

Activités de l’OMS dans la Région africaine

2004 – 2005

Rapport biennal du Directeur régional

AFR/RC56/2
ORIGINAL : ANGLAIS

Activités de l’OMS dans la Région africaine

2004 - 2005

Rapport biennal du Directeur régional

Cinquante-sixième session du Comité
régional de l’Afrique,
Addis Abeba, Éthiopie,
28 août – 1^{er} septembre 2006

ORGANISATION MONDIALE DE LA SAN TÉ
Bureau régional de l’Afrique
Brazzaville • 2006

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS
Activités de l'OMS dans la Région africaine 2004-2005

1. Organisation mondiale de la Santé
2. Priorités sanitaires
3. Afrique

ISBN 92 9 031 108 8 (Classification NLM : WA 541)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2006)

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

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

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

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

Imprimé à Maurice

*Le Directeur régional a l'honneur de présenter au
Comité régional le rapport d'activités de
l'Organisation mondiale de la Santé dans
la Région africaine pour la période allant du 1^{er} janvier 2004
au 31 décembre 2005*

*D^r Luis Gomes Sambo
Directeur régional*

SOMMAIRE

| | Page |
|---|--------------------|
| ABRÉVIATIONS | iv |
| RESUMÉ D'ORIENTATION | vi |
| | Paragraphes |
| INTRODUCTION | 1 – 5 |
| PREMIÈRE PARTIE : MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2004-2005 | 6 – 265 |
| RÉALISATIONS NOTABLES | 6 – 250 |
| Développement et direction d'ensemble des programmes..... | 6 – 53 |
| Développement des systèmes et services de santé | 54 – 72 |
| VIH/SIDA, tuberculose et paludisme | 73 – 95 |
| Prévention et lutte contre les maladies transmissibles..... | 96 – 128 |
| Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles..... | 129 – 166 |
| Santé familiale et santé génésique..... | 167 – 200 |
| Milieux favorables à la santé et développement durable..... | 201 – 250 |
| FACTEURS INFLUANT SUR LA MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME | 251 – 256 |
| Facteurs favorables..... | 251 – 253 |
| Facteurs défavorables..... | 254 – 256 |
| PERSPECTIVES | 257 – 265 |
| DEUXIÈME PARTIE : RAPPORT D'ACTIVITÉS SUR LA MISE EN ŒUVRE DES RÉOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL | 266 – 343 |
| Élimination de la lèpre dans la Région africaine | 266 – 272 |
| Santé et environnement : Stratégie de la Région africaine | 273 – 276 |
| Pauvreté et santé : Une stratégie pour la Région africaine | 277 – 281 |
| Macroéconomie et santé : Perspectives d'avenir dans la Région africaine | 282 – 288 |
| Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé de la Région africaine..... | 289 – 293 |
| Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine..... | 294 – 300 |
| Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives | 301 – 307 |

| | |
|---|-----------|
| Replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014..... | 308 – 312 |
| Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire..... | 313 – 318 |
| Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives..... | 319 – 326 |
| Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse..... | 327 – 331 |
| Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé : Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine..... | 332 – 338 |
| Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : Une stratégie pour la Région africaine..... | 339 – 343 |

Page

| | |
|--|-----------|
| ANNEXE : MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PAR DOMAINE D'ACTIVITE, RÉGION AFRICAINE DE L'OMS, 2004–2005 | 68 |
| Tableau 1 : Mise en œuvre du Budget Programme : Toutes les sources et tous les niveaux | 68 |
| Tableau 2 : Mise en œuvre du Budget Programme : Budget ordinaire et fonds d'autres sources | 70 |
| Tableau 3 : Mise en œuvre du Budget Programme : Niveaux des pays et du Bureau régional | 72 |

LISTES DES FIGURES

| | |
|--|----|
| 1. Répartition des personnels de santé dans la Région africaine de l'OMS, 2005..... | 12 |
| 2. Contrôle de la qualité des antituberculeux, pays sélectionnés, 2004..... | 13 |
| 3. Prévalence du VIH parmi les donneurs de sang à Bobo Dioulasso, au Burkina Faso, 2000–2004 | 14 |
| 4. Tendances des nouveaux taux de dépistage de la tuberculose par région de l'OMS, 1993–2003 | 17 |
| 5. Traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes dans la Région africaine de l'OMS, 2005 | 19 |
| 6. Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des MII, pays sélectionnés | 20 |
| 7. Tendances de l'incidence de la maladie du ver de Guinée, Région africaine de l'OMS, 2004–2005 | 22 |
| 8. Prévalence des microfilaires sur deux sites sentinelles sous administration massive de médicaments, Tanzanie, 2001–2004 | 23 |
| 9. État de ratification de la Convention-cadre pour la lutte antitabac dans la Région africaine, 2005 | 30 |
| 10. Niveau de prévalence de la consommation de tabac chez les adolescents de 14–15 ans, pays sélectionnés, 2004 | 31 |
| 11. Situation de la mise en œuvre de la PCIME, Région africaine de l'OMS, 2002–2003 | 35 |
| 12. Situation de la mise en œuvre de la PCIME, Région africaine de l'OMS, 2004–005 | 35 |

| | | |
|-----|---|----|
| 13 | Nombre de pays mettant en œuvre l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Région africaine de l'OMS | 41 |
| 14. | Mise en œuvre du Budget Programme de la Région africaine de l'OMS, 2004–2005 | 49 |

LISTE DES TABLEAUX

| | | |
|--|---|----|
| | Tableau 1 : Prévalence des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, pays sélectionnés, 2005 | 28 |
| | Tableau 2 : Situation de la lèpre dans la Région africaine au début de 2005 | 54 |

ABRÉVIATIONS

| | |
|----------------|--|
| ACD | Approche «Atteindre chaque district» |
| ACT | Association thérapeutique à base d'artémisinine |
| AMS | Système de gestion des activités |
| APADOC | Alliance des parents, des adolescents et des communautés |
| AVS | Activités de vaccination supplémentaire |
| BAD | Banque africaine de Développement |
| CCARDS | Comité consultatif africain pour la recherche et le développement sanitaires |
| CCLAT | Convention-cadre pour la lutte antitabac |
| CEA | Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique |
| CDMT | Cadre des dépenses à moyen terme |
| CEDEAO | Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest |
| CMS | Commission Macroéconomie et Santé |
| COMESA | Marché commun de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe |
| DDT | Dichlorodiphényltriocloréthane |
| DFID | Ministère du Développement international (Royaume-Uni) |
| DOTS | Traitement de brève durée sous surveillance directe |
| DRSP | Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté |
| DTC | Diphtérie, tétanos, coqueluche |
| EDS | Enquête démographique et de santé |
| EGIM | Enquête de grappes à indicateurs multiples |
| FNUAP | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| FAO | Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture |
| INFOSAN | Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments |
| MII | Moustiquaire imprégnée d'insecticide |
| MNT | Maladie non transmissible |
| MSF | Mutilations sexuelles féminines |
| NEPAD | Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique |
| OOAS | Organisation ouest-africaine de la Santé |
| OMD | Objectif du Millénaire pour le Développement |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |

| | |
|----------------|--|
| ONUDI | Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| PCIME | Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant |
| PEV | Programme élargi de vaccination |
| PIB | Produit intérieur brut |
| PNUE | Programme des Nations Unies pour l'Environnement |
| PTME | Prévention de la transmission de la mère à l'enfant |
| SADC | Communauté de Développement de l'Afrique australe |
| SCP | Stratégie de coopération avec le pays |
| SIDA | Syndrome de l'immunodéficience acquise |
| SIMR | Surveillance intégrée des maladies et riposte |
| SPLM | Mouvement de libération du peuple du Soudan |
| STEPS | Approche «pas à pas» pour la surveillance des facteurs de risque |
| TAR | Thérapie antirétrovirale |
| TB | Tuberculose |
| SWAP | Approche sectorielle |
| TIC | Technologie de l'information et de la communication |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| UNIFEM | Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |
| WHA | Assemblée mondiale de la Santé |

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Au cours de la période 2004–2005, l'OMS a relancé et mis en œuvre des politiques et stratégies spécifiques d'intervention, à travers le Bureau régional et les bureaux de pays. Le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté 15 résolutions et décisions qui sont mises en œuvre aux niveaux national, régional et mondial. L'OMS a également aligné ses activités sur les priorités des pays en achevant l'élaboration de six autres stratégies de coopération avec les pays, portant ainsi le nombre total de ces stratégies à 45.
2. En raison du tarissement des ressources dans la plupart des pays de la Région et de la détérioration rapide de la situation sanitaire, un accent particulier a été mis sur la mobilisation de fonds d'autres sources. Le renforcement des capacités de l'OMS dans le domaine de la gestion des projets, aux niveaux de la Région et des pays, a permis de renforcer la crédibilité de l'Organisation aux yeux de ses partenaires. Des institutions de financement ont choisi l'OMS comme organe d'exécution de leurs projets ciblant le secteur de la santé dans les pays, ce qui a permis au Bureau régional de mieux répondre aux demandes croissantes des États Membres. Au total, 36 accords de coopération ont été signés (dont 23 au niveau des pays) avec divers partenaires et institutions de financement. Les partenariats avec l'Union africaine et les Communautés économiques régionales ont également été relancés.
3. Les systèmes de santé des pays de la Région africaine ont continué de souffrir de l'absence d'une gestion avisée, de l'insuffisance des financements, des crises de ressources humaines et du faible accès aux médicaments et technologies de la santé essentiels, y compris l'accès à du sang non contaminé. Cette situation, qui a largement favorisé la détérioration des indicateurs de santé, constitue un défi majeur pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Face à la situation, les pays ont poursuivi la réforme du secteur de la santé, afin de promouvoir l'accès universel et d'améliorer la performance des systèmes de santé. L'OMS a appuyé les initiatives des pays en leur fournissant des lignes directrices et des outils, en renforçant les capacités, en améliorant les systèmes d'information sanitaire, en intensifiant la collaboration avec les autres partenaires du développement sanitaire, et en plaidant en faveur du renforcement des systèmes de santé.
4. S'agissant de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'OMS a axé ses efforts sur la fourniture d'un appui technique aux pays pour les aider à élaborer et à adapter leurs politiques. Le Bureau régional a mobilisé des ressources techniques et financières; élargi l'accès aux soins et au traitement; renforcé les partenariats aux niveaux régional, sous-régional et national; appuyé la mise en œuvre et l'extension du traitement de brève durée sous surveillance directe dans les pays; renforcé la capacité des pays à élargir rapidement l'accès à des interventions pérennes, de haute qualité et d'un bon rapport coût-efficacité; encouragé la recherche opérationnelle; et perfectionné les techniques de laboratoire liées à la recherche sur les vaccins.
5. Le paludisme est resté l'une des principales maladies qui ont affecté la Région en 2004 et en 2005. Le contrôle *in vivo* de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques s'est poursuivi et a couvert 41 des 42 pays d'endémie palustre, avec un total de 188 sites sentinelles. Face à la résistance croissante aux monothérapies, un appui a été fourni à 25 pays pour qu'ils adoptent les associations thérapeutiques à base d'artémisinine comme traitement de première intention du paludisme.

6 Suite à l'engagement de l'OMS de mettre 3 millions de personnes sous thérapie antirétrovirale avant la fin de 2005, environ 800 000 personnes bénéficiaient de soins accrus et étaient sous thérapie antirétrovirale à la fin de l'année en question, soit 20 % des personnes ayant besoin de cette thérapie. Au total, 29 pays ont élaboré des plans d'intensification de la thérapie antirétrovirale, et 19 pays ont élaboré des politiques et des stratégies pour renforcer les soins aux malades de la tuberculose et aux personnes vivant avec le VIH, tandis que 20 pays ont augmenté leurs taux de détection des cas et de succès du traitement de la tuberculose, en les portant à 50 % et 73 %, respectivement.

7. La lutte contre les maladies transmissibles a été facilitée par la disponibilité de stratégies et d'outils de lutte efficaces. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a fourni un appui technique aux pays pour leur permettre d'utiliser ces stratégies et outils, de manière à réduire la morbidité et la mortalité. Au cours de la période biennale considérée, des progrès remarquables ont été enregistrés dans la lutte contre les maladies transmissibles. En dépit de la survenance de plusieurs flambées majeures, la capacité régionale de riposte aux épidémies s'est renforcée, et le Bureau régional a fourni, dans les plus brefs délais possibles, un appui technique aux pays touchés. L'OMS a également appuyé la mise en place d'un réseau régional de laboratoires, afin d'aider les États Membres à préparer la riposte aux épidémies, pandémies et situations d'urgence majeures. Toutes les grandes flambées survenues en 2004 et 2005 ont été confirmées en laboratoire grâce à ce réseau.

8. Dans la Région africaine, 21 pays ont enregistré une réduction sensible des cas de rougeole, les efforts de vaccination ayant permis d'atteindre environ 99 millions d'enfants. Les taux de cas de rougeole confirmés étaient de 0,6 et 0,43 pour 100 000 en 2004 et en 2005, respectivement. En novembre 2005, huit pays avaient signalé 599 cas de polio confirmés, soit une baisse de 24 % par rapport aux chiffres de 2004. S'agissant de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, 38 pays au total ont atteint et maintenu le niveau requis pour la certification, tandis que neuf pays ont été certifiés exempts de polio par la Commission régionale africaine de certification. L'élimination du tétanos maternel et néonatal a été validée dans 16 pays. Plus de 72 % des pays de la Région ont utilisé l'approche "Atteindre chaque district" (ACD) pour la vaccination antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheuse (DTC3), et 67 % des districts utilisant cette approche ont réalisé une couverture supérieure à 80 %.

9. Les maladies non transmissibles ont été l'un des défis majeurs dans la Région africaine. La riposte de l'OMS a consisté à fournir un appui aux pays pour qu'ils mettent en place des systèmes de surveillance des maladies non transmissibles, en recourant à l'approche «pas à pas» pour la surveillance des facteurs de risque et à d'autres outils. L'OMS a également aidé les pays à élaborer et à actualiser leurs politiques et programmes nationaux visant à mettre en œuvre, au niveau communautaire, des activités de prise en charge des cas de troubles mentaux et de toxicomanie. Les capacités de promotion de la santé ont été renforcées grâce à la formation dispensée aux équipes multisectorielles et aux organisations gouvernementales pour leur permettre de maîtriser les déterminants généraux de la santé. Le Bureau régional de l'OMS a également aidé les gouvernements et leurs partenaires à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies présentant un bon rapport coût-efficacité et tenant compte des sexospécificités, afin de prévenir et de lutter contre les traumatismes et les incapacités, et à appuyer les communautés dans leurs efforts de réadaptation des personnes souffrant d'incapacités à moyen et long termes.

10. L'OMS a encouragé la continuité des soins depuis la grossesse et la naissance jusqu'à l'enfance. Elle a également encouragé la même continuité des soins à domicile (en fournissant des moyens d'action aux familles), au sein de la communauté (en améliorant les établissements de soins de santé primaires et en rapprochant les soins du domicile) et dans les établissements de santé. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a été l'une des stratégies essentielles en faveur de la survie de l'enfant dans la Région africaine. Sur les 46 pays de la Région, 44 mettaient en œuvre la stratégie PCIME à la fin de 2005. L'OMS a fourni aux pays un appui pour leur permettre de renforcer leurs capacités dans les domaines de la recherche, de la documentation et du partage des meilleures pratiques en matière de santé génésique, ainsi que dans les domaines de la formation des dispensateurs de soins de santé, de l'établissement et du renforcement de partenariats pour garantir l'efficacité des programmes de santé génésique, y compris la planification familiale. L'OMS a également aidé les pays à élaborer et à mettre en œuvre la «Feuille de route pour accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé de la mère et du nouveau-né», ainsi que la stratégie pour la santé de la femme.

11. La survenance de catastrophes naturelles et provoquées par l'homme est demeurée une source de grave préoccupation dans la Région. Pratiquement 50 % des États Membres se trouvaient dans une situation de crise ou de sortie de crise. Environ 13 millions de personnes se sont retrouvées déplacées à l'intérieur de leurs propres pays. Certains pays ont connu des flambées d'aflatoxicose aiguë et la famine. Face à ces défis, l'OMS a approfondi l'analyse des liens entre la pauvreté et la santé, et a plaidé en faveur de la prise en compte des questions de pauvreté et de la réflexion stratégique à long terme dans les efforts nationaux et régionaux de développement sanitaire. Elle a également encouragé l'intégration efficace de la salubrité de l'environnement dans les politiques environnementales nationales. L'OMS s'est également attaquée à la morbidité et à la mortalité élevées liées au manque de salubrité des aliments, en plus d'œuvrer au renforcement des capacités nationales de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours, et de fournir un appui humanitaire dans les situations de crise.

12. Une revue de la façon dont le Bureau régional s'acquitte de ses missions a conduit à la conceptualisation d'une nouvelle façon de travailler à tous les échelons et pour tous les programmes de l'OMS. Cette revue a essentiellement abouti à un nouveau document d'orientation intitulé : «*Orientations stratégiques de l'Action de l'OMS dans la Région africaine 2005–2009*». Au cours de la prochaine période biennale 2006–2007, l'action de l'OMS dans la Région africaine sera guidée par la vision présentée dans les *Orientations stratégiques*. Les cinq éléments clés de cette vision sont les suivants : le renforcement des bureaux de pays de l'OMS; le renforcement et l'extension des partenariats pour la santé; l'appui à la planification et à la gestion des systèmes de santé de district; la promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles pour résoudre les problèmes de santé prioritaires; et le renforcement de la sensibilisation et de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

13. Afin d'apporter rapidement un appui de qualité aux pays, certaines fonctions techniques et administratives essentielles du Bureau régional seront décentralisées vers les équipes de soutien interpays. Ces équipes fourniront un appui technique aux pays et exerceront également les fonctions administratives qui leur auront été dévolues.

14. L'OMS continuera d'aider les États Membres à mettre systématiquement en œuvre des interventions efficaces et poursuivra son plaidoyer pour mobiliser les partenaires autour de l'objectif commun visé, qui est d'améliorer les résultats sanitaires dans la Région.

INTRODUCTION

1. La période biennale 2004–2005 revêt une grande importance dans les annales du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Elle a été marquée par la fin du long mandat du D^r Ebrahim Malick Samba comme Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique et par la prise de fonctions du D^r Sambo comme nouveau Directeur régional en 2005. Cette période biennale est aussi la dernière du Dixième Programme général de Travail. Les efforts déployés au titre de ce programme étaient axés sur le renforcement des capacités pour promouvoir la transparence et la responsabilité; l'appui aux équipes-pays; la mobilisation de fonds d'autres sources; la production de bases factuelles; la participation à la prise de décisions institutionnelles; la mise en œuvre du système de gestion axé sur les résultats; l'amélioration des connaissances; et la diffusion d'informations fiables, en temps voulu.

2. Le présent rapport rend compte des activités et des réalisations du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, au titre de l'appui fourni aux États Membres dans leurs efforts de promotion de la santé, et de prévention et de lutte contre la maladie. La première partie est consacrée à la mise en œuvre du Budget Programme 2004–2005 et présente les réalisations notables des principaux programmes et services, les facteurs ayant favorisé ou entravé la mise en œuvre du Budget Programme, les enseignements tirés et les orientations de la prochaine période biennale (2006–2007). La deuxième partie présente les progrès réalisés dans la mise en œuvre de 13 résolutions adoptées par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

3. Les réalisations du Bureau régional n'auraient pas été possibles sans le ferme engagement et l'appui soutenu des États Membres et des partenaires, ni sans l'engagement pris par les pays de lutter contre la tuberculose et le VIH/SIDA, à travers les résolutions qu'ils ont adoptées lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. La déclaration de la tuberculose comme urgence sanitaire dans la Région africaine, et de 2006 comme Année de l'Accélération de la Prévention du VIH/SIDA en Afrique a ainsi permis d'instaurer un environnement favorable aux activités de l'OMS dans la Région.

4. Pour réussir la mise en œuvre des différents programmes et interventions, l'OMS a dû mettre en place de solides systèmes de gestion et de coordination tenant compte de la diversité des États Membres. L'Organisation a en outre élaboré de nouveaux mécanismes et stratégies pour promouvoir l'interaction avec les autres institutions des Nations Unies, les Communautés économiques régionales et sous-régionales, le secteur public, les organisations non gouvernementales et les organisations de la société civile.

5. Le but du présent rapport est d'informer les États Membres et les partenaires des activités de l'OMS dans la Région africaine.

PREMIÈRE PARTIE : MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2004–2005

RÉALISATIONS NOTABLES

DÉVELOPPEMENT ET DIRECTION D'ENSEMBLE DES PROGRAMMES

6. Sous la structure organisationnelle Développement et direction d'ensemble des programmes, il y a huit domaines d'activité dont deux relèvent du Directeur régional : le domaine d'activité Directeur général, Directeurs régionaux et fonctions indépendantes, qui s'occupe essentiellement de la définition des orientations stratégiques, et le domaine d'activité Présence de l'OMS dans les pays, qui s'occupe du renforcement des bureaux de pays. Les six autres domaines, qui sont placés sous la supervision directe du Directeur de la Gestion du Programme, couvrent essentiellement les partenariats et la mobilisation des ressources; les bases factuelles, y compris la promotion de la recherche; la mise en œuvre des résolutions des organes directeurs de l'OMS; et l'amélioration de la qualité des processus de planification et de suivi.

Directeur général, Directeurs régionaux et fonctions indépendantes (DGO)

7. De nouvelles opportunités s'offrent dans le domaine du développement sanitaire dans la Région africaine. Au nombre de ces opportunités, l'on peut citer le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique, des Objectifs du Millénaire pour le Développement convenus par les Nations Unies, et les Comptes du Millénaire. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique est maintenant plus à même d'apporter à temps un appui précieux aux pays pour leur permettre de progresser dans la mise en œuvre de leurs programmes de santé.

8. Après sa prise de fonctions en février 2005, le nouveau Directeur régional a élaboré une nouvelle vision qui est présentée dans le document publié sous le titre : *Orientations stratégiques de l'Action de l'OMS dans la Région africaine 2005–2009*. Les cinq éléments clés de ces orientations stratégiques sont les suivants : le renforcement des bureaux de pays de l'OMS; le renforcement et l'extension des partenariats pour la santé; l'appui à la planification et à la gestion des systèmes de santé de district; la promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles pour résoudre les problèmes de santé prioritaires; et le renforcement de la sensibilisation et de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

9. La mise en œuvre des orientations stratégiques a commencé par des missions de haut niveau auprès des partenaires, afin de renforcer les partenariats. Les discussions ont porté non seulement sur les financements, mais aussi sur d'autres questions primordiales telles que le développement des ressources humaines, la recherche et le développement, et les secours dans les situations d'urgence, notamment les épidémies et les catastrophes humanitaires. Pour s'assurer que les interventions bénéficient aux pays de la Région, le Directeur régional a effectué plusieurs missions de haut niveau dans les États Membres de la Région. Le but de ces missions était de s'assurer que les programmes de santé sont examinés au plus haut niveau possible, de manière à ce que les promesses des gouvernements s'accompagnent d'investissements physiques et financiers. Il s'agissait aussi de veiller à ce que les partenaires au développement intervenant au niveau des pays tiennent leurs engagements et débloquent les ressources promises.

10. Pour que les interventions essentielles bénéficient aux populations-cibles, au moment opportun, le Bureau régional collabore avec le Siège aux niveaux technique, administratif et exécutif. C'est la première fois qu'un plan formulé de manière à ce que l'action de l'OMS bénéficie à la majorité des populations nécessiteuses est conçu et mis en œuvre sur une telle base. L'OMS saisit ainsi l'occasion de ses réunions statutaires non seulement pour débattre, finaliser et présenter des rapports sur les décisions et les résolutions de l'Organisation, mais aussi pour faire campagne en faveur de ses programmes.

Présence de l'OMS dans les pays (SCC)

11. Les stratégies de coopération avec les pays (SCP) sont maintenant reconnues comme des outils à moyen terme permettant à l'OMS de définir ses activités au niveau des pays. Elles intègrent toutes les contributions provenant des différents niveaux de l'Organisation, afin de faire des pays le principal champ d'action de l'Organisation.

12. D'une manière générale, chaque SCP comporte un plan couvrant une période de quatre à six ans et donne des orientations stratégiques conformes à la vision du pays concerné en matière de développement sanitaire. La santé étant désormais considérée sous un angle plus large, la SCP couvre la coopération avec l'ensemble du gouvernement, et non plus avec le seul ministère de la santé.

13. À la fin de 2005, au total 45 pays avaient mis en œuvre leurs SCP. La plupart des pays ont concentré les efforts sur les domaines stratégiques suivants : le renforcement des systèmes de santé (31 pays sur 45); la lutte contre la maladie (26 pays sur 45); la promotion de la santé (16 pays sur 45); les secours d'urgence et l'action humanitaire (10 pays sur 45); la santé génésique et la santé de l'adolescent (8 pays sur 45). En limitant le nombre de domaines d'activité, les bureaux de pays adopteront de nouvelles orientations et utiliseront les ressources de manière à obtenir de meilleurs résultats tangibles. La mise en œuvre de cette approche sera suivie de près au cours des années à venir.

14. Les 45 SCP ont été présentées pour la première fois lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional à Maputo, au Mozambique. Il convient de noter que les pays ont manifesté un grand intérêt pour ces documents qui décrivent les modalités opérationnelles de l'action de l'OMS au niveau des pays. À l'avenir, les SCP devront être actualisées en fonction des nouvelles politiques mises en place, des nouveaux systèmes de gouvernance établis, et de l'évolution de la situation épidémiologique et sociale dans les pays.

15. Une des conséquences directes des SCP est le besoin de nouvelles compétences, lorsque les bureaux de pays décident d'adopter de nouvelles orientations stratégiques. C'est la raison pour laquelle le Bureau régional a engagé le processus de reconfiguration des bureaux de pays pour renforcer leurs capacités, afin de combler rapidement les vides éventuels.

16. La reconfiguration des bureaux de pays est devenue une activité majeure qui a permis à tous les bureaux de pays de la Région de renforcer leurs capacités. Toutefois, il subsiste de nombreux défis au nombre desquels l'on peut citer la question de savoir que faire des professionnels lorsque leur domaine d'activité n'est plus nécessaire. Inversement, un des principaux défis auxquels feront face certains bureaux résidera dans l'appui financier requis lorsqu'une augmentation spectaculaire des effectifs s'impose. Bien que la reconfiguration ne vise pas primordialement à réduire les effectifs, il est évident que des décisions difficiles devront être prises pour rationaliser le fonctionnement des bureaux de pays et accroître leur efficacité.

17. L'an dernier, une des principales activités de l'OMS, aux trois niveaux de l'Organisation, a consisté à nouer des alliances avec d'autres institutions du système des Nations Unies. De telles alliances revêtent une grande importance dans la mesure où la communauté des donateurs et les Nations Unies exigent actuellement l'harmonisation et l'alignement des programmes pour tendre vers l'unicité des programmes et orientations au niveau des pays. La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution qui renforce ce nouveau mode de coopération avec les partenaires. Pour faciliter la mise en œuvre de cette résolution, certaines séances spéciales tenues dans le cadre des Réunions régionales du Programme ont été consacrées à la question de l'harmonisation et à ses implications pour les activités de l'OMS au niveau des pays. Les représentants de l'OMS ont également saisi les équipes-pays des Nations Unies, conformément aux stratégies de coopération avec les pays, pour demander à jouer le rôle de chef de file dans le domaine de la santé publique dans leurs pays d'affectation. En conséquence, l'OMS participe activement et joue dans bien des cas le rôle de chef de file dans l'évaluation commune au titre du Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement au niveau des pays.

18. Dans trois pays, le processus d'harmonisation et d'alignement des programmes a avancé dans son ensemble grâce à la conclusion d'accords d'appui conjoint par les différents acteurs, y compris les Nations Unies et les gouvernements. Ces accords couvrent diverses questions, notamment le rôle de chefs de file revenant aux institutions techniques, les chevauchements, le double emploi en matière de financement, et les inégalités dans l'appui fourni à certaines composantes des programmes nationaux. Il ressort clairement des documents examinés que dans un proche avenir, l'approche sectorielle (SWAp) sera la modalité d'attribution de l'aide financière préférée par ces pays. En conséquence, l'OMS continuera de fournir l'appui technique nécessaire pour mettre en œuvre cette approche dans les trois pays.

19. Afin d'apporter rapidement un appui de qualité aux pays de la Région, le Bureau régional a décidé de décentraliser certaines de ses fonctions vers les équipes de soutien interpays. Ces équipes fourniront un appui technique aux pays et exerceront également les fonctions administratives décentralisées qui leur auront été dévolues.

Mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats (REC)

20. Compte tenu de la diminution des ressources dans la plupart des pays de la Région et de la détérioration rapide de la santé des populations, un accent particulier a été mis sur la mobilisation de fonds d'autres sources. À cette fin, d'intenses activités d'information et de communication ont été menées pour sensibiliser davantage les populations aux questions sanitaires, promouvoir les programmes et les domaines d'activité prioritaires, et accroître de ce fait la visibilité de l'OMS dans la Région.

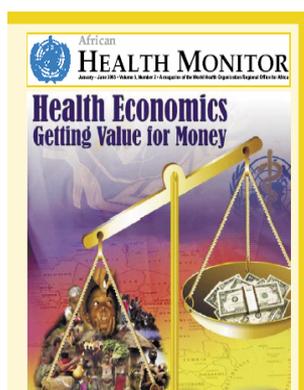
21. Le renforcement des capacités de l'OMS dans le domaine de la gestion des projets, aux niveaux régional et national, a permis de renforcer la crédibilité de l'Organisation aux yeux des partenaires. Des institutions de financement ont choisi l'OMS comme organe d'exécution de leurs projets ciblant le secteur de la santé dans les pays, ce qui a permis au Bureau régional de mieux répondre aux demandes croissantes des bureaux de pays et des divisions techniques.

22. Au cours de la période biennale considérée, 36 accords de coopération ont été signés (dont 23 au niveau des pays) avec divers partenaires et institutions de financement, notamment la Banque mondiale, La Banque africaine de Développement, l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international, la Fondation Ford, le Programme des Nations Unies pour le Développement, l'Agence internationale de l'Energie atomique, l'Agence allemande pour la Coopération technique, le Département pour le Développement international (Royaume-Uni), l'Agence norvégienne pour le Développement international, l'Organisation africaine de la Propriété intellectuelle, les organisations non gouvernementales, et les gouvernement de la Belgique, de la France, de l'Italie et de la Suède. Ces accords portent sur l'exécution de projets dans les États Membres, pour un montant total d'environ US \$50 millions. En outre, le DFID a accordé des subventions d'un montant d'environ US \$214 millions. En juillet 2005, l'OMS a signé un accord quadriennal de partenariat avec l'Union européenne. Six pays (Angola, Burkina Faso, Kenya, Malawi, Niger et Tanzanie) bénéficieront de cet accord qui porte sur un montant d'environ US \$18 millions.

23. Les partenariats ont été renforcés grâce à de nombreuses activités et à la participation à plus de 20 conférences, tables rondes, réunions, ateliers et visites mutuelles consacrés à des questions liées à la santé. Les partenariats noués avec l'Union africaine et les Communautés économiques régionales ont été relancés. En avril 2005, une réunion a été organisée à Brazzaville (Congo), à laquelle ont participé des représentants de l'Union africaine, de la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, et de huit Communautés économiques régionales. Ces partenaires ont également participé à la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Par ailleurs, le Bureau régional a été représenté à 11 réunions régionales et sous-régionales organisées par l'Union africaine.

24. Le nombre d'activités d'information et de communication menées au niveau du Bureau régional a considérablement augmenté au cours de la dernière période biennale, comme en témoignent diverses déclarations de plaidoyer et divers matériels imprimés et audiovisuels faciles d'emploi. Ces activités ont permis aux gouvernements, à la communauté des donateurs et au grand public de mieux connaître les politiques de recrutement, les procédures et les interventions sanitaires du Bureau régional. Les consultations et réunions du Bureau régional consacrées aux programmes de santé ont retenu l'intérêt des médias régionaux et internationaux. Il convient de noter en particulier l'excellente couverture de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique par la presse internationale. Dans l'ensemble, ainsi qu'en témoigne le nombre considérable de commentaires favorables radiodiffusés ou publiés par la presse écrite et les médias électroniques, les activités et réalisations de l'OMS dans la Région africaine, au cours de la période biennale considérée, ont trouvé un écho favorable auprès des médias.

25. Diverses parties prenantes ont demandé à figurer dans le fichier d'adresses de *l'Observatoire de la santé en Afrique*, qui est la revue publiée par le Bureau régional. Ce périodique, dont la réputation ne cesse de croître, a continué à servir de rapport de situation sur les programmes et activités prioritaires du Bureau régional. Son dernier numéro de l'année 2005, qui avait pour thème «Économie de la santé : en avoir pour son argent», a fait l'objet de commentaires favorables aussi bien dans les revues médicales que dans la presse populaire, en raison de son approche interdisciplinaire de la santé, qui est d'une originalité captivante.



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

26. Les principaux problèmes du domaine d'activité Bases factuelles à l'appui des politiques de santé sont notamment la faible culture de la production et de l'utilisation de bases factuelles pour la prise de décisions, le modeste niveau des investissements dans la production et la diffusion des données factuelles à l'appui des politiques de santé aux niveaux régional et national, et le manque de données fiables, opportunes et exploitables sur les systèmes d'enregistrement des biostatistiques et sur l'efficacité et la rentabilité des interventions. L'OMS a réagi en fournissant des orientations stratégiques et en apportant un appui approprié aux pays, afin de renforcer les capacités en matière de production de données factuelles dans la Région.

27. L'une des principales réalisations de ce domaine d'activité a été la conception et la mise en place de la base de données régionale intégrée. Une nouvelle version de la base de données sur les indicateurs de santé, qui permet d'évaluer la situation sanitaire, a été conçue et testée, et sa mise en place se poursuit. La deuxième édition de la brochure intitulée «*Situation sanitaire dans la Région africaine de l'OMS : indicateurs de base*» a été publiée. En étroite collaboration avec l'Unité chargée des technologies de l'information et de la communication et le Comité chargé du site web du Bureau régional, un processus a été engagé pour améliorer les publications sur le web, y compris par la création, au site du Siège, de liens permettant d'accéder aux sites web des pays. Des lignes directrices ont été fournies pour la documentation des meilleures pratiques en matière de santé. Le Comité consultatif africain sur l'Economie de la Santé a été mis en place, et le projet de Plan stratégique de l'Economie de la Santé pour la Région africaine de l'OMS 2006–2015 a été élaboré.

28. Des documents techniques ont été préparés sur les thèmes suivants : la situation des comités nationaux de bioéthique dans la Région africaine; l'assurance-maladie au Kenya et au Nigeria; le coût des programmes du domaine d'activité Pour une maternité sans risque au Ghana et au Nigeria; le coût de l'Initiative "Ecoles-Santé" en Ouganda; l'efficacité d'un échantillon d'établissements de santé en Angola, au Ghana, au Kenya, au Mali, en Namibie et en Sierra Léone; l'impact de la mortalité liée aux catastrophes sur le PIB dans la Région africaine de l'OMS; l'impact de la mortalité maternelle sur le PIB dans la Région africaine de l'OMS; les applications possibles de l'économie de la santé dans la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique; et les déterminants de l'adhésion des femmes sud-africaines aux régimes d'assurance-maladie.

29. Certains enseignements ont été tirés de ces activités, notamment la nécessité d'accélérer la mise en place des systèmes de gestion de l'information sanitaire pour promouvoir la production et l'utilisation de données factuelles dans la prise de décisions; d'intensifier les efforts de renforcement des capacités en matière de gestion de l'information sanitaire au niveau des pays, y compris la mise en place des sites web des pays; d'améliorer l'efficacité des centres régionaux d'excellence pour l'économie de la santé en vue de renforcer à court et long termes les capacités dans le domaine de l'économie de la santé; d'entreprendre des projets conjoints de recherche et d'en diffuser les résultats auprès des planificateurs et des économistes sanitaires des ministères de la santé et des bureaux de pays l'OMS; et de renforcer les partenariats avec la Banque mondiale, le Fonds monétaire international et les Communautés économiques régionales, afin d'accélérer l'harmonisation de l'appui aux pays.

30. Au cours de la période biennale 2006–2007, le Bureau régional allouera suffisamment de fonds et de ressources pour renforcer les systèmes d'information sanitaire. Des efforts concertés seront déployés pour mener des études et en diffuser les résultats, en étroite collaboration avec les homologues des ministères de la santé et des ministères chargés de questions liées à la santé.

Organes directeurs (GBS)

31. Un appui a été fourni pour l'organisation de toutes les réunions des organes directeurs, afin de faciliter la participation des délégués des États Membres et des membres du Secrétariat aux réunions du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé. Les sessions du Comité régional tenues à Brazzaville (République du Congo) en 2004 et à Maputo (Mozambique) en 2005 ont été couronnées de succès. Le Règlement intérieur a été scrupuleusement respecté, ce qui a permis d'assurer le bon déroulement des travaux.

32. Lors des sessions des organes directeurs, les ministres de la santé ont procédé à d'importantes revues et formulé les grandes orientations de l'action de l'OMS, avec l'appui du Secrétariat de l'OMS. À titre d'exemple, ils ont considérablement amélioré la procédure de sélection et d'examen des points inscrits à l'ordre du jour, de même que la qualité des débats et des documents techniques, ce qui a facilité l'adoption de certaines résolutions et décisions historiques.

33. Au total, 15 résolutions ont été adoptées par le Comité régional au cours de la période biennale 2004-2005. Il s'agit notamment de la Résolution AFR/RC54/R1 désignant le Directeur régional et recommandant sa nomination par le Conseil exécutif; de la Résolution AFR/RC54/R9, intitulée «Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique», et de la Résolution AFR/RC55/R6, intitulée «Accélération des efforts de prévention du VIH/SIDA dans la Région africaine».

34. Les deux résolutions historiques adoptées respectivement sur la santé maternelle et néonatale et sur le VIH/SIDA donnent effectivement les orientations nécessaires et constituent une plate-forme pour la mise en place de réseaux et la coordination entre l'OMS et ses partenaires, notamment l'UNICEF, ONUSIDA et l'Union africaine. Des changements de procédure ont également été introduits, avec l'adoption de la résolution AFR/RC54/R11 qui a établi de nouveaux critères pour la

désignation des États Membres de la Région africaine devant siéger au Conseil exécutif. Les nouvelles dispositions convenues ont institué un système divisant la Région en trois sous-groupes. Sur cette nouvelle base, le Libéria, Madagascar, la Namibie et le Rwanda ont été désignés pour siéger au Conseil exécutif.

35. Après avoir noté avec satisfaction la méthode de travail consistant à tenir chaque matin une réunion de coordination des délégués de la Région africaine au cours de l'Assemblée mondiale de la Santé, le Comité régional a recommandé la poursuite de cette pratique et la communication aux États Membres, avant la tenue de l'Assemblée mondiale, des points pertinents inscrits à son ordre du jour, en vue de définir une position commune pour permettre à la Région de s'exprimer d'une seule voix. Cette approche a contribué à accroître l'influence des délégués africains dans la réorientation de l'agenda mondial de la santé.

36. Au cours de la période biennale considérée, le haut degré d'engagement des ministres de la santé et le regain d'intérêt considérable suscité par les activités des organes directeurs ont permis d'améliorer les normes et les résultats de ces réunions. À cette fin, il a fallu adopter une approche plus analytique des problèmes, ce qui a conduit à l'autocontrôle de la qualité des processus engagés et des documents produits.

37. Le principal défi a été le nombre toujours croissant de nouveaux points dont l'inscription est proposé à l'ordre du jour des sessions annuelles du Comité régional de l'Afrique. Malgré la très grande pertinence de tous les points proposés, les contraintes de temps n'ont pas toujours permis d'en débattre d'une manière exhaustive. Conformément aux recommandations du Comité régional, le Secrétariat continue à rechercher les voies et moyens de limiter le nombre de points de l'ordre du jour, sans pour autant minimiser leur importance.

38. Le deuxième défi a été la question de savoir comment procéder pour que, conformément aux exigences statutaires de l'OMS et au Règlement intérieur du Comité Régional, les partenaires participent plus activement à l'élaboration et à l'examen des documents techniques. À l'heure actuelle, le privilège accordé aux partenaires d'assister aux réunions n'entraîne pas nécessairement leur participation aux débats. Cependant, une approche efficace a consisté à utiliser les tables rondes, les discussions de groupe et les séances spéciales comme forums pour recueillir la contribution de participants autres que les délégués. Cette approche a connu plus ou moins de succès, mais on pourrait encore l'améliorer à l'avenir.

Planification, suivi et évaluation des programmes (BMR)

39. La mise en œuvre du Budget Programme 2004-2005 s'est inspirée des progrès réalisés et de l'expérience acquise au cours des deux dernières périodes biennales pour améliorer les pratiques en matière de gestion des programmes dans la Région. La mise en œuvre intégrée du Budget Programme a guidé le choix de toutes les méthodes utilisées. Toutefois, l'application de méthodes de gestion uniformes et cohérentes pourrait être facilitée par la mise en place d'un système d'information sur la gestion des programmes, utilisable aussi bien par l'ensemble du Bureau régional que par les bureaux de pays.

40. Pour faire face à cette situation, la principale stratégie mise en œuvre a consisté à renforcer les capacités du personnel dans le domaine de la gestion des programmes, y compris le recours au Système de gestion des activités (AMS). Des outils et des documents de référence ont été élaborés à des fins de formation. Au nombre des résultats obtenus, il y a lieu de citer le fait que les bureaux de pays de l'OMS ont indiqué qu'ils étaient désormais plus à même de mettre efficacement en œuvre les programmes de l'OMS. À la suite des séances de formation organisées et de l'installation de la version actualisée du système AMS 3.0, ce système est devenu opérationnel dans tous les bureaux de pays et au Bureau régional. La possibilité de connecter le Bureau régional au Réseau mondial privé a permis d'améliorer la planification conjointe et l'interaction entre les différents bureaux de pays et le Bureau régional, ce qui a grandement contribué à la mise en œuvre efficace des processus de planification dans la Région africaine.

41. Les activités de formation et l'appui fourni actuellement aux responsables de programmes, aussi bien dans les bureaux de pays qu'au Bureau régional, ont eu un impact sur la planification, la mise en œuvre et le suivi des programmes, ainsi que sur l'établissement de rapports. Au cours de la période biennale considérée, les missions de formation effectuées dans les pays ont permis d'étendre l'utilisation et l'adoption de l'AMS. Cela a été particulièrement le cas lors de la préparation des plans de travail de l'exercice 2006–2007. En effet, les personnels administratifs ont recouru en plus grand nombre à l'AMS : alors qu'au départ, seuls les responsables de programme étaient normalement ciblés, le système a rapidement été adopté par les administrateurs, les assistants administratifs et les secrétaires. Ce phénomène a donné une impulsion au processus de gestion des programmes, et l'on s'inspirera de cette expérience pour mettre en place le Système global de gestion dans la Région africaine.

42. L'enseignement tiré de cette expérience, au cours de la période biennale, est que l'utilisation des outils d'évaluation et de suivi des performances n'est pas encore entrée dans les moeurs de l'Organisation, d'où la nécessité d'organiser continuellement des cours de formation et des stages de recyclage à l'intention du personnel du Bureau régional et des bureaux de pays, afin de leur permettre d'appliquer le système de gestion axé sur les résultats dans leur travail quotidien. Par ailleurs, ces cours de formation devraient être dispensés dans le cadre d'ateliers interpays, plutôt que lors de missions dans les pays.

Politique et coordination en matière de recherche (RPC)

43. Les efforts mondiaux de recherche ont permis d'acquérir les connaissances qui sont à la base de la révolution sanitaire du XX^{ème} siècle. Toutefois, les pays de la Région africaine n'ont pas pleinement bénéficié des progrès réalisés dans le domaine des connaissances. La recherche, qui n'est pas encore considérée comme un domaine prioritaire à part entière, a continué de pâtir du manque de moyens financiers au cours de la période biennale considérée. Dans les pays, près de 25 % des études liées à la santé ne sont soumises à aucune revue éthique, et les résultats de la recherche ne servent guère à la promotion du développement sanitaire.

44. Au cours de la période biennale considérée, le principal objectif visé était d'œuvrer à l'avènement d'un environnement favorable à la recherche, afin d'appuyer une recherche en santé équitable; de renforcer les capacités en matière de recherche aux niveaux national et régional; et d'améliorer l'efficacité des centres collaborateurs de l'OMS et du Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires (CCARDS), afin de fournir aux pays un appui pour leur permettre d'élaborer des politiques et des plans stratégiques de recherche en santé, et de mettre en place des mécanismes nationaux pour la coordination des réseaux de recherche, ainsi que des comités de bioéthique.

45. L'Algérie et le Cap-Vert ont bénéficié d'un appui financier pour l'organisation d'ateliers nationaux en vue de l'actualisation de leurs politiques et plans nationaux de recherche en santé. Par ailleurs, trois pays pilotes (Kenya, Malawi et Tanzanie), qui mettent actuellement en œuvre leurs stratégies de coopération avec les pays, ont élaboré des plans pour la mise en place de systèmes d'information et l'élaboration de politiques de recherche. Quatre nouveaux centres collaborateurs de l'OMS ont été désignés, tandis que sept autres centres ont été reconduits. En avril 2004, une consultation régionale sur la recherche en santé, axée sur la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, a été organisée à Brazzaville (République du Congo). Le CCARDS a tenu sa vingt-deuxième réunion en octobre 2004. Certains pays ont bénéficié de l'appui initial du Partenariat entre les Pays européens et les Pays en Développement pour les Essais cliniques, qui a tenu sa première réunion à Rome (Italie).

46. L'un des enseignements tirés est que la recherche en santé aboutit à des résultats lorsque les divisions du Bureau régional, les pays et les centres collaborateurs de l'OMS y participent activement. Le Bureau régional devrait continuer à centrer ses activités sur la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans les pays.

47. Les principales orientations de la période biennale 2006–2007 seront la promotion du dialogue entre les chercheurs et les utilisateurs des résultats de la recherche, et la création d'une demande de recherche pour éclairer la prise de décisions politiques; la sensibilisation des gouvernements pour que, conformément aux recommandations du Sommet de Mexico, ils consacrent au moins 2 % du budget de la santé à la recherche en santé; la décentralisation des ressources budgétaires de l'OMS vers les pays, tout en continuant à allouer suffisamment de ressources au niveau régional pour l'orientation, l'appui stratégique et la promotion de la cohérence entre les trois niveaux de l'OMS; et l'amélioration de l'impact des centres collaborateurs de l'OMS.

Gestion et diffusion de l'information sanitaire (IMD)

48. Dans le secteur de la santé, l'information apporte des connaissances et des indications utiles aux agents de santé, aux décideurs et au grand public. Elle représente un outil majeur au service de la promotion de la santé, de la prévention et de la lutte contre les maladies. Malheureusement, même lorsqu'elles existent, les informations fiables et à jour sont difficilement accessibles, notamment en raison des faiblesses en matière de communication, du coût et de la nature des informations à transmettre.

49. Le domaine d'activité Gestion et diffusion de l'information sanitaire couvre l'édition, la traduction, l'impression, la diffusion et la conservation de toute la documentation produite au Bureau régional. C'est à l'OMS qu'incombe la responsabilité de produire à temps des informations sanitaires et biomédicales reposant sur des bases factuelles, en vue de leur utilisation par les États Membres, les partenaires, les personnels concernés et le grand public.

50. Au cours de la période considérée, tous les documents destinés aux cinquante-quatrième et cinquante-cinquième sessions du Comité régional ont été édités, traduits et envoyés aux États Membres dans les trois langues de travail de la Région. Les efforts visant à mieux équiper le Service des Publications et de Documentation ont été menés à bien, mais sa dotation en personnel est restée insuffisante. Dans le même temps, un plus grand nombre de manuels, de livrets, de lignes directrices et de modules de formation ont été publiés en vue de leur utilisation dans les pays. Plus de 130 titres ont été publiés dans les trois langues (anglais, français et portugais), dont plus de 80 en 2005. Parmi ceux-ci, l'on peut citer les 45 SCP qui définissent le nouveau cadre de coopération entre les États Membres et leurs partenaires.



51. Le Bureau régional a continué de collaborer avec le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (du Siège) et avec le Forum des rédacteurs en chefs médicaux africains pour promouvoir la recherche, l'édition et la publication de revues médicales dans les pays. Trois ateliers de formation ont été organisés à l'intention de plus de soixante rédacteurs de revues médicales, venus de divers pays de la Région.

52. La bibliothèque du Bureau régional a entamé la numérisation de ses publications, avec la mise en place de la base de données AFROLIB, qui compte actuellement 1700 entrées bibliographiques. L'ouverture du centre multimédias de cette bibliothèque, qui compte 12 postes de travail, a considérablement facilité l'accès des usagers à l'Internet pour la recherche des sources bibliographiques. L'*Index Medicus africain*, dont la publication a été relancée, contribue maintenant à diffuser des informations sanitaires et biomédicales. Il est pleinement accessible par l'Internet. La bibliothèque du Bureau régional continue de publier le bulletin mensuel appelé *Infodigest* et d'apporter un appui aux districts de santé par le biais de bibliothèques bleues bien établies et par la formation des agents de santé à leur utilisation, afin qu'ils en tirent le meilleur parti possible.

53. Le Bureau régional poursuit sa collaboration avec l'Association pour l'information et les bibliothèques de santé en Afrique, tout en intensifiant les activités de formation dans les bureaux de pays. Il envisage de participer au lancement d'une bibliothèque virtuelle mondiale, avec le concours du Siège. De nombreuses institutions des pays de la Région, qui ne peuvent s'offrir de coûteux abonnements à des revues scientifiques de bonne qualité, continuent de bénéficier de l'accès à l'InterRéseau –Santé Initiative d'Accès aux Recherches.

DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES ET SERVICES DE SANTÉ

54. La Division Développement des Systèmes et Services de Santé couvre les trois domaines d'activité suivants : Organisation des services de santé, Médicaments essentiels: Accès, qualité et usage rationnel, et Sécurité transfusionnelle et technologie clinique. Ces domaines d'activité appuient les initiatives des États Membres en leur fournissant des lignes directrices et des outils, en renforçant leurs capacités, en améliorant les bases de données sur les systèmes de santé, en renforçant la collaboration avec les autres partenaires du développement sanitaire, et en menant le plaidoyer en faveur du renforcement des systèmes de santé.

55. Les systèmes de santé des pays de la Région africaine ont continué de souffrir de l'absence d'une gestion avisée, de l'insuffisance des financements, de la crise des ressources humaines, et du faible accès aux médicaments et technologies de la santé essentiels, y compris l'accès à du sang non contaminé. Cette situation, qui a largement contribué à la détérioration des indicateurs de santé, constitue un obstacle majeur à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement et à la mise en œuvre d'autres initiatives de développement sanitaire arrêtées d'un commun accord. Devant cette situation, les pays ont poursuivi la réforme du secteur de la santé, afin de promouvoir l'accès universel et d'améliorer la performance des systèmes de santé. C'est ainsi qu'ils ont demandé au Bureau régional de leur apporter un appui et de définir des orientations techniques, afin de leur permettre de renforcer leurs systèmes de santé.

Organisation des services de santé (OSD)

56. Des lignes directrices ont été élaborées sur la base d'une approche axée sur la collaboration au sein de l'OMS. Elles ont été mises à la disposition des pays pour la formulation de politiques et plans nationaux de santé, et pour l'opérationnalisation des systèmes de santé de district. Quatre pays (Burundi, Comores, Gabon et Mauritanie) ont élaboré leurs politiques nationales de santé, tandis que la République centrafricaine, Madagascar et le Swaziland ont révisé les leurs. Quatre pays (Burundi, République centrafricaine, Éthiopie et Kenya) ont élaboré ou révisé leurs plans stratégiques de santé. Le Ghana a revu son plan de travail dans le domaine de la santé pour l'année 2004, et la République démocratique du Congo a entamé la réforme du secteur de la santé.

57. Madagascar, le Sénégal et le Tchad ont formulé des politiques nationales prévoyant la sous-traitance des services de santé, et le Burkina Faso a entamé l'élaboration d'une politique similaire. Madagascar et l'Ouganda sont en train d'élaborer leurs politiques hospitalières nationales, et le Cameroun a élaboré un plan stratégique pour le renforcement de ses structures hospitalières.

58. Un accent particulier a été mis sur le renforcement des capacités du personnel de l'OMS et du personnel clé des pays, pour une efficacité accrue dans le développement des systèmes de santé. À cet égard, deux réunions ont été tenues: la réunion des Secrétaires généraux/ Directeurs généraux de la santé, et celle des responsables des programmes nationaux.

59. Suite à l'évaluation de l'opérationnalité des districts de santé, dix pays¹ ont identifié les principaux domaines nécessitant des améliorations en termes de prestation de services. Les résultats de cette évaluation leur ont permis de mieux orienter leurs plans de mise en œuvre. Le renforcement des capacités a permis à Madagascar d'améliorer la performance de 19 districts de santé. La Guinée a produit des modules de formation pour la gestion des districts de santé.

60. Le Ghana, le Kenya et la Zambie ont entamé l'élaboration de leurs régimes nationaux d'assurance-maladie, afin de mettre en place de nouveaux mécanismes de financement de la santé. La situation des comptes nationaux de la santé a fait l'objet d'études au Botswana, en Namibie et aux Seychelles. Par ailleurs, des activités de formation ont été menées au Ghana, à Madagascar, au Swaziland et au Tchad.

61. Dix pays² ont renforcé leurs systèmes nationaux d'information sanitaire, grâce à l'évaluation de leurs systèmes de santé, à l'élaboration de politiques et plans de santé, et à l'actualisation des outils de collecte de l'information sanitaire. L'outil servant à la cartographie des services de santé a été utilisé dans six pays³ pour le suivi et l'intensification des activités des programmes de santé. Au total, 20 pays⁴ ont bénéficié d'un appui financier, technique et catalytique du Réseau de métrologie sanitaire, ce qui leur a permis d'évaluer leurs systèmes nationaux d'information sanitaire, d'élaborer des plans, de mobiliser des ressources, de diffuser et d'utiliser l'information sanitaire pour mener leurs activités, et de suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre de leurs systèmes d'information sanitaire.

62. Les ressources humaines pour la santé ont bénéficié d'une attention particulière, qui s'est traduite par l'adoption, par l'Assemblée mondiale de la Santé, d'une résolution sur la migration des personnels de santé. Des consultations de haut niveau ont eu lieu à Abuja en 2004 et en 2005; une autre consultation a eu lieu à Oslo, avec la participation des principaux partenaires mondiaux; une autre consultation encore a réuni les différentes parties prenantes au Bureau régional à Brazzaville, en juillet 2005; une réunion consultative des doyens des écoles et facultés de médecine et des responsables des associations professionnelles s'est enfin tenue pour décider des prochaines étapes de la mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines pour la santé qui a été arrêté à Abuja et à Oslo.

63. Trois écoles de médecine⁵ et six écoles d'infirmiers⁶ ont été évalués. Suite à cette évaluation, une école de médecine a produit un plan stratégique, et les autres institutions de formation se proposent de revoir leurs programmes d'études.

¹ Burkina Faso, Cameroun, Érythrée, Éthiopie, Mozambique, Ouganda, République du Congo, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

² Afrique du Sud, Burkina Faso, Cap-Vert, Comores, Namibie, Nigeria, République du Congo, Seychelles, Tanzanie (Zanzibar).

³ Ghana, Kenya, Nigeria, Rwanda, Tanzanie, Tchad et Zambie.

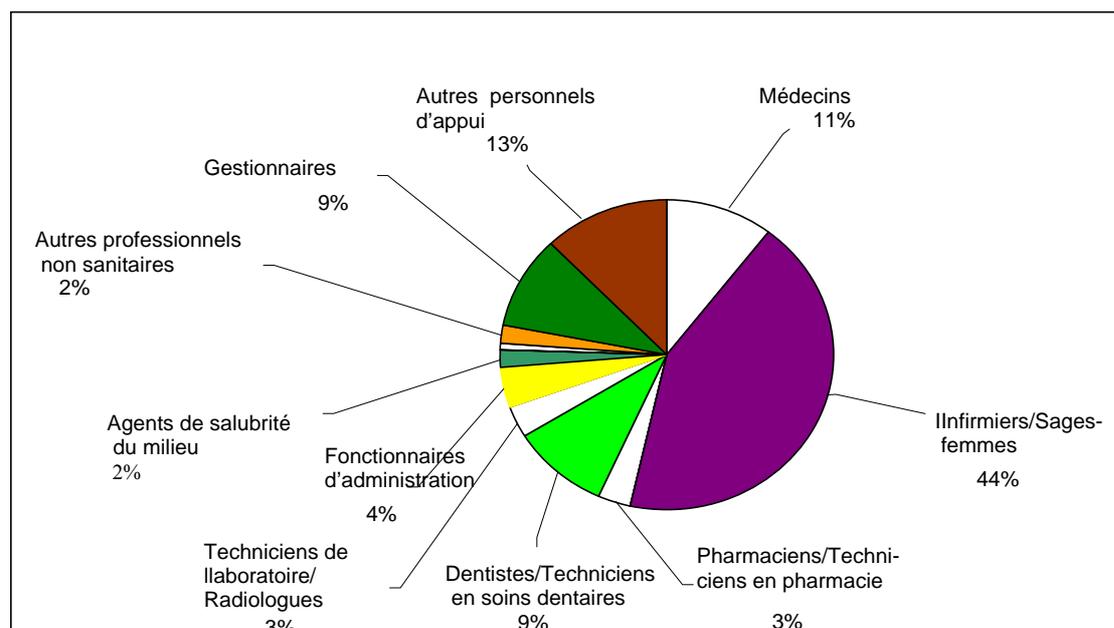
⁴ Bénin, Cameroun, Comores, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibie, Nigeria, Ouganda, République du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Léone, Swaziland, Tanzanie, Zambie.

⁵ Faculté des Sciences de la Santé, Ndjamen (Tchad); Faculté de Médecine, Conakry (Guinée); Malawi College of Medicine, Blantyre (Malawi).

⁶ Muhimbili Faculty of Nursing, Tanzanie; École des infirmiers, Rwanda; Kwazulu Natal Faculty of Nursing, Afrique du Sud, Ghana School of Nursing; Malawi College of Health Sciences; Kamuzu College of Nursing, Malawi.

64. Au total, 19 pays⁷ ont mené des études approfondies sur le développement de leurs ressources humaines et révisé ou élaboré leurs politiques et plans dans ce domaine. Le Cameroun a bénéficié d'un appui pour l'élaboration et le démarrage de la mise en œuvre d'un plan d'urgence pour le développement des ressources humaines. Un appui a été fourni à tous les pays de la Région pour l'évaluation de la composition des personnels de santé par catégorie (voir Figure 1). Au total, 313 bourses d'études ont été accordées au cours de la période biennale considérée, dont 94.2 % pour la Région africaine.

Figure 1 : Répartition des personnels de santé dans la Région africaine de l'OMS, 2005



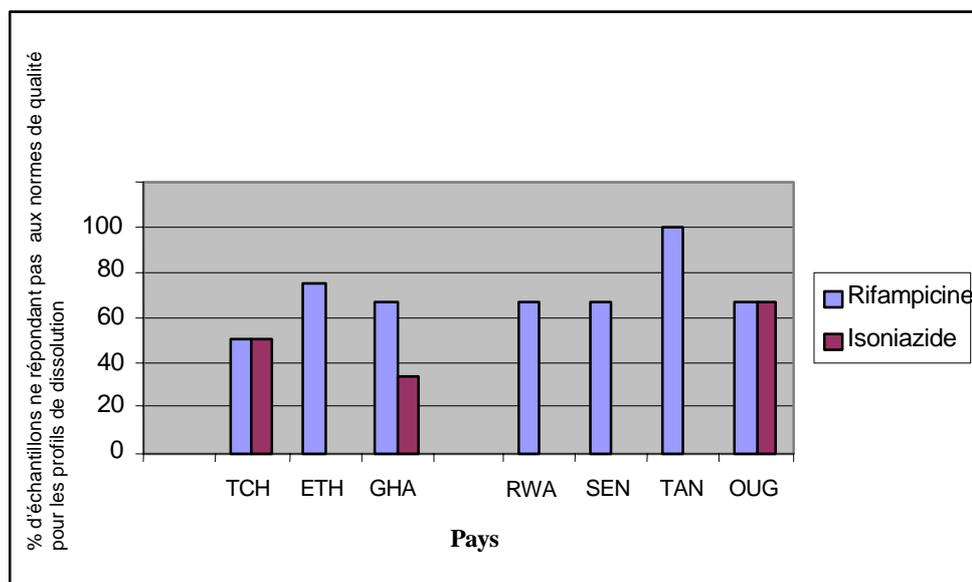
Médicaments essentiels: Accès, qualité et usage rationnel (EDM)

65. Au cours de la période biennale considérée, l'OMS a été désignée comme l'organe d'exécution du Projet pharmaceutique de la Sierra Léone, qui est financé par la Banque africaine de Développement. Ce projet a conduit à la révision et à l'adoption de la politique pharmaceutique nationale et de la liste des médicaments essentiels, à la formation de nationaux à la gestion des médicaments, à l'usage rationnel des médicaments, à la réglementation des produits pharmaceutiques, au contrôle de la qualité et à la réhabilitation des établissements de santé. Par ailleurs, un laboratoire de contrôle de la qualité de niveau 1 a été réceptionné.

66. La mise sur le marché de médicaments de mauvaise qualité est l'une des principales causes du développement de la résistance bactérienne aux médicaments habituellement utilisés pour le traitement de la tuberculose. Pour garantir l'accès à des médicaments de haute qualité, des échantillons d'antituberculeux (y compris de Rifampicine, d'Isoniazide et de l'association Rifampicine-Isoniazide) ont été prélevés dans sept pays pour un contrôle de leur qualité (Figure 2). Les résultats de ce contrôle ont révélé des déficiences au niveau des substances actives et des profils de dissolution de certains échantillons. Des discussions ont été engagées à ce sujet avec les autorités nationales compétentes. Elles se poursuivront en vue de mettre en place des mesures réglementaires appropriées pour venir à bout du problème de mauvaise qualité des antituberculeux.

⁷ Algérie, Botswana, Burkina Faso, Cap-Vert, Comores, Éthiopie, Guinée, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Niger, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Swaziland, Tanzanie.

Figure 2: Contrôle de la qualité des antituberculeux, pays sélectionnés, 2004



Source : OMS/AFRO/EDM

67. L'on sait peu de choses sur les prix des médicaments et sur les méthodes de fixation des prix qu'utilisent les fabricants et les détaillants. En appliquant la méthodologie standard de l'OMS et de Health Action International, le Bureau régional a organisé deux ateliers consacrés aux enquêtes sur les prix des médicaments. Par la suite, 13 pays de la Région ont bénéficié d'un appui pour la conduite d'enquêtes sur les prix des médicaments. Les résultats de ces enquêtes ont révélé des disparités dans les méthodes de fixation des prix des médicaments à l'intérieur des pays; en effet, les prix de médicaments de même marque ou de médicaments génériques varient considérablement aussi bien entre les secteurs public et privé qu'à l'intérieur de ceux-ci, et dans certains pays, les prix pratiqués dans le secteur public varient considérablement d'un établissement de santé à l'autre. Sur la base des données factuelles recueillies, un appui a été fourni aux pays pour l'organisation d'ateliers nationaux à l'intention des différentes parties prenantes. Des interventions appropriées seront nécessaires pour faire baisser les prix des médicaments (politiques, contrôles réglementaires et sensibilisation) dans les pays et dans la Région.

68. Une évaluation de la situation de la production locale de médicaments traditionnels a été entreprise dans sept pays,⁸ en collaboration avec la Commission de l'Union africaine. Cette évaluation a permis de constater que des autorisations de mise sur le marché ont été délivrées pour la production locale à petite échelle de médicaments traditionnels pour le traitement du diabète (Madagascar et Nigeria), du VIH/SIDA (République du Congo), du paludisme (Burkina Faso, République démocratique du Congo, Ghana et Mali), de la drépanocytose (Bénin, Burkina Faso et Nigeria), et de l'hypertension (Nigeria).

⁸ Afrique du Sud, Burkina Faso, Ghana, Madagascar, Nigeria, République démocratique du Congo et Tanzanie.

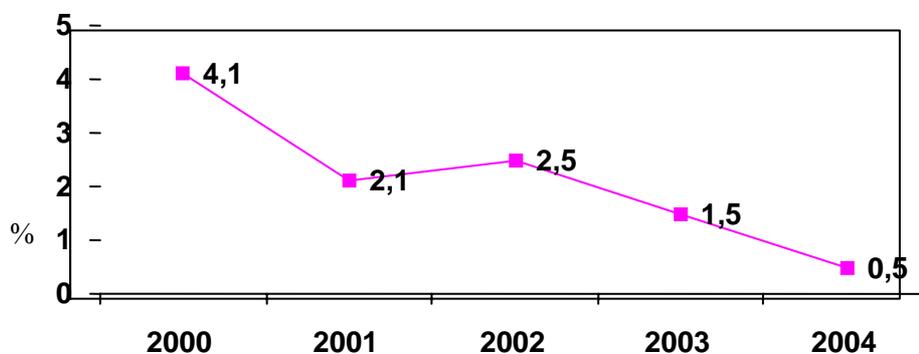
Sécurité transfusionnelle et technologie clinique (BCT)

69. Sept pays⁹ supplémentaires ont bénéficié d'un appui technique pour l'élaboration de politiques nationales de transfusion sanguine ou de plans nationaux de mise en œuvre. Suite à l'élaboration, depuis 2000, de leurs politiques, 27 pays ont commencé à mettre en place des programmes nationaux coordonnés pour la transfusion sanguine. Le nombre total d'unités de sang collectées dans la Région est passé de 2 070 000 en 2002 à 2 128 000 en 2004, tandis que le nombre de pays dans lesquels la totalité du sang collecté provient des dons de sang volontaires est passé de 10 à 12. Parmi les pays qui ont fait des progrès considérables en matière de collecte de sang, on peut citer la Côte d'Ivoire où le nombre d'unités de sang collecté est passé de 77 972 en 2004 à 95 418 en 2005.

70. Deux ateliers de formation à la gestion de la qualité ont été organisés, de même qu'un atelier sur l'évaluation de la qualité. Après cette formation, 23 pays ont nommé des gestionnaires nationaux de la qualité. Huit pays ont mis en place des programmes de gestion de la qualité, et 21 pays ont partiellement mis en œuvre leurs systèmes d'assurance de la qualité.

71. Le contrôle du sang pour le dépistage des infections transmissibles par transfusion s'est renforcé. En effet, 90 % des pays ont fait état du contrôle de la totalité du sang collecté pour le dépistage du VIH en 2004, contre 86 % des pays en 2002, et la proportion de pays ayant procédé au contrôle du sang pour le dépistage de l'hépatite C a été de 54 % en 2004, contre 27 % en 2002. Un des exemples patents d'amélioration de la sécurité transfusionnelle a été enregistré à Bobo Dioulasso (Burkina Faso) où, grâce à l'appui technique de l'OMS, le taux de prévalence du VIH parmi les donneurs de sang est tombé de 4,1 % en 2000 à 2,5 % en 2002, puis à 0,5 % en 2004 (Figure 3).

Figure 3 : Prévalence du VIH parmi les donneurs de sang à Bobo Dioulasso, au Burkina Faso, 1993–2003



Source: Centre de transfusion de Bobo Dioulasso (Burkina Faso).

72. Le Service national de transfusion sanguine d'Abidjan (Côte d'Ivoire) a géré un programme régional d'évaluation de la qualité pour la sérologie des groupes sanguins, auquel ont participé 21 pays. Des mesures correctives ont été prises dans les pays dont la performance des services de transfusion sanguine a été jugée faible. Un ensemble de techniques de laboratoire essentielles a été conçu et mis en œuvre dans deux hôpitaux de district en République du Congo. Une étude de faisabilité de la télémédecine a été menée au Bénin. Un centre d'excellence de radiologie couvrant l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale a été établi à Yaoundé (Cameroun).

⁹ Éthiopie, Lesotho, Madagascar, Mali, Namibie, Rwanda et Tanzanie (Zanzibar).

VIH/SIDA, TUBERCULOSE ET PALUDISME

73. Au cours de la période biennale 2004-2005, de nombreuses activités ont été menées par l'OMS dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Au nombre de ces activités, l'on peut citer l'appui technique fourni aux pays pour leur permettre d'adapter des politiques et des outils; la mobilisation de ressources techniques et financières; l'élargissement de l'accès aux soins et au traitement; le renforcement de partenariats aux niveaux régional, sous-régional et national; la fourniture d'un appui pour la mise en œuvre et l'extension du traitement de courte durée sous surveillance directe dans les pays; le renforcement de la capacité des pays à élargir rapidement l'accès à des interventions durables, de haute qualité et d'un bon rapport coût-efficacité; la promotion de la recherche opérationnelle; et le perfectionnement des techniques de laboratoire liées à la recherche sur les vaccins.

74. Au cours de sa cinquante-cinquième session, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté des résolutions sur la lutte contre la tuberculose, l'accélération des efforts de prévention du VIH/SIDA et la déclaration de 2006 comme Année de l'Accélération de la Prévention du VIH dans la Région africaine.

Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH/SIDA)

75. Le taux de prévalence du VIH est en constante augmentation dans la plupart des pays, ce qui prouve que les efforts de prévention n'ont pas l'impact souhaité, d'où la nécessité d'intensifier la prévention du VIH dans la Région africaine. L'accès aux soins et au traitement, notamment à la thérapie antirétrovirale (TAR), est faible dans les pays à ressources limitées où, à la fin de 2002, moins de 1 % de la population avait accès à la TAR. L'insuffisance des ressources humaines et financières, la faiblesse des systèmes de santé et le modeste degré de coordination des efforts des différents acteurs entravent la mise en œuvre des interventions. Devant cette situation, l'OMS a déclaré l'insuffisance de l'accès à la TAR comme urgence sanitaire et a mobilisé les gouvernements et les partenaires en vue de mettre sous TAR 3 millions de personnes d'ici la fin de 2005. Compte tenu de l'importance du VIH/SIDA en tant que maladie, et de ses effets ravageurs sur le tissu économique et social en Afrique, l'OMS a déclaré 2006 Année de l'Accélération de la Prévention du VIH/SIDA dans la Région africaine. Elle a aussi pris l'initiative de nouer des alliances avec sept autres institutions des Nations Unies pour la formulation et la mise en œuvre d'un plan commun.

76. La réponse de l'OMS a essentiellement consisté à donner des orientations normatives, à fournir aux pays un appui technique pour leur permettre d'adapter des politiques et des outils, à renforcer les capacités, et à mobiliser des ressources techniques et financières. Aux niveaux régional, sous-régional et national, l'OMS a renforcé les partenariats avec les autres institutions des Nations Unies, les principales parties prenantes, les organisations non gouvernementales et les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA.

77. Au nombre des principales réalisations enregistrées aux niveaux régional et national, il y a lieu de citer les efforts qui ont été déployés pour élargir l'accès aux soins et au traitement, et qui ont permis de porter le nombre de personnes sous TAR, selon les estimations, à 800 000, soit environ 20 % des personnes qui en ont besoin. Le Botswana, la Namibie et l'Ouganda ont atteint leurs cibles de 50 %, tandis que 14 pays disposent de services de conseil et de dépistage volontaires dans plus de 50 % des districts, et 29 pays ont réalisé leurs plans d'extension de la TAR, dont 14 avec une composante «ressources humaines». Par ailleurs, deux bases de connaissances et un réseau de ressources techniques ont été mis en place pour appuyer le renforcement des capacités dans les pays.

78. Des séances d'information sur la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte ont été organisées dans 25 pays, et 17 pays ont adapté leurs modules sur la mise en œuvre de cette approche. Au total, 19 pays ont bénéficié d'un appui pour adapter leurs politiques et stratégies de renforcement des soins pour la tuberculose et le VIH, tandis que 18 pays ont élaboré ou adapté les lignes directrices pour les soins à domicile, et 19 pays ont adopté des politiques prévoyant le recours au personnel non sanitaire pour les soins à domicile. Un module de formation à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant a été élaboré, et 87 formateurs ont été formés à l'adaptation de ce module. Une séance d'information sur cette nouvelle stratégie a été organisée à l'intention du réseau de spécialistes des infections sexuellement transmissibles, et un appui a été fourni à cinq pays pour sa mise en œuvre. Au total, 29 pays ont élaboré des plans de renforcement de leurs laboratoires, ce qui leur a permis de bénéficier de subventions du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, ainsi que du Projet multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA (de la Banque mondiale). Un appui a été fourni à 13 pays pour le renforcement de leurs systèmes de contrôle de la qualité des antirétroviraux, tandis que 25 pays ont bénéficié d'une assistance pour la formulation de leurs propositions de projets, au titre des 4^{ème} et 5^{ème} cycles de reconstitution des ressources du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

79. Dix pays ont évalué leurs systèmes de surveillance du VIH/SIDA et élaboré ou actualisé des protocoles. Le Rapport sur la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA dans la Région africaine 2005 a été élaboré. La stratégie et les lignes directrices pour l'accélération de la prévention du VIH/SIDA ont été élaborées, et 22 pays ont bénéficié d'un appui pour perfectionner les techniques de laboratoire dans le cadre de la recherche sur les vaccins et de la mise au point de vaccins.

80. Les enseignements tirés de ces activités sont que l'engagement des gouvernements et des dirigeants revêt une grande importance dans la mobilisation des ressources nationales et la pérennisation des acquis des programmes, et que la standardisation, la simplification et la décentralisation permettent de mettre en œuvre la TAR dans les pays à ressources limitées. Par ailleurs, la reconnaissance du lien entre le traitement et la prévention peut promouvoir la synergie dans la riposte au VIH/SIDA.

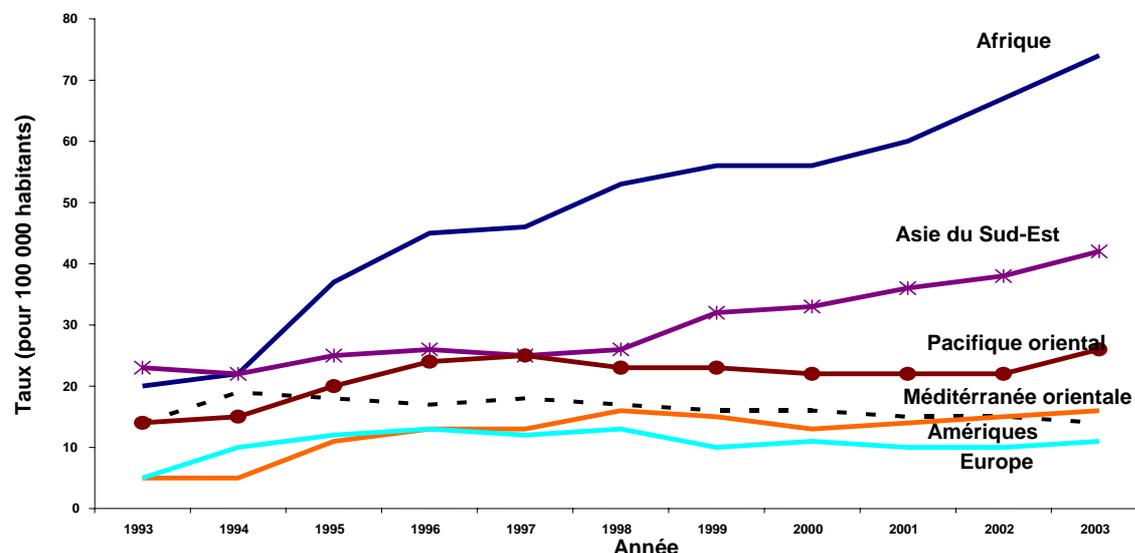
81. Au cours de la période biennale 2006–2007, les efforts de prévention du VIH/SIDA seront accélérés. L'accent sera mis sur la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins. Par ailleurs, la base d'informations stratégiques sera renforcée pour que les interventions soient fondées sur des bases factuelles. Les partenariats seront également renforcés à tous les niveaux, afin d'améliorer la collaboration avec les secteurs autres que celui de la santé.

Tuberculose (TUB)

82. Depuis la fin des années 1980, l'incidence de la tuberculose a considérablement augmenté dans la Région africaine, principalement en raison de l'épidémie de VIH/SIDA. Au début de la période biennale 2004–2005, les taux de prévalence et de dépistage¹⁰ des cas de tuberculose enregistrés dans la Région africaine étaient les plus élevés au monde (Figure 4).

¹⁰ Lutte mondiale contre la tuberculose : Surveillance, planification et financement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (WHO/HTM/TB/2005.349).

Figure 4 : Tendances des nouveaux taux de dépistage de la tuberculose par région de l'OMS, 1993–2003-



83. La majorité des pays ont adapté le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), qui est le traitement recommandé, et ont fait des progrès vers la réalisation des cibles fixées par l'Assemblée mondiale de la Santé, à savoir: dépister 70 % des cas de tuberculose à frottis positif et guérir 85 % de ces cas en 2005. Toutefois, ce succès est resté mitigé, car les taux de dépistage et de guérison ont été de 46 % et 70 %, respectivement. En outre, les taux de couverture par la stratégie DOTS sont restés faibles, les réseaux de laboratoires spécialisés dans le dépistage de la tuberculose, rudimentaires, et les capacités des systèmes à faire face à l'augmentation du nombre de cas, insuffisantes.

84. La riposte de l'OMS a essentiellement pris les formes suivantes : fourniture d'un appui pour la mise en œuvre et l'extension de la stratégie DOTS dans les pays; établissement de partenariats; mise en œuvre d'initiatives DOTS telles que les soins antituberculeux à base communautaire; établissement de partenariats public-privé pour la lutte antituberculeuse; intensification des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH; et renforcement des systèmes de surveillance. Un accent a également été mis sur l'appui technique aux pays pour la mobilisation des ressources et le suivi des programmes.

85. Le principal acquis est que tous les pays mettent actuellement en œuvre la stratégie DOTS. En outre, 22 pays ont étendu cette stratégie aux communautés, et 17 pays ont intensifié les interventions conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Plus de 30 pays ont bénéficié de subventions du Fonds mondial de lutte contre la tuberculose, et 33 pays ont bénéficié de dons d'antituberculeux offerts par le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments du Partenariat Halte à la Tuberculose. Bien qu'ils soient encore faibles, les taux de dépistage des cas et de succès thérapeutique sont passés de 46 % à 50 % et de 70 % à 73 %, respectivement. Huit pays¹¹ ont atteint des taux de guérison de 80 % ou plus, et 11 pays¹² ont atteint ou même dépassé des taux de dépistage de 70 % pour les nouveaux cas à frottis positif. En août 2005, la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a déclaré la tuberculose urgence sanitaire dans la Région africaine, témoignant ainsi de la détermination à lutter contre cette épidémie.

¹¹ Algérie, Bénin, Comores, Éythrée, Maurice, Sierra Léone, Tanzanie et Zambie.

¹² Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Cameroun, Gabon, Gambie, Guinée-Bissau, Lesotho, Madagascar, Namibie.

86. L'un des enseignements tirés de ces activités est qu'en général, l'extension rapide des services DOTS passe par l'intensification d'initiatives visant à étendre la mise en œuvre de cette stratégie. Dans le même temps, il est nécessaire de décentraliser les services de laboratoire spécialisés dans le dépistage de la tuberculose, dans le cadre de la stratégie d'extension de la stratégie DOTS. Pour accélérer l'extension de la couverture par la stratégie DOTS, il est nécessaire d'intégrer les interventions conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA aux interventions existantes.

87. Au cours de la période biennale 2006–2007, l'accent sera mis sur la promotion de l'accès universel à des services DOTS de qualité. Il s'agira notamment d'accélérer les initiatives visant à étendre la mise en œuvre de la stratégie DOTS, surtout les partenariats public-privé et les initiatives concernant les soins antituberculeux à base communautaire dans tous les 34 pays de la Région fortement touchés par la tuberculose; de mettre en œuvre des interventions conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH; de promouvoir des plans d'assurance de la qualité du diagnostic bactériologique de la tuberculose; de mener des activités de plaidoyer; de mobiliser les communautés; de mobiliser les ressources; et d'intensifier les activités de surveillance et de suivi.

Paludisme (MAL)

88. C'est dans les communautés pauvres et défavorisées que l'impact du paludisme se fait le plus ressentir; c'est aussi dans ces communautés que l'accès à des interventions d'un bon rapport coût-efficacité reste faible. Cette situation est due au coût élevé du traitement et à la faiblesse des systèmes de prestation de soins. Grâce à une volonté politique plus forte et au renforcement des partenariats, un cadre a été élaboré pour la lutte antipaludique en vue de la réalisation des cibles d'Abuja et des Objectifs du Millénaire pour le Développement pour 2005, 2010 et 2015.

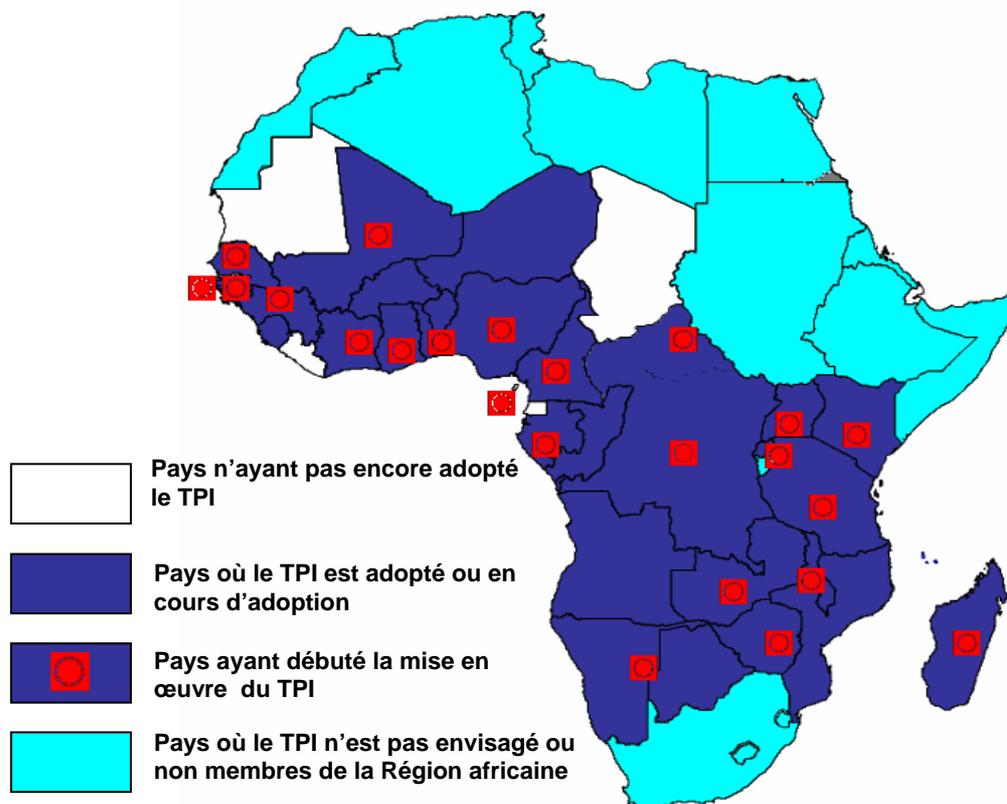
89. Au cours de la période biennale 2004–2005, les approches stratégiques adoptées pour la lutte antipaludique visaient à renforcer la capacité des pays à accélérer l'élargissement de l'accès à des interventions viables, de grande qualité et d'un bon rapport coût-efficacité, et à promouvoir la recherche opérationnelle. Parmi les principales réalisations, il y a lieu de citer l'appui fourni à 25 pays¹³ pour leur permettre de changer de politique de traitement en adoptant les associations thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT), et l'élaboration et la diffusion de lignes directrices pour la mise en œuvre de ces associations dans la Région africaine. Les manuels de formation à la prise en charge des cas ont été actualisés dans 13 pays,¹⁴ et la pharmacovigilance concernant les associations thérapeutiques à base d'artémisinine a été renforcée en Tanzanie (Zanzibar) et en Zambie. Des enquêtes ont été menées au Burundi, au Rwanda, en Tanzanie et en Zambie pour évaluer la mise en œuvre des ACT.

90. La prise en charge du paludisme à domicile a été adoptée par quatre pays (Ghana, Madagascar, Nigeria et Zambie), et les projets de démonstration ont été évalués en Éthiopie, au Kenya et au Rwanda. Le Bureau régional a fourni un appui à 19 pays pour l'adoption de la prise en charge du paludisme à domicile, et à 11 pays pour la mise en œuvre du traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes. Certaines enquêtes menées au niveau du district ont montré que sur les 30 pays ayant adopté ce traitement, deux ont atteint les cibles d'Abuja (taux de couverture de 60 % au Malawi et de 68 % en Zambie) (Figure 5).

¹³ Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Madagascar, Mali, Niger, Nigeria, Namibie, Ouganda, République démocratique du Congo, République du Congo,, Rwanda, Sénégal, Sierra Léone, Tanzanie, Tchad, Togo.

¹⁴ Afrique du Sud, Bénin, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Madagascar, Mali, Niger, Ouganda, Sao Tomé et Príncipe, Sierra Léone, Tanzanie.

Figure 5: Traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes dans la Région africaine de l'OMS, 2005



Source: *Ministères de la santé*

91. Des stratégies d'extension des interventions à base communautaire ont été élaborées dans 19 pays,¹⁵ et des modules de formation à l'intention des tradipraticiens ont été utilisés à titre expérimental. Un appui a été fourni au Kenya, au Mozambique et à la Zambie pour la recherche sur les médicaments traditionnels utilisés pour le traitement du paludisme, et l'évaluation des plantes à effet rémanent s'est poursuivie en Éthiopie et au Kenya. Six pays¹⁶ ont bénéficié d'un appui pour la formation des tradipraticiens et des accoucheuses traditionnelles à la lutte antipaludique au Kenya, et un appui a été fourni à l'Ouganda pour la formation des accoucheuses traditionnelles à l'administration du traitement préventif intermittent pendant la grossesse, ainsi que des soins de santé prénatals.

92. Un rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action de la Déclaration d'Abuja a identifié de sérieux obstacles à la réalisation des cibles fixées. Un appui a été fourni à six pays¹⁷ pour l'intensification des activités de surveillance et d'évaluation systématiques, et à cinq pays (Angola, Burundi, Malawi, Sénégal et Zambie) pour les activités de suivi et d'évaluation menées pour le compte du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

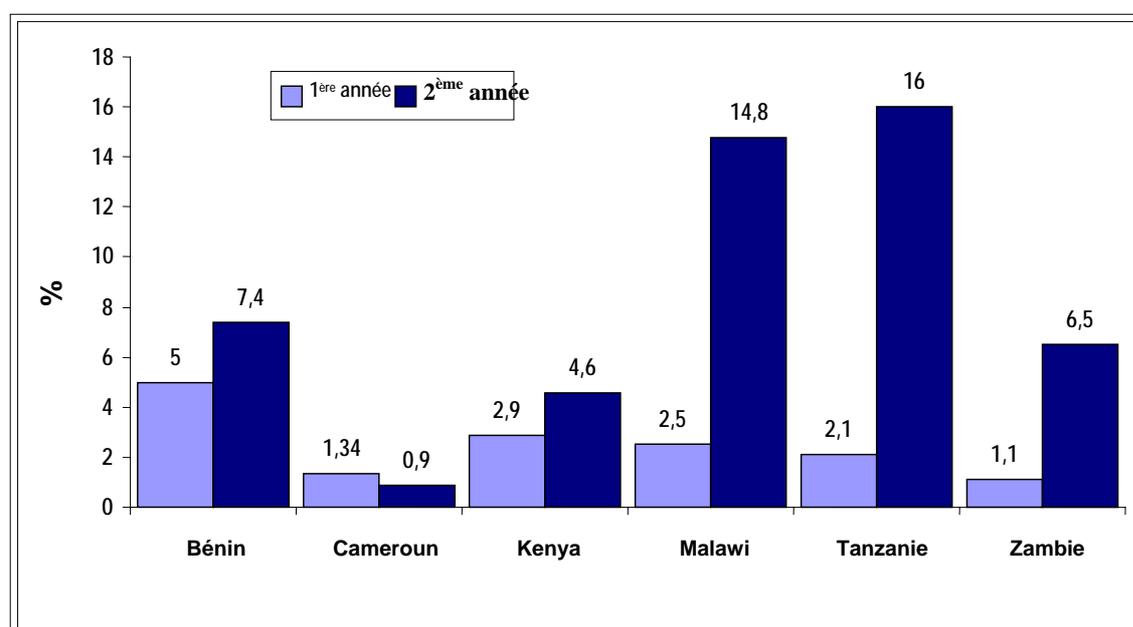
¹⁵ Burkina Faso, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, République centrafricaine, République du Congo, Sierra Léone, Tchad, Togo, Zimbabwe.

¹⁶ Bénin, Cameroun, Kenya, Mozambique, Niger, Ouganda.

¹⁷ Burundi, Cameroun, Érythrée, Libéria, Sénégal et Zimbabwe.

93. Le Bureau régional a élaboré un protocole normalisé pour la surveillance de la résistance aux insecticides, actualisé et diffusé des lignes directrices pour la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides, et fourni un appui à l'Angola et au Zimbabwe pour l'adaptation des lignes directrices pour l'utilisation du DDT. Au total, 13 pays¹⁸ ayant bénéficié d'un appui pour l'intensification des pulvérisations intradomestiques d'insecticides ont atteint des taux de couverture compris entre 80 % et 90 %, ce qui a fait diminuer sensiblement l'incidence du paludisme. Dans le même temps, les taux de couverture par les moustiquaires imprégnées d'insecticide ont augmenté et se rapprochent actuellement des cibles d'Abuja. Ces résultats sont imputables à l'augmentation des ressources et à l'amélioration des prestations, notamment des services de vaccination et des soins prénatals. L'Érythrée et le Togo ont atteint les cibles fixées, avec des taux de 63 %, et les progrès se poursuivent dans d'autres pays (Figure 6).

Figure 6 : Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des MII, pays sélectionnés



Sources : Enquêtes EGIM et EDS; EGIM : Enquêtes de grappes à indicateurs multiples; EDS : Enquêtes démographiques et de santé; Bénin : EGIM 1999 & EDS 2001; Cameroun : EGIM 2000 & EDS 2004; Kenya : EGIM 2000 & EDS 2003; Malawi : EDS 2000 & EDS 2004; Tanzanie : EDS 1999 & EDS 2004; Zambie : EGIM 1999 & EDS 2002/2003.

94. L'un des enseignements tirés est que l'intensification des activités passe par la proactivité de l'OMS et des partenaires, et par le renforcement des bases de données. Par ailleurs, la mise en œuvre d'interventions intégrées en faveur de la survie de l'enfant a contribué à l'augmentation des taux de couverture.

95. Les principales orientations de la période biennale 2006–2007 portent sur la fourniture d'un appui pour la mise en œuvre équitable d'ensembles d'interventions complètes et complémentaires; le ciblage des groupes vulnérables; la facilitation du flux de ressources vers les niveaux opérationnels dans les pays; et le soutien des efforts de renforcement des capacités des pays dans les domaines de la gestion, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des programmes. Le Bureau régional collaborera avec les pays et les partenaires pour renforcer les systèmes de santé en vue d'appuyer l'intensification des interventions grâce à des mécanismes tels que les partenariats public-privé.

¹⁸ Afrique du Sud, Angola, Botswana, Érythrée, Éthiopie, Madagascar, Mozambique, Namibie, Ouganda, Sao Tomé & Príncipe, Swaziland, Zambie and Zimbabwe.

PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

96. La lutte contre les maladies transmissibles a été facilitée par la disponibilité de stratégies et d'outils de lutte efficaces. Le Bureau régional de l'OMS a fourni un appui technique aux pays pour leur permettre d'utiliser ces stratégies et outils de manière à réduire la morbidité et la mortalité. Au cours de la période biennale 2004–2006, des progrès remarquables ont été enregistrés dans la lutte contre les maladies transmissibles. En dépit de la survenue de plusieurs flambées majeures, la capacité régionale de riposte aux épidémies s'est renforcée, et le Bureau régional a fourni, dans les plus brefs délais possibles, un appui technique aux pays touchés.

Maladies transmissibles: surveillance (CSR)

97. Bien que les systèmes nationaux actuels de surveillance des maladies transmissibles se soient améliorés dans la plupart des États Membres, avec la mise en œuvre de la Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR), il est encore possible d'améliorer la circulation de l'information pour faciliter la détection rapide des épidémies, le suivi des tendances des maladies et l'évaluation de l'impact des interventions de prévention et de lutte. L'émergence de nouvelles maladies telles que la grippe aviaire et humaine due au virus H5N1 demeure une menace. Dans la Région africaine, les pays sont mal préparés à une telle menace. Le Règlement sanitaire internationale révisé (2005), adopté par le Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005, offre l'occasion de mettre à l'échelle les systèmes nationaux de surveillance des maladies et de riposte.

98. Au cours de la période biennale considérée, l'OMS a réagi en fournissant aux États Membres un appui pour leur permettre de renforcer leurs capacités nationales en termes de ressources humaines, de laboratoires, de gestion de données, d'établissement de rapports, de riposte face aux épidémies, et de suivi de la rétroaction et de la formation à la mise en œuvre de la SIMR. Au nombre des résultats obtenus, l'on peut citer la production régulière des tendances des maladies transmissibles prioritaires, pour publication dans le mensuel *Rapport épidémiologique sur les maladies transmissibles*, et le trimestriel *Bulletin sur les maladies transmissibles*.

99. Cinq nouveaux pays ont commencé à mettre en œuvre la Surveillance intégrée des maladies et riposte, et 43 États Membres ont procédé à l'évaluation de leurs systèmes de surveillance et de riposte, en plus d'élaborer des plans stratégiques pour s'attaquer aux problèmes identifiés. Au total, 21 pays ont atteint l'objectif de formation des agents de santé chargés de la SIMR dans au moins 60 % de leurs districts. L'inscription de la SIMR aux programmes des institutions nationales de formation du personnel de santé de niveau intermédiaire a démarré dans plusieurs pays. En collaboration avec les partenaires de la SIMR et les pays, d'importants projets de recherche opérationnelle sont exécutés conjointement.

100. Les pays touchés par des épidémies majeures telles que le choléra, la méningite, la fièvre hémorragique à virus Ebola, la fièvre hémorragique de Marburg, la fièvre jaune, la peste, la fièvre typhoïde et l'hépatite virale E, ont bénéficié à temps d'un appui technique. Les États Membres ont également bénéficié d'un appui pour leur permettre de renforcer leurs capacités nationales de riposte, par le biais de la formation d'équipes de riposte rapide au niveau national. En 2005, environ 60 % des flambées survenues dans la Région africaine ont donné lieu à une riposte dans les 48 heures. Un groupe d'experts et un groupe de travail ad hoc sur la grippe pandémique ont été créés au niveau régional pour fournir aux pays un appui dans l'élaboration de plans de préparation et de riposte face au virus de la grippe aviaire hautement pathogène.

101. L'OMS a appuyé la mise en place d'un réseau régional de laboratoires, afin d'aider les États Membres dans la préparation et la riposte face aux principales épidémies et pandémies. Toutes les flambées majeures survenues en 2004 et 2005 ont été confirmées en laboratoire par le biais de ce réseau régional. Le programme régional d'assurance qualité externe des laboratoires de bactériologie

a été étendu pour couvrir tous les laboratoires nationaux de santé publique servant de laboratoires de référence en bactériologie, et 69 laboratoires participent actuellement à ce programme. Les délégués de 40 États Membres ont contribué activement à l'adoption du *Règlement sanitaire international 2005* par la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

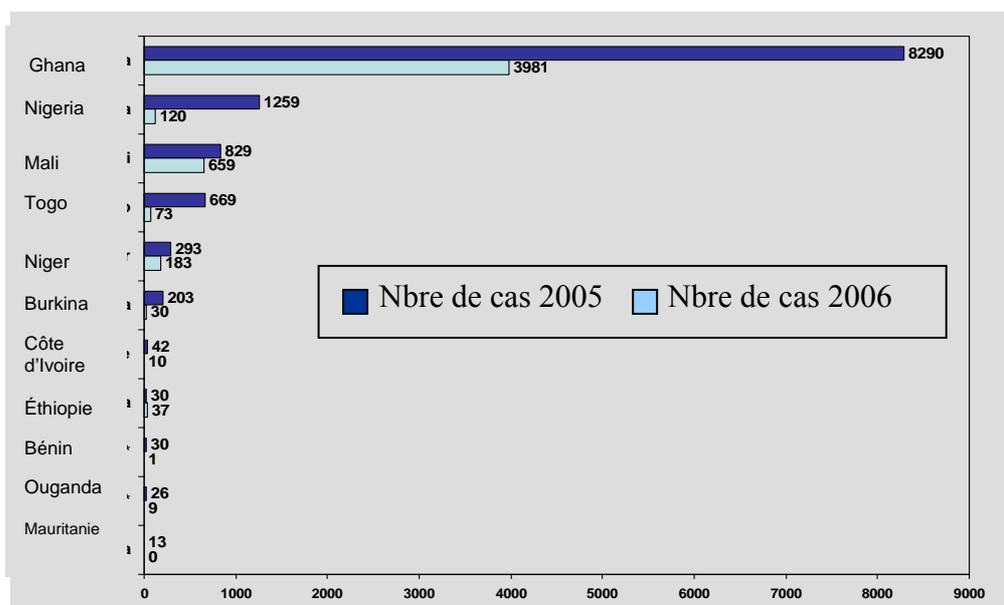
102. Les enseignements tirés sont que les pays qui ont fait des progrès remarquables dans la mise en œuvre de la SIMR sont ceux qui ont mobilisé des ressources internes et attiré des ressources financières externes. La disponibilité de ressources pour appuyer les domaines cruciaux de surveillance a permis aux pays d'accomplir rapidement des progrès.

Maladies transmissibles: prévention, lutte et éradication (CPC)

103. Il est établi que les maladies ciblées par le domaine d'activité Maladies transmissibles: prévention, lutte et éradication touchent essentiellement les couches pauvres et négligées de la population. Ces maladies ne bénéficient généralement pas d'une grande attention dans la plupart des États Membres concernés. La riposte de l'OMS a consisté essentiellement à fournir un appui technique aux pays touchés pour leur permettre de renforcer leurs capacités nationales ; d'élaborer des stratégies et des plans d'action appropriés pour lutter contre les maladies ; de suivre et d'évaluer les interventions de lutte; et de mener des activités de plaidoyer.

104. L'incidence de la maladie du ver de Guinée a baissé, tombant de 11882 cas en 2003 à 5103 cas en 2005, soit une réduction de 57 % au cours de la période biennale 2004–2005. La Figure 7 présente les tendances de la maladie par pays. Au cours de la période biennale considérée, la transmission locale de la maladie a été enrayerée au Bénin, en Mauritanie et en Ouganda.

Figure 7: Tendances de l'incidence de la maladie du ver de Guinée, Région africaine de l'OMS, 2004–2005

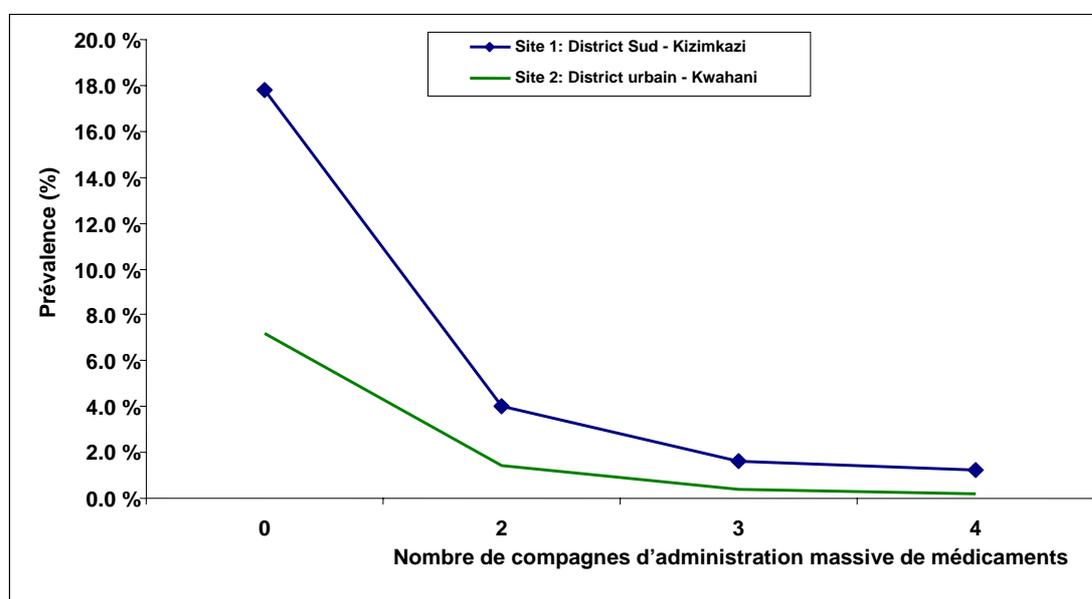


Tous les cas notifiés au Bénin et en Ouganda, en 2005, étaient importés

105. Pour ce qui est du programme de lutte contre la lèpre, l'objectif de l'élimination de cette maladie par la réduction de sa prévalence à 0,69 cas pour 10 000 habitants a été consolidé au niveau régional. Sur les 46 pays de la Région, 38 ont atteint ou consolidé cet objectif au niveau national.

106. Au cours de la période biennale considérée, sept autres pays¹⁹ (soit 18 % de tous les pays d'endémie) ont lancé des activités d'élimination de la filariose lymphatique. Le nombre total des personnes à risque dans les 20 pays où la cartographie de la maladie a été réalisée est estimée à environ 148,5 millions (72 %), sur un total de 205,3 millions d'habitants. Le nombre de personnes sous administration massive de médicaments a augmenté de 4 millions entre 2003 et 2004. Au cours de cette dernière année, le nombre de personnes couvertes était de 20,3 millions. Une réduction spectaculaire de la prévalence des microfilaries (synonyme d'interruption de la transmission) a été enregistrée, dans le cadre de certains programmes au titre desquels au moins trois campagnes consécutives de traitements annuels ont été menées (Figure 8).

Figure 8 : Prévalence des microfilaries sur deux sites sentinelles sous administration massive de médicaments, Tanzanie, 2001–2004



Source: *Ministère de la Santé, 2005*

107. L'analyse de la situation et l'introduction ou la mise à l'échelle de la détection de cas de trypanosomiase humaine africaine dans les zones prioritaires ont été effectuées dans plus de 20 des 30 pays d'endémie. Tous les 20 pays ont reçu des médicaments pour la prise en charge des cas. En conséquence, 3 millions de personnes à risque ont été consultées et 17 000 nouveaux cas ont été détectés et traités en 2004, contre 1,5 million de personnes consultées et 7 000 nouveaux cas détectés et traités en 2005.

108. Tous les dix pays d'endémie d'ulcère de Buruli dans la Région ont commencé la prise en charge des cas sur la base d'une association d'antibiotiques (rifampicine-streptomycine). Des modules de formation à la gestion des programmes de lutte contre l'ulcère de Buruli ont été finalisés pour distribution à tous les pays touchés (dix pays d'endémie et 12 pays potentiellement endémiques).

¹⁹ Cap Vert, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Madagascar, Mozambique et Sierra Leone.

109. L'engagement en faveur de la lutte contre la schistosomiase et les géohelminthes s'est accru, avec le lancement par les pays de programmes nationaux de déparasitage ou le couplage des activités de déparasitage avec les Journées de la Santé de l'Enfant ou les campagnes de vaccination. Au cours de la période biennale considérée, huit pays²⁰ ont lancé des programmes nationaux et cinq pays (Angola, Burundi, Cap-Vert, Guinée-Bissau et Rwanda) ont lancé ou achevé l'évaluation de la maladie.

110. Le Bureau régional a consolidé la lutte antivectorielle en encourageant l'approche axée sur la gestion intégrée des vecteurs. Les capacités nationales ont été renforcées dans 12 pays, et des lignes directrices et des modules de formation ont été élaborés, pour utilisation par les pays.

111. Les enseignements tirés sont les suivants : la participation communautaire est cruciale pour obtenir et pérenniser les résultats; les synergies entre les programmes peuvent contribuer à réduire les coûts ; et les pays s'engagent à mettre en œuvre les programmes de lutte contre la maladie lorsqu'un plaidoyer vigoureux est mené et lorsque l'appui nécessaire est fourni.

112. Pour la période biennale 2006–2007, un appui sera fourni aux pays pour leur permettre d'assurer la mise en œuvre intégrale de la Déclaration de Genève sur la phase finale d'éradication de la dracunculose; d'éliminer la lèpre à l'échelle nationale dans tous les pays; de terminer la cartographie de la filariose lymphatique; de nouer ou de renforcer des partenariats pour la mise en œuvre durable des programmes; de mettre en œuvre la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA) sur la surveillance de l'ulcère de Buruli et d'élaborer une stratégie de lutte contre l'ulcère de Buruli dans la Région; de mettre en œuvre les résolutions du Comité régional sur la trypanosomiase humaine africaine et d'intensifier et d'accélérer les programmes de déparasitage en milieu scolaire.

Vaccination et mise au point de vaccins (IVD)

113. Au cours de la période biennale 2004–2006, les enjeux majeurs du domaine d'activité Vaccination et mise au point de vaccins ont porté notamment sur le renforcement des activités de vaccination pour atteindre une couverture vaccinale de plus de 80 % par le DTC3 dans plus de 80 % des districts; l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage ; la réduction de la mortalité due à la rougeole et l'adoption de nouveaux vaccins.

114. L'OMS a fournir un appui à tous les pays de la Région pour leur permettre d'améliorer les résultats de leurs activités de vaccination systématique, par le biais de la mise en œuvre de l'approche «Atteindre chaque district». Des efforts ont été déployés particulièrement pour fournir un appui financier et technique à l'Angola, à la République démocratique du Congo, à l'Éthiopie et au Nigeria. L'intensification de l'appui aux systèmes de vaccination a porté essentiellement sur l'évaluation des besoins en formation et sur la formation des responsables de niveau intermédiaire et du Programme élargi de vaccination. Plus de 72 % de pays appliquent maintenant cette approche avec succès. En novembre 2005, jusqu'à 67 % des districts avaient atteint des taux de couverture de plus de 80 %, contre 49 % au cours de la période biennale antérieure.

115. L'OMS a fourni une assistance technique pour la collecte et le suivi des données et a organisé une formation à l'auto-évaluation de la qualité des données, afin d'aider les pays à améliorer la notification des données. Un appui a été fourni à 12 autres pays de la Région pour leur permettre d'adopter de nouveaux vaccins contre l'hépatite B et *Haemophilus influenzae*, type b; sur les 36 pays remplissant les conditions requises, 30 sont maintenant membres de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.

²⁰ Burkina Faso, Cameroun, Lesotho, Mali, Mozambique, Niger, Tanzanie et Zambie.

116. Au cours de la période biennale considérée, les efforts d'éradication de la poliomyélite ont bénéficié d'un appui intensif en termes de plaidoyer, de programmes, de communication, de logistique et de systèmes. Un appui a été fourni aux pays d'endémie de poliomyélite restants, aux pays qui ont enregistré une transmission de poliovirus sauvage et aux pays à haut risque indemnes de poliomyélite pour les aider à mettre en œuvre les activités de vaccination supplémentaire (AVS), avec des taux de couverture supérieurs à 90 % dans chaque cas. En décembre 2005, les cas de polio confirmés avaient baissé de 11 %, par rapport à 2004 (840 cas de polio notifiés dans huit pays en 2005, contre 944 cas notifiés dans 12 pays à la même date en 2004). En 2005, l'on a enregistré une réduction d'environ 95 % des cas de polio dans les cinq pays (Burkina Faso, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Mali et Tchad) dans lesquels la transmission de la polio avait repris en 2004. S'agissant de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, 38 pays ont atteint et maintenu le niveau requis pour la certification en 2005, tandis que neuf pays²¹ ont été certifiés exempts de polio par la Commission régionale africaine de certification.

117. Au total, 24 pays ont bénéficié d'un appui pour mener des AVS contre la rougeole et offrir ainsi une deuxième chance en matière de vaccination antirougeoleuse, ce qui a permis d'atteindre au total 104 millions d'enfants. Tous les pays ciblés, à l'exception de trois, ont signalé des taux de couverture de plus de 90 %. Au mois de septembre 2005, 19 pays de la Région mettaient en œuvre la surveillance de la rougeole sur la base des cas enregistrés. Dans la Région, les taux de cas de rougeole confirmés étaient de 0,6 et 0,43 pour 100 000 habitants en 2004 et 2005, respectivement. La plupart des épidémies de rougeole signalées, même mineures, ont fait l'objet d'investigations minutieuses et ont été attribuées, par la suite, aux faibles taux de couverture par la vaccination systématique après les AVS.

118. Les AVS contre la toxoïde tétanique dans des districts à haut risque sélectionnés de 17 pays ont touché plus de 8 millions de femmes en âge de procréer. À la fin de 2005, l'élimination du tétanos maternel et néonatal avait été validé dans 16 pays. Toutefois, la qualité de la surveillance du tétanos néonatal est restée faible.

119. Les activités de vaccination systématique et les initiatives de lutte contre la maladie ont connu un très grand succès en raison des partenariats solides noués aux niveaux mondial, régional et national, ainsi que du haut niveau d'engagement politique, des préparatifs techniques effectués bien à l'avance et du suivi rigoureux des activités. Les agents chargés de la lutte contre la polio dans tous les pays ont été étroitement associés aux efforts visant à appuyer les activités de vaccination systématique dans le cadre du PEV. Au cours de la période biennale 2004–2005, les financements destinés aux activités de vaccination systématique ont augmenté.

120. Le Plan stratégique régional de lutte contre la fièvre jaune a été entériné en 2004. Des stocks de réserve de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination ont été utilisés pour organiser des campagnes de vaccination préventive dans quelques pays. Toutefois, la pénurie de réactifs de laboratoire et l'absence de financements pour les activités de vaccination préventive et de riposte en cas d'épidémie ont constitué des problèmes majeurs dans la lutte contre la fièvre jaune.

121. Au cours de la période biennale 2006–2007, les pays continueront à bénéficier d'un appui pour pérenniser les acquis engrangés à la suite de l'amélioration de la couverture par la vaccination systématique. Des efforts soutenus devront être déployés en matière de plaidoyer pour faire en sorte que les activités de PEV soient suffisamment financées. Les efforts de renforcement des capacités se poursuivront pour maintenir une surveillance de la maladie de haute qualité. Des activités de plaidoyer devront être menées pour s'assurer l'engagement continu des pouvoirs publics et des partenaires à l'éradication de la poliomyélite et pour garantir l'accélération des efforts de lutte contre la maladie.

²¹ Botswana, Gambie, Kenya, Lesotho, Malawi, Rwanda, Sénégal, Swaziland et Zambie.

Maladies transmissibles: recherche et développement des produits (CRD)

122. Certaines maladies infectieuses qui touchent aujourd'hui l'Afrique pâtissent d'un manque d'options efficaces en matière de diagnostic, de prévention ou de traitement. En outre, certains outils et stratégies disponibles présentent des signes de lassitude (par exemple, le développement de la résistance aux médicaments) en raison de nombreux facteurs. Le domaine d'activités Recherche et développement des produits met par conséquent l'accent sur le renforcement des capacités des pays de la Région dans le domaine de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des projets de recherche opérationnelle, afin que les données générées puissent être traduites en actions. Un appui a également été fourni pour la mise au point et l'évaluation de nouveaux produits (médicaments, vaccins, outils diagnostiques), particulièrement dans la lutte contre les maladies qui touchent les populations démunies et marginalisées.

123. La réponse de l'OMS a été de renforcer les capacités locales afin de permettre aux pays touchés par les maladies endémiques de faire de la recherche et de traduire celle-ci en action en vue d'améliorer la santé pour tous. La démarche adoptée à cette fin consiste à nouer des partenariats et à créer des réseaux avec les acteurs intervenant dans la lutte contre la maladie et dans la recherche et le développement.

124. Au cours de la période biennale 2004–2005, le Bureau régional a collaboré avec les partenaires pour renforcer les capacités de recherche dans 22 pays où 41 projets ont été exécutés. Un programme prioritaire de recherche opérationnelle en Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) a été élaboré. Le programme couvrait le coût et la rentabilité de la SIMR; l'évaluation et la validation de la performance d'un test au latex pour l'identification de *Neisseria meningitidis* W135 sur le terrain ; et les facteurs de risque de mortalité élevée due à la méningite à méningocoque au Sahel.

125. Le contrôle *in vivo* de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques s'est poursuivi et couvre maintenant 41 des 42 pays d'endémie palustre de la Région, avec un total de 188 sites sentinelles. S'appuyant sur des bases factuelles, 25 pays ont adopté les associations thérapeutiques à base d'artémisinine pour le traitement du paludisme, face à la forte résistance aux monothérapies. Il s'est agi là d'un exemple de traduction des connaissances et des conclusions de la recherche en politiques et actions concrètes. La base de données régionale sur l'efficacité thérapeutique des antipaludiques a été actualisée et a éclairé l'élaboration du rapport mondial sur la résistance aux médicaments, récemment publié par le Siège.²²

126. Le plan opérationnel pour l'intégration des interventions de lutte contre les maladies transmissibles aux niveaux national et de district a été mis en œuvre à titre pilote dans quatre pays. L'intégration peut constituer une stratégie efficace pour mettre à l'échelle la couverture par des interventions présentant un bon rapport coût-efficacité.

127. Un des enseignements tirés a été que la mise en œuvre d'un plan de travail composite de recherche opérationnelle est tributaire de l'existence d'un bon mécanisme de coordination.

128. Pendant la période biennale 2006–2007, l'accent sera mis sur le renforcement et la pérennisation des capacités locales de recherche en santé pour faire face aux problèmes liés à la mise à l'échelle de la prestation d'interventions efficaces, en nouant des partenariats et en établissant des liens entre les programmes nationaux, les institutions de recherche et les initiatives de recherche bilatérales et multilatérales. L'on insistera sur la génération de nouveaux outils et connaissances, de méthodes d'intervention et d'approches de mise en œuvre reposant sur le plaidoyer en faveur de la recherche et des produits, en particulier ceux qui bénéficient aux pauvres.

²² WHO, Susceptibility of *Plasmodium falciparum* to antimalarial drugs: Report on global monitoring 1996-2004, Geneva, World Health Organization, 2005 (WHO/HTM/MAL/2005.1103).

PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

129. Les maladies non transmissibles (MNT) constituent des problèmes majeurs qui entravent le développement dans le monde. Dans la Région africaine, la situation est aggravée par les défis associés aux maladies infectieuses et à la pauvreté. Il ressort clairement des informations disponibles que la charge de morbidité due aux maladies non transmissibles est plus élevée dans la Région africaine que dans la plupart des autres régions du monde. La prévalence de facteurs de risque de MNT est très élevée, une proportion de 30 % de la population étant exposée au risque d'hypertension artérielle et de tabagisme dans la plupart des pays de la Région (Tableau 1). Il est possible de lutter contre les MNT en contrôlant l'exposition de la population aux facteurs de risque.

130. Au cours de la période biennale 2004–2005, les tendances des violences, des traumatismes et des incapacités ont été à la hausse. Le taux de mortalité imputable aux accidents de la circulation dans la Région africaine a été de 28 pour 100 000 habitants, contre 20 pour 100 000 dans les autres régions à faible revenu. Les troubles mentaux et neurologiques, ainsi que les cas de la toxicomanie ont augmenté, touchant spécialement les personnes vivant dans des contextes de pauvreté et d'urgence. Les efforts de promotion de la santé ont permis d'agir sur les déterminants de la santé en donnant aux individus et aux communautés les moyens d'entreprendre des actions pour améliorer leur santé.

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

131. Le principal défi qui se pose dans ce domaine d'activité a trait au fait que l'ampleur réelle des maladies non transmissibles dans la Région africaine n'est pas connue et que le potentiel en matière de prévention de ces maladies n'est pas bien compris. On n'accorde pas aux MNT la priorité qu'elles méritent. La plupart des pays ne disposent pas de programmes nationaux de lutte contre les MNT ; les systèmes de surveillance sont pratiquement inexistantes, et les rares ressources disponibles sont presque exclusivement utilisées pour traiter les cas confirmés.

132. Les principales MNT sont les pathologies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les infections respiratoires chroniques. Elles ont en commun des facteurs de risque comportementaux qui sont évitables. Les principaux facteurs de risque sont le régime alimentaire malsain, le tabagisme, le manque d'activité physique et la consommation excessive d'alcool. Au cours de la période biennale considérée, le Bureau régional de l'OMS est intervenu en fournissant un appui aux pays pour les aider à mettre en place des systèmes de surveillance des MNT, sur la base des registres de cancers et de l'approche «pas à pas» pour la surveillance des facteurs de risque (STEPS); à intégrer les principales MNT dans les systèmes de surveillance existants des maladies transmissibles; et à élaborer des programmes nationaux de lutte contre les MNT et des programmes de santé bucco-dentaire, en exploitant les données émanant des enquêtes STEPS et d'autres sources.

133. Au total, 40 participants de 16 pays²³ ont bénéficié d'une formation à la conduite d'enquêtes sur les facteurs de risque de MNT. Dix pays²⁴ ont terminé leurs enquêtes sur les facteurs de risque de MNT; et cinq pays (Botswana, Comores, Ghana, Namibie et Ouganda) se préparaient à entreprendre ces enquêtes. Les chefs des unités de lutte contre les MNT de cinq pays ont bénéficié d'une formation à l'utilisation de données émanant des enquêtes STEPS pour élaborer des programmes nationaux de lutte contre les MNT; les points focaux des enquêtes STEPS ont également reçu une formation à la gestion de données, notamment la préparation de rapports à des fins de plaidoyer et d'information du grand public.

²³ Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, République du Congo, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Érythrée, Gabon, Guinée, Mali, Niger, Sao Tome et Principe, Tchad et Togo.

²⁴ Algérie, Cameroun, République du Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Maurice, Mozambique et Seychelles.

134. Lors d'une réunion tenue à Maurice, des participants de 13 pays²⁵ ont été informés des activités concrètes liées à la prévention et à la lutte contre les MNT; ils ont ensuite élaboré des plans nationaux de prévention primaire des MNT dans leurs pays. Plus de 30 000 femmes ont fait l'objet d'un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les centres de référence de l'OMS en Angola, en Guinée et en Tanzanie, ainsi que dans les centres nationaux bénéficiant d'un appui de l'OMS dans six pays.²⁶

Table 1 : Prévalence (%) des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, pays sélectionnés, 2005

| | Maurice | Algérie | République du Congo | Érythrée | Cameroun |
|---------------------------|---------|---------|---------------------|----------|----------|
| Tabagisme | 20,20 | 12,8 | 14,4 | 8 | 4 |
| Consommation d'alcool | 15,9 | 5,1 | 62,5 | 39,6 | 11 |
| Obésité | 11,5 | 16,4 | 8,6 | 3,3 | 18 |
| Tension artérielle élevée | 29,6 | 29,1 | 32,5 | 16 | 25 |
| Glycémie élevée | 19,5 | 2,9 | - | - | 6 |

135. Deux réunions internationales sur le plaidoyer en faveur de la lutte contre la drépanocytose se sont tenues et ont été sanctionnées par des déclarations qui ont été largement diffusées dans la Région. InfoBase, base de données sur les facteurs de risque de MNT, a été mise à la disposition des États Membres. Le réseau de l'initiative africaine sur les MNT a été renforcé par la création d'un site web interactif favorisant l'échange d'expériences entre pays.

136. Une conférence régionale sur la santé bucco-dentaire a été organisée avec le concours de Fédération dentaire internationale. Elle a enregistré la participation de délégués de 57 pays (dont 18 de la Région africaine). Les participants ont adopté un programme de prévention et de lutte contre les maladies bucco-dentaires en Afrique. Le programme NOMA a été renforcé au Bénin, au Burkina Faso, au Mali et au Niger. Il a été introduit en République démocratique du Congo, au Lesotho, en Ouganda et en Zambie, avec le concours de la Fondation «Les vents de l'espoir».

137. Pendant la période biennale 2006–2007, le Bureau régional de l'OMS continuera à fournir aux pays un appui pour leur permettre de conduire des enquêtes STEPS et d'en exploiter les données à des fins de plaidoyer et d'action; d'entreprendre la recherche sur les implications socioéconomiques des MNT en vue de leur prise en compte au-delà du secteur de la santé; et de déterminer les interventions de prévention primaire prioritaires.

²⁵ Cameroun, République du Congo, Gabon, Kenya, Lesotho, Madagascar, Maurice, Mozambique, Rwanda, Seychelles, Tanzanie, Ouganda et Zimbabwe.

²⁶ Algérie, République du Congo, Mali, Mauritanie, Maurice et Zimbabwe.

Santé mentale et toxicomanie (MNH)

138. La part de la charge mondiale de morbidité imputable aux troubles mentaux et neurologiques et à la toxicomanie est en hausse, surtout dans la Région africaine où les familles et les communautés sont confrontés à la pauvreté, aux catastrophes naturelles, aux situations de conflit, aux déplacements de populations et aux effets de maladies chroniques telles que le VIH/SIDA. Au cours de la période biennale considérée, le Bureau régional de l’OMS est intervenu en aidant les pays à élaborer et à actualiser leurs politiques et programmes nationaux visant à mettre en œuvre, au niveau communautaire, des activités de prise en charge de cas de troubles mentaux et de toxicomanie.

139. Six pays²⁷ ont élaboré des rapports sur les droits humains des personnes souffrant de troubles mentaux et neurologiques et de toxicomanie. Des stratégies appropriées ont été élaborées, puis affinées lors d’une réunion inter pays. Ces stratégies seront mises en œuvre au niveau des pays.

140. Des juristes et des spécialistes de la santé mentale de 16 pays²⁸ ont bénéficié d’une formation à l’élaboration et à la révision de la législation sur la santé mentale, sur la base des outils de l’OMS et des normes régionales et internationales en matière de droits de l’homme. Ces spécialistes fournissent actuellement un appui à leurs propres pays ainsi qu’à d’autres pays qui veulent réviser ou élaborer leurs législations sur la santé mentale.

141. La Namibie a lancé une politique de santé mentale, tandis que le Lesotho et la Gambie ont atteint la phase finale d’élaboration de leurs politiques de santé mentale, et la République centrafricaine et la Mauritanie ont achevé la phase de consultations. Au total, 24 professionnels de 12 pays²⁹ ont bénéficié d’une formation à la conception et à la conduite d’études sur la prise en charge de la consommation abusive d’alcool et de drogues illicites, qui constitue un problème majeur de santé publique dans la Région, surtout parmi les jeunes.

142. La Guinée a entrepris une initiative spéciale pour la prestation de services de santé mentale en faveur des populations déplacées de Guinée-Bissau, de Côte d’Ivoire, du Libéria et de Sierra Leone. En raison du nombre croissant de personnes qui souffrent d’épilepsie, un atelier a été organisé pour le renforcement des compétences et des capacités des médecins, des infirmiers et des travailleurs sociaux, afin de leur permettre d’améliorer le diagnostic, le traitement et la réadaptation psychosociale. Le rapport intitulé : *Épilepsie dans la Région africaine : combler le fossé* a été publié et diffusé. Tous les 46 pays de la Région africaine ont fourni des données pour l’*Atlas de la santé mentale, 2005*; 18 pays ont contribué à l’*Atlas des ressources consacrées à la santé mentale de l’enfant et de l’adolescent, 2005*; et 36 pays ont contribué à l’*Atlas des soins pour l’épilepsie dans le monde 2005*. Ces rapports ont été publiés et distribués.

143. Les enseignements tirés sont que l’obtention effective de résultats est tributaire de l’application d’indicateurs réalistes, de la disponibilité de fonds, de l’engagement et de la formation de ressources humaines, d’une bonne collaboration, et de la préparation conjointe d’activités visant à répondre aux principaux besoins des différents groupes de la population, surtout les groupes les plus vulnérables.

144. Pendant la période biennale 2006–2007, le Bureau Régional de l’OMS identifiera des points focaux dans les ministères de la santé pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé mentale et de toxicomanie; engagera des négociations pour obtenir des contributions volontaires additionnelles pour le financement des activités prévues; finalisera la traduction des outils et des lignes directrices dans les langues de travail de l’OMS; et renforcera l’équipe de santé mentale au niveau régional.

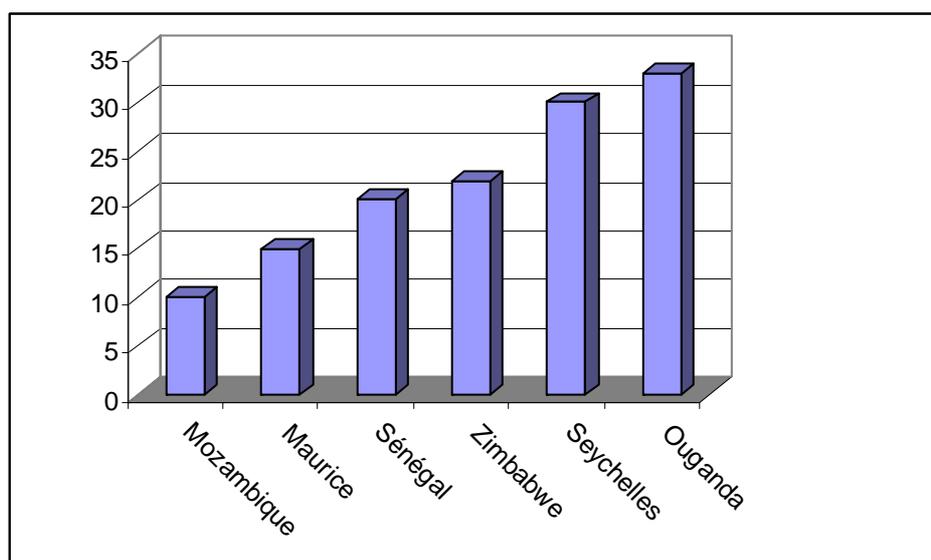
²⁷ Algérie, Bénin, Cap-Vert, Namibie, Nigeria et Zimbabwe.

²⁸ Afrique du Sud, Angola, Bénin, Cameroun, Cap Vert, République du Congo, République démocratique du Congo, Ghana, Mali, Mauritanie, Mozambique, Rwanda, Sénégal, Togo, Zambie et Zimbabwe.

²⁹ Algérie, Bénin, Burundi, République du Congo, République démocratique du Congo, Côte d’Ivoire, Gabon, Guinée, Madagascar, Mali, Sénégal, Tchad.

149. Au cours de la période biennale 2004–2005, les participants de 28 pays ont suivi une formation à la conduite de l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes et de l'Enquête mondiale sur le tabac en milieu scolaire. Les résultats des enquêtes conduites dans 25 pays montrent que les taux de prévalence de la consommation de tabac varient entre 10 % au Mozambique et 33 % en Ouganda (Figure 10). Les conclusions des enquêtes sur le tabac ont été exploitées par les pays pour la planification, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes complets de lutte antitabac. La recherche innovante sur la lutte antitabac dans la Région a été encouragée et lancée. La première étude innovante sur le tabac et la pauvreté dans la Région africaine a démarré au Nigeria, en novembre 2005.

Figure 10 : Niveaux de prévalence de la consommation de tabac chez les adolescents de 14–15 ans, pays sélectionnés, 2004.



150. Un des enseignements tirés est que l'allocation de fonds du budget ordinaire de l'OMS pour la lutte antitabac revêt une grande importance pour les pays, dans la mesure où la disponibilité de fonds d'autres sources n'est pas toujours garantie. En outre, l'accroissement de la visibilité du programme et l'obtention de résultats positifs passent par une bonne communication avec tous les niveaux. Il convient de renforcer la collaboration et l'intégration des activités aux autres programmes.

151. Pendant la période biennale 2006–2007, l'OMS continuera à explorer les voies et moyens de mobiliser davantage de ressources pour entreprendre les activités prévues au titre de la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac.

Promotion de la santé (HPR)

152. L'urbanisation croissante, les changements démographiques, environnementaux et autres résultant de la mondialisation des marchés et des communications, et les situations d'urgence complexes dans les pays nécessitent l'adoption d'approches permettant d'agir sur les déterminants généraux de la santé. *Le Rapport sur la santé dans le monde – Réduire les risques et promouvoir une vie saine (2002)* a documenté les principaux facteurs de risque tels que la mauvaise alimentation et la mauvaise nutrition, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, l'inactivité physique, le manque d'hygiène, l'insécurité et les rapports sexuels non protégés, que l'on peut réduire par la promotion de la santé.

153. Au cours de la période biennale, le Bureau régional s'est inspiré de la Stratégie régionale pour la promotion de la santé. Des initiatives ont été prises pour encourager le renforcement des capacités, l'élaboration de politiques, la production de bases factuelles pour la promotion de la santé, la mise en œuvre d'actions intersectorielles et d'approches intégrées, la sensibilisation aux déterminants de la santé et le renforcement de la participation communautaire.

154. Les capacités de promotion de la santé ont été renforcées à travers la formation d'équipes multisectorielles et d'ONG représentant 15 countries³⁰ à l'action sur les déterminants généraux de la santé. Une approche fondée sur le travail en équipe a été privilégiée pour garantir une participation plus active de secteurs autres que celui de la santé. À la suite de cette formation, cinq pays (Burkina Faso, Cameroun, Lesotho, Rwanda et Seychelles) ont étendu la mise en œuvre des programmes de promotion de la santé. Au cours de la période biennale, six pays³¹ ont commencé à élaborer des politiques nationales de promotion de la santé, et cinq pays (Cameroun, République démocratique du Congo, Malawi, Kenya et Tanzanie) ont révisé les documents de promotion de la santé existants. Le Nigeria a introduit un cours de promotion de la santé, sur la base de la stratégie et des lignes directrices régionales en la matière.

155. La participation communautaire aux six programmes³² prioritaires de l'OMS a été renforcée à travers l'orientation des points focaux nationaux en matière de promotion de la santé de 40 pays pour la mise en œuvre d'un ensemble d'activités intégrées, au niveau communautaire, à partir de 2006. La mise en œuvre intégrée doit se traduire par une plus grande efficacité et l'amélioration de l'impact des interventions. Un appui conjoint a été fourni pour des interventions au Bénin et en Zambie, en prenant l'école comme base pour s'attaquer aux maladies non transmissibles, en plus de promouvoir des comportements sains en général chez les jeunes. L'initiative permet à un grand éventail d'acteurs de collaborer à la mise en œuvre d'une stratégie complète de promotion de la santé.

156. Des projets modèles de promotion de la santé ont été exécutés dans des pays tels que l'Afrique du Sud où les interventions mises en œuvre au niveau communautaire pour s'attaquer aux maladies non transmissibles ont bénéficié d'un appui. Les communautés ont été mobilisées pour travailler avec divers secteurs afin de prévenir ou de lutter contre des maladies non transmissibles sélectionnées. De même, la mise en œuvre de l'Alliance des parents, des adolescents et des communautés (APADOC) a bénéficié d'une assistance en Namibie, au Mozambique et au Zimbabwe. L'APADOC recourt aux méthodes de promotion de la santé pour nouer des alliances entre adolescents, parents et communautés en vue de prévenir le VIH/SIDA et les infections connexes par le biais de la gestion intégrée des risques.

157. L'établissement de partenariats stratégiques pour la promotion de la santé s'est poursuivie à travers la collaboration avec Education International, ce qui a permis d'exécuter des projets de prévention du VIH/SIDA en milieu scolaire dans 15 pays.³³ Les ministères de la santé et de l'éducation ont aidé les enseignants et les élèves à mettre en œuvre les activités. L'OMS a assuré la formation et a fourni du matériel pour les projets. La collaboration avec HelpAge International s'est renforcée, notamment pour les activités liées au vieillissement actif en Éthiopie, en Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe. Cette collaboration est conforme à la stratégie sur le vieillissement élaborée par l'Union africaine, avec le concours de l'OMS.

³⁰ Angola, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Gabon, Guinée-Bissau, Libéria, Malawi, Mauritanie, Namibie, Ouganda, Seychelles, Swaziland, Tanzanie et Togo

³¹ Érythrée, Lesotho, Nigeria, Rwanda, Sénégal et Seychelles.

³² PCIME, RPA, MAL, TUB, VPD et CSR.

³³ Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Lesotho, Malawi, Mali, Namibie, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

158. Des bases factuelles pour la promotion de la santé ont été produites dans 16 pays³⁴ grâce à la recherche sur les facteurs de risque pour la santé des enfants en âge scolaire. Certains résultats des études conduites à ce sujet sont exploités à des fins de planification des interventions, par exemple en Zambie et au Zimbabwe.

159. Au cours de la période biennale 2006–2007, le Bureau Régional de l'OMS mettra l'accent sur la consolidation de la promotion de la santé dans les programmes prioritaires.

Traumatismes et incapacités (INJ)

160. Les principales causes des traumatismes involontaires sont les accidents de la circulation routière, les noyades, les chutes et les brûlures. Les traumatismes dus aux conflits armés, les violences interpersonnelles (y compris l'usage d'armes à feu et d'autres formes de violences juvéniles et urbaines), les violences sexospécifiques, le suicide et les tentatives de suicide, et les violences à l'égard des enfants demeurent très courants. Les incapacités, notamment la cécité, constituent un problème grave. L'inadéquation de la riposte à ces problèmes dans les pays est liée au manque de capacités et à la mauvaise définition ou à l'absence d'un cadre de politiques.

161. Au cours de la période biennale 2004–2005, l'OMS est intervenue en fournissant une assistance aux gouvernements et à leurs partenaires pour les aider à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies présentant un bon rapport coût-efficacité et tenant compte de la problématique hommes-femmes, afin de prévenir et de combattre les traumatismes et les incapacités, et d'appuyer les communautés dans la réadaptation des personnes frappées d'incapacités à moyen ou à long terme.

162. Le rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation a été lancé avec succès dans 6 pays,³⁵ et la Journée mondiale de la Santé de 2004, commémorée sous le thème de la Sécurité routière, a été marquée par l'organisation de manifestations nationales dans tous les États Membres. Plusieurs pays ont lancé des initiatives au niveau national pour réduire les décès et les traumatismes dus aux accidents de la circulation routière.

163. Un rapport exhaustif a été produit sur les programmes de lutte contre la cécité, et des ressources ont été dégagées pour mettre en place le programme au niveau régional. Une réunion régionale s'est tenue sur les règles pour l'égalisation des chances des handicapés. Une autre réunion a regroupé de hauts responsables des ministères de la santé de 14 pays pour discuter de la programmation de la prévention et de la lutte contre les traumatismes et la violence.

164. Certains pays ont durci la législation sur la sécurité routière (cas de l'Algérie, du Kenya, du Rwanda et de l'Ouganda, par exemple); d'autres ont intensifié l'application de la législation pertinente (cas du Bénin, du Cameroun, de l'Afrique du Sud, par exemple), alors que d'autres ont renforcé leurs systèmes d'information (cas de l'Éthiopie et du Ghana). Certains États Membres (Kenya et Afrique du Sud, par exemple) ont signalé une réduction des taux d'accidents de la circulation.

165. Les enseignements tirés sont que les projets conjoints tels que ceux qui ont été conduits avec l'Union africaine, nécessitent une planification minutieuse et approfondie pour s'assurer que les objectifs visés sont les mêmes et pour éviter des contradictions au cours de la phase d'exécution.

166. Au cours de la période biennale 2006–2007, l'OMS aidera des États Membres à œuvrer à la mise en œuvre systématique d'interventions efficaces telles que le respect de la limitation de vitesse, l'interdiction de la conduite en état d'ébriété et le port de la ceinture de sécurité ou celui du casque cycliste.

³⁴ Angola, Botswana, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Éthiopie, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

³⁵ Afrique du Sud, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigéria, Tanzanie.

SANTÉ FAMILIALE ET SANTÉ GÉNÉSIQUE

167. Au cours de la période biennale 2004–2005, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a aidé les États Membres à œuvrer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 3, 4 et 5 en œuvrant à l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; en s'attaquant à la triade meurtrière du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme chez les femmes ; en prenant en charge les causes communes de la morbidité et de la mortalité infantiles, des violences sexospécifiques et des pratiques traditionnelles nocives; en améliorant l'accès à des services de santé de qualité pour les femmes et les hommes de tous âges; et en améliorant l'état nutritionnel de tous les membres de la famille. Au cours de l'année 2005, l'unité chargée de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a quitté Harare pour rejoindre la Division Santé familiale et Santé génésique à Brazzaville. En outre, la nutrition est devenue un domaine d'activité à part entière.

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

168. Dans la Région africaine, plus de 12 000 enfants âgés de 0 à 5 ans meurent chaque jour d'affections que l'on peut éviter ou traiter. Six maladies entraînent plus de 70 % de ces décès. Dans certains pays, plus de 80 % des enfants qui meurent n'ont jamais reçu de soins administrés par des agents de santé, et bon nombre de ceux qui parviennent à recevoir des soins décèdent à cause de la faible qualité des soins. Les nouveaux-nés demeurent les enfants oubliés d'Afrique, le décès d'un nouveau-né étant considéré comme «normal». Les adolescents sont toujours exposés au VIH/SIDA, à la toxicomanie, aux rapports sexuels non protégés qui entraînent des grossesses précoces chez les adolescentes, des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, des maladies sexuellement transmissibles et la mort.

169. Au cours de la période biennale, l'OMS est intervenue en encourageant la continuité des soins depuis la grossesse et la naissance jusqu'à l'enfance. Elle a également encouragé la même continuité des soins à domicile (en fournissant les moyens d'action aux familles), au sein de la communauté (en améliorant les établissements de soins de santé primaires et en rapprochant les soins du domicile) et dans les établissements de santé de référence.

170. La Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) constitue l'une des stratégies essentielles en faveur de la survie de l'enfant dans la Région africaine. Sur les 46 pays de la Région, 44 mettaient en œuvre la stratégie de la PCIME à la fin de 2005. Les autres réalisations en faveur de la santé de l'enfant et de l'adolescent, au cours de la période biennale, ont été notamment les suivantes : 12 pays³⁶ ont enregistré des taux de couverture par la PCIME de 50 % au niveau du district; 11 pays³⁷ ont élaboré des plans nationaux de PCIME à base communautaire, et 4 pays (Burkina Faso, Burundi, Guinée et Niger) ont élaboré des plans de PCIME à base communautaire au niveau du district, portant le nombre de pays disposant de tels plans nationaux et de district à 28 et 20, respectivement; six pays³⁸ ont institué une formation à la PCIME avant l'emploi pour les enseignants, portant à 23 le nombre de pays offrant aux futurs enseignants une formation à la PCIME; sept pays³⁹ ont initié ou finalisé l'élaboration de stratégies et politiques de santé infantile. Une consultation régionale sur la survie de l'enfant s'est tenue parallèlement à la réunion du Groupe spécial sur la santé génésique afin de permettre aux pays de partager leurs expériences et de démontrer la pertinence de la continuité des soins.

³⁶ Afrique du Sud, Botswana, Gambie, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mozambique, Ouganda, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie.

³⁷ Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, République centrafricaine, Ghana, Kenya, Lesotho, Madagascar, Nigeria, Rwanda.

³⁸ Botswana, Burkina Faso, Érythrée, Gambie, Guinée, Swaziland.

³⁹ République démocratique du Congo, Éthiopie, Madagascar, Mozambique, Nigeria, Tanzanie et Zambie.

Figure 11 : Situation de la mise en œuvre de la PCIME, Région africaine de l’OMS, 2002–2003

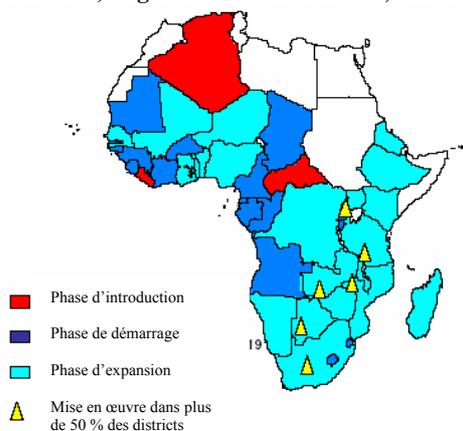
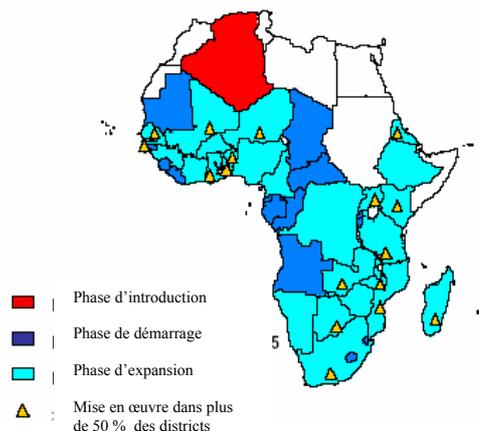


Figure 12 : Situation de la mise en œuvre de la PCIME 2004–2005



171. Trois enquêtes sur la PCIME dans les établissements de santé ont été effectuées au Malawi, au Mozambique et au Niger. L’on a observé des améliorations dans les connaissances et les compétences des agents de santé en matière de prise en charge des maladies infantiles. Les capacités des personnels aux niveaux régional et sous-régional ont été renforcées dans les domaines de l’élaboration de propositions, de la mobilisation de ressources, de la planification basée sur les droits, et de la mise en œuvre de programmes de santé de l’adolescent. Des études à base communautaire sur l’évaluation de la santé du nouveau-né ont été lancées en Tanzanie et en Zambie pour concevoir une stratégie de la santé du nouveau-né reposant sur des bases factuelles. L’approche de l’Alliance des parents, des adolescents et des communautés a été introduite dans huit pays⁴⁰ et renforcée dans 11 pays.⁴¹

172. L’enseignement tiré est que l’OMS joue un rôle de catalyseur dans la facilitation de la gestion et du leadership de l’Etat en matière de santé, et que la contribution de tous les deux partenaires est cruciale pour pérenniser les acquis.

173. Pendant la période biennale 2006–2007, l’OMS poursuivra le plaidoyer, afin de mobiliser les partenaires autour de l’objectif commun de réduction de la mortalité infantile. En outre, elle aidera les pays à créer des forums de santé de la mère, du nouveau-né et de l’enfant pour promouvoir la continuité des soins et renforcer la prestation de services au niveau communautaire, de manière à améliorer les taux d’accès et de couverture.

Santé génésique : Recherche et élaboration de programmes (RHR)

174. La prestation de services de santé génésique dans la Région africaine est entravée par la faiblesse des capacités de recherche et de gestion des programmes, le manque d’informations sur la situation de la santé génésique au niveau national, et l’inefficacité des programmes de planification familiale. Le cancer du système reproductif, en particulier le cancer du col de l’utérus, et les infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH/SIDA, sont en hausse. Le faible accès à des contraceptifs efficaces et leur utilisation inadéquate conduisent à un faible taux de prévalence des contraceptifs de 13 % chez les femmes mariées, un taux de fécondité total élevé de 5,5 enfants par femme, et des taux élevés de grossesse non désirées qui contribuent à des avortements à risque et à l’augmentation de la mortalité maternelle.

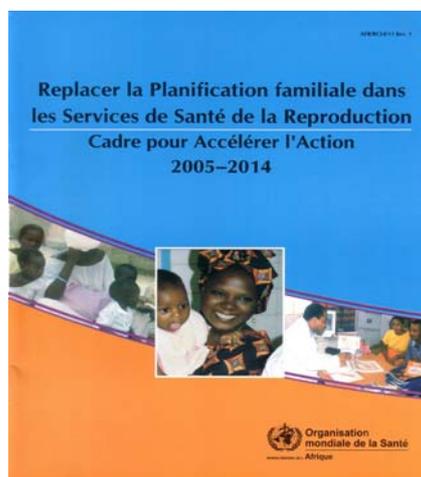
⁴⁰ Bénin, Burkina Faso, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo.

⁴¹ Botswana, Éthiopie, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigeria, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

175. Au cours de la période biennale 2004–2005, le Bureau Régional de l’OMS visait à renforcer les capacités des pays à entreprendre la recherche sur la santé génésique, à documenter et à partager les meilleures pratiques, à former les dispensateurs de soins de santé génésique, à nouer et à renforcer les partenariats pour améliorer l’efficacité des programmes de santé génésique, notamment des programmes de planification familiale.

176. Plusieurs réalisations ont été enregistrées au cours de cette période biennale. L’Effective Care Research Unit (Unité de recherche sur l’efficacité des soins), basée à East London (Afrique du Sud), a fait l’objet d’une évaluation et a été proposée comme centre collaborateur de l’OMS. Des ressortissants de sept pays⁴², y compris des points focaux des bureaux de pays de l’OMS, ont bénéficié d’une formation à la recherche opérationnelle. Le Bureau Régional a soutenu la création d’un réseau régional de santé génésique et de formation et de recherche sur le VIH/SIDA. Huit États Membres⁴³ ont pris part à l’Enquête mondiale sur la santé maternelle et périnatale.

177. Un cadre décennal pour le repositionnement de la planification familiale a été élaboré et adopté lors de la 54^{ème} session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique. Il a ensuite été diffusé auprès des pays. Pour rendre ce cadre opérationnel, une conférence régionale à laquelle ont pris part 23 pays⁴⁴ et des partenaires a été organisée. Par la suite, des plans d’action nationaux ont été élaborés, et un réseau de femmes africaines de 17 pays⁴⁵ a été créé pour promouvoir la planification familiale. Le Programme de Partenariat stratégique OMS – Fond des Nations Unies pour la Population a été lancé pour améliorer la qualité des services de planification familiale et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Les lignes directrices génériques pour la planification familiale ont été actualisées et utilisées par neuf pays⁴⁶. Les lignes directrices pour les critères de recevabilité médicale ont été traduites en portugais et imprimées. Au total, 17 pays⁴⁷ ont bénéficié d’une orientation sur l’utilisation de la contraception hormonale dans le contexte du VIH. Des projets de démonstration du dépistage du cancer du col de l’utérus ont été lancés dans six pays,⁴⁸ et des plans d’action ont été élaborés pour le suivi.



⁴² Algérie, Angola, République démocratique du Congo, Ethiopie, Kenya, Niger, Nigeria et Ouganda.

⁴³ Algérie, Angola, République démocratique du Congo, Ethiopie, Kenya, Niger, Nigeria et Ouganda.

⁴⁴ Afrique du Sud, Bénin, Cameroun, Mozambique, Nigeria, Rwanda, Tanzanie (y compris Zanzibar), Zambie et Zimbabwe.

⁴⁵ Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, République centrafricaine, Côte d’Ivoire, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

⁴⁶ Madagascar, Malawi, Nigeria, Ouganda, Tanzanie, Zambie.

⁴⁷ Angola, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, République centrafricaine, Côte d’Ivoire, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigeria, Afrique du Sud, Swaziland, Tanzanie, Ouganda, Zambie et Zimbabwe

⁴⁸ Nigeria, Madagascar, Malawi, Tanzanie, Zambie.

178. L'initiative en faveur de la mise en œuvre des meilleures pratiques a été lancée pour promouvoir le partage des expériences et l'application des meilleures pratiques en santé génésique; 12 pays⁴⁹ y ont participé et cinq pays (Éthiopie, Kenya, Tanzanie, Ouganda, Zambie) ont commencé à entreprendre des activités. Un document d'information intitulé, "Clonage humain à des fins de reproduction : Situation actuelle" a été élaboré et présenté à la cinquante-cinquième session du Comité régional. Un protocole de recherche formative sur les soins à base communautaire à la mère et au nouveau-né a été élaboré, et sa mise en œuvre a démarré.

179. L'Institut de la Santé de Maurice a bénéficié d'un appui pour réviser et actualiser les programmes de formation en santé génésique. Le matériel de plaidoyer intitulé *Lignes directrices pour la gestion de la logistique des contraceptifs* et une série de critères de recevabilité médicale ont été élaborés en vue du repositionnement de la planification familiale. Au total, 44 pays ont reçu des orientations sur l'approche des soins de santé génésique reposant sur des bases factuelles et sur l'utilisation de la bibliothèque de santé génésique de l'OMS; 90 formateurs – encadreurs ont été formés à cette approche. Le Bureau régional a collaboré à l'élaboration de la stratégie régionale de l'Organisation ouest africaine de la Santé pour la sécurité des produits.

180. Au nombre des enseignements tirés, l'on peut citer la nécessité d'intégrer la planification familiale aux services de santé maternelle et infantile; le fait que les partenariats améliorent l'impact de l'appui fourni aux pays; la nécessité de fournir aux pays un appui pour leur permettre de documenter et de mettre à l'échelle les meilleures pratiques, et d'entreprendre la recherche opérationnelle.

Pour une grossesse à moindre risque (MPS)

181. La morbidité et la mortalité maternelles et néo-natales élevées demeurent courantes dans la plupart des pays de la Région africaine. Le paludisme et le VIH /SIDA constituent les principales causes indirectes de morbidité et de mortalité chez les femmes enceintes. Moins de 50 % des accouchements interviennent sous l'encadrement d'accoucheuses qualifiées.

182. Au cours de la période biennale sous revue, le Bureau régional de l'OMS a aidé les pays à élaborer et à mettre en œuvre la «Feuille de route pour accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé maternelle et néo-natale». Cette feuille de route vise à accroître la disponibilité de soins qualifiés de qualité, ainsi que l'accès à ces soins, et à responsabiliser les individus et les communautés en vue de l'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né.

183. Des réalisations notables ont été enregistrées. Jusqu'à 15 partenaires ont accepté la feuille de route, et 18 pays⁵⁰ ont élaboré et mettent en œuvre des feuilles de route nationales. Un groupe de 20 experts a été formé pour fournir une assistance technique aux pays en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre de feuilles de route adaptées. Au total, 21 pays⁵¹ sont parvenus à un consensus sur les compétences minimales requises pour les accoucheuses et ont élaboré des plans d'action pour renforcer les soins qualifiés de manière à faire face à la mauvaise qualité des soins de santé maternelle et d'accroître la disponibilité des accoucheuses qualifiées.

⁴⁹ Les principaux pays participants étaient l'Éthiopie, le Kenya, l'Ouganda, la Tanzanie et la Zambie, tandis que les pays observateurs étaient l'Afrique du Sud, le Bénin, le Cameroun, le Mozambique, le Nigeria, le Rwanda et le Zimbabwe.

⁵⁰ Burundi, Cameroun, République centrafricaine, Comores, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Niger, Togo, Zambie et Zimbabwe.

⁵¹ Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Lesotho, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, Sénégal, Tanzanie, Togo et Zimbabwe

184. Des encadreurs et instructeurs d'écoles de sages-femmes de huit pays⁵² ont reçu des orientations sur l'évaluation de la formation et de l'exercice de la profession de sage-femme. Les résultats serviront à la révision des programmes d'enseignement. Les soins obstétricaux d'urgence basés sur la compétence ont été intégrés dans les programmes de formation de sages-femmes avant l'emploi au Nigeria, en Tanzanie et en Ouganda. Au Nigeria, 54 encadreurs et instructeurs de sages-femmes venant des écoles de sages-femmes de 25 Etats ont suivi une formation en soins obstétricaux d'urgence, sur la base de la compétence. Au total, 80 professionnels de la santé de 16 pays⁵³ ont été formés en méthodologie d'examen des décès maternels, portant le total à 120 professionnels formés dans 24 pays. Des plans nationaux pour l'institutionnalisation de l'examen des décès maternels ont été élaborés. La quatrième réunion du Groupe spécial régional sur la santé génésique, tenue en 2005, a organisé une séance spéciale sur la santé du nouveau-né en vue de promouvoir la continuité des soins, depuis la grossesse jusqu'à la naissance de l'enfant et à la période postnatale, tant au niveau communautaire que dans les formations sanitaires. Les principaux résultats de la réunion ont été l'adoption de l'outil régional révisé pour l'intégration des programmes et services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et l'extension du mandat du Groupe spécial pour inclure la santé du nouveau-né et de l'enfant.

185. Des responsables de programmes de 24 pays ont reçu des orientations sur la mise à l'échelle de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) et l'accroissement de l'accès à la thérapie antirétrovirale. Par la suite, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Malawi et le Rwanda ont procédé à la révision de leurs plans nationaux de PTME. Au total, 87 professionnels de 15 pays⁵⁴ ont reçu des orientations sur l'adaptation du module de formation générique à la PTME de l'OMS. L'élaboration d'un programme national de formation à la PTME et l'adaptation du programme national, avec des plans de mise en œuvre, ont été entreprises dans six pays⁵⁵. La mise en œuvre de la PTME en Zambie et le soutien psychosocial apporté aux femmes enceintes et aux familles affectées par le VIH au Zimbabwe ont été cités comme des exemples de meilleures pratiques. Une amélioration de l'accès aux soins, au traitement et au soutien pour les mères et bébés infectés par le VIH a été observée au Cameroun, au Lesotho, en Namibie et au Zimbabwe.

186. Les politiques et programmes de santé génésique ont été révisés dans six pays⁵⁶ en vue de renforcer la lutte contre le paludisme pendant la grossesse. Au total, 35 responsables de programmes ont été formés à l'élaboration de plans d'action intégrés pour la prévention et la prise en charge du paludisme pendant la grossesse dans huit pays,⁵⁷ et 15 experts de 12 pays⁵⁸ ont été formés à l'intégration du paludisme pendant la grossesse dans les services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

187. Pendant la période biennale 2006–2007, des partenariats solides seront encouragés pour une approche exhaustive à l'intérieur et à l'extérieur de l'OMS, avec la participation des communautés. Un appui coordonné sera fourni aux pays pour la mise en œuvre de la feuille de route et la mise à l'échelle des principales interventions en faveur de la santé de mère, du nouveau-né et de l'enfant.

⁵² Éthiopie, Gambie, Ghana, Libéria, Malawi, Nigeria, Sierra Léone, Tanzanie

⁵³ Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Libéria, Malawi, Mali, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Léone, Tanzanie, To

⁵⁴ Botsana, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigeria, Nouveau Soudan, Nouveau Soudan/SPLM, Ouganda, Swaziland, Tanzanie

⁵⁵ Éthiopie, Kenya, Mozambique, Namibie, Ouganda et Tanzanie (Zanzibar)

⁵⁶ Cameroun, République centrafricaine, République du Congo, Gambie, Mali et Mozambique

⁵⁷ Cameroun, République centrafricaine, République du Congo, République démocratique du Congo, Gabon, Guinée équatoriale, Sao Tomé et Príncipe, Tchad

⁵⁸ Bénin, Burkina Faso, République du Congo, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigeria, Ouganda Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Togo et Zimbabwe.

Santé de la femme (WMH)

188. Les violences sexuelles et sexospécifiques, la pratique des mutilations sexuelles féminines (MSF), les disparités entre les hommes et les femmes, la pauvreté et la faible capacité de génération de revenu des femmes constituent les principales entraves à l'amélioration de la santé des femmes.

189. Au cours de la période biennale 2004–2005, le Bureau régional de l'OMS s'est engagé à soutenir les pays dans la mise en œuvre de la stratégie pour la santé de la femme et de la résolution du Comité régional AFR/RC53/R4, en vue de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement. L'OMS, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la Population et le Comité interafricain ont signé une lettre d'intention visant à promouvoir l'élimination de toutes les formes de mutilations sexuelles féminines et d'autres pratiques nocives, et à renforcer la collaboration et la coordination entre les différentes institutions.

190. Le Bureau régional a fourni un appui technique à la République démocratique du Congo, au Libéria et à l'Ouganda pour former les professionnels de la santé à la prévention et à la gestion des violences sexuelles et sexospécifiques. Une étude a été menée sur la qualité et la réactivité des services de santé aux besoins des femmes confrontées à la «triple menace» au Botswana, au Lesotho, au Malawi, au Swaziland et en Zambie. Par triple menace, l'on entend la pauvreté et l'insécurité alimentaire, la faiblesse des capacités de gouvernance, et la prévalence du VIH/SIDA.

191. Afin de promouvoir la prise en compte de la problématique hommes-femmes dans tous les secteurs, l'OMS a fourni au Ministère de la Santé de l'Ouganda un appui technique qui lui a permis d'élaborer un plan d'action et de mettre en place, au niveau national, une équipe chargée des problèmes de genre dans le secteur de la santé. Cette équipe a ensuite bénéficié d'un appui pour organiser une réunion des différentes parties prenantes. Le premier numéro du bulletin *Gender and Health Newsletter* a été publié. Après la tenue d'une consultation des points focaux chargés des questions de genre et de la santé de la femme de cinq pays (Éthiopie, Rwanda, Tanzanie, Ouganda et Zimbabwe), les participants étaient appelés à élaborer des plans de travail pour l'intégration des questions de genre dans les politiques et programmes de santé. En collaboration avec les responsables des questions de genre et santé de six Communautés économiques régionales⁵⁹, un plan de travail conjoint a été élaboré pour renforcer les partenariats et la synergie en vue de l'intégration du genre à la santé. En collaboration avec le centre de l'OMS établi à Kobe (Japon), des indicateurs sexospécifiques ont été identifiés et sont en train d'être testés en Tanzanie.

192. Divers acquis ont été engrangés dans l'élimination des pratiques traditionnelles nocives. À cet égard, il y a lieu de citer notamment la consolidation des partenariats noués pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines entre les Bureaux régionaux de l'OMS et l'UNICEF, la Division africaine du FNUAP et le Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles néfastes, avec une définition claire des responsabilités et des rôles respectifs. Le point focal du Burkina Faso a reçu une distinction nationale pour son appui à l'élimination des MSF. Six pays⁶⁰ ont intégré la prévention et la prise en charge des MSF dans leurs programmes de formation d'infirmiers/infirmières et de sages-femmes. Le plaidoyer a été intensifié auprès du Groupe parlementaire interafricain sur l'élimination des MSF.

⁵⁹ Organisation ouest africaine de la Santé (OOAS); Marché commun de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe (COMESA); Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO); Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD); Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA); et Union africaine (UA)

⁶⁰ Burkina Faso, Éthiopie Ghana, Mali, Nigéria et Tanzanie.

193. Un des enseignements tirés est que les rôles de catalyseur et de chef de file dans le secteur de la santé, qui reviennent à l’OMS, revêtent une importance cruciale pour comprendre la complexité de la santé de la femme et sa contribution à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

194. Au cours de la période biennale 2006–2007, les États Membres continueront de recevoir un appui pour mettre en œuvre la Stratégie pour la santé de la femme et la résolution y afférente; intégrer la problématique hommes-femmes dans les politiques et programmes de santé; et accélérer l’élimination des MSF.

Nutrition (NUT)

195. La malnutrition, qui est un problème majeur de santé publique dans la Région africaine, est directement ou indirectement associée à plus de 60 % de la morbidité et de la mortalité chez les enfants de 0 à 5 ans en Afrique. Moins de 30 % des enfants en Afrique sont allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie. La supplémentation alimentaire, qui présente souvent des carences nutritionnelles, commence généralement trop tôt ou trop tard. Des carences en Vitamine A, en iode, en fer et en oligoéléments surviennent, spécialement chez les enfants de moins de 5 ans, les enfants âgés de 6 à 9 ans et les femmes en âge de procréer. La dénutrition est élevée dans la Région, surtout parmi les personnes déplacées, les réfugiés et les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Des affections chroniques comme l’obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires et certains cancers liés au régime alimentaire, représentent 28 % de la charge de morbidité et 35 % de la mortalité.

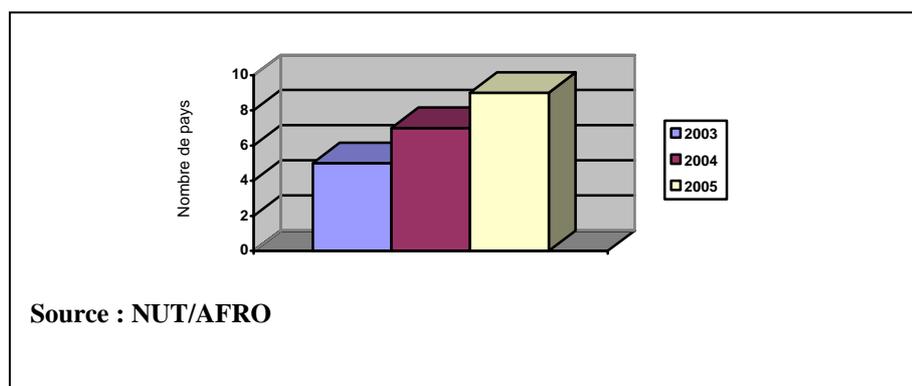
196. En réponse à ces problèmes, l’OMS a élaboré la Stratégie mondiale pour l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la Stratégie mondiale pour l’alimentation, l’activité physique et la Santé. À la fin de la période biennale 2004–2005, des réalisations majeures ont été enregistrées dans le domaine de la nutrition dans la Région africaine de l’OMS. Un appui a été fourni pour l’élaboration et la mise en œuvre des politiques, stratégies et programmes suivants : les politiques et plans d’action nationaux de nutrition de 13 pays;⁶¹ les cadres des actions prioritaires pour l’alimentation du nourrisson et le VIH de 11 pays;⁶² les stratégies nationales pour l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant de neuf pays,⁶³ soit au total 21 pays couverts; les programmes intégrés de lutte contre les carences en oligoéléments au Cameroun, au Cap-Vert et en Mauritanie; et les programmes d’alimentation scolaire au Bénin et en Zambie. La figure 13 montre l’augmentation du nombre de pays mettant en œuvre la stratégie pour l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

⁶¹ Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, République démocratique du Congo, Ghana, Guinée, Namibie, Niger, Nigeria, Togo

⁶² Bénin, Burkina Faso, Burundi, Côte d’Ivoire, République démocratique du Congo, Gabon, Madagascar, Mali, Niger, Sénégal et Togo

⁶³ Bénin, Burkina Faso, Burundi, Côte d’Ivoire, République démocratique du Congo, Gabon, Madagascar, Mali, Niger, Sénégal et Togo.

Figure 13 : Nombre de pays mettant en œuvre la stratégie pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Région africaine de l'OMS



197. Les capacités de plus de 5000 agents de santé à conseiller les mères sur l'allaitement maternel et le VIH ont été renforcées dans neuf pays⁶⁴, portant le nombre total de pays à 20. Les capacités des agents de santé à prendre en charge la malnutrition grave ont également été renforcées dans dix pays.⁶⁵ La mise au point et les tests sur le terrain de nouveaux outils ont porté sur un cours sur les conseils en alimentation du nourrisson et du jeune enfant; des cartes pour des conseils sur le VIH et l'alimentation du nourrisson; des outils actualisés sur l'Initiative des hôpitaux «amis des bébés»; et la banque de données régionale sur la nutrition, qui fournit des données sur 46 pays. Le Code de commercialisation des substituts du lait maternel a été adopté au Botswana, au Cap-Vert et au Malawi; il a fait l'objet d'un suivi au Ghana et au Nigeria, et a été élaboré au Mozambique et en Afrique du Sud.

198. Les partenariats ont été renforcés avec l'Union africaine, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, l'Association d'études sur la Communauté européenne, l'Organisation ouestafricaine de la Santé, Helen Keller International, le Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile, l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international, le Programme alimentaire mondial, pour l'élaboration de la Stratégie régionale africaine pour la nutrition. Une déclaration conjointe a été publiée à l'issue de la consultation sur la nutrition et le VIH, et un financement conjoint a été fourni pour appuyer les activités dans les pays.

199. Un des enseignements tirés est que la pérennisation des activités revêt une grande importance. En outre, les activités de formation en alimentation et nutrition du nourrisson et du jeune enfant doivent être intégrées aux programmes de formation des enseignants avant l'emploi. La mobilisation des ressources au niveau national et au niveau des districts est cruciale pour la mise en œuvre des activités.

200. Au cours de la période biennale 2006–2007, l'OMS continuera à fournir un appui aux États Membres pour les aider à élaborer et à mettre en œuvre des politiques et stratégies de nutrition en vue d'atténuer les effets de la malnutrition sur les enfants et les mères, notamment en cherchant à satisfaire les besoins nutritionnels pendant toute la durée de la vie.

⁶⁴ Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Erythrée, Gabon, Mali, Niger, Sénégal.

⁶⁵ Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo.

MILIEUX FAVORABLES À LA SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DURABLE

201. La pauvreté, les conflits et les risques liés à l'eau et aux aliments contaminés, aux mauvaises conditions d'assainissement et à la dégradation de l'environnement sont les principaux déterminants de la santé en Afrique où 340 millions de personnes vivent avec moins de US \$1 par jour, et où une proportion de 45 % de la population n'a pas accès à une eau saine, ni à un assainissement satisfaisant. Les maladies liées aux mauvaises conditions écologiques ainsi qu'au manque de salubrité de l'eau et des aliments tuent un enfant de moins de cinq ans sur cinq. Cette situation, qui entrave la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, est encore aggravée par les situations d'urgence d'origine naturelle ou humaine.

202. Au cours de la période biennale 2004–2005, le Bureau régional a relevé ces défis en s'attaquant aux déterminants de la santé. Il s'agissait d'approfondir l'analyse des corrélations entre pauvreté et santé et de plaider en faveur de la prise en compte des questions relatives à la pauvreté et de la réflexion stratégique à long terme dans les efforts nationaux et régionaux de développement sanitaire; d'intégrer efficacement la salubrité de l'environnement à la gestion du cadre de vie humain et à l'élaboration des politiques et des actions nationales; de s'attaquer à la morbidité et à la mortalité élevées liées au manque de salubrité des aliments; et de renforcer les capacités nationales de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours, tout en fournissant une aide humanitaire aux pays touchés par des crises.

Développement durable (HSD)

203. Investir dans la santé, et notamment dans la santé des pauvres, conditionne littéralement la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans la Région africaine. Un bon état de santé, s'il est déjà un important objectif en soi, est indispensable pour instaurer durablement des conditions permettant aux pauvres d'échapper à la misère. C'est la raison pour laquelle le domaine d'activité Développement durable appelle tous les partenaires du développement national à placer la santé au centre de tous les processus et cadres de développement, et à affecter davantage de moyens à la santé.

204. Au cours de la période biennale considérée, un document⁶⁶ a été élaboré pour élucider les articulations qui existent entre tous les cadres et initiatives en cours ayant une incidence sur la santé et le développement. Parmi ceux-ci figurent les Objectifs du Millénaire pour le Développement, les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, les cadres des dépenses à moyen terme, les approches sectorielles et le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique. La stratégie de la Région africaine en matière de pauvreté et de santé a été distribuée aux États Membres et aux autres partenaires du développement. Le Kenya et le Mozambique ont reçu une aide technique pour la préparation de propositions à soumettre au Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Le Kenya a bénéficié d'une aide pour réviser sa stratégie de réduction de la pauvreté, y compris l'estimation des ressources nécessaires à cette fin. Une assistance a été fournie au Cap-Vert pour l'aider à formuler le cadre des dépenses à moyen terme de son secteur de la santé. Un appui a été fourni au Ghana pour finaliser et publier le rapport intitulé : *Ghana Macroeconomics and Health Initiative*, traitant de l'accroissement des investissements en faveur de la santé en vue d'améliorer la santé. Enfin, l'Ouganda a bénéficié d'une assistance pour se doter d'une équipe spéciale Macroéconomie et Santé.

⁶⁶ «Linkages between macro-policy issues (PRSPs, SWAps, MTEFs, CMH) and Health policy implementation including health financing.

205. Une analyse de la situation et une étude des perspectives offertes en ce qui concerne les Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé ont été préparées et ont ensuite été examinées par les ministres de la santé lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'Afrique, laquelle a adopté une résolution visant à aider les pays dans leurs efforts pour atteindre les OMD. Une réunion à laquelle ont pris part 13 pays a été organisée pour examiner ensemble les voies et moyens de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé qui entravent la réalisation des OMD. Un appui a été fourni au Kenya pour engager le processus de collaboration avec la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Un document traitant des inégalités en matière de santé a également été préparé et présenté à la cinquante-cinquième session du Comité régional, et les ministres de la santé ont formulé des recommandations sur la voie à suivre par la Région dans ce domaine. Des contributions ont été apportées au projet de lignes directrices applicables aux politiques et plans nationaux de développement.

206. Toutes ces réalisations ont pu être obtenues parce que les pays reconnaissent et apprécient de plus en plus l'action de l'OMS. De toute évidence, il est nécessaire de plaider constamment la cause de la santé en tant qu'élément principal du développement national et d'affecter davantage de moyens au secteur de la santé. Au niveau des pays et de l'OMS, il faut faire preuve de plus de persuasion et réunir davantage de compétences techniques spécialisées pour intégrer pleinement la santé dans les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, les cadres des dépenses à moyen terme et d'autres cadres et processus de développement.

207. Pendant l'exercice biennal 2006–2007, l'OMS continuera de fournir un appui technique aux pays pour promouvoir le développement sanitaire, dans le contexte des documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, des cadres des dépenses à moyen terme, des approches sectorielles et des Objectifs du Millénaire pour le Développement, et pour contribuer à faire de la couverture universelle, de l'équité, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé les principaux moyens de réaliser les OMD.

Santé et environnement (PHE)

208. Les facteurs liés à l'environnement sont aussi ceux qui contribuent le plus à la forte mortalité observée dans la Région africaine. Les efforts visant à protéger et à améliorer l'environnement peuvent avoir un effet positif sur la prévention des maladies et l'amélioration de la santé. Toutefois, la plupart des pays sont toujours dépourvus de politiques, de réglementations et de capacités globales leur permettant de mettre efficacement en œuvre des programmes de salubrité de l'environnement. Pour améliorer l'environnement, l'OMS s'est attachée à faciliter la mise en œuvre de la stratégie régionale de salubrité de l'environnement au niveau des pays, en conférant de réelles dimensions sanitaires aux politiques et plans d'action nationaux de développement, et en fournissant un appui technique pour le renforcement des capacités.

209. Pour faire avancer toutes ces initiatives, plusieurs lignes directrices techniques ont été formulées afin de guider les actions entreprises au niveau des pays. Ces lignes directrices visaient les politiques de protection de l'environnement et de santé au travail, la cartographie des risques pour la santé liés à l'environnement, l'évaluation de l'impact de la salubrité de l'environnement, et les milieux favorables à la santé. Un appui a été fourni à dix pays pour les aider à entreprendre des évaluations ou à formuler leurs politiques nationales de salubrité de l'environnement.

⁶⁷ République du Congo, Gabon, Mali, Mozambique, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Togo.

210. Un appui technique a également été fourni à sept pays⁶⁷ afin d'y faciliter la mise en œuvre d'activités sanitaires et environnementales. C'est ainsi qu'on a renforcé dans ces pays l'approvisionnement en eau et l'assainissement, en distribuant des instruments de transformation participative des conditions d'hygiène et d'assainissement. Un centre anti-poisons a été installé à Dakar, dans le prolongement d'un atelier régional sur la gestion des produits chimiques auquel ont participé 11 pays. Des ateliers de pays et interpays ont permis de sensibiliser des responsables politiques aux risques posés par l'augmentation de la pollution de l'air. Des analyses de situation et des actions de formation à l'observation de la pollution de l'air ont été organisées au Bénin, au Nigeria et aux Seychelles.

211. Pour promouvoir des milieux favorables à la santé des enfants, des profils nationaux reflétant les préoccupations écologiques des enfants ont été établis dans 13 pays. Des indicateurs de salubrité de l'environnement pour les enfants ont fait l'objet d'un essai pilote au Kenya, et des milieux favorables aux activités de promotion de la santé de l'enfant ont été essayés dans quatre pays. Un atelier de formation a été organisé à l'intention des dispensateurs de soins, de même qu'une réunion consultative sur les enfants et la salubrité de l'environnement. On a continué à promouvoir une démarche axée sur le cadre de vie en fournissant un appui technique et financier aux pays pour les aider à mettre en œuvre des projets Villes-Santé à Douala (Cameroun), Kigali (Rwanda), Windhoek (Namibie) et Pointe-Noire (République du Congo).

212. Dans le domaine de la santé au travail, des activités de plaidoyer et de renforcement des capacités ont été entreprises, en collaboration avec l'Organisation internationale du Travail. Des profils récapitulatifs de pays ont été produits au Kenya, en Tanzanie et en Ouganda. Un atelier s'est tenu à Maurice sur l'importance de l'inspection du travail pour l'hygiène et la sécurité au travail. La Namibie et Sainte-Hélène ont bénéficié d'une aide dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité au travail. La diffusion de l'information a été améliorée, notamment grâce à la mise en place de sites Web. Un appui a été fourni à huit pays pour leur permettre d'adapter les outils de cartographie sanitaire à la cartographie des risques pour la santé liés à l'environnement, et 16 agents de salubrité de l'environnement ont été initiés à ces techniques. Deux centres collaborateurs régionaux ont été établis en Afrique du Sud. Un plan stratégique quadriennal (2006–2009) a été élaboré pour accélérer les progrès dans la Région, et sera effectivement mis en œuvre.

213. Pendant la période biennale 2006–2007, des efforts seront déployés pour faciliter une interaction étroite et constante entre les trois niveaux de l'Organisation et au sein des différents programmes régionaux, afin d'utiliser efficacement les moyens et d'améliorer les résultats des programmes. Les partenariats noués à tous les niveaux seront renforcés, afin d'accélérer la mise en œuvre des programmes au niveau des pays.

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

214. Les crises qui surviennent, qu'elles soient d'origine naturelle (catastrophes et flambées épidémiques) ou humaine (guerres, conflits civils), aboutissent à des situations qui menacent la vie et le bien-être de nombreuses populations. Dans la Région africaine, plus de 20 pays sont en situation de crise ou de sortie de crise. Quelque 13 millions de personnes sont déplacées à l'intérieur de leurs propres pays. Ces catastrophes entraînent une extrême pauvreté, une absence d'hygiène et des problèmes de santé.

215. Face à ces situations de crise, le Bureau régional a entrepris, au cours de la période considérée, un certain nombre d'actions axées sur le renforcement des capacités, la fourniture d'un important appui technique et matériel, la production et la diffusion de lignes directrices et de publications techniques essentielles, et la mobilisation de fonds d'autres sources pour appuyer la riposte.

216. Un appui technique a été fourni à 20 pays⁶⁸ par le biais de missions spéciales. Une aide a également été accordée au Comité de gestion de la préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours de la Communauté de Développement d'Afrique australe. Pour renforcer les capacités de préparation aux situations d'urgence et d'action en cas de catastrophe, un appui technique a été fourni à la Namibie pour une formation à la préparation aux catastrophes, dispensée dans le cadre des structures nationales et provinciales de gestion des situations d'urgence.

217. Avec l'appui financier du plan triennal, 12 nouveaux points focaux ont été recrutés pour le Libéria, l'Ouganda, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo et le Tchad, ainsi que pour les sous-régions d'Afrique de l'ouest, des Grands Lacs et d'Afrique australe. Des personnels ont également été recrutés pour l'Initiative en faveur de la Corne de l'Afrique (Éthiopie, Kenya, Somalie, Soudan, Ouganda) afin d'aider à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'action. Une réunion d'orientation a été organisée à l'intention des nouveaux venus, des points focaux déjà présents sur le terrain et des représentants de l'OMS dans les pays. Elle s'est tenue à Brazzaville (République du Congo), avec la participation du Siège et de collègues des Régions OMS de l'Europe et de la Méditerranée orientale. Une réunion sur le partage des enseignements tirés s'est tenue à Mombasa (Kenya), en octobre 2005.

218. Un appui matériel et financier a été directement fourni à certains pays⁶⁹ pour des trousseaux médicales d'urgence et l'évaluation de projets spéciaux. Tous les pays associés au Processus d'appel consolidé ont bénéficié d'une aide technique ou sous forme de missions. Pour raffermir la collaboration avec les principaux partenaires et aider les pays à mobiliser des fonds, le Bureau régional a participé à diverses réunions au nombre desquelles l'on peut citer la table ronde sur la remise en état du système de santé en République démocratique du Congo (à Kinshasa); la réunion internationale sur la reconstruction du Libéria (à New York); les réunions de mobilisation de fonds tenues au Caire, à Copenhague et à Genève; et la réunion de parlementaires africains sur le problème des réfugiés en Afrique (à Cotonou).

219. Parmi les enseignements tirés, on a retenu que les principaux facteurs favorables ont été la collaboration et l'appui efficaces des différents niveaux de l'Organisation, la mobilisation et la bonne utilisation de fonds d'autres sources, et l'engagement des points focaux et des partenaires. L'une des principales contraintes a été l'absence de compétences, de structures et de moyens de gestion efficaces des situations de crise dans la plupart des pays.

220. Pendant la période biennale 2006–2007, des efforts seront déployés pour favoriser la collaboration en vue d'améliorer les résultats, de mobiliser davantage de ressources et de renforcer l'état de préparation des pays de la Région.

Salubrité des aliments (FOS)

221. La résolution AFR/RC53/R5 du Comité régional, traitant de la salubrité des aliments, a guidé l'action de l'OMS qui s'est attaquée aux questions fondamentales suivantes : capacités limitées de surveillance des toxi-infections alimentaires; faible participation aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius; législation alimentaire archaïque; et absence de sensibilisation aux effets sur la santé publique des produits alimentaires dangereux et de l'exposition aux mycotoxines, notamment aux aflatoxines.

⁶⁸ Burkina Faso, Burundi, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Zambie et Zimbabwe (des pays de la Corne de l'Afrique ont également bénéficié d'une aide).

⁶⁹ Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Kenya, Libéria, Madagascar, Mali, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sierra Leone et Zimbabwe.

222. Pendant l'exercice biennal 2004–2005, plusieurs flambées épidémiques se sont produites, notamment deux flambées d'aflatoxicose aiguë au Kenya. Un appui technique a été fourni à ce pays pour lui permettre d'étudier, de gérer et de combattre ce genre d'épidémies. Le Bureau régional a également réuni, en mai 2005, un groupe d'experts qui a formulé des recommandations sur la lutte contre l'exposition à l'aflatoxine, la prise en charge de l'exposition aiguë, le renforcement des capacités et les méthodes d'analyse appropriées.

223. En octobre 2005, l'OMS et l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture ont organisé la Première Conférence panafricaine sur la salubrité des aliments. Les 42 pays présents ont unanimement adopté une résolution recommandant l'élaboration d'un plan stratégique quinquennal pour la salubrité des aliments en Afrique. L'OMS a également participé au Deuxième Forum mondial des responsables de la sécurité sanitaire des aliments et à des réunions de la Commission du Codex Alimentarius, et particulièrement du Comité de Coordination du Codex pour l'Afrique. Au total, 28 pays⁷⁰ ont bénéficié d'une aide du Fonds fiduciaire du Codex pour participer à des réunions du Codex. L'atelier sur les procédures et travaux du Codex a été organisé conjointement avec la FAO et a enregistré la participation des comités nationaux du Codex du Kenya, de l'Ouganda et de la Tanzanie. Un atelier sur des systèmes efficaces de contrôle des aliments en Afrique a attiré des participants de 28 pays.

224. Les troisième et quatrième cours régionaux de formation à la surveillance des toxi-infections alimentaires se sont tenus à Yaoundé (Cameroun), respectivement en décembre 2004 et 2005. Un guide régional a été préparé pour la surveillance microbiologique des aliments. Le Système mondial de surveillance de l'environnement et le Programme de surveillance et d'évaluation de la contamination des aliments ont été introduits dans six pays⁷¹. Plusieurs pays ont organisé des ateliers de formation au renforcement des capacités en matière de salubrité des aliments, qui ont été consacrés à la surveillance des toxi-infections alimentaires, aux points de contrôle critiques pour l'analyse des risques, à l'inspection des produits alimentaires et au Codex Alimentarius, ainsi que des cours d'action pénale à l'intention des inspecteurs.

225. Un guide régional pour l'élaboration et l'application de la législation alimentaire a été préparé au Bureau régional. Plusieurs pays ont également préparé ou élaboré des politiques et des plans d'action nationaux sur la salubrité des aliments. Les Cinq clés de l'OMS pour des aliments plus sûrs ont été testées au Botswana, au Mozambique et en République du Congo. Une adaptation du manuel de l'OMS «Cinq Clés pour des aliments plus sûrs», intitulée *Bring safety home*, a été préparée à l'usage des écoles africaines. Des matériels d'information et de promotion de la salubrité des aliments ont été mis au point et diffusés, notamment une lettre d'information régionale. Des informations ont été recueillies auprès des pays afin de constituer une documentation sur les activités nationales de salubrité des aliments.

226. Les réalisations enregistrées ont été obtenues grâce à la promotion de la collaboration et de la coopération avec les autres partenaires, à la mise à disposition de ressources additionnelles, ainsi qu'à une sensibilisation et une volonté politique plus grandes. Par contre, le retard dans le déblocage des fonds et, dans certains pays, le surcroît de travail occasionné par des épidémies, ont figuré parmi les principales contraintes. La période biennale a surtout clairement montré que la coopération et la collaboration de toutes les parties prenantes aux niveaux national, régional et international aboutissent à une fourniture et à une utilisation plus efficaces des ressources.

⁷⁰ Angola, Bénin, Burkina Faso, Botswana, Burundi, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria Ouganda, Sénégal, Sierra Léone, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.

⁷¹ Burkina Faso, Cameroun, Madagascar, Sénégal, Tchad et Togo.

227. Pendant la période biennale 2006–2007, l’OMS continuera à promouvoir la salubrité des aliments, à renforcer les capacités dans ce domaine et à fournir un appui pour améliorer la surveillance des toxi-infections alimentaires. Le Bureau régional contribuera également à la révision de la législation alimentaire, à la préparation de plans nationaux d’action, à l’application des normes du Codex, à l’élargissement de la participation au Codex, et à la promotion de l’éducation des consommateurs.

ADMINISTRATION ET FINANCES

228. La bonne exécution des programmes techniques de l’OMS dans les pays est en partie tributaire de la fourniture efficace de services d’appui par la Division Administration et Finances. En 2004–2005, la fourniture de ces services a été assurée par les domaines d’activité suivants : Ressources humaines, Budget et gestion financière, et Infrastructure et informatique.

229. Ces services ont été fournis pour soutenir les activités du Bureau régional à Brazzaville et à Harare. Avec la formulation des *Orientations stratégiques pour l’Action de l’OMS dans la Région africaine 2005–2009*, il a été décidé de décentraliser certaines activités et fonctions techniques et administratives en les confiant à des équipes de soutien interpays. En conséquence, une planification préliminaire a été entreprise en vue d’une décentralisation immédiate, et l’on a commencé à se préparer à la mise en place du Système global de gestion dans la Région africaine.

Ressources humaines (HRS)

230. Le domaine d’activité Ressources humaines traite de toutes les questions de ressources humaines qui se posent dans la Région africaine de l’OMS, tant au Bureau régional que dans les 46 bureaux de pays. Pendant la période biennale 2004–2005, le grand défi a été d’agir en temps voulu pour fournir des services de ressources humaines. Des mesures particulières se sont imposées pour créer, classifier et reclassifier des postes, sélectionner et recruter des personnels, établir des contrats, administrer des avantages et des droits, assurer l’apprentissage et le perfectionnement des personnels, et fournir des services médicaux pour 2600 membres du personnel. Les autres défis majeurs concernaient le processus de reconfiguration engagé dans la Région africaine et le décalage des ressources humaines pour mettre en place le Système global de gestion.

231. Pour relever ces défis, l’OMS a rationalisé les procédures, amélioré les systèmes automatisés et informatisés, élaboré une stratégie d’apprentissage et de perfectionnement des personnels, accentué l’interaction avec les divisions techniques et les bureaux de pays, élaboré une méthodologie de reconfiguration, et finalisé un module d’information et d’orientation à la prise de service.

232. Parmi les principaux acquis de la période biennale 2004–2005, figurent les opérations de reconfiguration menées dans quatre bureaux de pays (Kenya, Malawi, Nigeria et Tanzanie), l’organisation et la conduite de trois ateliers sur la reconfiguration, à l’intention des représentants de l’OMS et des fonctionnaires administratifs de tous les bureaux de pays, la finalisation d’un module d’information et d’orientation à la prise de service, la finalisation d’une stratégie d’apprentissage et de perfectionnement du personnel, l’organisation d’activités de formation au Bureau régional (Brazzaville et Harare) et le soutien à des bureaux de pays pour la formation et le développement du personnel.

233. Dans le contexte de la réforme de la gestion des ressources humaines, et plus particulièrement de la réforme des contrats, des mesures ont été prises pour commencer à créer des postes à durée déterminée pour des fonctions de longue durée exercées par du personnel temporaire. Un appui a également été fourni pour faciliter la participation de 52 cadres supérieurs au Programme d’encadrement mondial.

234. Au cours de la période biennale considérée, les principaux facteurs favorables ont été le soutien de la haute direction, l'appui technique et financier fourni par le Siège pour l'apprentissage et le perfectionnement du personnel, et l'interaction positive avec les divisions techniques, les bureaux de pays et le Siège. Le manque de fonds et de personnel de catégorie professionnelle, de même que l'absence de moyens de développement du personnel dans la plupart des bureaux de pays, ont figuré parmi les principales contraintes.

235. Pendant la période biennale 2006–2007, on s'attachera à rationaliser et à décentraliser les fonctions et les activités aux niveaux interpays et des pays. La stratégie régionale d'apprentissage et de perfectionnement du personnel continuera à être mise en œuvre, en privilégiant la formation liée au Système global de gestion et l'appui aux bureaux de pays. Un soutien actif continuera d'être assuré en faveur du processus de reconfiguration engagé dans la Région, et le calendrier des visites aux bureaux de pays sera exécuté.

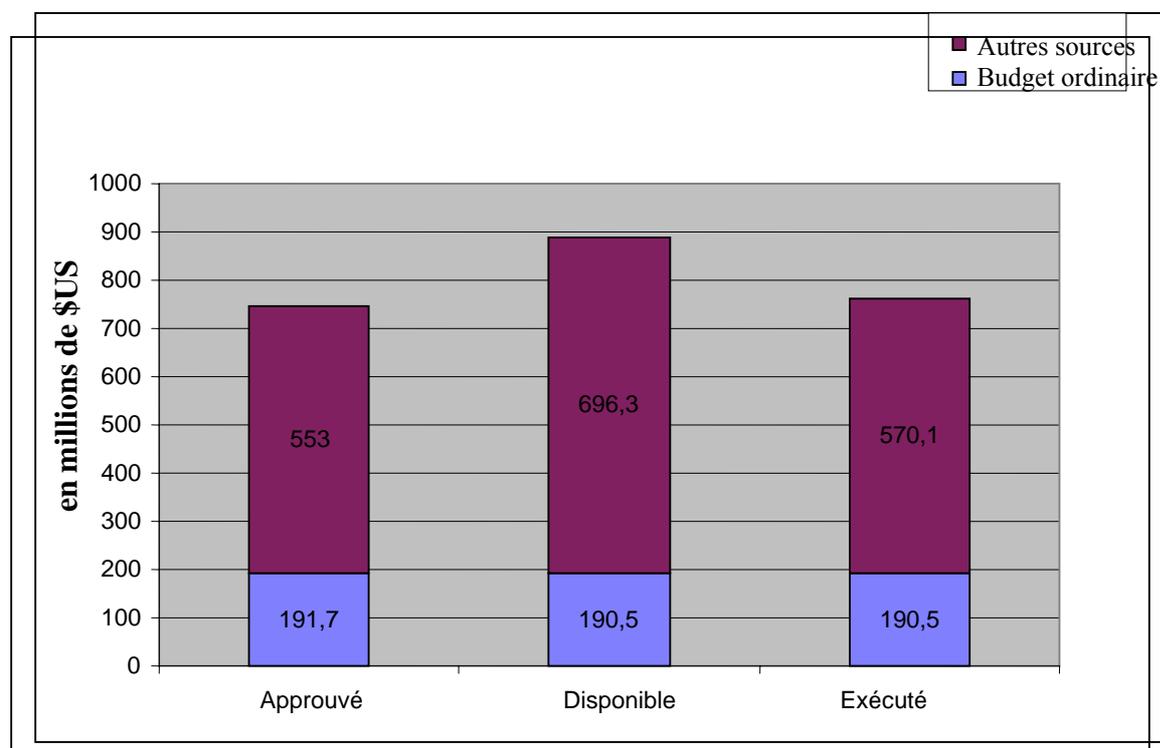
Budget et gestion financière (FNS)

236. Le domaine d'activité Budget et gestion financière est chargé de toutes les activités financières de la Région, y compris l'exécution, à temps, du budget programme et la prestation de services au personnel et aux fournisseurs. Pendant la période biennale 2004–2005, ces activités ont été exécutées d'une manière semi-automatisée. Le volume de travail dans la Région a fortement limité la capacité de ce domaine d'activité à fournir un appui en temps voulu. Le domaine d'activité Budget et gestion financière est comptable des fonds affectés à la mise en œuvre des programmes et doit veiller à ce que ces fonds soient dépensés conformément au Règlement financier de l'Organisation. Des vérifications récentes ont révélé que des améliorations s'imposaient en ce qui concerne l'obligation de rendre compte et le respect des procédures. Quoiqu'il en soit, le but demeure la fourniture, à temps, d'un appui financier approprié aux administrateurs de programmes, au personnel et aux fournisseurs.

237. En ce qui concerne l'exécution du budget, il convient de rappeler que le budget programme a été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé par sa résolution WHA56.32 de mai 2003. Le montant des fonds d'autres sources a été révisé par le Conseil exécutif en janvier 2004, ce qui a abouti à un budget approuvé révisé d'un montant total de US \$744,7 millions pour la Région africaine, contre US \$544,7 millions pour l'exercice biennal 2002–2003. Ce chiffre se compose de US\$ 191,7 millions au titre du budget ordinaire, et de US\$ 553 millions au titre des autres sources (Figure 14).

238. S'agissant de l'exécution, la Région africaine a reçu la totalité de sa part du budget ordinaire, exception faite d'une somme de US \$1,2 million retenue par le Directeur général. Pour ce qui est des fonds d'autres sources, la Région africaine a obtenu plus que sa part des fonds approuvés révisés, à savoir US \$696,3 millions, contre US \$553 millions, soit 26 % de plus que prévu. Pour l'exercice biennal, on a donc disposé, pour la mise en œuvre des programmes, de 119 % du budget approuvé, soit un excédent de US\$ 112,2 millions par rapport au budget approuvé (US \$886,9 millions, contre 744,7 millions). La Région a exécuté 102 % de son budget approuvé, contre 86 % des fonds effectivement disponibles pendant l'exercice. Cette différence s'explique par la chronologie des sommes reçues au titre des autres sources et par le fait que 20 % des fonds d'autres sources sont normalement reportés sur l'exercice suivant. Comparativement, le budget ordinaire total (100 %) a été exécuté pendant l'exercice. Si l'objectif a été atteint pour le financement par les fonds d'autres sources, il convient de noter que quatre domaines d'activité (IVD, HIV, MAL et EHA) ont à eux seuls représenté 80 % des fonds bénévoles, ce qui n'a pas facilité l'exécution d'activités dans d'autres domaines essentiels, vu le financement limité provenant du budget ordinaire.

Figure 14. Mise en œuvre du Budget Programme de la Région africaine de l’OMS, 2004–2005



239. Parmi les principaux acquis, ont figuré l’appui fourni aux pays pour la gestion de la trésorerie et les fonctions de surveillance; la préparation de tableaux budgétaires pour inclusion dans le document présentant le budget programme 2006–2007; les préparatifs en vue de la mise en œuvre du budget programme régional; les allocations de crédits afin de permettre cette mise en œuvre; l’amélioration constante des services fournis; la bonne gestion de la mise en œuvre du budget programme, malgré des contraintes budgétaires; l’amélioration du Système de gestion de la comptabilité et de l’information à l’intention des pays; et la fourniture d’un accès en ligne pour les allocations de crédits et les données relatives aux comptes personnels.

240. Un des enseignements tirés est la nécessité de renforcer les capacités de l’OMS dans le domaine de la gestion financière à l’appui des pays. Un meilleur contrôle budgétaire, spécialement au niveau des pays, s’impose également pour éviter les dépassements de crédits. Un réexamen complet des plans de travail est nécessaire pour garantir l’exécution harmonieuse du budget programme.

241. Pendant l’exercice 2006–2007, le Bureau régional de l’OMS intensifiera ses fonctions de contrôle, compte tenu de l’élargissement des pouvoirs délégués aux pays et aux divisions; renforcera la présentation des rapports sur le contrôle budgétaire; aidera les bureaux de pays dans leurs tâches d’examen et de formation ; examinera très minutieusement les plans de travail ; et fournira une aide à la préparation du budget programme 2008–2009.

Infrastructure et informatique (IIS)

242. Le domaine d’activité Infrastructure et informatique est chargé de fournir des services administratifs et logistiques; des services d’achat efficaces et d’un bon rapport coût-efficacité; et une infrastructure ainsi que des systèmes informatiques appropriés.

243. S'agissant des services administratifs et logistiques, le principal défi consiste à améliorer constamment les conditions de vie et de travail, tant à Brazzaville qu'à Harare. Les efforts ont été axés particulièrement sur la prestation de services efficaces et présentant un bon rapport coût-efficacité en matière de voyages, ainsi que sur les dépenses d'entretien et de fonctionnement. Le retour progressif du Bureau régional à Brazzaville pose toujours un problème majeur en termes de bureaux, de logements, de matériels et de fournitures de bureau pour le personnel.

244. Au cours de la période biennale 2004–2005, les opérations faisant appel aux technologies de l'information et de la communications ont été renforcées dans leur ensemble grâce à l'acquisition de moyens matériels conséquents et au recrutement de membres du personnel d'appui qualifiés. Cela devenait indispensable, compte tenu de l'automatisation croissante et du recours accru aux communications électroniques dans toute la Région. Cette tendance devrait s'affirmer avec la mise en place du Système global de gestion au Bureau régional et dans les bureaux de pays.

245. Il s'agissait, à tous les échelons institutionnels, d'appliquer les meilleures pratiques à tous les aspects de l'administration générale, afin d'épauler l'OMS dans son rôle de chef de file international dans le domaine de la santé. Le projet de connectivité des pays, qui renforce les capacités de télécommunications des bureaux régionaux, a été mené à bonne fin, et les 46 bureaux de pays sont maintenant reliés au réseau privé mondial de l'OMS. Ce réseau a fourni à tous les pays de la Région un accès fiable à la messagerie vocale, au courrier électronique et à Internet, faisant de la visioconférence et de la téléconférence des options couramment utilisées. Par ailleurs, le Système de gestion informatisée des comptes d'avances de caisse du Bureau régional de l'Afrique, initialement mis au point pour gérer les opérations financières des bureaux de pays, a ensuite été adopté à l'échelle mondiale par le Siège de l'OMS et toutes les régions comme système financier en vigueur dans tous les bureaux de pays de l'OMS.

246. Des améliorations ont été constatées dans les conditions de vie et de travail au Bureau régional depuis le transfert de personnels et de matériels de Harare à Brazzaville. Toutes les installations électriques du Bureau régional ont été modernisées. Un appui administratif et logistique a été fourni à une trentaine de réunions tenues au Bureau régional au cours de la période biennale 2004–2005. Afin de rentabiliser le plus possible les frais de voyages, les dispositions du paragraphe 80 de la section du Manuel de l'OMS consacrée aux voyages ont été appliquées. Un examen a été entrepris de tous les services sous-traités, et l'on s'attend à ce que l'Organisation réalise des économies significatives sur les frais de fonctionnement.

247. Le système d'achats électronique a incontestablement rationalisé le cycle des achats et permis d'accéder à des marchandises avec des gammes de prix inférieurs. Le Système d'intégration des services a effectivement rationalisé la gestion de la sécurité des 400 membres du personnel au Bureau régional. Il est disponible sur l'Intranet et accessible à tous les membres du personnel ; il a été adopté dans tous les bureaux de pays.

248. La sous-unité chargée de l'impression des documents a fourni un soutien aux réunions et conférences tenues aux niveaux de la Région et des pays. La remise en état de l'imprimerie du Bureau régional a débuté avec un premier crédit de US \$500 000 pour l'installation d'une section de préparation utilisant les systèmes d'exposition directe de films et d'exposition directe de plaques.

249. Les leçons apprises sont que pour tirer pleinement parti des technologies adoptées et améliorer la productivité, il est nécessaire que le personnel de l'OMS suive une formation et acquière des compétences de base en informatique. Dans les domaines de l'administration et de la logistique, un certain nombre de services sous-traités n'ont pas été rentables pour l'Organisation, et il est devenu indispensable de revoir complètement la question de la sous-traitance des services.

250. Pendant l'exercice biennal 2006–2007, un appui sera fourni pour faciliter la mise en place du Système global de gestion au Bureau régional et dans les pays, afin d'accroître l'efficacité des fonctions administratives. On veillera aussi tout particulièrement à développer l'utilisation d'outils collectifs, tels que le logiciel Sharepoint de Microsoft, dans l'ensemble de la Région, afin de maximiser l'efficacité. On s'attachera aussi à implanter durablement le Système mondial OMS d'achats électroniques, qui raccourcit les délais de commande et permet d'accéder à des tarifs concurrentiels. À l'image du Siège, un nouveau système de contrôle de l'accès aux appartements, au bureau principal et aux bâtiments du Bureau régional a été conçu et sera installé. Il est prévu d'entamer, en 2006, la construction d'une nouvelle salle de conférence fonctionnelle.

FACTEURS INFLUANT SUR LA MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME

Facteurs favorables

251. Au cours de la période biennale 2004–2005, l'activité de l'OMS dans la Région africaine a été facilitée par la volonté des ministres de la santé de s'attaquer aux problèmes de santé publique dans leurs pays respectifs, plus spécialement en vue de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement et d'influer sur les déterminants sociaux de la santé. L'appui financier fourni au titre d'initiatives internationales en faveur des priorités régionales a offert des possibilités de coopération permanente et féconde avec des partenaires extérieurs. Les partenariats noués entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Union africaine, les Communautés économiques régionales, l'Agence des États-Unis pour le développement international, l'Agence canadienne pour le Développement international, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et beaucoup d'autres institutions ont activement contribué aux progrès réalisés.

252. De nombreux autres facteurs ont facilité la mise en œuvre des programmes dans la Région au cours de la période biennale. Au nombre de ces facteurs, l'on peut citer : la collaboration étroite entre les différents partenaires et l'OMS aux niveaux national et mondial; la collaboration entre le Siège, le Bureau régional et les bureaux de pays; le dévouement du personnel; l'esprit positif imprimé par la Direction du Bureau régional; et le puissant esprit d'équipe et d'entraide qui anime le personnel de l'OMS. L'amélioration des ressources humaines et la responsabilisation du personnel, à tous les échelons, ont également facilité l'exécution des activités.

253. Divers autres facteurs ont aussi facilité l'obtention de résultats. Au nombre de ces facteurs, l'on peut citer la communication établie en temps utile avec les pays grâce au réseau privé mondial; l'assimilation progressive, par le personnel de l'Organisation, de l'approche de gestion fondée sur les résultats; l'essor de la gestion fondée sur les résultats et de la formation au Système de gestion des activités, dispensée au personnel d'appui administratif; ainsi que l'appui et l'engagement vigoureux de la Direction.

Facteurs défavorables

254. Certaines contraintes ont entravé la mise en œuvre du Budget Programme 2004–2005 dans la Région africaine. Bien qu'on ait disposé en 2004–2005 de plus de crédits qu'en 2002–2003, les activités menées dans la Région ont été largement tributaires de fonds provenant d'autres sources. L'insuffisance des moyens humains au niveau national a retardé les réactions et la mise en œuvre des activités dans certains pays. Des situations d'urgence et des catastrophes naturelles ont également entravé l'exécution de certaines activités.

255. L'un des grands défis de la gestion du programme dans la Région africaine consiste à instiller une culture de gestion fondée sur les résultats, reposant sur des processus uniformes et cohérents de planification, de mise en œuvre, de suivi et de soumission de rapports. Il reste encore à intégrer les stratégies de coopération avec les pays, élaborées dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays, aux plans stratégiques et opérationnels qui existent au niveau des pays, ce qui constitue une mission à la fois nouvelle et difficile pour l'OMS.

256. Parmi les autres facteurs défavorables, il y a lieu de citer l'insuffisance des moyens humains et financiers pour toutes les activités, et notamment pour l'évaluation ; le manque d'intégration des systèmes d'information dans l'ensemble de l'Organisation, y compris l'absence d'un système financier intégré et interactif reliant le Bureau régional aux bureaux de pays ; et les retards dans la diffusion des documents d'orientation à l'échelle mondiale. On s'attend à ce que la mise en place du Système global de gestion s'attaque à ce problème en 2007. En raison du partage des fonctions financières entre Harare et Brazzaville, un autre défi a été d'assurer des services comptables et financiers à partir de ces deux pôles.

PERSPECTIVES

257. Pendant la prochaine période biennale, 2006–2007, l'activité de l'OMS dans la Région africaine continuera de s'inspirer des *Orientations stratégiques de l'Action de l'OMS dans la Région africaine 2005–2009*. L'accent sera donc mis sur le renforcement des bureaux de pays de l'OMS; le renforcement et l'extension des partenariats pour la santé; l'appui à la planification et à la gestion des systèmes de santé de district; la promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles pour résoudre les problèmes de santé prioritaires; et le renforcement de la sensibilisation et de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

258. Plus particulièrement, des moyens humains et financiers suffisants seront affectés aux systèmes d'information sanitaire ; des efforts concertés seront déployés pour entreprendre des études et en diffuser les résultats, en étroite collaboration avec des homologues des ministères de la santé ou de ministères connexes. Des mécanismes seront mis en place pour favoriser l'utilisation des données factuelles de la recherche dans la prise de décisions politiques, sensibiliser les gouvernements à la nécessité d'affecter au moins 2 % des budgets nationaux de la santé à la recherche en santé, conformément à la recommandation du Sommet de Mexico, et améliorer l'impact des centres collaborateurs de l'OMS.

259. L'OMS appuiera l'accélération des efforts de prévention de l'infection à VIH et intensifiera également la prévention, le traitement et les soins, afin d'instaurer l'accès universel. La base d'informations stratégiques sera également renforcée pour s'assurer que les interventions reposent sur des bases factuelles. Les partenariats seront renforcés à tous les niveaux pour élargir la collaboration à l'extérieur du secteur de la santé. En ce qui concerne la lutte antituberculeuse, on s'attachera à promouvoir un accès universel à des services DOTS de qualité. Il s'agira notamment de renforcer rapidement les initiatives de développement de la stratégie DOTS et plus particulièrement des partenariats public-privé, ainsi que des initiatives de soins antituberculeux communautaires dans les 34 pays de la Région fortement touchés par la tuberculose. On favorisera aussi une intensification des interventions dirigées à la fois contre la tuberculose et le VIH. Pendant l'exercice 2005–2007, la lutte antipaludique tendra principalement à soutenir la fourniture équitable de modules d'intervention complets, à maximiser les fonctions complémentaires et à cibler les groupes vulnérables.

260. Les pays continueront de bénéficier d'un appui pour pérenniser les acquis d'une couverture élevée par la vaccination systématique. L'action de plaidoyer doit être poursuivie afin que les activités du PEV disposent d'un financement suffisant. Les efforts de renforcement des capacités se poursuivront pour que soit maintenue une surveillance épidémiologique de grande qualité. Il sera important de faire campagne pour que gouvernements et partenaires restent décidés à éradiquer la poliomyélite et à accélérer les efforts de lutte contre cette maladie.

261. Un appui sera fourni aux pays pour les aider à : mettre pleinement en œuvre la Déclaration de Genève sur l'éradication de la dracunculose; éliminer la lèpre au niveau national; achever la cartographie de la filariose lymphatique; nouer ou renforcer les partenariats concourant à une exécution durable des programmes; mettre en œuvre la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la surveillance de l'ulcère de Buruli et se doter d'une stratégie de lutte contre l'ulcère de Buruli dans la Région; mettre en œuvre les résolutions du Comité régional relatives à la trypanosomiase humaine africaine; et intensifier ou accélérer les programmes de déparasitage en milieu scolaire.

262. En ce qui concerne les maladies non transmissibles, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique continuera à aider les pays à entreprendre des enquêtes STEPS et à en utiliser les données pour la promotion et l'action; à aider les pays à entreprendre des recherches sur les incidences socioéconomiques des maladies non transmissibles, afin d'en révéler l'importance hors du secteur sanitaire; et à donner la priorité aux interventions de prévention primaire dans les pays. Le Bureau régional désignera également des points focaux dans les ministères de la santé en vue d'assurer une meilleure gestion des questions de santé mentale et de toxicomanie. L'OMS aidera les États Membres à s'atteler à la mise en œuvre systématique d'interventions efficaces telles que la limitation de la vitesse sur les routes, l'interdiction de la conduite en état d'ébriété, et le port obligatoire de la ceinture de sécurité et du casque cycliste.

263. L'OMS continuera de s'employer à fédérer les partenaires autour de l'objectif commun de réduction de la mortalité infanto-juvénile. En outre, elle aidera les pays à mettre en place des structures de débat sur les problèmes de santé maternelle, néonatale et infantile, qui favoriseront la continuité des soins tout en renforçant la fourniture de services au niveau communautaire, dans le souci d'améliorer l'accès et la couverture. Tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'OMS, on favorisera la conclusion de partenariats solides, associant entre autres les communautés, afin d'offrir aux pays une approche globale et un soutien coordonné dans la mise en œuvre de la Feuille de route et l'intensification d'interventions de premier plan pour la santé maternelle, néo-natale et infantile. Un appui constant sera fourni aux États Membres pour le lancement de la Stratégie pour la santé de la femme; l'ingégration de la problématique hommes-femmes dans les politiques et programmes de santé; et l'accélération de l'élimination des mutilations sexuelles féminines. L'OMS continuera également d'aider les États Membres à élaborer et à appliquer des politiques et des stratégies tendant à atténuer les effets de la malnutrition sur les mères et les enfants, notamment en cherchant à satisfaire les besoins nutritionnels tout au long de l'existence.

264. L'OMS continuera de fournir un appui technique aux pays pour ce qui est de la santé et du développement, dans le contexte des documents nationaux de stratégie pour la réduction de la pauvreté, des approches sectorielles et des Objectifs du Millénaire pour le Développement, et en faisant de la couverture universelle, de l'équité, des droits humains et des déterminants sociaux de la santé, les principaux moyens de réaliser les OMD. L'Organisation continuera de faire campagne en faveur de la salubrité des aliments et de renforcer les capacités dans ce domaine; d'aider à la révision des législations sur les aliments et à la préparation de plans d'action nationaux; d'inciter à l'application des normes du Codex et à la participation aux activités du Codex; et d'appuyer la promotion de l'éducation des consommateurs.

265. La bonne exécution des programmes techniques de l'OMS dans les pays dépend en partie de la fourniture efficace de services d'appui. Afin de fournir rapidement un appui de qualité aux pays, la décision a été prise de décentraliser certaines des fonctions du Bureau régional en les confiant à des équipes interpays. Ces équipes fourniront un appui technique aux pays, tout en s'acquittant des fonctions administratives qui leur auront été dévolues.

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

ÉLIMINATION DE LA LÈPRE DANS LA RÉGION AFRICAINE

266. À sa quarante-quatrième session, le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC44/R5/Rev.1 priant le Directeur régional d'axer les activités sur le renforcement de la lutte contre la lèpre dans les dix pays les plus endémiques en assurant la formation à la prise en charge au niveau du district à l'aide de modules de formation; en mettant au point des outils de suivi et d'évaluation; en fournissant un appui direct en termes de consultants; en encourageant les ONG à maintenir leur appui financier aux programmes; et en œuvrant à la promotion de systèmes de santé susceptibles de renforcer les capacités dans les États Membres.

267. Par la suite, en novembre 1999, la Conférence internationale sur l'élimination de la lèpre, tenue à Abidjan (Côte d'Ivoire), a recommandé l'année 2005 comme cible de l'élimination de la lèpre au niveau national dans tous les États Membres. L'élimination de la lèpre est définie comme la réduction du taux de prévalence à 1 cas pour 10 000 habitants.

268. Au cours de la période biennale 2004–2005, les efforts ont été concentrés sur la réalisation de l'objectif de l'élimination de la lèpre au niveau national dans tous les États Membres. Des stratégies et des interventions ont été élaborées dans les dix pays les plus endémiques pour renforcer et intégrer les activités d'élimination de la lèpre au niveau du district; intensifier les activités de mobilisation sociale pour changer la perception de la lèpre au sein des communautés, afin de couvrir les «poches de lèpre» restantes; élaborer, mettre en œuvre et évaluer un plan d'intensification de l'élimination de la lèpre et des interventions innovantes dans tous les pays qui n'ont pas encore atteint l'objectif de l'élimination; et de procéder à un large suivi de l'élimination de la lèpre pour vérifier les réalisations au niveau national.

269. Plus de 80 % des activités prévues ont été mises en œuvre, avec beaucoup d'efficacité et d'efficience, dans tous les pays ciblés et ont abouti aux principaux résultats résumés au tableau 2.

Tableau 2 : Situation de la lèpre dans la Région africaine au début de 2005*

| Indicateurs | Nombre de cas | Taux de prévalence et proportions |
|--|---------------|-----------------------------------|
| Prévalence | 43 764 | 0,63 cases per 10 000 |
| Détection | 45 161 | 6,54 cases per 100 000 |
| Nouveaux cas MB** | 31 452 | 69,64 % |
| Nouveaux cas avec incapacité de 2 ^e degré | 4538 | 10,05 % |
| Nouveaux cas (touchant des femmes) | 10 076 | 22,31 % |
| Nouveaux cas (touchant des enfants) | 4346 | 9,62 % |
| Rechute | 447 | |
| Ratio prévalence/détection | | 0,96 |

*Source : Rapport annuel 2004 compilé à partir de données reçues des ministères de la santé de 39 États Membres de la Région africaine de l'OMS.

**MB : *Mycobacterium leprae*

270. L'objectif de l'élimination de la lèpre a été consolidé au niveau régional et la prévalence a été réduite de 0,91 à 0,63 pour 10 000 personnes. Six pays ont atteint l'objectif de l'élimination au début de 2005. À la fin de la même année, quatre autres pays (Angola, République centrafricaine, Comores et Guinée) avaient atteint l'objectif de l'élimination. Au total, 42 pays ont jusque-là atteint l'objectif de l'élimination de la lèpre.

271. Un certain nombre de facteurs ont facilité la mise en œuvre de la résolution; il s'agit, entre autres, du ferme engagement politique au niveau national dans tous les États Membres; de la disponibilité de la polychimiothérapie à titre gratuit; et du renforcement des partenariats avec les ONG intervenant dans la lutte contre la lèpre. Au nombre des contraintes, figurent l'insécurité et la difficulté d'accès dans de nombreux districts, la faible couverture par les services de santé, le faible niveau de collaboration, le report fréquent des activités dans certains pays, et la diminution des allocations budgétaires.

272. À la fin 2005, malgré les réalisations notables enregistrées dans la Région, quatre pays (République démocratique du Congo, Madagascar, Mozambique et Tanzanie) avaient encore une forte prévalence de la lèpre. Les États Membres de la Région africaine doivent maintenir leur engagement politique en faveur de l'élimination de la lèpre et soutenir les activités visant l'élimination de la lèpre. Le Directeur régional entend proposer une stratégie pour pérenniser les acquis de la lutte antilépreuse, après l'atteinte de l'objectif de l'élimination.

SANTÉ ET ENVIRONNEMENT : STRATÉGIE DE LA RÉGION AFRICAINE

273. Le Comité régional, par sa résolution AFR/RC52/R3, a demandé au Directeur régional de renforcer la capacité de l'OMS à apporter un appui technique efficace aux États Membres pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques sur la santé et l'environnement, et d'apporter un appui pour renforcer la capacité des pays à mettre en œuvre des programmes et plans d'action et à en assurer le suivi.

274. Le domaine d'activité Santé et environnement du Bureau régional a été élargi, et ses capacités ont été renforcées pour couvrir des domaines tels que l'écologie et la gestion des vecteurs. Au total, quatre centres collaborateurs ont été désignés et deux autres sont sur le point d'être établis. Le budget de ce domaine d'activité a été augmenté.

275. Un appui technique a été fourni aux pays pour les aider à élaborer et à actualiser leurs politiques nationales de salubrité de l'environnement. Onze pays ont achevé ce processus et dix sont sur le point de le faire. Un appui technique est actuellement fourni aux pays pour leur permettre de renforcer leurs capacités dans des secteurs particuliers de programmes tels que le traitement de l'eau et le contrôle de sa qualité, la gestion de la pollution de l'air et des déchets. La promotion de l'exécution intégrée des activités, dans un cadre de vie sain et un environnement favorable à la santé de l'enfant, s'est poursuivie. Un plan stratégique quadriennal (2006–2009) a été élaboré pour servir de cadre complet et cohérent de mise en œuvre de la stratégie régionale.

276. En dépit des progrès réalisés, il ne sera possible d'accélérer la mise en œuvre de la résolution que si les autorités nationales réorganisent les services relatifs à la santé et à l'environnement, et mettent en place des mécanismes intersectoriels efficaces de coordination au niveau national.

PAUVRETÉ ET SANTÉ : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE

277. Le Comité régional, à sa cinquante-deuxième session, a adopté la résolution AFR/RC52/R4 priant instamment le Directeur régional de fournir un appui technique aux États Membres pour l'élaboration des politiques et programmes nationaux de santé visant à réduire la pauvreté; d'accroître, par le biais d'établissements de formation, l'appui aux professionnels nationaux dans le domaine de la santé et du développement afin de renforcer leurs capacités d'analyse, de suivi et d'évaluation des politiques; et d'aider à mobiliser des ressources supplémentaires pour la mise en œuvre de cette stratégie.

278. Certains pays ont bénéficié d'un appui technique pour élaborer ou améliorer la composante santé de leurs documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté. D'autres ont bénéficié d'un appui financier pour mettre en œuvre des programmes de réduction de la pauvreté et de promotion de la santé à base communautaire. D'autres encore ont aussi bénéficié d'un appui financier pour mener des études ou des revues sur l'accès des pauvres aux services de santé, le financement public de la santé et les dépenses publiques de santé en faveur des pauvres, y compris les approches sectorielles, les problèmes d'équité et les frais médicaux payés par les pauvres. Le Comité consultatif africain sur la santé et la pauvreté, composé d'experts et mis en place pour conseiller le Directeur régional sur les questions de santé et de pauvreté, a tenu une réunion à Brazzaville en décembre 2004. Le Comité a révisé et finalisé deux séries de lignes directrices, l'une pour l'intégration des questions de pauvreté et de santé dans les plans stratégiques nationaux du secteur de la santé et les stratégies de réduction de la pauvreté, et l'autre pour la conception de systèmes de suivi et d'évaluation de la pauvreté.

279. Un partenaire a été identifié pour collaborer avec la Région africaine dans le domaine de la pauvreté et de la mauvaise santé. Il a bénéficié d'un pré-investissement et son programme d'enseignement a été évalué. En outre, un module de formation dans le domaine de la pauvreté et de la santé a été élaboré. Ce module a été utilisé lors d'un atelier sur les bases factuelles à l'appui de la prise de décisions.

280. Le programme Pauvreté et mauvaise santé collabore avec les programmes du Bureau régional, dans les domaines de la salubrité de l'environnement et de la salubrité des aliments, en vue de préparer des propositions pour la mobilisation de ressources.

281. Un rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie régionale a été présenté à la cinquante-cinquième session du Comité régionale tenue à Maputo en 2005. Toutefois, il convient d'envisager de prolonger la période de soumission de rapports sur les progrès réalisés dans la lutte contre la pauvreté au-delà de la cinquante-cinquième session du Comité régional, tel que requis par la résolution AFR/RC52/R4. Cela s'avère nécessaire, car la pauvreté demeure un problème sérieux et les partenaires au développement sont encore disposés à appuyer les activités de réduction de la pauvreté. Malheureusement, pour diverses raisons, y compris le manque de ressources, seuls quelques pays ont intégré la pauvreté et la santé dans leurs plans d'action. En outre, il est nécessaire de s'assurer que la composante santé tient effectivement compte des besoins des pauvres dans les pays. À cette fin, le programme Pauvreté et mauvaise santé du Bureau régional continuera de fournir un appui aux pays qui en feront la demande.

MACROÉCONOMIE ET SANTÉ : PERSPECTIVES D'AVENIR DANS LA RÉGION AFRICAINE

282. Le Comité régional, par sa résolution AFR/RC53/R1, a prié le Directeur régional de poursuivre le plaidoyer en faveur d'un accroissement des investissements dans le domaine de la santé et de le considérer comme un moyen efficace de réduire la pauvreté et d'accélérer le développement économique; d'aider les pays à renforcer les dispositions institutionnelles en vigueur en vue de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé (CMS); de surveiller et documenter les leçons qui se dégagent de la mise en œuvre des recommandations de la CMS dans différents pays, et de faciliter l'apprentissage mutuel entre pays; et d'apporter un appui aux institutions régionales qui forment des économistes de la santé et font de la recherche en économie de la santé.

283. Le rapport de la CMS a été largement diffusé dans les pays et auprès des divers intervenants. Une page Web a été créée sur l’Intranet du Bureau régional afin d’améliorer le partage des informations et de faciliter le plaidoyer. Les intervenants du Malawi, du Sénégal, du Swaziland et de l’Ouganda ont été sensibilisés à l’importance de la macroéconomie et de la santé, ainsi qu’à la nécessité d’intensifier les interventions présentant un bon rapport coût-efficacité afin d’améliorer l’état de santé des pauvres. Grâce au plaidoyer soutenu qui a été mené, les pays sont maintenant plus conscients de la nécessité de lier les politiques sectorielles à leurs politiques macroéconomiques. De plus, des partenaires au développement tels que la Banque mondiale ont reconnu la nécessité d’allouer davantage de ressources pour développer et fidéliser les ressources humaines pour la santé afin de renforcer les systèmes de santé et de faciliter la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé.

284. Un appui technique a été fourni à neuf pays.⁷² Le Ghana a finalisé son plan d’investissement sanitaire. Le Kenya, le Mozambique, le Sénégal et l’Ouganda ont élaboré des plans d’action. Le Groupe de travail du Rwanda sur la macroéconomie a lié ses activités aux approches sectorielles. L’Ouganda a créé un Groupe de travail sur la macroéconomie et la santé. L’Éthiopie a bénéficié d’un appui pour mener des études sur l’accélération de l’expansion des soins de santé, le paquet minimum de services de santé, la pauvreté et la santé, et les méthodologies d’analyse du coût unitaire des services de soins de santé, et pour préparer les termes de référence d’une étude des coûts unitaires.

285. Un rapport complet, résumant les expériences des pays et les enseignements tirés de la mise en œuvre des recommandations de la CMS, a été publié et diffusé. Le rapport contient les contributions des pays, notamment celles du Ghana, du Rwanda et du Sénégal.

286. Le Comité consultatif africain sur l’économie de la santé a été créé pour conseiller le Directeur régional sur les stratégies de renforcement des capacités en économie de la santé dans la Région africaine. Lors de sa réunion inaugurale tenue en novembre 2004, le Comité a élaboré un plan pour l’économie de la santé dans la Région africaine de l’OMS, 2006–2015. Des efforts sont en cours pour mobiliser un appui financier en faveur de la mise en œuvre du plan stratégique.

287. En dépit des efforts déployés jusqu’à présent, le pré-investissement en faveur des pays désireux de mettre en œuvre les recommandations de la CMS demeure insuffisant. En outre, les pays sont confrontés à l’insuffisance des capacités techniques, au faible niveau de plaidoyer et de sensibilisation, à la multiplicité des processus et au manque de clarté sur les liens entre les divers processus.

288. Des efforts sont déployés actuellement pour engager les partenaires internationaux et plaider en faveur de l’allocation de ressources accrues au secteur de la santé. En outre, les ministères de la santé bénéficieront d’un appui pour renforcer la composante santé des stratégies de réduction de la pauvreté; mener un plaidoyer efficace et participer aux actions intersectorielles et au débat sur les politiques macroéconomiques; et plaider pour que ce débat couvre les dimensions sociales et que des ressources soient allouées aux domaines prioritaires.

⁷² Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Sénégal et Swaziland.

RENFORCEMENT DU RÔLE DES HÔPITAUX DANS LES SYSTÈMES NATIONAUX DE SANTÉ DE LA RÉGION AFRICAINE

289. Le Comité régional, par sa résolution AFR/RC53/R2, a prié le Directeur régional d'apporter un appui approprié aux pays dans leurs initiatives de renforcement des hôpitaux; et de mettre en place un comité d'experts régionaux, chargé de donner des orientations techniques sur le renforcement des hôpitaux.

290. L'OMS et les autres partenaires au développement ont fourni un appui technique à dix pays pour améliorer la performance de leurs hôpitaux : i) en élaborant leurs politiques hospitalières nationales (Madagascar, Ouganda); ii) en entreprenant des réformes hospitalières et en élaborant des plans stratégiques (Cameroun, Niger); iii) en renforçant les systèmes d'information sanitaire (Namibie, Seychelles); iv) en mettant au point un ensemble de soins de santé au niveau de l'hôpital général (Mauritanie); v) en mettant en place des processus d'établissement de l'autonomie hospitalière (Malawi); et vi) en renforçant le rôle de gestion des hôpitaux (Bénin, Éthiopie).

291. Le Bureau régional a participé à la conduite d'études pilotes sur diverses questions telles que l'amélioration de l'efficacité, les progrès techniques et la croissance de la productivité dans les hôpitaux municipaux (Angola); l'efficacité technique des hôpitaux et centres de santé de district publics (Ghana); l'évaluation de l'efficacité des centres de santé publics (Kenya); l'efficacité des hôpitaux de district (Namibie), et l'efficacité technique des unités sanitaires périphériques dans le district de Pujehun, en Sierra Léone. Le Bureau régional a effectué une analyse de la situation des comités nationaux de recherche sur la bioéthique dans la Région africaine.

292. Le Bureau régional prépare actuellement divers outils pour recenser les activités en cours dans le secteur hospitalier. Ces outils permettront d'identifier les lacunes, de consolider les bonnes pratiques existantes et de collecter des informations pour asseoir les réformes sur des bases factuelles.

293. Un groupe d'experts a été identifié pour organiser une série de réunions consultatives sur le renforcement des hôpitaux. La première réunion se tiendra à Brazzaville du 16 au 21 octobre 2006. Elle s'attellera à trouver les voies et moyens d'accélérer la mise en œuvre des mesures visant à renforcer le rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé.

SANTÉ DE LA FEMME : STRATÉGIE DE LA RÉGION AFRICAINE

294. Le Comité régional, par sa résolution AFR/RC53/R4, a prié le Directeur régional de fournir aux États Membres un appui technique pour l'élaboration de politiques et la mise en œuvre de conventions et déclarations adoptées en vue d'atteindre les objectifs internationaux relatifs à la santé de la femme; de poursuivre le plaidoyer en faveur d'une approche stratégique de la réduction de la morbidité et de la mortalité chez les femmes, incluant les interventions efficaces de l'Initiative pour une maternité sans risque, des plans régionaux pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines et d'autres pratiques traditionnelles nocives, la prévention de la violence et l'éducation des fillettes; de mobiliser les gouvernements, les institutions des Nations Unies, les ONG et d'autres parties prenantes afin qu'ils organisent des colloques, conférences et ateliers qui replacent la santé de la femme au centre du programme de développement national; d'appuyer les institutions publiques et privées et les experts nationaux pour qu'ils fassent des recherches sur les priorités dégagées et documentent les résultats et les meilleures pratiques à l'intention des États Membres en vue d'une application intégrale des approches rentables qui permettront d'améliorer la santé de la femme; et de poursuivre l'engagement de l'OMS à incorporer les questions relatives au genre dans les politiques et programmes.

295. L'Éthiopie, le Ghana et le Nigeria ont présenté, avec l'appui de l'OMS, un rapport sur la section santé de la femme de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Le Mozambique a révisé la mise en œuvre des services de santé sexuelle et génésique, et la République démocratique du Congo, la Guinée et le Libéria ont mené des activités de prévention et de gestion de la violence sexuelle et de la violence sexospécifique. En 2005, l'OMS a évalué l'accès des femmes à des services de santé de bonne qualité dans cinq pays (Botswana, Lesotho, Malawi, Swaziland et Zambie), et l'outil d'évaluation a été révisé à la lumière des résultats.

296. En décembre 2004, 18 pays⁷³ avaient élaboré leurs profils nationaux de santé de la femme, avec le concours d'équipes de recherche mises en place au niveau national et comprenant des experts venant d'institutions diverses. Au cours de la période biennale, les pays ont célébré trois grandes journées internationales⁷⁴ sur des thèmes relatifs aux femmes. En 2004, le Nigeria a élargi son programme d'alphabétisation fonctionnelle des femmes en vue de promouvoir la santé par le microcrédit et l'éducation sanitaire dans 11 États.

297. En octobre 2005, six communautés économiques régionales⁷⁵ ont bénéficié de l'appui technique de l'OMS pour intégrer la problématique hommes-femmes et la santé dans leurs activités. Un protocole d'accord a été signé par quatre grandes institutions⁷⁶ œuvrant à l'élimination de toutes les formes de violence, y compris les MSF et les autres pratiques néfastes. L'Union interparlementaire africaine s'est réunie en décembre 2005 et a abordé les questions relatives à la violence à l'égard des femmes et à l'élimination des MSF. La réunion a décidé de promouvoir l'éradication des MSF au cours de la prochaine génération. Six partenaires⁷⁷ ont accepté de collaborer à l'accélération de l'élimination des MSF dans le contexte du droit fondamental de la femme à la santé et à la vie.

298. Le Ghana, la Guinée et la Tanzanie ont entrepris la recherche sur les déterminants sociaux des MSF. Des groupes de travail pluridisciplinaires sur les MSF ont été créés dans dix pays⁷⁸, et une base de données sur les MSF a été mise en place au titre du domaine d'activité Santé de la femme. Une évaluation des cinq années de mise en œuvre du Plan d'action régional pour accélérer l'élimination des MSF en Afrique a été effectuée dans 15 pays.⁷⁹ L'évaluation a montré que tous les pays avaient lancé des activités pour éliminer les MSF et que certains pays enregistraient déjà une baisse de la prévalence des MSF. Six pays⁸⁰ ont formé un groupe restreint de professionnels à la prévention et à la gestion des MSF, en se servant des manuels de formation de l'OMS.

299. En collaboration avec le Siège et le Centre de l'OMS établi à Kobe, un noyau de 40 grands indicateurs tenant compte des sexospécificités a été identifié pour être testés sur le terrain en Tanzanie. Un groupe d'experts de cinq pays (Éthiopie, Rwanda, Tanzanie, Ouganda et Zimbabwe) a révisé les plans d'action de ces pays pour intégrer la problématique hommes-femmes dans leurs programmes de santé.

⁷³ Afrique du Sud, Algérie, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Ghana, Lesotho, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, République démocratique du Congo, Seychelles, Tanzanie et Zimbabwe.

⁷⁴ Journée internationale de la Femme (8 mars), Journée internationale de Tolérance, zéro des MSF (6 février) et Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes (25 novembre).

⁷⁵ OOAS, COMESA, CEDEAO, NEPAD, CEA, ONU/SIDA et Union africaine.

⁷⁶ L'Organisation mondiale de la Santé par son Bureau régional pour l'Afrique; le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance par son Bureau régional pour l'Afrique occidentale et centrale (WCARO); le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) par sa Division africaine, et le Comité interafricain (IAC) sur les pratiques traditionnelles néfastes pour la santé des femmes et des enfants.

⁷⁷ USAID, FNUAP, UNICEF, Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles néfastes (IAC), le Conseil pour la population et Tostan.

⁷⁸ Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Kenya, Mali, Niger, République démocratique du Congo, Tanzanie et Tchad

⁷⁹ Burkina Faso, Cameroun, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Niger, Nigeria, République démocratique du Congo, Sénégal, Tanzanie et Tchad.

⁸⁰ Burkina Faso, Éthiopie, Ghana, Mali, Nigeria et Tanzanie.

300. Parmi les contraintes liées aux interventions en faveur de la santé de la femme, figurent l'insuffisance des ressources humaines et financières et le manque de culture de la recherche. L'utilisation d'indicateurs choisis pour contrôler la mise en œuvre des activités est indispensable pour atteindre les OMD.

SALUBRITÉ DES ALIMENTS ET SANTÉ : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES

301. Le Comité régional, par sa résolution AFR/RC53/R5, a prié le Directeur régional de poursuivre le plaidoyer en faveur de l'intention de la salubrité des aliments aux stratégies et objectifs nationaux de développement; de fournir un appui technique pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de législations relatives à la salubrité des aliments; de promouvoir la recherche et la surveillance concernant la salubrité des aliments; et de renforcer la collaboration avec les autres partenaires internationaux et les organismes concernés afin que les décisions sur la salubrité des aliments et les questions de santé liées aux nouvelles technologies, y compris aux aliments génétiquement modifiés, reposent sur des bases scientifiques.

302. Le plaidoyer a été entrepris par la création de réseaux, l'organisation et la participation à des forums sur la salubrité des aliments, ainsi que la préparation de notes d'information sur des questions d'actualité relatives à la salubrité des aliments, à l'intention des États Membres, de l'Union africaine et des groupements régionaux. Plusieurs matériels d'information et de plaidoyer sur la salubrité des aliments ont été élaborés et diffusés. La publication d'un bulletin régional et la collecte d'informations auprès des pays pour documenter les activités nationales relatives à la salubrité des aliments ont été lancées. Des notes d'information ont été préparées et communiquées aux États Membres, aux groupements régionaux et à l'Union africaine.

303. L'OMS, en collaboration avec la FAO, a créé le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) en vue de la diffusion rapide des informations destinées à protéger la santé publique. Sept notes ont été publiées par l'INFOSAN, la plus récente traitant de la souche HRN1 du virus de la grippe aviaire. Une autre publication, INFOSAN Urgence, consacrée aux situations d'urgence liées à la salubrité des aliments, a donné l'alerte sur *Salmonella agona* dans les préparations en poudre pour nourrissons, en décembre 2004, ce qui a permis de retrouver et de retirer les produits indexés dans certains pays de la Région. Le Deuxième Forum mondial des responsables de la sécurité sanitaire des aliments s'est tenu en 2004 et a réuni 32 pays; ceux-ci ont également tenu des réunions parallèles avec l'OMS afin de discuter de questions relatives à la salubrité des aliments en Afrique. La première Conférence panafricaine sur la salubrité des aliments a été conjointement organisée par l'OMS et la FAO en 2005. Elle a réuni plus de 185 participants venant de 45 États Membres et a adopté une résolution recommandant un plan stratégique quinquennal en neuf points pour la salubrité des aliments en Afrique, pour adoption par les institutions des Nations Unies s'occupant de l'alimentation et de la santé et par l'Union africaine. Des fonds sont actuellement mobilisés pour la mise en œuvre de cette résolution.

304. Un certain nombre de pays ont bénéficié d'un appui technique pour renforcer l'application du droit alimentaire. Un guide régional a été préparé pour l'élaboration et l'application du droit alimentaire.

305. Deux cours de formation sur la surveillance des toxi-infections alimentaires ont été organisés, dans le cadre des activités générales de surveillance, d'isolement et d'identification des micro-organismes présents dans les aliments (Global Salm-Surv). Un guide régional de contrôle microbiologique des aliments a été préparé. Un appui technique a été fourni au Bénin, à la République du Congo, à la Gambie et aux Seychelles pour renforcer le contrôle microbiologique des aliments. Le Système mondial de surveillance continue de l'environnement/Programme de surveillance et d'évaluation de la contamination des produits alimentaires a été introduit dans six pays. Un appui

technique a été fourni pour l'étude et la maîtrise de plusieurs toxi-infections alimentaires, y compris la flambée d'aflatoxicose aiguë au Kenya. Le Bureau régional a organisé une consultation en 2005 et publié un rapport et des documents scientifiques pour sensibiliser davantage le public à l'importance des aflatoxines pour la santé publique, ainsi qu'à la nécessité de les prévenir et de les maîtriser par des activités de surveillance.

306. Des partenariats plus solides ont été noués avec les organisations internationales, notamment la FAO et l'ONUDI, dans le cadre de divers projets de collaboration en faveur de la salubrité des aliments. La mise en place du Fonds fiduciaire du Codex a amélioré la participation des États Membres à l'établissement des normes internationales. Au total, 28 pays ont bénéficié d'un appui du Fonds fiduciaire du Codex pour assister à un certain nombre de réunions du Codex. Le Bureau régional a participé aux efforts d'établissement des normes internationales de la Commission du Codex Alimentarius et a fourni un appui technique à la CCAFRICA pour élaborer une stratégie d'amélioration des systèmes d'inspection des aliments. La CCAFRICA a discuté de la résolution de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur *Enterobacter sakazakii* et les autres micro-organismes présents dans les préparations en poudre pour nourrissons. La recommandation de mener des recherches pour produire des données spécifiques à l'Afrique sera appliquée en 2006–2007. En 2005, l'ONUDI, la FAO et l'OMS ont organisé un cours sur la biosécurité, à l'intention des États Membres. Le rapport du Siège de l'OMS, *Biotechnologie alimentaire moderne, santé humaine et développement*, a été distribué en 2005.

307. La sensibilisation accrue, la volonté politique et les partenariats ont facilité la mise en œuvre de la résolution. La principale contrainte a été l'insuffisance des ressources financières.

REPLACER LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES SERVICES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION : CADRE POUR ACCÉLÉRER L'ACTION, 2005–2014

308. Le Comité régional, par sa résolution AFR/RC54/R2, a prié le Directeur régional de continuer à plaider en faveur d'une approche stratégique de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, et à insister sur le rôle essentiel de la planification familiale à cet égard; de fournir une assistance technique aux États Membres pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du cadre en vue de replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction; et d'élaborer des lignes directrices appropriées pour permettre aux États Membres de plaider en faveur du cadre et d'accélérer sa mise en œuvre.

309. Le Cadre pour accélérer l'action 2005–2014 a été bien accueilli par les gouvernements et les partenaires en tant qu'outil permettant de renforcer les services de planification familiale dans le contexte de la Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales. Les responsables de programmes de santé de la reproduction de tous les 46 États Membres ont reçu des orientations sur le Cadre. Celui-ci a été imprimé et distribué à tous les pays.

310. Une conférence régionale à laquelle ont pris part 23 pays⁸¹ a été organisée en février 2005 par l'OMS, l'USAID, Advance Africa, AWARE-RH, POLICY Project, l'OOAS et d'autres partenaires, avec l'appui du Ministère de la Santé du Ghana, afin de redynamiser la planification familiale en rendant le Cadre opérationnel. Un réseau de femmes africaines de 17 pays⁸² a également été créé pour la promotion de la planification familiale. Une autre réunion est prévue à l'intention des pays d'Afrique orientale, d'Afrique centrale et d'Afrique australe, sous réserve de la disponibilité de fonds.

⁸¹ Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Léone, Tchad et Togo.

⁸² Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Madagascar, Mali, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Léone, Tchad, Togo et Tunisie.

311. L'OMS, en collaboration avec l'USAID, a mis au point un outil de plaidoyer en faveur de la planification familiale, à l'usage des pays. L'OMS et le FNUAP ont lancé un programme de partenariat stratégique pour apporter un appui technique aux pays. Grâce au soutien financier fourni par ce programme, les lignes directrices génériques pour la planification familiale ont été actualisées et ont été utilisées par neuf pays.⁸³ Les lignes directrices pour les critères de recevabilité médicale en matière de planification familiale ont été traduites en portugais et imprimées. Les lignes directrices pour la gestion de la logistique des contraceptifs et une série de critères de recevabilité médicale sont en cours de préparation. L'Institut mauricien de la Santé a bénéficié d'un appui pour réviser et actualiser son programme d'enseignement de la planification familiale afin d'y inclure toutes les composantes de la santé générique dans tous les programmes de formation annuels.

312. La principale contrainte liée à l'opérationnalisation du Cadre a été l'insuffisance des fonds pour l'appui aux pays. Il est prévu, entre autres, d'intégrer le Cadre dans les services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES POUR RENFORCER LES SYSTÈMES NATIONAUX D'INFORMATION SANITAIRE

313. Le Comité régional, par sa résolution AFR/RC54/R3, a prié le Directeur régional de fournir une aide aux États Membres pour leur permettre d'exécuter les interventions prioritaires destinées à renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire; de promouvoir les options technologiques qui facilitent la mise en réseau, la communication, la collecte, l'utilisation et la restitution de l'information sanitaire; et de fournir une aide aux pays aux fins de la mobilisation de ressources et du renforcement des capacités en ce qui concerne les systèmes nationaux d'information sanitaire.

314. Un appui a été fourni à neuf pays⁸⁴ pour leur permettre de procéder à une évaluation complète de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire et d'identifier les faiblesses et les besoins en ressources humaines, financières et matérielles. D'autres pays ont bénéficié d'un appui pour réviser et actualiser les indicateurs essentiels de santé; adopter des politiques pour intégrer leurs systèmes nationaux d'information sanitaire dans leurs politiques nationales de santé; et élaborer des plans stratégiques pour renforcer les systèmes d'information sanitaire. La cartographie de la disponibilité des services, à l'aide des systèmes Palm Top, GPS et de la carte sanitaire du Système d'information géographique, a été mise en œuvre dans sept pays⁸⁵ pour garantir une diffusion et une utilisation efficaces des données collectées dans la planification stratégique et les actions quotidiennes.

315. Un système de gestion sanitaire et un entrepôt de données ont été mis en place au Bureau régional pour améliorer la collecte, l'utilisation et la restitution de l'information sanitaire. Le réseau privé mondial a permis aux bureaux de pays de l'OMS et aux divisions du Bureau régional d'actualiser directement les bases de données et d'examiner les analyses, les estimations et les prévisions.

316. Dans le cadre des efforts déployés pour mobiliser des ressources et renforcer les capacités nationales en matière d'information sanitaire, le Réseau de métrologie sanitaire, partenariat innovant lancé à l'échelle mondiale en mai 2005, durant l'Assemblée mondiale de la Santé, a aidé le Bureau régional à organiser trois ateliers à l'intention de 41 pays de la Région. Au nombre des partenaires du réseau, figurent des pays, des institutions multilatérales et bilatérales, des fondations, d'autres partenaires pour la santé et des experts.

⁸³ Afrique du Sud, Bénin, Cameroun, Mozambique, Nigeria, Rwanda, Tanzanie (Zanzibar compris), Zambie et Zimbabwe.

⁸⁴ Botswana, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Ghana, Namibie, Ouganda, Sénégal et Tanzanie.

⁸⁵ Ghana, Kenya, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda et Zambie.

317. Au total, 24 pays ont soumis des propositions au Réseau de métrologie sanitaire, et 20 pays⁸⁶ ont reçu un financement en 2005 pour évaluer leurs systèmes d'information sanitaire, élaborer des plans, mobiliser des ressources, diffuser et utiliser des informations sanitaires pour l'action, et suivre les progrès réalisés dans le renforcement de leurs systèmes d'information. Le montant total de l'appui financier s'élevait à plus de US \$2 millions pour la première année, et à environ US \$500.000 pour la deuxième année.

318. Les pays doivent continuer à mettre en place et à renforcer leurs systèmes nationaux d'information sanitaire, et à accroître les investissements en faveur des systèmes d'information sanitaire, avec le concours du Réseau de métrologie sanitaire.

SANTÉ ET SÉCURITÉ DES TRAVAILLEURS DANS LA RÉGION AFRICAINE : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES

319. Le Comité régional, par sa résolution AFT/RC54/R4, a prié le Directeur régional d'apporter un appui technique à l'élaboration et au renforcement des politiques, des lois et des programmes concernant la santé et la sécurité des travailleurs; de maintenir le dialogue avec l'OIT et solliciter la collaboration et la participation d'autres organisations internationales comme le PNUE et l'ONUDI pour qu'elles fournissent un appui technique aux pays; de promouvoir et d'appuyer la recherche et la surveillance afin d'éclairer les politiques et plans nationaux de mise en œuvre; et d'appuyer la mobilisation des ressources et la mise en place de partenariats pour assurer la santé et la sécurité des travailleurs.

320. Un appui technique a été fourni au Botswana, aux Comores, à la Gambie, à la Namibie et au Swaziland pour élaborer leurs politiques de santé et de sécurité des travailleurs et pour réviser les programmes d'enseignement des institutions de formation. Le Botswana et la Namibie ont achevé l'élaboration de leurs politiques de santé et de sécurité des travailleurs et attendent l'approbation de celles-ci par leurs gouvernements respectifs. St Hélène a bénéficié d'un appui pour promouvoir la formation en ergothérapie. Sept pays⁸⁷ ont reçu des orientations et une formation pour appliquer la résolution et collaborer avec l'OIT en vue de résoudre les problèmes communs identifiés.

321. Afin d'encourager et de soutenir la recherche et la surveillance pour éclairer les politiques et plans de mise en œuvre nationaux, des réunions ont été tenues avec les centres collaborateurs de la Région africaine : Université du Bénin, Université du Cap et Institut national des laboratoires de santé des travailleurs. Des domaines de recherche supplémentaires ont été identifiés. Des tâches ont été assignées à divers centres, en accordant la priorité aux services de santé des travailleurs.

322. Suite au dialogue engagé entre l'OIT et l'OMS en 2003, une Déclaration d'intention sur l'Effort conjoint OMS/OIT pour la santé et la sécurité au travail en Afrique a été signée par l'OIT et les Directeurs régionaux de l'OMS pour l'Afrique et pour la Méditerranée orientale. La signature de la Déclaration d'intention a été suivie de réunions conjointes avec l'OIT au Caire sur l'élaboration d'un profil consolidé des pays; avec l'Afrique du Sud sur l'amélioration de la circulation et de la diffusion de l'information dans les pays et notamment aux lieux de travail; et avec les Seychelles sur le rôle que les inspecteurs du travail doivent jouer pour améliorer la santé et la sécurité des travailleurs.

323. D'autres organisations (SADC, CEDEAO, BAD et ONUDI) ont participé à l'atelier tenu au Bénin pour discuter de la mise en œuvre de la résolution sur la santé et la sécurité des travailleurs.

⁸⁶ Bénin, Cameroun, Comores, République du Congo, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibie, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Sierra Léone, Swaziland, Tanzanie et Zambie.

⁸⁷ Bénin, Botswana, Burkina Faso, Ghana, Nigeria, Ouganda et Zimbabwe.

324. La coopération avec les centres collaborateurs a permis d'identifier les voies et moyens d'améliorer la prestation de services de santé et de sécurité des travailleurs. Le projet d'élimination de la silicose en Afrique du Sud, en Zambie et au Zimbabwe est en bonne voie. En Afrique du Sud et en Tanzanie, un projet pilote sur la prévention des lésions provoquées par des aiguilles a été exécuté, et des projets similaires seront lancés dans d'autres pays de la Région et au-delà. Le projet d'amélioration de la protection contre les produits chimiques sera également exécuté pour lutter contre les lésions et maladies évitables liées aux substances chimiques.

325. La collaboration avec l'OIT a permis d'élaborer des profils consolidés des pays en tant qu'outils de collecte de données et d'informations. Les données et les informations recueillies doivent servir à éclairer la formulation de politiques et l'élaboration de stratégies et de plans de mise en œuvre.

326. Le domaine d'activité s'inscrit également dans le cadre des efforts déployés par les différentes divisions pour contribuer à l'amélioration de la santé, de la sécurité et du bien-être des travailleurs de la Région africaine et des bureaux de pays de l'OMS.

ABUS SEXUELS CONTRE LES ENFANTS : UNE SITUATION D'URGENCE SANITAIRE SILENCIEUSE

327. Le Comité régional, par sa résolution AFT/RC54/R6, a prié le Directeur régional de continuer à exercer son rôle de chef de file et de sensibilisation pour favoriser l'intégration de la prévention, des soins et de la prise en charge des cas d'abus sexuels contre les enfants; de fournir un soutien technique aux États Membres pour qu'ils présentent des rapports sur la mise en œuvre des conventions et traités des Nations Unies qu'ils ont ratifiés au sujet des abus et de l'exploitation à des fins sexuelles auxquels sont soumis les enfants; d'appuyer les États Membres dans les efforts fournis pour adapter le programme d'action relatif aux abus sexuels contre les enfants en vue de son exécution aux niveaux national et infra-national; de mobiliser des ressources et d'encourager la création de partenariats avec les institutions spécialisées des Nations Unies, en particulier l'UNICEF, l'UNESCO et l'UNIFEM, pour la mise en œuvre de ce programme d'action, y compris la mise en place de centres spécialisés de soins aux enfants et de surveillance dans la communauté.

328. Afin de renforcer le plaidoyer en faveur de la prévention des abus sexuels contre les enfants, une consultation régionale de haut niveau sur la violence envers les enfants s'est tenue à Bamako (Mali) en mai 2005, à l'intention de l'Afrique occidentale et centrale. Elle a enregistré la participation de 24 pays africains. La consultation a permis de se faire une idée de l'ampleur, des causes et des conséquences de la violence envers les enfants. Elle a formulé une recommandation claire et précise qui a abouti à la conduite de l'Étude mondiale sur la violence à l'égard des enfants. Les déclarations des médias d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale ont éclairé le Réseau d'alerte précoce dans ses efforts pour combattre et surveiller la violence à l'égard des enfants.

329. Un atelier de renforcement des capacités, axé sur la Convention relative aux droits de l'enfant, a été organisé à l'intention de 20 membres du personnel du Bureau régional et des bureaux sous-régionaux et de pays travaillant dans le domaine d'activité Santé de l'enfant et de l'adolescent. Il couvrait, entre autres, les questions liées à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, les besoins essentiels des enfants, les normes, la violence à l'égard des enfants et les abus sexuels contre les enfants. Une attention particulière a été accordée aux enfants de la rue, aux enfants soldats, à la prostitution des mineurs et au trafic des enfants, tous phénomènes considérés comme de graves violations de la Convention. Le Cameroun, la Gambie et le Lesotho ont participé à l'atelier et ont intégré l'approche fondée sur les droits dans la planification et la mise en œuvre de leurs programmes nationaux. Au moins 25 nationaux ont été formés au Lesotho à l'application des principes de la Convention et à l'analyse de l'avant-projet de politique de santé sexuelle et génésique de l'adolescent.

330. Le module de formation de l'OMS «Travailler avec les enfants de la rue» a été utilisé par des ONG dans neuf pays.⁸⁸ Cette formation a été dispensée aux personnes s'occupant des enfants de la rue. Le programme régional de lutte contre les abus sexuels contre les enfants a favorisé la riposte à cette situation d'urgence silencieuse en déclenchant le plaidoyer pour améliorer la visibilité du problème, mettre en place un programme d'action cohérent et faciliter la mobilisation des ressources pour aider les pays à mettre en œuvre les interventions appropriées.

331. L'OMS a pris l'engagement d'aider les pays à accorder une haute priorité aux abus sexuels contre les enfants dans les programmes gouvernementaux. Des moyens d'action doivent être donnés aux familles pour qu'elles jouent leur rôle fondamental de prévention et de notification. La responsabilité ultime de prévenir et de réprimer ce crime pour protéger les enfants africains incombe cependant aux gouvernements.

ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT EN MATIÈRE DE SANTÉ : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES DANS LA RÉGION AFRICAINE

332. Le Comité régional, par sa résolution AFR/RC55/R2, a demandé au Directeur régional d'engager un dialogue technique et politique avec les institutions financières internationales sur l'impact de leurs politiques relatives à la pauvreté et à la santé; de soutenir la formation, le recrutement et la fidélisation des professionnels de la santé dans les pays; de fournir un appui technique aux pays pour intensifier les interventions visant à réaliser les OMD 4, 5 et 6; et d'aider les pays dans le suivi et l'évaluation de la réalisation des OMD.

333. L'adoption de la résolution étant relativement récente (août 2005), sa mise en œuvre a été limitée. Toutefois, en planifiant les activités pour la période biennale 2006–2007, l'OMS envisage de mettre en place un processus plus structuré d'engagement des divers partenaires contribuant à la réalisation des OMD liés à la santé, y compris les institutions financières internationales. Le processus a déjà démarré avec les institutions des Nations Unies et les organisations intergouvernementales régionales, et divers protocoles d'accord ont déjà été préparés. Des missions ont été effectuées auprès de diverses institutions et dans les pays pour discuter de la santé et du développement et pour mobiliser des ressources en faveur de la Région africaine.

334. Les pays ont bénéficié d'un appui pour finaliser leurs plans stratégiques de développement des ressources humaines pour la santé (Cap-Vert et Mauritanie) et leurs plans d'urgence (Cameroun). Sept pays⁸⁹ ont bénéficié d'un appui pour démarrer le processus. L'Afrique du Sud, le Ghana, le Malawi, le Rwanda et la Tanzanie ont bénéficié d'un appui pour procéder à des évaluations internes et externes de leur formation en soins infirmiers et obstétricaux avant l'emploi, de leurs institutions de formation et de leurs programmes d'enseignement. La Guinée, le Malawi et le Tchad ont bénéficié d'un appui pour revoir la formation avant l'emploi et les programmes d'enseignement des écoles et facultés de médecine. Les données sur les ressources humaines pour la santé ont été collectées dans tous les 46 pays de la Région pour créer une base de données régionale et contribuer au *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé*. Les partenariats ont été renforcés avec le NEPAD, certaines organisations de la société civile africaine et des partenaires internationaux, afin de faire face à la crise de ressources humaines.

⁸⁸ Angola, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Sierra Léone, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.

⁸⁹ Bénin, Botswana, Guinée, Libéria, République centrafricaine, Sierra Léone et Swaziland.

335. Tous les pays ont adopté les OMD et sont en train de les traduire en stratégies de réduction de la pauvreté, en approches sectorielles, en cadres des dépenses à moyen terme et en budgets annuels. L'action des bailleurs de fonds en faveur de l'appui budgétaire, de la remise de la dette et de l'harmonisation offre des opportunités pour la réalisation des OMD. L'Initiative du NEPAD offre une autre opportunité. L'OMS renforce son appui aux pays par le biais de la reconfiguration, de la décentralisation, de la concentration des efforts sur la couverture et l'accès universels, et de l'action sur les déterminants sociaux des inégalités dans le domaine de la santé. Toutefois, l'engagement de la communauté internationale en faveur de la réalisation des OMD en Afrique reste limité. À cet égard, il est nécessaire d'accroître la sensibilisation et le plaidoyer au niveau des pays.

336. Une équipe spéciale est en train d'être créée pour coordonner les efforts du Bureau régional destinés à appuyer les pays dans la mise en œuvre de la résolution. Une note d'orientation est en cours de préparation pour rappeler aux ministres et aux représentants de l'OMS dans les pays les aspects saillants de la stratégie de la Région africaine, en tenant compte des questions soulevées et des recommandations formulées dans le rapport du Projet du Millénaire des Nations Unies. Un processus a été lancé, dans le contexte du Projet *Tendre l'arc* du NEPAD, pour encourager la participation accrue de l'OMS et du secteur privé à la réalisation des OMD en Afrique.

337. Dans le cadre du NEPAD, l'OMS fournira un appui technique pour réaliser diverses initiatives financées par les bailleurs de fonds, tout en encourageant les approches sectorielles au niveau national pour le développement sanitaire et le partenariat en faveur de la santé. Un appui technique sera également fourni pour élaborer des composantes santé plus réalistes et plus ambitieuses pour les documents de stratégie de réduction de la pauvreté et les cadres des dépenses à moyen terme, et pour mener le plaidoyer en faveur de l'allocation de ressources accrues pour les interventions sanitaires prioritaires dont l'efficacité est établie.

338. Les pays de la Région africaine doivent encore accélérer considérablement les progrès vers la réalisation des OMD. Certains indicateurs de santé dans la Région africaine demeurent relativement faibles ou sont carrément en détérioration, par rapport aux autres régions. Un appui doit être fourni aux pays pour qu'ils mettent en place des mécanismes appropriés de suivi et d'évaluation permettant de mesurer les progrès accomplis et d'identifier les ajustements nécessaires pour réaliser les OMD. Par l'intermédiaire de son programme relatif au système d'information sanitaire et du Réseau de métrologie sanitaire, l'OMS fournit un appui aux pays pour les aider à améliorer en conséquence leurs systèmes de suivi et d'évaluation.

LUTTE CONTRE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE

339. Le Comité régional, par sa résolution AFR/RC55/R3, a prié le Directeur régional de fournir un appui technique aux États Membres pour l'élaboration de politiques et de plans stratégiques nationaux de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine; et de mener le plaidoyer en faveur d'un accroissement des ressources aux niveaux national et international pour la mise en œuvre des activités de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine et la mouche tsé-tsé dans les États Membres où la maladie est endémique.

340. L'Équipe de soutien interpays pour la sous-région d'Afrique orientale et d'Afrique australe a bénéficié d'un appui pour élaborer des lignes directrices normalisées sur la lutte contre la maladie du sommeil liée à *Trypanosoma brucei rhodesiense*. Ces lignes directrices seront soumises en 2006 aux responsables et experts des programmes nationaux des pays concernés. Un appui technique a été fourni à l'Angola pour préparer une proposition de projet que financera la Coopération technique belge, et le Kenya a bénéficié d'un appui pour élaborer un plan stratégique pour l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine d'ici 2015.

341. La trypanosomiase humaine africaine demeure un problème majeur de santé publique dans la Région. Certains partenaires sont encore disposés à soutenir des activités telles que la Campagne panafricaine d'éradication de la mouche tsé-tsé et de la trypanosomiase, une initiative qui vise à éradiquer la mouche tsé-tsé dans les pays où la trypanosomiase animale et humaine est endémique, et le partenariat OMS-Sanofi/Aventis, qui fournit gratuitement des médicaments et des fonds catalytiques pour la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine.

342. Au nombre des facteurs qui ont entravé la mise en œuvre de la résolution, figurent l'insécurité et les remous sociopolitiques qui ont gêné les activités de lutte, surtout dans les pays de forte endémicité. La sous-notification de l'incidence de la trypanosomiase humaine africaine par les programmes nationaux de lutte a entraîné une sous-estimation de la charge de morbidité et a entravé la planification et l'allocation des ressources.

343. Les pays d'endémie doivent mettre un plus grand accent sur la détection annuelle des cas dans tous les foyers actifs. Ils doivent présenter au Bureau régional un rapport trimestriel sur leurs activités de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine, afin de faciliter le suivi et l'évaluation de la lutte dans la Région et de guider l'OMS et les autres partenaires dans la fourniture de l'appui technique et financier.

ANNEXE

Mise en œuvre du Budget par domaine d'activité, Région africaine de l'OMS, 2004–2005

Tableau 1 : Mise en œuvre du Budget Programme : Toutes les sources et tous les niveaux

| Numéro de série | Domaine d'activité* | Budget approuvé (WHA 56.32 et EB 113/42 Add.1) | Ajustements/Reprogrammation | Fonds disponibles | Fonds utilisés | Taux de réalisation du budget approuvé (6/3) | Taux de réalisation par rapport aux fonds disponibles (6/5) |
|-----------------|---------------------|--|-----------------------------|-------------------|----------------|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 01.1.01 | CSR | 25 601 000 | (2 432 000) | 23 169 000 | 21 073 000 | 82 | 91 |
| 01.2.01 | CPC | 46 316 000 | 1 358 000 | 47 674 000 | 41 391 000 | 89 | 87 |
| 01.3.01 | CRD | 6 585 000 | (5 983 000) | 602 000 | 529 000 | 8 | 88 |
| 01.4.01 | MAL | 43 140 000 | 5 609 000 | 48 749 000 | 38 083 000 | 88 | 78 |
| 01.5.01 | TUB | 21 511 000 | (5 130 000) | 16 381 000 | 10 524 000 | 49 | 64 |
| 02.1.01 | NCD | 5 905 000 | (784 000) | 5 121 000 | 4 840 000 | 82 | 95 |
| 02.2.01 | TOB | 2 449 000 | (165 000) | 2 284 000 | 1 782 000 | 73 | 78 |
| 02.3.01 | HPR | 6 512 000 | (903 000) | 5 609 000 | 5 453 000 | 84 | 97 |
| 02.4.01 | INJ | 974 000 | 1 154 000 | 2 128 000 | 1 847 000 | 19 | 87 |
| 02.5.01 | MNH | 4,251,000 | (2 536 000) | 1 715 000 | 1 465 000 | 34 | 85 |
| 03.1.01 | CAH | 16 240 000 | 1 833 000 | 18 073 000 | 14 918 000 | 92 | 83 |
| 03.2.01 | RHR | 5 099 000 | 1 074 000 | 6 173 000 | 5 196 000 | 102 | 84 |
| 03.3.01 | MPS | 12 626 000 | (7 213 000) | 5 413 000 | 4 861 000 | 38 | 90 |
| 03.4.01 | WMH | 2 397 000 | (1 139 000) | 1 258 000 | 1 166 000 | 49 | 93 |
| 03.5.01 | HIV | 120 939 000 | (49 916 000) | 71 023 000 | 36 460 000 | 30 | 51 |
| 04.1.01 | HSD | 6 116 000 | (1 694 000) | 4 422 000 | 4 087 000 | 67 | 92 |
| 04.2.01 | NUT | 2 791 000 | (1 563 000) | 1 228 000 | 1 060 000 | 38 | 86 |
| 04.3.01 | PHE | 7 578 000 | (1 758 000) | 5 820 000 | 5 683 000 | 75 | 98 |
| 04.4.01 | FOS | 3 189 000 | (2 275 000) | 914 000 | 904 000 | 28 | 99 |
| 04.5.01 | EHA | 40 296 000 | (13 824 000) | 26 472 000 | 22 072 000 | 55 | 83 |
| 05.1.01 | EDM | 11 767 000 | (3 125 000) | 8 642 000 | 7 877 000 | 67 | 91 |
| 05.2.01 | IVD | 182 956 000 | 213 202 000 | 396 158 000 | 359 238 000 | 196 | 91 |
| 05.3.01 | BCT | 4 103 000 | (317 000) | 3 786 000 | 3 100 000 | 76 | 82 |
| 06.1.01 | GPE | 12 187 000 | (8 044 000) | 4 143 000 | 3 121 000 | 26 | 75 |
| 06.2.01 | IMD | 3 944 000 | 1 300 000 | 5 244 000 | 5 012 000 | 127 | 96 |

Tableau 1 (suite)

| Numéro de série | Domaine d'activité* | Budget approuvé (WHA 56.32 et EB 113/42 Add.1) | Ajustements/Reprogrammation | Fonds disponibles | Fonds utilisés | Taux de réalisation du budget approuvé (6/3) | Taux de réalisation par rapport aux fonds disponibles (6/5) |
|-----------------|---------------------|--|-----------------------------|--------------------|--------------------|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 06.3.01 | RPC | 4 415 000 | (3 536 000) | 879 000 | 826 000 | 19 | 94 |
| 06.4.01 | OSD | 39 035 000 | 357 000 | 39 392 000 | 33 749 000 | 86 | 86 |
| 07.1.01 | GBS | 1 363 000 | 630 000 | 1 993 000 | 1 993 000 | 146 | 100 |
| 07.2.01 | REC | 2 391 000 | 3 197 000 | 5 588 000 | 4 028 000 | 168 | 72 |
| 08.1.01 | BMR | 1 301 000 | 614 000 | 1 915 000 | 1 646 000 | 127 | 86 |
| 08.2.01 | HRS | 5 423 000 | 2 084 000 | 7 507 000 | 6 304 000 | 116 | 84 |
| 08.3.01 | FNS | 8 572 000 | 920 000 | 9 492 000 | 9 342 000 | 109 | 98 |
| 08.4.01 | IIS | 17 778 000 | 11 363 000 | 29 141 000 | 25 973 000 | 146 | 89 |
| 09.1.01 | DGO | 1 701 000 | 373 000 | 2 074 000 | 1 674 000 | 98 | 81 |
| 10.1.01 | SCC | 67 284 000 | 7 987 000 | 75 271 000 | 73 031 000 | 109 | 97 |
| 11.1.01 | ERH | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 12.1.01 | ITF | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 13.1.01 | REF | 0 | 1 425 000 | 1 425 000 | 972 000 | | |
| 14.1.01 | SEF | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Total | | 744 735 000 | 142 143 000 | 886 878 000 | 761 280 000 | 102 | 86 |

* Voir page 75 pour les domaines d'activité.

Tableau 2 : Mise en œuvre du Budget Programme : Budget ordinaire et fonds d'autres sources

| Numéro de série | Domaine d'activité* | Budget ordinaire | | | | | Fonds d'autres sources | | | | |
|-----------------|---------------------|--|-------------------|----------------|--|---|--|-------------------|----------------|---|--|
| | | Budget approuvé (WHA 56.32 et EB 113/42 Add.1) | Fonds disponibles | Fonds utilisés | Taux de réalisation du Budget approuvé (5/3) | Taux de réalisation par rapport aux fonds disponibles (5/4) | Budget approuvé (WHA 56.32 et EB 113/42 Add.1) | Fonds disponibles | Fonds utilisés | Taux de réalisation du budget approuvé (10/8) | Taux de réalisation par rapport aux fonds disponibles (10/9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 01.1.01 | CSR | 7 601 000 | 9 629 000 | 9 629 000 | 127 | 100 | 18 000 000 | 13 540 000 | 11 444 000 | 64 | 85 |
| 01.2.01 | CPC | 4 316 000 | 4 193 000 | 4 193 000 | 97 | 100 | 42 000 000 | 43 481 000 | 37 198 000 | 89 | 86 |
| 01.3.01 | CRD | 585 000 | 360 000 | 360 000 | 62 | 100 | 6 000 000 | 242 000 | 169 000 | 3 | 70 |
| 01.4.01 | MAL | 3 140 000 | 2 781 000 | 2 781 000 | 89 | 100 | 40 000 000 | 45 968 000 | 35 302 000 | 88 | 77 |
| 01.5.01 | TUB | 2 511 000 | 1 673 000 | 1 672 000 | 67 | 100 | 19 000 000 | 14 708 000 | 8 852 000 | 47 | 60 |
| 02.1.01 | NCD | 4 905 000 | 3 619 000 | 3 617 000 | 74 | 100 | 1 000 000 | 1 502 000 | 1 223 000 | 122 | 81 |
| 02.2.01 | TOB | 949 000 | 983 000 | 983 000 | 104 | 100 | 1 500 000 | 1 301 000 | 799 000 | 53 | 61 |
| 02.3.01 | HPR | 5 512 000 | 5 199 000 | 5 199 000 | 94 | 100 | 1 000 000 | 410 000 | 254 000 | 25 | 62 |
| 02.4.01 | INJ | 474 000 | 792 000 | 792 000 | 167 | 100 | 500 000 | 1 336 000 | 1 055 000 | 211 | 79 |
| 02.5.01 | MNH | 2 751 000 | 1 349 000 | 1 349 000 | 49 | 100 | 1 500 000 | 366 000 | 116 000 | 8 | 32 |
| 03.1.01 | CAH | 4 240 000 | 2 364 000 | 2 364 000 | 56 | 100 | 12 000 000 | 15 709 000 | 12 554 000 | 105 | 80 |
| 03.2.01 | RHR | 3 099 000 | 3 106 000 | 3 106 000 | 100 | 100 | 2 000 000 | 3 067 000 | 2 090 000 | 105 | 68 |
| 03.3.01 | MPS | 5 126 000 | 4 098 000 | 4 098 000 | 80 | 100 | 7 500 000 | 1 315 000 | 763 000 | 10 | 58 |
| 03.4.01 | WMH | 1 397 000 | 960 000 | 960 000 | 69 | 100 | 1 000 000 | 298 000 | 206 000 | 21 | 69 |
| 03.5.01 | HIV | 5 939 000 | 4 808 000 | 4 808 000 | 81 | 100 | 115 000 000 | 66 215 000 | 31 652 000 | 28 | 48 |
| 04.1.01 | HSD | 3 616 000 | 2 444 000 | 2 444 000 | 68 | 100 | 2 500 000 | 1 978 000 | 1 643 000 | 66 | 83 |
| 04.2.01 | NUT | 2 791 000 | 1 027 000 | 1 027 000 | 37 | 100 | 0 | 201 000 | 33 000 | | 16 |
| 04.3.01 | PHE | 6 578 000 | 4 536 000 | 4 536 000 | 69 | 100 | 1 000 000 | 1 284 000 | 1 147 000 | 115 | 89 |
| 04.4.01 | FOS | 1 689 000 | 810 000 | 810 000 | 48 | 100 | 1 500 000 | 104 000 | 94 000 | 6 | 90 |

Tableau 2 (suite)

| Numéro de série | Domaine d'activité* | Budget ordinaire | | | | | Fonds d'autres sources | | | | |
|-----------------|---------------------|--|--------------------|--------------------|--|---|--|--------------------|--------------------|---|--|
| | | Budget approuvé (WHA 56.32 et EB 113/42 Add.1) | Fonds disponibles | Fonds utilisés | Taux de réalisation du Budget approuvé (5/3) | Taux de réalisation par rapport aux fonds disponibles (5/4) | Budget approuvé (WHA 56.32 et EB 113/42 Add.1) | Fonds disponibles | Fonds utilisés | Taux de réalisation du budget approuvé (10/8) | Taux de réalisation par rapport aux fonds disponibles (10/9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 04.5.01 | EHA | 3 296 000 | 2 962 000 | 2 962 000 | 90 | 100 | 37 000 000 | 23 510 000 | 19 110 000 | 52 | 81 |
| 05.1.01 | EDM | 3 767 000 | 2 404 000 | 2 404 000 | 64 | 100 | 8 000 000 | 6 238 000 | 5 473 000 | 68 | 88 |
| 05.2.01 | IVD | 1 956 000 | 1 074 000 | 1 074 000 | 55 | 100 | 181 000 000 | 395 084 000 | 358 164 000 | 198 | 91 |
| 05.3.01 | BCT | 3 103 000 | 2 298 000 | 2 298 000 | 74 | 100 | 1 000 000 | 1 488 000 | 802 000 | 80 | 54 |
| 06.1.01 | GPE | 2 187 000 | 1 954 000 | 1 954 000 | 89 | 100 | 10 000 000 | 2 189 000 | 1 167 000 | 12 | 53 |
| 06.2.01 | IMD | 3 944 000 | 4 602 000 | 4 602 000 | 117 | 100 | 0 | 642 000 | 410 000 | | 64 |
| 06.3.01 | RPC | 915 000 | 698 000 | 698 000 | 76 | 100 | 3 500 000 | 181 000 | 128 000 | 4 | 71 |
| 06.4.01 | OSD | 28 035 000 | 25 093 000 | 25 093 000 | 90 | 100 | 11 000 000 | 14 299 000 | 8 656 000 | 79 | 61 |
| 07.1.01 | GBS | 1 363 000 | 1 993 000 | 1 993 000 | 146 | 100 | 0 | 0 | 0 | | |
| 07.2.01 | REC | 2 391 000 | 2 092 000 | 2 092 000 | 87 | 100 | 0 | 3 496 000 | 1 936 000 | | 55 |
| 08.1.01 | BMR | 801 000 | 625 000 | 625 000 | 78 | 100 | 500,000 | 1,290,000 | 1 021 000 | 204 | 79 |
| 08.2.01 | HRS | 2 423 000 | 2 277 000 | 2 277 000 | 94 | 100 | 3 000 000 | 5 230 000 | 4 027 000 | 134 | 77 |
| 08.3.01 | FNS | 3 572 000 | 3 451 000 | 3 451 000 | 97 | 100 | 5 000 000 | 6 041 000 | 5 891 000 | 118 | 98 |
| 08.4.01 | IIS | 12 778 000 | 14 905 000 | 14 903 000 | 117 | 100 | 5 000 000 | 14 236 000 | 11 070 000 | 221 | 78 |
| 09.1.01 | DGO | 1 701 000 | 1 674 000 | 1 674 000 | 98 | 100 | 0 | 400,000 | 0 | | 0 |
| 10.1.01 | SCC | 52 284 000 | 67 699 000 | 67 698 000 | 129 | 100 | 15 000 000 | 7 572 000 | 5 333 000 | 36 | 70 |
| 11.1.01 | ERH | 0 | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | | |
| 12.1.01 | ITF | 0 | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | | |
| 13.1.01 | REF | 0 | 0 | 0 | | | 0 | 1 425 000 | 972 000 | | 68 |
| 14.1.01 | SEF | 0 | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | | |
| Total | | 191 735 000 | 190 532 000 | 190 526 000 | 99 | 100 | 553 000 000 | 696 346 000 | 570 754 000 | 103 | 82 |

* Voir page 75 pour les domaines d'activité

Tableau 3 : Mise en œuvre du Budget Programme : Niveaux des pays et du Bureau régional

| Numéro de série | Domaine d'activité* | Pays | | | | | Bureau régional | | | | |
|-----------------|---------------------|---|-------------------|----------------|--|---|--|-------------------|----------------|---|--|
| | | Budget approuvé (WHA 56.32 and EB 113/42 Add.1) | Fonds disponibles | Fonds utilisés | Taux de réalisation du budget approuvé (5/3) | Taux de réalisation par rapport aux fonds disponibles (5/4) | Budget approuvé (WHA 56.32 et EB 113/42 Add.1) | Fonds disponibles | Fonds utilisés | Taux de réalisation du budget approuvé (10/8) | Taux de réalisation par rapport aux fonds disponibles (10/9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 01.1.01 | CSR | 9 464 000 | 11 656 000 | 10 208 000 | 108 | 88 | 16 137 000 | 11 513 000 | 10 865 000 | 67 | 94 |
| 01.2.01 | CPC | 20 824 000 | 7 670 000 | 6 214 000 | 30 | 81 | 25 492 000 | 40 004 000 | 35 177 000 | 138 | 88 |
| 01.3.01 | CRD | 208 000 | 92 000 | 92 000 | 44 | 100 | 6 377 000 | 510 000 | 437 000 | 7 | 86 |
| 01.4.01 | MAL | 19,218,000 | 19 705 000 | 14 125 000 | 73 | 72 | 23 922 000 | 29 044 000 | 23 958 000 | 100 | 82 |
| 01.5.01 | TUB | 8 758 000 | 10 627 000 | 6 349 000 | 72 | 60 | 12 753 000 | 5 754 000 | 4 175 000 | 33 | 73 |
| 02.1.01 | NCD | 2 467 000 | 1 528 000 | 1 420 000 | 58 | 93 | 3 438 000 | 3 593 000 | 3 420 000 | 99 | 95 |
| 02.2.01 | TOB | 553 000 | 334 000 | 258 000 | 47 | 77 | 1 896 000 | 1 950 000 | 1 524 000 | 80 | 78 |
| 02.3.01 | HPR | 4 825 000 | 4 675 000 | 4 653 000 | 96 | 100 | 1 687 000 | 934 000 | 800 000 | 47 | 86 |
| 02.4.01 | INJ | 671 000 | 1 131 000 | 990 000 | 148 | 88 | 303 000 | 997 000 | 857 000 | 283 | 86 |
| 02.5.01 | MNH | 2 640 000 | 649 000 | 637 000 | 24 | 98 | 1 611 000 | 1 066 000 | 828 000 | 51 | 78 |
| 03.1.01 | CAH | 4 348 000 | 4 660 000 | 3 373 000 | 78 | 72 | 11 892 000 | 13 413 000 | 11 545 000 | 97 | 86 |
| 03.2.01 | RHR | 2 646 000 | 3 036 000 | 2 210 000 | 84 | 73 | 2 453 000 | 3 137 000 | 2 986 000 | 122 | 95 |
| 03.3.01 | MPS | 3 269 000 | 2 892 000 | 2 864 000 | 88 | 99 | 9 357 000 | 2 521 000 | 1 997 000 | 21 | 79 |
| 03.4.01 | WMH | 952 000 | 473 000 | 423 000 | 44 | 89 | 1 445 000 | 785 000 | 743 000 | 51 | 95 |
| 03.5.01 | HIV | 86 895 000 | 46 161 000 | 24 062 000 | 28 | 52 | 34 044 000 | 24 862 000 | 12 398 000 | 36 | 50 |
| 04.1.01 | HSD | 3 822 000 | 2 125 000 | 1 916 000 | 50 | 90 | 2 294 000 | 2 297 000 | 2 171 000 | 95 | 95 |
| 04.2.01 | NUT | 1 866 000 | 462 000 | 454 000 | 24 | 98 | 925 000 | 766 000 | 606 000 | | 79 |
| 04.3.01 | PHE | 4 461 000 | 3 668 000 | 3 616 000 | 81 | 99 | 3 117 000 | 2 152 000 | 2 067 000 | 66 | 96 |

Tableau 3 (suite)

| Numéro de série | Domaine d'activité* | Pays | | | | | Bureau régional | | | | |
|-----------------|---------------------|---|-------------------|----------------|--|---|--|-------------------|----------------|---|--|
| | | Budget approuvé (WHA 56.32 and EB 113/42 Add.1) | Fonds disponibles | Fonds utilisés | Taux de réalisation du budget approuvé (5/3) | Taux de réalisation par rapport aux fonds disponibles (5/4) | Budget approuvé (WHA 56.32 et EB 113/42 Add.1) | Fonds disponibles | Fonds utilisés | Taux de réalisation du budget approuvé (10/8) | Taux de réalisation par rapport aux fonds disponibles (10/9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 04.4.01 | FOS | 1 292 000 | 285 000 | 285 000 | 22 | 100 | 1 897 000 | 629 000 | 619 000 | 33 | 98 |
| 04.5.01 | EHA | 35 011 000 | 20 626 000 | 17 461 000 | 50 | 85 | 5 285 000 | 5 846 000 | 4 611 000 | 87 | 79 |
| 05.1.01 | EDM | 8 330 000 | 4 206 000 | 3 654 000 | 44 | 87 | 3 437 000 | 4 436 000 | 4 223 000 | 123 | 95 |
| 05.2.01 | IVD | 84 804 000 | 178 981 000 | 166 507 000 | 196 | 93 | 98 152 000 | 217 177 000 | 192 731 000 | 196 | 89 |
| 05.3.01 | BCT | 1 563 000 | 1 011 000 | 994 000 | 64 | 98 | 2 540 000 | 2 775 000 | 2 106 000 | 83 | 76 |
| 06.1.01 | GPE | 2 145 000 | 1 137 000 | 732 000 | 34 | 64 | 10 042 000 | 3 006 000 | 2 389 000 | 24 | 79 |
| 06.2.01 | IMD | 295 000 | 417 000 | 417 000 | 141 | 100 | 3 649 000 | 4 827 000 | 4 595 000 | | 95 |
| 06.3.01 | RPC | 3 704 000 | 58 000 | 58 000 | 2 | 100 | 711 000 | 821 000 | 768 000 | 108 | 94 |
| 06.4.01 | OSD | 26 616 000 | 28 659 000 | 24 877 000 | 93 | 87 | 12 419 000 | 10 733 000 | 8 872 000 | 71 | 83 |
| 07.1.01 | GBS | 0 | 0 | 0 | | | 1 363 000 | 1 993 000 | 1 993 000 | 146 | 100 |
| 07.2.01 | REC | 395 000 | 36 000 | 36 000 | 9 | 100 | 1 996 000 | 5 552 000 | 3 992 000 | 200 | 72 |
| 08.1.01 | BMR | 200 000 | 0 | 0 | 0 | | 1 101 000 | 1 915 000 | 1 646 000 | 150 | 86 |
| 08.2.01 | HRS | 0 | 0 | 0 | | | 5 423 000 | 7 507 000 | 6 304 000 | 116 | 84 |
| 08.3.01 | FNS | 0 | 0 | 0 | | | 8 572 000 | 9 492 000 | 9 342 000 | 109 | 98 |
| 08.4.01 | IIS | 0 | 0 | 0 | | | 17 778 000 | 29 141 000 | 25 973 000 | 146 | 89 |
| 09.1.01 | DGO | 0 | 0 | 0 | | | 1 701 000 | 2 074 000 | 1 674 000 | | 81 |

Tableau 3 (suite)

| | | Pays | | | | | Bureau régional | | | | |
|-----------------|---------------------|---|--------------------|--------------------|--|---|--|--------------------|--------------------|---|--|
| Numéro de série | Domaine d'activité* | Budget approuvé (WHA 56.32 and EB 113/42 Add.1) | Fonds disponibles | Fonds utilisés | Taux de réalisation du budget approuvé (5/3) | Taux de réalisation par rapport aux fonds disponibles (5/4) | Budget approuvé (WHA 56.32 et EB 113/42 Add.1) | Fonds disponibles | Fonds utilisés | Taux de réalisation du budget approuvé (10/8) | Taux de réalisation par rapport aux fonds disponibles (10/9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 10.1.01 | SCC | 64 698 000 | 71 131 000 | 69 379 000 | 107 | 98 | 2 586 000 | 4 140 000 | 3 652 000 | 141 | 88 |
| 11.1.01 | ERH | 0 | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | | |
| 12.1.01 | ITF | 0 | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | | |
| 13.1.01 | REF | 0 | 0 | 0 | | | 0 | 1 425 000 | 972 000 | | 68 |
| 14.1.01 | SEF | 0 | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | | |
| Total | | 406 940 000 | 428 091 000 | 368 264 000 | 90 | 86 | 337 795 000 | 458 787 000 | 393 016 000 | 116 | 86 |

* Voir page 75 pour les domaines d'activité.

Domaines d'activités

| | |
|------------|---|
| BCT | Sécurité transfusionnelle et technologie clinique |
| BMR | Planification, suivi et évaluation du programme |
| CAH | Santé de l'enfant et de l'adolescent |
| CPC | Maladies transmissibles : prévention, lutte et éradication |
| CRD | Maladies transmissibles : recherche et développement des produits |
| CSR | Maladies transmissibles : surveillance |
| DGO | Directeur général, Directeurs régionaux et fonctions indépendantes |
| EDM | Médicaments essentiels : accès, qualité et usage rationnel |
| EHA | Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours |
| ERH | Couverture du risque de change |
| FNS | Budget et gestion financière |
| FOS | Salubrité des aliments |
| GBS | Organes directeurs |
| GPE | Bases factuelles à l'appui des politiques de santé |
| HIV | Virus d'immunodéficience humaine et syndrome d'immunodéficience acquise |
| HPR | Promotion de la santé |
| HRS | Ressources humaines |
| HSD | Développement durable |
| IIS | Infrastructure et informatique |
| IMD | Gestion et diffusion de l'information sanitaire |
| INJ | Violences, traumatismes et incapacités |
| ITF | Fonds pour la technologie de l'information |
| IVD | Vaccination et mise au point de vaccins |
| MAL | Paludisme |
| MNH | Santé mentale et toxicomanie |
| MPS | Pour une grossesse à moindre risque |
| NCD | Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles |
| NUT | Nutrition |
| OSD | Organisation des services de santé |
| PHE | Santé et environnement |
| REC | Mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats |
| REF | Fonds immobilier |
| RHR | Santé génésique : recherche et élaboration de programmes |
| RPC | Politique et promotion en matière de recherche |
| SCC | Présence de l'OMS dans les pays |
| SEF | Fonds pour la sécurité |
| TOB | Tabac |
| TUB | Tuberculose |
| WMH | Santé de la femme |