourniture d'un appui coordonné aux pays. Le nombre de partenaires (partenaires au développement, société civile, pays partenaires et initiatives connexes comme l'Alliance GAVI, le Fonds mondial, la Fondation Bill et Melinda Gates) à avoir signé le pacte mondial IHP+ est passé de 27 à 46 depuis 2007, parmi lesquels 17 pays partenaires de la Région africaine.¹⁸⁶ Quatre pays¹⁸⁷ ont signé des accords locaux avec leurs partenaires. En ce qui concerne les activités HHA, 18 pays¹⁸⁸ ont reçu un appui technique conjoint pour la préparation ou l'examen des cadres de dépenses à moyen terme (CDMT), la cartographie des donateurs, l'établissement des coûts et l'analyse budgétaire, les plans stratégiques de santé, les approches sectorielles, les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, les cadres communs de résultats, et les plans de développement des ressources humaines.

201. Trente-huit accords au total ont été signés dans la Région entre les États Membres et les bailleurs de fonds, notamment avec le Département du Développement international (DFID), l'USAID, la Banque africaine de Développement, le Partenariat africain des Médias radiotélévisés, la fondation «Les Vents de l'Espoir», et les gouvernements du Congo, du Gabon et de France. La mise en œuvre des accords conclus avec les bailleurs de fonds s'est améliorée grâce à la présentation de rapports à temps et à l'augmentation du taux d'exécution du budget.

202. Les Directeurs régionaux participant à l'initiative Harmonisation pour la Santé en Afrique ont institutionnalisé leurs réunions d'évaluation annuelles, dont la quatrième s'est tenue en 2009. Par ailleurs, au cours de leur dernière réunion annuelle tenue à Tunis en 2009, les ministres de la santé et des finances ont entamé un dialogue pour une plus grande compréhension mutuelle et une collaboration plus intense entre les deux ministères, et pour une augmentation des allocations budgétaires consacrées à la santé dans les pays.

203. Les activités d'information et de communication entreprises par le Bureau régional de l'OMS ont permis de sensibiliser davantage les États Membres sur les problèmes de santé, et le Bureau régional a maintenu son excellente réputation auprès des responsables politiques, des partenaires, des médias et du public en général. Une stratégie de communication a été mise en place. Compte tenu de l'intérêt croissant suscité par la grippe

pandémique A (H1N1) 2009, l'équipe chargée de la communication a mis l'accent sur la mise au point de matériels de sensibilisation à la pandémie et a intensifié les échanges avec les médias. Le Bureau régional a institué une nouvelle forme de collaboration et de partenariat, en travaillant avec deux des principaux organes de radiotélévision de la Région qui ont des stations dans tous les 46 États Membres. Des conférences de presse ont largement contribué à étendre la portée des matériels produits.

4.13 OS13: UNE OMS EFFICIENTE ET EFFICACE

204. Pour promouvoir la mise en oeuvre de la coopération technique entre l'OMS et les pays, l'accent a été mis sur la conformité avec les lignes directrices pour la planification opérationnelle; la fourniture en temps opportun des services de gestion financière et des ressources humaines; l'amélioration de la performance des infrastructures de technologies de l'information et de la communication; et la bonne gestion des services administratifs, logistiques, et d'appui à la sécurité au lieu de travail.

205. Après l'amendement du Plan stratégique à moyen terme 2008-2013, l'introduction de nouvelles règles et procédures dans le cadre de gestion de l'OMS, et les préparatifs pour la mise en place du Système mondial de gestion (GSM) dans la Région, des séances d'information ont été systématiquement organisées à l'intention des membres du personnel, ce qui a permis d'accroître la conformité avec les processus de planification et l'utilisation de bases factuelles claires pour le contrôle des performances et l'établissement de rapports.

206. Pour ce qui est des processus de suivi et d'évaluation du budget programme, la qualité des contributions et la présentation de rapports à temps se sont substantiellement améliorées, surtout en ce qui concerne les bureaux de pays de l'OMS, les Équipes d'appui interpays, et la soumission statutaire de rapports sur les programmes du Bureau régional, à l'exemple de la revue à mi-parcours et de l'évaluation au terme de la période biennale.

207. Avec l'assistance d'un cabinet agréé d'experts-comptables, un rapprochement des comptes particuliers du personnel a été effectué, conduisant à une réduction des soldes y afférents. L'apurement des données s'est poursuivi en prélude à l'opérationnalisation du GSM dans la Région. Afin de répondre aux exigences des changements nouvellement intervenus dans la réglementation financière, des instruments révisés et conviviaux ont été élaborés et mis à la disposition de tous.

208. Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, les principales activités menées au cours de la période biennale ont notamment porté sur : i) la fourniture d'un appui continu aux divisions techniques, aux bureaux de pays et au personnel en général; ii) la constitution d'un réseau d'apprentissage à l'échelon régional, l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'apprentissage et de formation; iii) le traitement d'environ 1 100 actions concernant le personnel dans le GSM, à la suite des nouvelles nominations effectuées en 2007 et au début de 2008; iv) les échanges avec le Centre mondial des services nouvellement créé à Kuala Lumpur, pour le traitement d'autres mesures de gestion des ressources humaines dans le GSM; v) l'intégration d'équipes en charge des ressources humaines dans les EAIP; et vi) l'appui aux opérations de reconfiguration du profil.

209. Les résultats obtenus ont notamment été la transformation de la plupart des emplois temporaires en emplois de durée déterminée; l'organisation de cérémonies officielles de remise de prix au personnel pendant les cinquante-huitième et cinquante-neuvième sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique; le renforcement du réseau d'apprentissage régional; l'organisation de cours de formation dans divers domaines, y compris les cours de langues anglaise, française et portugaise, qui sont les trois langues officielles de la Région africaine de l'OMS; la formation à la prévention du VIH/sida pour le personnel et les personnes à charge; l'organisation des cours de formation à la gestion pour les cadres moyens et les responsables des services généraux; et enfin l'organisation d'ateliers d'imprégnation au GSM.

210. Les bureaux de pays de l'OMS ont bénéficié d'un appui financier pour les activités de formation et d'apprentissage; la mise en place d'un programme d'orientation statutaire à l'intention du personnel; la poursuite de la décentralisation de la gestion des ressources humaines vers les Équipes d'appui interpays.

211. Dans le domaine des technologies de l'information et de la communication (TIC), les efforts visant à préparer la Région africaine de l'OMS à l'introduction du GSM se sont poursuivis. À cette fin, il a fallu s'assurer la collaboration du personnel des TIC de la Région et du Siège de l'OMS, ainsi que celle des entreprises privées et l'appui des sociétés internationales de technologies de l'information telles que CISCO, Microsoft et Hewlett Packard. À la fin du biennium, la Région, dans son ensemble, était prête pour le GSM en ce qui concerne les TIC. À cet égard, un nouveau réseau pour les ordinateurs et le téléphone est devenu opérationnel; les ordinateurs personnels de bureau installés au Bureau régional ont été normalisés; la gestion du trafic du Réseau privé mondial (GPN) a été améliorée; les systèmes intégrés des bases de données sanitaires du Bureau régional

ont été étendus à toutes les divisions techniques, et l'interface web a été améliorée; une base de données régionale sur le profil TIC a été élaborée; et les bureaux de pays de l'OMS ont été raccordés au GSM.

212. S'agissant des services d'appui administratifs et logistiques, les principaux résultats obtenus au cours du biennium ont notamment été l'appui apporté à plus de 80 réunions, y compris les cinquante-huitième et cinquante-neuvième sessions du Comité régional. Au Bureau régional, une nouvelle cafétéria et de nouvelles installations sportives ont été construites et équipées, ainsi qu'une aire de jeux pour enfants dans le complexe des appartements. En outre, les salles de réunions ont été rénovées et les équipements remis à niveau afin d'améliorer les conditions de travail du personnel. Le logiciel « Inventif » a été installé dans les bureaux de pays de l'OMS pour améliorer le suivi et le contrôle du patrimoine de l'Organisation.

213. Pour ce qui est des achats et des approvisionnements, des biens et services essentiels ont été acquis pour le Bureau régional, les bureaux de pays, et les programmes et projets. Les approvisionnements collectifs ont été effectués par GSM à compter de juillet 2008, permettant ainsi d'acquérir davantage de services à des prix économiques. La mercuriale régionale a été mise à jour et étoffée en 2008, ouvrant ainsi la voie à des processus d'appels d'offres plus compétitifs.

214. En ce qui concerne la conformité et la supervision, un appui a été fourni aux bureaux de pays de l'OMS et aux services techniques du Bureau régional, notamment pour les audits internes et externes, en vue de bien préparer ces services aux visites des vérificateurs externes et de les amener à se conformer suffisamment aux conclusions et observations des audits. Deux rapports d'audit interne datant de 2003 pour le Nigeria et de 2008 pour le Cameroun et le Malawi ont été finalement achevés au cours de la période biennale.

215. Il ressort du contrôle/vérification par échantillonnage au hasard des engagements pris au titre des contrats de performance, des accords sur les services techniques, et des bons de commande émis par les bureaux de pays, les EAIP et les unités techniques du Bureau régional, que la Région est mieux préparée à se conformer aux règles et règlements établis.

216. S'agissant des services de traduction, d'interprétation, d'impression et de bibliothèque, 247 publications statutaires et techniques ont été produites dans les trois langues officielles. Les réunions des Organes directeurs de l'OMS et les principales

conférences internationales ont bénéficié de l'appui nécessaire. Le matériel de traitement de texte et les sources de références linguistiques ont été mis à niveau. Afin d'améliorer davantage la gestion des publications, un système de suivi du flux d'activités, basé sur le modèle PAHO, a été mis élaboré.

217. En ce qui concerne la sécurité sur le terrain, en plus du Bureau régional, un appui technique a été fourni aux bureaux de pays, y compris des missions d'appui dans quatre pays¹⁸⁹. Au Bureau régional, l'amélioration des infrastructures physiques de sécurité s'est poursuivie. La sensibilisation du personnel sur les questions de sécurité s'est accrue avec la distribution de documents sur la sécurité et l'organisation de sessions et ateliers d'information et de formation. L'application des normes et consignes MOSS et MORSS au Bureau régional et dans les bureaux de pays de l'OMS s'est poursuivie au cours de la période biennale. Cinq bureaux de pays¹⁹⁰ ont reçu des financements pour renforcer leurs mesures de sécurité, en conformité avec les normes MOSS.

5. DÉFIS, CONTRAINTES ET LEÇONS APPRISES

5.1 DÉFIS ET CONTRAINTES

218. Les activités de l'OMS dans la Région africaine ont largement été influencées par la charge élevée de la maladie et la faiblesse des systèmes de santé dans les pays. À cet égard, les États Membres continuent de faire face à de nombreux défis dans leurs efforts visant à améliorer la santé de leurs populations. Ces défis comprennent l'instauration de la bonne gouvernance, l'appropriation par les pays et la responsabilisation; l'amélioration de la disponibilité et l'utilisation plus efficiente des ressources internes et externes allouées à la santé, et l'action appropriée sur les déterminants généraux de la santé.

219. Les contraintes auxquelles sont confrontées les pays comprennent, entre autres : le ralentissement économique mondiale, les mauvaises performances économiques qui expliquent l'affectation de ressources insuffisantes à la santé; l'instabilité politique; les catastrophes naturelles; la pauvreté des ménages; le caractère peu prévisible des ressources extérieures et leur manque d'harmonisation et d'alignement sur les priorités des pays; et la capacité limitée de certains pays à traduire en actes concrets leurs politiques de santé.

220. La résorption de la pénurie des personnels de santé demeure un énorme défi pour les États Membres. Le faible niveau des allocations budgétaires destinées au secteur de la santé constitue l'un des obstacles entravant la production, le déploiement, la fidélisation et la motivation des agents de santé. La capacité limitée des institutions de formation des agents de santé ne permet pas de reconstituer régulièrement, ni suffisamment les ressources humaines en diminution, surtout à cause de l'usure des effectifs et des besoins croissants des populations. Les conditions de travail difficiles, caractérisées par un volume de travail énorme, le manque d'équipements, les bas salaires et les possibilités d'avancement en baisse constituent d'autres défis majeurs qui contribuent à la démotivation et à la faible performance des agents de santé dans les pays. La situation est plus grave dans les zones rurales, par rapport aux zones urbaines.

221. Pour rendre les services de santé actuels plus accessibles et améliorer de ce fait les taux d'utilisation, et pour protéger les populations contre des dépenses de santé excessives, l'un des défis à relever par les États Membres consiste à instituer des régimes de protection financière par des mécanismes de partage des risques tels que l'assurance maladie. En l'absence de tels régimes, les services de santé, surtout au niveau local, demeurent financièrement hors de portée pour un très grand nombre de personnes.

222. L'amélioration de la disponibilité de médicaments peu coûteux et sûrs pour réduire la dépendance aux médicaments contrefaits et/ou surfacturés et leur vente illicite, constitue un autre défi. L'accès à des médicaments de qualité et autres technologies doit être amélioré pour trouver une solution à l'usage déconseillé de médicaments de mauvaise qualité, et pour prévenir l'apparition de la pharmacorésistance.

223. Les efforts à déployer pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) restent un défi, la plupart des pays de la Région africaine n'ayant pas fait suffisamment de progrès dans ce sens. Six pays seulement sont en bonne voie pour réaliser l'OMD 4 (Réduire la mortalité infantile). Les estimations concernant le ratio de mortalité maternelle pour 2005 montrent que la Région n'a fait aucun progrès pour atteindre l'OMD 5 (Réduire la mortalité maternelle). En dépit d'une amélioration de l'accès au traitement, 40 % seulement des personnes dans la Région, qui se trouvent à un stade avancé de l'infection à VIH, ont accès aux antirétroviraux (OMD 6). Le nombre d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées a certes augmenté, mais les taux de couverture sont inférieurs à 50 % (OMD 6). Deux pays seulement sont en bonne voie pour atteindre la cible fixée pour la tuberculose.

224. S'agissant des maladies évitables par la vaccination, les problèmes persistants liés à la vaccination et à la qualité des données de surveillance figurent parmi les principaux défis auxquels de nombreux pays doivent faire face. Plusieurs pays sont encore confrontés au problème de la pérennisation des niveaux élevés de couverture vaccinale par la fourniture de services de vaccination systématique et de proximité, et l'organisation d'activités de vaccination supplémentaires.

225. Pour ce qui est du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme, les principaux défis sont les suivants : i) le maintien de l'engagement politique à intensifier et à étendre les services à toutes les couches de la population, surtout les plus à risque, afin de progresser vers l'accès universel; ii) la recherche de solutions appropriées à court, moyen et long termes à la crise des ressources humaines dans les pays; iii) le renforcement de la capacité des laboratoires à réaliser les tests essentiels et à assurer le suivi de la pharmacorésistance; iv) l'amélioration des systèmes d'achat et d'approvisionnement pour éviter les fréquentes ruptures de stocks de médicaments permettant de sauver des vies; et v) la prévention de l'apparition de la pharmacorésistance.

226. En ce qui concerne la santé maternelle, l'un des principaux défis consiste à augmenter le nombre d'accouchements assistés par des personnels de santé qualifiés, et à améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. L'un des défis majeurs pour la santé infantile a trait à l'intensification et au maintien de la mise en œuvre de toutes les composantes des interventions intégrées en faveur de la survie de l'enfant, et à l'adoption de l'approche «Atteindre Chaque District», tout en assurant un suivi judicieux dans tous les pays.

227. Dans le domaine de la promotion et du maintien d'un environnement sain, l'une des principales contraintes porte sur l'insuffisance de l'expertise, surtout au niveau des pays. Il s'agit pour le secteur de la santé de jouer le rôle de chef de file dans la coordination des efforts de tous les acteurs et partenaires de ce domaine transversal qui nécessite une approche intersectorielle et participative efficace.

228. La difficulté à changer les comportements et le mode de vie des individus constitue un défi de taille dans la promotion de la santé et la prévention ou la réduction des facteurs de risque pour la santé liés au tabac, à l'alcool, et à l'usage des drogues et autres substances psychoactives; aux régimes alimentaires peu sains; à l'inactivité physique; aux rapports sexuels non protégés; aux violences et aux traumatismes. Le vieillissement de la population dans la plupart des pays de la Région constituera un défi dans un proche avenir, pour ce qui est de la prévention et de la prise en charge des maladies non transmissibles.

229. La crise alimentaire mondiale continue de contrecarrer les efforts visant à réduire les problèmes liés au manque d'une nutrition appropriée et de sécurité sanitaire des aliments dans la Région. Pour ce qui est de l'action sur les autres déterminants sociaux de la santé, l'absence de données fiables sur la situation actuelle, les capacités limitées du personnel en la matière, la complexité de la question et le faible degré de sensibilisation à ce sujet constituent quelques-uns des défis. En outre, le secteur de la santé ne collabore pas suffisamment avec les autres secteurs pertinents tels que l'éducation, l'environnement, l'agriculture, la santé animale, le commerce et les finances, etc., pour veiller à ce que leurs politiques et leurs actions contribuent au développement sanitaire, et à ce que leurs stratégies visent à s'attaquer à des problèmes transversaux tels que la pauvreté et l'inégalité entre les sexes.

230. Tout en aidant les États Membres à relever leurs principaux défis, le Secrétariat de l'OMS doit lui-même relever d'importants défis précis, notamment :

- a) la mobilisation de ressources financières suffisantes pour lui permettre de s'acquitter avec efficacité et efficience de ses fonctions essentielles;
- b) la réponse aux demandes croissantes des États Membres et des partenaires au développement, au-delà des fonctions essentielles de l'OMS, alors que les ressources sont limitées;
- c) la réponse aux demandes concurrentes des États Membres pour des activités non prévues, mais importantes.

231. Les principaux obstacles à surmonter par le Secrétariat de l'OMS dans la collaboration avec les partenaires sont les suivants : le décaissement tardif des fonds; la durée limitée et le manque de flexibilité dans l'utilisation des financements des donateurs; le manque d'intérêt des donateurs pour des domaines essentiels tels que la recherche, les systèmes d'information et de surveillance; les délais trop courts pour l'organisation conjointe de missions d'appui technique dans les pays.

5.2 LEÇONS APPRISES

232. Le renforcement de la collaboration multisectorielle est nécessaire pour aider effectivement les États Membres à mettre en œuvre les programmes prioritaires. Le secteur de la santé peut influencer sur d'autres secteurs par la production et le partage des bases factuelles pour guider leurs politiques et leurs actions.

233. L'intégration d'interventions à haut impact dans les propositions soumises par les pays au FMLSTP et aux autres initiatives mondiales pour la santé permettrait d'élargir et de renforcer la base des ressources disponibles pour mettre en œuvre une vaste gamme de programmes de santé, y compris les systèmes de santé.

234. Compte tenu du paysage mondial en mutation dans le domaine de la santé, il est nécessaire que l'OMS s'adapte aux nouvelles réalités, concentre ses efforts sur ses fonctions essentielles, et établisse de nouveaux partenariats et alliances stratégiques, si nécessaire, afin de s'acquitter efficacement de son mandat.

235. Au regard de la crise économique mondiale, la disponibilité des contributions volontaires restera peu prévisible et bien en-deçà des plafonds budgétaires adoptés par l'Assemblée mondiale de la Santé, même pour les domaines prioritaires. Il est nécessaire de résoudre le problème de la dépendance continue de l'OMS à l'égard des contributions volontaires des donateurs pour l'exécution du budget programme, par la recherche de sources fiables et prévisibles de financement.

236. La présence d'un personnel technique compétent dans les bureaux de pays de l'OMS, au sein des Équipes d'appui interpays et du Bureau régional, la délégation de pouvoirs et la disponibilité de lignes directrices et d'instruments appropriés sont d'une importance cruciale pour permettre à l'OMS de continuer à jouer son rôle de chef de file dans le secteur de la santé, tout en maintenant la visibilité de ce rôle, et pour que l'Organisation apporte un appui de qualité, en réponse aux demandes des pays.

6. CONCLUSION

237. Malgré la récession économique mondiale et la crise alimentaire, des résultats importants ont été enregistrés dans l'exécution du budget programme 2008–2009 de l'OMS. Au niveau politique et des orientations générales, des déclarations faisant date et portant sur le renforcement des systèmes de santé et l'intensification des interventions à haut impact ont été adoptées par les États Membres en vue d'améliorer la situation sanitaire des populations africaines.

238. L'OMS a joué son rôle de chef de file dans le domaine de la santé dans la Région par la sensibilisation continue à tous les niveaux, la décentralisation de certaines fonctions de coopération technique du Bureau régional vers les Équipes d'appui interpays, et le renforcement de la présence de l'Organisation dans les pays. Les autres domaines qui

ont connu des améliorations sont notamment les suivants : gouvernance; partenariats; mobilisation des ressources; responsabilisation; et communication à temps avec les États Membres, les partenaires et les autres acteurs dans des domaines d'intérêt commun.

239. L'OMS continuera de plaider auprès des autorités nationales et des partenaires pour amener les gouvernements à exercer pleinement leur leadership et à s'approprier les actions afin d'accélérer, sur la base des données probantes, l'intensification des interventions d'un bon rapport coût-efficacité ciblant la prévention primaire et la lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose; la réduction de la mortalité maternelle et infantile; la prévention et la lutte contre les autres maladies transmissibles et non transmissibles. L'OMS plaidera également pour l'accroissement des ressources intérieures et pour l'engagement des partenaires internationaux dans la mobilisation des ressources nécessaires pour le renforcement des systèmes de santé, conformément à l'approche des soins de santé primaires, et pour la mise en œuvre de programmes de soins de santé primaires qui favorisent la couverture universelle en vue d'atteindre les OMD.

240. L'OMS continuera de renforcer ses fonctions essentielles et de concentrer ses efforts sur celles-ci. Il sera créé, au Bureau régional, un observatoire africain de la santé dont l'objectif sera d'améliorer le suivi de la situation et des tendances sanitaires, ainsi que la production, le partage et l'utilisation des informations, des bases factuelles et des connaissances pour guider l'élaboration des politiques et la prise de décisions.

241. Afin de rendre plus efficaces les activités de l'OMS dans la Région africaine, une plus grande priorité sera accordée à la recherche et à la mobilisation de financements durables supplémentaires pour répondre aux demandes croissantes des États Membres. À cette fin, le Bureau régional devra notamment faciliter la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique. En dehors des autres mesures, la coordination et la collaboration au sein du Secrétariat de l'OMS pour des missions conjointes dans les pays seront renforcées afin de garantir l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

242. Des possibilités se sont clairement pointées à l'horizon, à l'aube de la nouvelle période biennale. La santé est maintenant reconnue comme un élément central du développement, comme en témoignent les divers engagements pris en faveur de la santé aux niveaux mondial et régional, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et les campagnes en faveur de l'accès universel aux interventions sanitaires à haut impact. Au niveau des pays, la santé est maintenant intégrée dans les instruments nationaux de développement économique et social tels que les stratégies de réduction de la pauvreté. L'exploitation appropriée de toutes ces possibilités sera de bon augure pour le développement sanitaire dans la Région africaine de l'OMS.

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, le paludisme et la tuberculose.
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, au traumatisme et aux déficiences visuelles.
4.	Réduire la morbidité et la mortalité, et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, 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 par des politiques et 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 tout au long de la vie, et en appui à la santé publique et au 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: ALLOCATION DU BUDGET PROGRAMME APPROUVÉ,
PAR OBJECTIF STRATÉGIQUE ET SOURCE DE
FINANCEMENT, ET RÉPARTITION ENTRE LES
BUREAUX DE PAYS ET LE BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS
(EN MILLIERS DE DOLLARS DES ÉTATS-UNIS)**

Objectif stratégique N°	Estimation des contributions	Contributions volontaires	Budget total approuvé	Budget total approuvé pour les pays	Budget total approuvé pour la Région
1	20 049	296 154	316 203	130 422	185 781
2	11 364	231 548	242 912	144 179	98 733
3	9869	10 854	20 723	11 958	8765
4	18 748	96 947	115 695	49 461	66 234
5	4172	61 849	66 021	47 502	18 519
6	10 118	15 448	25 566	12 926	12 640
7	6128	2988	9116	4995	4121
8	5857	12 892	18 749	9324	9425
9	5162	34 616	39 778	17 994	21 784
10	23 059	119 034	142 093	84 072	58 021
11	6411	16 181	22 592	13 217	9375
12	35 704	13 262	48 966	37 372	11 594
13	56 701	68 825	125 526	42 935	82 591
Total	213 342	980 598	1 193 940	606 357	587 583

NOTES DE FIN DE DOCUMENT

1. Internal Displacement: Global Overview of Trends and Developments in 2009. Internal Displacement Monitoring Center, Norwegian Refugee Council; May 2010.
2. Tendances mondiales en 2008 : Réfugiés, demandeurs d'asile, rapatriés, personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et apatrides; juin 2010.
3. Les chiffres tiennent compte des données de la Somalie et du Soudan.
4. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences: *The Lancet*, Volume 371, Issues 9608, Pages 243–260.
5. Organisation mondiale de la Santé: Document EB118/7/2006, Allocation stratégique des ressources.
6. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Gambie, Ghana, Libéria, Malawi, Maurice, Mozambique, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe et Seychelles.
7. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mozambique, Niger, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles, Tanzanie, Zambie et Sierra Leone.
8. Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Comores, Érythrée, Gambie, Lesotho, Malawi, Namibie, Rwanda, Swaziland, Togo, Zambie et Zimbabwe.
9. Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Libéria, Mali, République centrafricaine, Sénégal, Sierra Leone et Togo.
10. Angola, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad et Togo.
11. Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sierra Leone et Togo.
12. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Mali, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Tchad, Togo et Zambie.
13. Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Éthiopie, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Sierra Leone, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo et Zambie.

14. Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Congo, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Namibie, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Seychelles, Swaziland, Togo, Zambie et Zimbabwe.
15. Burundi, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Mali, Mauritanie, Ouganda, Sierra Leone et Togo.
16. Bénin, Burkina Faso, Comores, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, Sierra Leone, Tanzanie et Togo.
17. Angola, Bénin, Burkina Faso, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée,, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, Sao Tomé et Príncipe, Sierra Leone, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
18. Botswana, Cameroun, Érythrée, Mauritanie, Namibie, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Swaziland et Tchad.
19. Bénin, Cameroun, Comores, Érythrée, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Madagascar, Mozambique, Nigeria, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Tanzanie, Tchad, Togo et Zambie.
20. Algérie, Maurice, Seychelles et Sierra Leone.
21. Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Sierra Leone, Togo, Seychelles et Zimbabwe.
22. Cameroun, Congo, Érythrée, Kenya, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Sierra Leone.
23. Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé, OMS/ONUSIDA/UNICEF, 2009.
24. ONUSIDA/OMS, Le point sur l'épidémie de sida 2009, novembre 2009.
25. Botswana, Namibie, Swaziland et Tanzanie.
26. Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
27. OMS/ONUSIDA/UNICEF : Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé, septembre 2009.
28. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Guinée, Kenya, Mali, Mozambique, Namibie, Ouganda, République centrafricaine, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

29. Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mozambique, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sao Tomé et Príncipe, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
30. Afrique du Sud, Botswana, Éthiopie, Lesotho, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
31. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Madagascar, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
32. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Cameroun, Kenya, Namibie, Sao Tomé et Príncipe et Tanzanie.
33. Algérie, Bénin, Érythrée, Kenya, Maurice, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Tanzanie et Zambie.
34. Algérie, Bénin, Kenya et Tanzanie.
35. Afrique du Sud, Éthiopie, Kenya, Nigéria, Rwanda et Zambie.
36. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Cameroun, Kenya, Namibie, Sao Tomé et Príncipe.
37. Algérie, Bénin, Burundi, Comores, Érythrée, Kenya, Malawi, Maurice, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sierra Leone, Sychelles, Tanzanie et Zambie.
38. Algérie, Érythrée, Kenya, Maurice, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Tanzanie et Zambie.
39. Algérie, Kenya, Tanzanie et Zambie.
40. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo et Zambie.
41. Burkina Faso, Cameroon, Éthiopie, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie et Zambie.

42. Kenya, Malawi, République démocratique du Congo, Tanzanie et Zambie.
43. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Madagascar, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Nigéria, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
44. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Guinée, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
45. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo et Zambie.
46. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Kenya, Mozambique, Lesotho, Namibie et Swaziland.
47. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Kenya, Lesotho, Mozambique, Namibie, Swaziland et Zimbabwe.
48. Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Gabon, Kenya, Namibie, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Tchad, Zambie et Zimbabwe.
49. Angola, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Mozambique, Namibie, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
50. Burundi, Éthiopie, Ghana, Mali, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Togo et Zambie.
51. Éthiopie, Gabon, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Madagascar, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sierra Leone, Tanzanie (continentale), Zanzibar (Tanzanie) et Zambie.
52. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Botswana, Éthiopie, Guinée équatoriale, Madagascar, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie, Zanzibar (Tanzanie) et Zimbabwe.
53. Botswana (38 %), Éthiopie (51 %), Guinée équatoriale (56 %), Madagascar (32 %), Mozambique (30 %), Namibie (16 %) et Zambie (47 %).

54. 2006: Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Malawi, Mauritanie, Ouganda, Sénégal, Togo, Zambie. 2007: Angola, Kenya, Libéria, République démocratique du Congo, Zambie. 2008 : Gabon, Ghana, Guinée équatoriale, Rwanda, Tanzanie, Togo, Zambie et Zanzibar (Tanzanie).
55. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Cameroun, Congo, Érythrée, Gabon, Gambie, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
56. Afrique du Sud, Botswana, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe et Swaziland.
57. Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ile de Bioko (Guinée équatoriale), Kenya, Madagascar, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, Zambie et Zanzibar (Tanzanie).
58. Botswana, Côte d'Ivoire, Érythrée, Namibie, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, Zambie et Zanzibar (Tanzanie).
59. Bénin, Ghana, Kenya, Madagascar, Niger, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Tanzanie et Zanzibar (Tanzanie).
60. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cap-Vert, Guinée-Bissau, Ghana, Libéria, Mali, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad et Togo.
61. Cap-Vert, Mauritanie, Sénégal, Seychelles et Zambie.
62. Kenya, Malawi, Namibie et Tanzanie.
63. Angola, Cameroun, Congo, Gabon, Guinée-Bissau, Mauritanie, Niger, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Tchad et Togo.
64. Afrique du Sud, Botswana, Érythrée, Gabon, Ghana, Ouganda et Zambie.
65. Burundi, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Libéria et Nigéria.
66. Cameroun, Éthiopie, Kenya, Mali, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal et Zambie.
67. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Tchad, Togo et Zambie.
68. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Sierra Leone, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Swaziland, Tanzanie et Zambie.

69. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Togo et Zambie.
70. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
71. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
72. Éthiopie, Gabon, Ghana, Kenya, Malawi, Nigéria et Zambie.
73. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burundi, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Seychelles, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
74. Ghana, Lesotho, Nigéria, Sierra Leone et Zambie.
75. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Cameroun, Guinée-Bissau, Guinée, Kenya, Malawi, Namibie, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Sénégal.
76. Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi et Zambie.
77. Afrique du Sud, Botswana, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Niger, Ouganda, Sénégal, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
78. Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Guinée, Libéria, Madagascar, Sierra Leone, Tanzanie et Zambie.
79. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Tanzanie et Togo.
80. Afrique du Sud, Burkina Faso, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Malawi, Mali, République démocratique du Congo, Sénégal, Tanzanie et Togo.
81. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Zambie.

82. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée équatoriale, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Maurice, Namibie, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Swaziland, Togo et Zimbabwe.
83. Angola, Éthiopie, Malawi, Mozambique, Rwanda et Sierra Leone.
84. Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Niger, Nigéria, Sierra Leone, Tchad et Zambie.
85. Angola, Botswana, Burundi, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
86. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Togo et Zambie.
87. Afrique du Sud, Botswana, Érythrée, Gabon, Ghana, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Namibie, Nigéria, Ouganda, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
88. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Mali, Niger, Sénégal et Tanzanie.
89. Framework for Integrated Community-level Health promotion Interventions in support of priority WHO programs; guide for Recommendations for clinical practice for emergency obstetric and neonatal care (RPC), Home based New born Care training materials for CHW.
90. Angola, Burkina Faso, Éthiopie, Ghana, Malawi, Nigéria et Tanzanie.
91. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mali, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
92. Angola, Bénin, Burkina Faso, Éthiopie, Gambie, Kenya, Madagascar, Malawi, Niger, Ouganda et Rwanda.
93. Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Libéria, Mali, Mauritanie, Nigéria, République centrafricaine, Sénégal et Tchad.
94. Côte d'Ivoire, Kenya, Libéria, Malawi, Mauritanie, Sénégal, Sierra Leone et Zambie.
95. Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone et Togo.

96. Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Libéria, Niger, Nigéria, Sierra Leone et Zambie.
97. AFR/RC54/R2: Replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014. Dans : Cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, République du Congo, 30 août–3 septembre 2004, Rapport final, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2004 (AFR/RC54/19), pp. 8–10.
98. Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Comores, Congo, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
99. Angola, Botswana, Gambie, Ghana, Guinée, Lesotho, Libéria, Mozambique, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone et Zambie.
100. Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Mauritanie, Sénégal et Tanzanie.
101. Angola, Congo, Gabon, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Mozambique, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe et Tchad.
102. Botswana, Cap-Vert, Érythrée, Malawi, Maurice et Seychelles.
103. Afrique du Sud, Burkina Faso, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Mozambique, Rwanda, Swaziland et Tanzanie.
104. Burundi, Côte d'Ivoire, Libéria, Ouganda et Zimbabwe.
105. Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Kenya, Libéria, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad et Zimbabwe.
106. Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Tchad.
107. Angola, Bénin, Botswana, Érythrée, Ghana, Madagascar, Mozambique et Sénégal.
108. Angola, Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Guinée-Bissau, Mali, République centrafricaine, Tchad et Togo.
109. Cameroun, Éthiopie, Kenya, Malawi, Nigéria, Ouganda, Rwanda et Tanzanie.
110. Afrique du Sud, Malawi, Mozambique, Namibie, Seychelles, Swaziland et Zimbabwe.
111. Algérie, Burkina Faso, Gambie et Kenya.
112. Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria et Mozambique.
113. Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique, Libreville, 29 août 2008.

114. UNICEF et OMS – Aperçu sommaire sur l'eau potable et l'assainissement en Afrique. Préparé pour l'AMCOW comme contribution au Sommet de l'Union africaine sur l'Approvisionnement en eau et l'assainissement qui s'est tenu du 30 juin au 2 juillet 2008.
115. Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Libéria et Togo.
116. Burundi, Comores, Côte d'Ivoire, Guinée et Kenya.
117. Burundi, Gambie, Ghana, Malawi, Namibie, Niger et Nigéria.
118. Afrique du Sud, Bénin, Malawi, Mozambique, Namibie, Zambie et Zimbabwe.
119. Burundi, Côte d'Ivoire, Madagascar, Malawi, Ouganda et Zimbabwe.
120. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Comores, Ghana, Guinée équatoriale, Madagascar, Sao Tomé et Príncipe, Sierra Leone, Tchad, Zambie et Zimbabwe.
121. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Cameroun, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Malawi, Namibie, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Sénégal.
122. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Congo, Éthiopie, Gabon, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
123. Bénin, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Mali, Niger et Togo.
124. Éthiopie, Lesotho, Mozambique, Guinée-Bissau et Swaziland.
125. Afrique du Sud, Burkina Faso, Comores, Ghana, Madagascar, Mauritanie, Niger et Sao Tomé et Príncipe
126. Gambie, Mauritanie, Nigéria, Ouganda, Seychelles et Zambie.
127. Éthiopie, Gabon, Ghana, Kenya, Malawi, Nigéria et Zambie.
128. Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Comores, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi,
129. Mauritanie, Ouganda, Rwanda et Zimbabwe.
130. Bénin, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Ouganda et Seychelles.
131. Afrique du Sud, Éthiopie, Gambie, Guinée, Malawi, Maurice, Ouganda et Rwanda.
132. Gambie, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Rwanda et Seychelles.
133. Botswana, Érythrée, Guinée, Kenya, Ouganda et Sierra Leone.

134. Comores, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Maurice, Nigéria, Ouganda et Rwanda.
135. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Libéria, Mauritanie, Maurice, Niger, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Seychelles et Togo.
136. Algérie, Bénin, Côte d'Ivoire, Niger et Togo.
137. Afrique du Sud, Angola, Cameroun, Comores, Congo, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Tchad et Togo.
138. Angola, Gambie, Lesotho et Mali.
139. Comores, Guinée, Malawi, Mali, République démocratique du Congo et Togo.
140. Résolution AFR/RC58/R3, Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : Améliorer la santé en l'Afrique au cours du nouveau Millénaire. Dans : Cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Yaoundé, République du Cameroun, 1^{er}-5 septembre 2008, Rapport final. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2008 (AFR/RC58/20), pp. 15-16.
141. Angola, Guinée, Mozambique et Nigéria.
142. Afrique du Sud, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Érythrée, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Malawi, Mauritanie, Niger, Swaziland et Tanzanie.
143. Congo, Éthiopie, Mauritanie et Swaziland.
144. Bénin, Côte d'Ivoire, Érythrée, Guinée-Bissau, Sierra Leone, Swaziland et Togo.
145. Ghana, Kenya, Lesotho, Madagascar, Ouganda et Zambie.
146. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Éthiopie, Mali, Niger, Nigéria et Sénégal.
147. Botswana, Comores, Érythrée, Lesotho, Madagascar, Mozambique, Namibie, Swaziland et Zimbabwe.
148. Afrique du Sud, Éthiopie, Malawi, Ouganda, Tanzanie et Zambie.
149. Burkina Faso, Ghana, Ouganda et Rwanda.
150. Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Guinée, Lesotho, Mauritanie, Maurice, Namibie, Niger, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Swaziland, Tanzanie et Zimbabwe.
151. Données disponibles sur le site <http://portfolio.theglobalfund.org/?lang=en>.

152. Botswana, Cameroun, Érythrée, Kenya, Rwanda, Seychelles, Sierra Leone et Zimbabwe. Afrique du Sud, Kenya, Swaziland et Zambie.
 153. Bénin, Cameroun, Congo, Gambie, Madagascar, Mali, Mauritanie, République centrafricaine, Tchad et Zimbabwe.
 154. Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Gambie, Mali, Niger, Sierra Leone et Zambie.
 155. PALOP : Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Le groupe des cinq pays africains qui ont le portugais pour langue officielle, à savoir l'Angola, le Cap-Vert, la Guinée-Bissau, le Mozambique et Sao Tomé et Príncipe.
 156. Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Mali, Maurice, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
 157. Les ateliers se sont tenus au Burkina Faso, au Burundi, au Cameroun, au Kenya, et au Sénégal.
 158. Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Cap-Vert, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Sénégal et Togo.
 159. Burkina Faso, Burundi, Libéria, Malawi, Mozambique, Niger, Nigéria et Sénégal.
 160. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone et Togo.
 161. Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone et Togo.
 162. Bénin, Ghana, Malawi et Sierra Leone.
 163. Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo,, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Maurice, Mozambique, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie et Zambie.
 164. Cameroun, Érythrée, Gambie, Ghana, Kenya, Sierra Leone et Zambie.
 165. Burkina Faso, Éthiopie, Lesotho, Malawi, Maurice, Ouganda et Swaziland.
 166. Burkina Faso, Éthiopie, Kenya, Tanzanie et Zambie.
 167. Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Mali, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, Tanzanie et Zambie.
- Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Mali, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, Tanzanie et Zambie.

168. Burkina Faso, Burundi, Cameroun et Madagascar.
169. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Ghana, Madagascar, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Sénégal et Tanzanie.
170. Éthiopie, Ghana, Kenya, Nigéria, Ouganda, Tanzanie et Zambie
171. Burundi, Éthiopie, Kenya, Nigéria, République centrafricaine, Tanzanie et Zambie.
172. Éthiopie, Mali, République centrafricaine, Sénégal, Tchad et Zambie.
173. Afrique du Sud, Ghana, Kenya, Nigéria, Ouganda et Tanzanie.
174. Ghana, Kenya, Nigéria, Ouganda et Tanzanie.
175. Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, , Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Guinée-Bissau, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Tchad et Togo.
176. Cameroun, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Lesotho, Libéria, Malawi, Nigéria, Sierra Leone, Swaziland et Tanzanie.
177. Bénin, Burundi, Congo, Gabon, Namibie, Niger, Ouganda, République centrafricaine et République démocratique du Congo.
178. Algérie, Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie et Guinée.
179. Botswana, Cameroun, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
180. Burkina Faso, Mali, Niger, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Togo, Zambie et Zimbabwe.
181. Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Sénégal et Togo.
182. Cameroun, Éthiopie, Malawi, Mali, Ouganda et Sénégal.
183. Afrique du Sud, Algérie, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Mali, Nigéria, Sénégal et Tanzanie.
184. Document AFR/RC59/13 : Termes de référence de la réunion des délégations de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif. Dans : Cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Kigali, République du Rwanda, 31 août – 4 septembre 2009, Rapport final. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2009.
185. Érythrée, Mozambique, Nigéria et Zimbabwe.
186. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Mali, Mozambique,

Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Zambie.

187. Éthiopie, Mali, Mozambique et Niger.

188. Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Éthiopie, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Sao Tomé et Príncipe, Tanzanie, Tchad et Zambie.

189. Burundi, Kenya, Mauritanie et Ouganda.

190. Côte d'Ivoire, Mauritanie, Niger, Swaziland et Ouganda.