

AFR/RC58/2
Original : Anglais

Activités de l'OMS dans la Région africaine

2006–2007

Rapport biennal du Directeur régional



AFR/RC58/2
Original : Anglais

Activités de l’OMS dans la Région africaine

2006–2007

Rapport biennal du Directeur régional

à la cinquante-huitième session du Comité
régional de l’Afrique,
Yaoundé, Cameroun,
1^{er}–5 septembre 2008

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Bureau régional de l’Afrique
Brazzaville • 2008

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

Activités de l'OMS dans la Région africaine 2006–2007 : Rapport biennal du Directeur régional

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

ISBN 92 9 031 123 1 (Classification NLM : WA 541 HA1)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2008

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole N° 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

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

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

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

Imprimé en République du

*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 du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007.*

*D^r Luis Gomes Sambo
Directeur régional*

SOMMAIRE

	Page
ABRÉVIATIONS	viii
RESUMÉ D'ORIENTATION	ix
	Paragraphes
INTRODUCTION	1–5
PREMIÈRE PARTIE : MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME DE L'OMS POUR 2006-2007	6–238
1.1 RÉALISATIONS NOTABLES	
Gestion d'ensemble des activités menées par le Secrétariat	6–25
Gestion des programmes	26–49
Développement des systèmes et services de santé	50–77
VIH/sida, tuberculose et paludisme	78–100
Lutte contre les maladies transmissibles	101–133
Lutte contre les maladies non transmissibles	134–166
Santé familiale et génésique	167–198
Milieux favorables à la santé et développement durable	199–223
Administration et Finances	224–238
1.2 FACTEURS AYANT FAVORISÉ OU ENTRAVÉ LA MISE EN ŒUVRE DU BUDGET	239–247
Facteurs favorables	239–243
Facteurs défavorables	244–247
DEUXIÈME PARTIE : PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DES RÉOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL	248–312
AFR/RC53/R1 : Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine	248–251
AFR/RC53/R6 Intensification des interventions liées au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose dans la Région africaine de l'OMS	252–258
AFR/RC54/R2 Replacer la planification dans les services de santé de la reproduction : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014	259–262
AFR/RC54/R3 Intervention prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire	263–265

AFR/RC54/R4	Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives	266–269
AFR/RC54/R5	Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/sida dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà	270–272
AFR/RC54/R6	Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse	273–277
AFR/RC55/R2	Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé : Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine	278–282
AFR/RC56/R1	Plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination 2006–2009	283–288
AFR/RC56/R2	Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine	289–293
AFR/RC56/R3	Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération	294–295
AFR/RC56/R4	Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement émergent	296–298
AFR/RC56/R5	Financement de la santé dans la Région africaine	299–303
AFR/RC56/R7	Grippe aviaire : Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie	304–306
AFR/RC56/R8	Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques	307–311
AFR/RC57/R3	Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives	312–314
CONCLUSION ET PERSPECTIVES		315–325
	Conclusion	315–319
	Perspectives	320–325
Page		
ANNEXE		
	Mise en œuvre du budget, Région africaine, 2006–2007	77
	Domaines d'activités	80

LISTE DES FIGURES

1.	Adéquation des ressources et des indicateurs relatifs aux systèmes d'information sanitaire dans les pays bénéficiant d'un appui du Réseau de Métrologie sanitaire 2007	10
2.	Pays disposant d'une politique nationale sur la médecine traditionnelle 2001–2007	12
3.	Pays de la Région africaine de l'OMS participant au programme d'évaluation externe de la qualité dans le domaine de l'hématologie et de la chimie clinique	13
4.	Nombre de personnes vivant avec le VIH/sida qui reçoivent la thérapie antirétrovirale dans la Région africaine de l'OMS, 2004–2007	17
5.	Estimation du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en Afrique subsaharienne, 1990–2007	17
6.	Tendances régionales vers la réalisation des cibles mondiales de la lutte antituberculeuse, 1994–2006	19
7.	Dépistage et traitement du VIH chez les tuberculeux au Rwanda	19
8.	Tendances de l'adoption et de la mise en œuvre de la politique d'associations thérapeutiques à base d'artémisinine	21
9.	Exemples de pays où le nombre de cas de paludisme a diminué au niveau des établissements de santé, 2000–2007	22
10.	Nombre de cas de dracunculose dans la Région africaine de l'OMS, 2005–2007	23
11.	Situation de la lèpre dans la Région africaine, fin 2007	24
12.	Ulcère de Buruli dans la Région africaine, 2007	25
13.	Pays touchés par le choléra dans la Région africaine, 2007	26
14.	Tendances du choléra dans la Région africaine, 1978–2007	27
15.	Réseau de laboratoires régionaux et nationaux travaillant sur la grippe dans la Région africaine de l'OMS	28
16.	Taux de couverture signalée par le DTC3 dans la Région africaine de l'OMS, 2006 et 2007	29

17.	Répartition de la circulation du poliovirus sauvage dans la Région africaine de l’OMS, 2006–2007	30
18.	Taux de couverture vaccinale notifiée contre la rougeole dans la Région africaine de l’OMS, 1983–2006	31
19.	Enquêtes STEPS dans la Région africaine, septembre 2007	34
20.	Infirmiers ayant reçu une formation de type scolaire en santé mentale pour 100 000 habitants, 2007	38
21.	Ratification de la CCLAT dans la Région africaine, décembre 2007	40
22.	Jeunes de 13 à 15 ans exposés à la fumée du tabac d’autrui dans les lieux publics	41
23.	Extension de la PCIME aux districts dans des pays sélectionnés, 2004–2007	43
24.	Utilisation des méthodes contraceptives, par sous-région, 2006	44
25.	Pays ayant reçu des orientations sur les nouvelles normes OMS de croissance de l’enfant	48
26.	Nouvelles normes OMS de croissance de l’enfant	49
27.	Types de situations d’urgence signalées par les pays de la Région africaine, 2006–2007	53
28.	Ressources mobilisées en faveur de la préparation aux situations d’urgence et de l’organisation des secours, 2006–2007	54
29.	Cas et taux de létalité (TL) hebdomadaires de l’Ebola en République démocratique du Congo, 2007	55
30.	Personnel en action au cours de la flambée d’Ebola en République démocratique du Congo	56
31.	Pays participants et sites de formation à la surveillance en laboratoire des maladies transmises par les aliments, 2007	57

ABRÉVIATIONS

ACDI	Agence canadienne de Développement international
ACT	Association thérapeutique à base d'artémisinine
AFRO	Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
APOC	Programme africain de lutte contre l'onchocercose
AVCI	Année de vie corrigée de l'incapacité
AVS	Activités de vaccination supplémentaires
CCLAT	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (États-Unis d'Amérique)
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CDV	Conseil et dépistage volontaires du VIH
CEA	Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique
CEMAC	Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale
CMS	Commission Macroéconomie et Santé
CNS	Comptes nationaux de la santé
DANIDA	Agence danoise de Développement international
DFID	<i>Department for International Development</i> (Royaume-Uni)
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
DSS	Déterminants sociaux de la santé
DTC3	Trois doses du vaccin antidiphthérique, antitétanique et anticoquelucheux
EAIP	Équipe d'appui inter pays
EEQ	Évaluation externe de la qualité
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FMSTP	Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
FODI	Fonds de l'OPEP pour le Développement international
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GSM	Système global de gestion
GSS	Surveillance mondiale des salmonelles
GTZ	Agence allemande de coopération technique
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
HHA	Harmonisation pour la Santé en Afrique
IHAB	Initiative des hôpitaux amis des bébés
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OIT	Organisation internationale du Travail
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPEP	Organisation des Pays producteurs de Pétrole
PAM	Programme alimentaire mondial
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEPFAR	Plan présidentiel pour l'aide d'urgence à la lutte contre le sida
PEV	Programme élargi de vaccination
PSMT	Plan stratégique à moyen terme
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PVS	Poliovirus sauvage
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RHS	Ressources humaines pour la santé
RMS	Réseau de Métrologie sanitaire

RSI	Règlement sanitaire international 2005
R-U	Royaume-Uni
SADC	Communauté de Développement de l'Afrique australe
SCP	Stratégie de coopération avec les pays
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIGS	Système d'information de gestion en santé
SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et riposte
SIS	Système d'information sanitaire
SNIS	Système national d'information sanitaire
SWAp	Approche sectorielle
TAR	Thérapie antirétrovirale
TB-MR	Tuberculose à bacilles multirésistants
TB-UR	Tuberculose à bacilles ultrarésistants
TDR	Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
TPIg	Traitement préventif intermittent pendant la grossesse
UA	Union africaine
UE	Union européenne
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
UNDP	Programme des Nations Unies pour le Développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNIFEM	Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHA	Assemblée mondiale de la Santé

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Au cours de l'exercice biennal 2006-2007, et conformément au plan d'action mondial de l'OMS défini dans son Onzième Programme général de travail et aux *Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009*, le Secrétariat a apporté un appui aux États Membres pour les aider à renforcer leurs systèmes de santé; à s'attaquer au fardeau du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme; à combattre les maladies transmissibles et non transmissibles; à œuvrer pour la survie de l'enfant et contre la mortalité maternelle; à garantir des milieux favorables à la santé; et à riposter aux situations d'urgence.
2. Afin de rapprocher l'OMS des pays, le Bureau régional a poursuivi la décentralisation des fonctions et des ressources, et renforcé les bureaux de l'OMS dans les pays. Il a également mis en place trois équipes d'appui inter pays à Harare pour l'Afrique orientale et australe, Libreville pour les pays de l'Afrique centrale, et Ouagadougou pour les pays de l'Afrique de l'Ouest.
3. Le Bureau régional a élargi et renforcé davantage ses partenariats en faveur de la santé. C'est ainsi qu'il a mis en place, en collaboration avec la Banque africaine de Développement, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, le Fonds des Nations Unies pour la Population, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et la Banque mondiale, une initiative dénommée «Harmonisation pour la Santé en Afrique», dont le but est d'aider les États Membres de la Région africaine à mobiliser et utiliser efficacement des investissements dans le domaine de la santé. Les activités de cette initiative sont entièrement conformes à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.
4. Le Bureau régional a lancé en juin 2006 le premier rapport sur la santé dans la Région, intitulé *Rapport sur la santé dans la Région africaine : la santé des populations*; ce rapport met en relief le fardeau des maladies évitables, les solutions applicables moyennant une intensification des interventions de santé publique ayant fait leurs preuves, et les réalisations accomplies. Ce rapport a été largement acclamé comme une réflexion impartiale et constructive sur la situation sanitaire qui prévaut dans la Région.
5. Le renforcement des systèmes de santé a été au centre du programme mondial d'action sanitaire au cours de l'exercice biennal. L'OMS a mené le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et fourni aux pays un appui technique qui a conduit l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination à accorder à 15 d'entre eux des crédits substantiels pour le renforcement des systèmes de santé, la révision des politiques nationales de santé, l'élaboration de plans stratégiques nationaux de santé, et l'évaluation des systèmes de santé de district. Ces actions ont également permis le renforcement des autorités de réglementation pharmaceutiques dans 12 pays ainsi que la création de l'Observatoire régional des ressources humaines pour la santé et le lancement d'observatoires nationaux dans six pays.
6. En ce qui concerne la lutte contre le VIH/sida, l'OMS a aidé 17 pays à actualiser les lignes directrices nationales pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. L'appui apporté aux pays en matière de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH a permis de faire passer de 190 000 en 2004–2005 à 300 000 en 2006–2007 le nombre de femmes enceintes qui ont accès aux services de PTME. De même, à la fin du mois de décembre 2007, au total 1,9 million de personnes vivant avec le VIH/sida avaient reçu le traitement antirétroviral, soit 42 % de ceux qui en avaient besoin. Des estimations épidémiologiques laissent apparaître une tendance générale à la stabilisation du nombre de nouvelles infections par le VIH en Afrique subsaharienne, et une baisse dans certains pays. Les États Membres ont renforcé la mise en œuvre d'activités portant à la fois sur le VIH et la tuberculose. La proportion moyenne des tuberculeux testés pour le VIH est passée de 2 % à la fin de 2005 à 14 % à la fin de 2007. Elle a atteint 75 % dans quelques pays.

7. Le Bureau régional a apporté un appui technique pour la préparation du Sommet d'Abuja de 2006 sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. À la fin de 2007, au total 41 pays avaient adopté la politique d'associations thérapeutiques à base d'artémisinine pour le paludisme. Au cours de l'exercice biennal 2006–2007, le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme a approuvé 27 propositions ayant une composante sur le paludisme. Plus de 33 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées, et les efforts déployés par les États Membres pour lutter contre le paludisme ont entraîné une réduction substantielle des taux de morbidité et de mortalité imputables à cette maladie.

8. La lutte contre les autres maladies transmissibles est restée l'une des priorités de l'action de l'OMS dans la Région africaine. Le Bureau régional a évalué la mise en œuvre des interventions de lutte contre la dracunculose et certifié dix pays comme étant exempts de transmission locale de cette maladie. Entre 2005 et 2007, l'incidence annuelle de cette maladie a diminué de 28 %. Les efforts déployés pour l'élimination de la lèpre dans les pays où l'endémie persiste ont entraîné une réduction de 30 % de la prévalence de cette maladie. À la fin de 2007, au total 44 pays de la Région avaient déjà atteint l'objectif de l'élimination de la lèpre.

9. La tendance à la baisse de l'incidence annuelle de la trypanosomiase humaine africaine s'est poursuivie au cours de l'exercice biennal 2006–2007. Vingt-quatre pays ont enregistré une réduction de 69 %. Les gouvernements ont augmenté de 38 % leurs contributions au Programme africain de lutte contre l'onchocercose; les activités de ce programme ont permis de préserver environ 960 000 années de vie corrigées de l'incapacité en 2007.

10. Le Programme élargi de vaccination a, dans l'ensemble, produit des résultats significatifs dans la Région. Quinze pays ont atteint un taux de couverture de 90 % au moins par la DTC3. Cent huit millions d'enfants ont été vaccinés contre la rougeole en 2006–2007. La Région africaine, qui a réduit de 91 % le nombre de décès imputables à la rougeole, a dépassé la cible fixée pour 2009 en vue de l'élimination de cette maladie. Après l'introduction du vaccin contre la fièvre jaune dans les programmes de vaccination systématique, 22 pays ont atteint un taux de couverture égal ou supérieur à 80 % pour cet antigène. L'intensification des efforts menés pour éradiquer la poliomyélite s'est traduite par une diminution de 70 % du nombre de cas notifiés en 2007, par rapport à 2006. Quarante et un pays ont atteint les normes de surveillance requises pour la certification de l'élimination de la paralysie flasque aiguë en 2007.

11. On a rassemblé davantage de données factuelles sur le lourd fardeau des maladies non transmissibles en 2006–2007, grâce à des enquêtes STEP. Les résultats de ces enquêtes ont notamment mis en évidence une forte prévalence de l'hypertension artérielle et de l'hyperglycémie dans certains pays. Cette situation a amené quatre pays à mettre en place des programmes de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles. L'OMS et la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique ont organisé à Accra, en 2007, une conférence sur la sécurité routière en Afrique. Les pays participants ont adopté les Recommandations et la Déclaration d'Accra sur la sécurité routière.

12. À l'échéance de décembre 2007, au total 35 pays avaient déjà ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Le Bureau régional a aidé ces pays à élaborer et mettre en œuvre une législation et des plans d'action nationaux pour la lutte antitabac. Trente et un pays ont mené à bien l'enquête mondiale sur le tabagisme parmi les jeunes. Les résultats de cette enquête ont laissé apparaître que 30 % à 80 % des jeunes de 13-15 ans sont exposés à la fumée du tabac d'autrui.

13. Les participants à la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique ont adopté la stratégie relative à la survie de l'enfant, élaborée conjointement par l'UNICEF, la Banque mondiale et l'OMS. Les efforts visant à étendre l'application de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant se sont poursuivis; c'est ainsi que 19 pays ont étendu cette stratégie à plus de la moitié de

leurs districts de santé. À la fin de l'exercice biennal, 29 pays au total avaient élaboré des stratégies nationales sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le Bureau régional a formé 37 participants de 13 pays à l'utilisation des nouvelles normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS.

14. À la fin de 2007, 21 pays de plus avaient élaboré leur feuille de route nationale en vue d'accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale, portant ainsi à 37 le nombre total de pays qui disposent d'une telle feuille de route. L'UNFPA, l'UNICEF, la Banque mondiale et l'OMS ont conjugué leurs efforts pour former des experts nationaux de huit pays afin de leur permettre de traduire les feuilles de route en plans opérationnels de district. La lutte contre le cancer du col de l'utérus a bénéficié d'un surcroît d'attention au cours de l'exercice biennal. Le Bureau régional a assuré à ce sujet une formation à l'inspection visuelle après application de l'acide acétique et à la cryothérapie.

15. Lors de sa cinquante-sixième session, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté la résolution AFR/RC56/R4 pour s'attaquer aux défis sanitaires liés à la pauvreté. Et lors de sa cinquante-septième session, le Comité régional a approuvé le document intitulé «Déterminants sociaux clés de la santé : Appel en faveur d'une action intersectorielle pour améliorer la situation sanitaire dans la Région africaine de l'OMS».

16. La moitié des États Membres de la Région africaine ont connu des situations d'urgence au cours de l'exercice biennal. Le Bureau régional a donc renforcé les capacités des pays en matière d'organisation des secours et affecté des fonctionnaires internationaux expérimentés dans les pays les plus touchés et dans les équipes d'appui interpays. L'action de plaidoyer et le soutien apporté aux pays pour la mobilisation des fonds ont permis de recueillir plus de US \$78 millions pour les secours d'urgence au cours de l'exercice biennal.

17. Lors de sa cinquante-septième session, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté la résolution AFR/RC57/R2 pour promouvoir la mise en œuvre de la stratégie régionale relative à la sécurité sanitaire des aliments. Les pays ont reçu un appui du Bureau régional pour assurer la formation dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments. Les flambées de maladies transmises par les aliments telles que les empoisonnements aigus à l'aflatoxine survenus au Kenya et les intoxications au bromure survenues en Angola ont fait l'objet d'enquêtes, avec un appui technique solide du Bureau régional; et des mesures appropriées ont été prises pour les juguler.

18. En ce qui concerne l'administration et les finances, le Bureau régional s'est conformé à la réforme contractuelle de l'OMS et a créé 1 200 postes à durée déterminée pour remplacer les anciens postes temporaires. Selon les données disponibles au 31 décembre 2007, les dépenses de l'OMS dans la Région africaine au cours de l'exercice biennal 2006–2007 se sont élevées à US \$745,9 millions, soit 82,8 % du budget approuvé.

19. Le Bureau régional a surveillé la mise en œuvre de 16 résolutions adoptées par le Comité régional au cours de la période 2003-2007. La deuxième partie de ce rapport donne un compte rendu détaillé des actions menées et des principaux résultats atteints vers la concrétisation de ces résolutions.

INTRODUCTION

1. Les années 2006–2007 constituent le premier exercice biennal du Onzième Programme général de travail de l’OMS, qui définit le programme mondial d’action sanitaire pour la période 2006 à 2015.¹ Le Onzième Programme général de travail définit six fonctions essentielles fondées sur le mandat et l’avantage comparatif de l’OMS, soulignant ainsi la contribution de l’Organisation à l’élimination des fossés qui existent en matière de santé dans le monde.

2. Afin de mieux aider les États Membres à atteindre les objectifs fixés au niveau des pays, de la Région et à l’échelle mondiale, le Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique a formulé cinq orientations stratégiques² au début de l’exercice biennal. Ces orientations sont les suivantes : i) renforcement des bureaux de l’OMS dans les pays; ii) amélioration et extension des partenariats pour la santé; iii) appui à la planification et à la gestion des systèmes de santé de district; iv) promotion de l’intensification des interventions de santé essentielles liées aux problèmes de santé prioritaires; et v) intensification des activités de sensibilisation et amélioration de l’action sur les principaux déterminants de la santé.

3. Pour mener à bien le programme de coopération 2006–2007 de l’OMS avec les États Membres de la Région africaine, la structure organisationnelle comprenait le Bureau régional, composé de sept divisions abritant les programmes techniques régionaux; trois équipes d’appui interpays chargées de servir les pays de l’Afrique de l’Ouest, de l’Afrique centrale, et de l’Afrique orientale et australe; et 46 bureaux de pays. Le budget programme biennal 2006–2007 s’élevait à US \$945 millions répartis entre 36 domaines d’activité.

4. Les progrès réalisés dans la mise en œuvre du budget programme ont été contrôlés tous les six mois pour chaque domaine d’activité. Le rapport du Directeur régional intitulé *Activités de l’OMS dans la Région africaine 2006* a été présenté à la cinquante-septième session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique. Ce rapport faisait le point de l’évaluation à mi-parcours des activités menées au cours de la première année de l’exercice biennal 2006–2007.

5. L’objet du présent rapport est de rendre compte de la mise en œuvre du budget programme 2006–2007. Le rapport comprend deux grandes parties : la première partie, consacrée à l’exécution du budget programme, présente les principales réalisations et les facteurs ayant favorisé ou entravé la mise en œuvre dans les 36 domaines d’activités; la deuxième partie fait le point des progrès réalisés dans la mise en œuvre des résolutions pertinentes du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique. Le rapport comprend en outre une conclusion et les perspectives d’avenir. L’annexe présente des tableaux résumant la mise en œuvre du budget à la fin de l’exercice biennal.

¹ OMS, S’engager pour la santé, Onzième Programme général de Travail, 2006–2015 : Programme mondial d’action sanitaire, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

² OMS, Orientations stratégiques de l’action de l’OMS dans la Région africaine, 2005–2009, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l’Afrique, 2005.

PREMIÈRE PARTIE : MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME DE L'OMS POUR 2006–2007

1.1 RÉALISATIONS NOTABLES

GESTION D'ENSEMBLE DES ACTIVITÉS MENÉES PAR LE SecrÉTARIAT

6. La gestion d'ensemble du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine est placée sous l'autorité du Directeur régional. Le Directeur de la Gestion du Programme coordonne la mise en œuvre des programmes de l'OMS dans la Région. Toutes les fonctions stratégiques sont mises en œuvre par sept divisions : Division de la Lutte contre le VIH/sida, la Tuberculose et le Paludisme; Division de l'Administration et des Finances; Division de la Lutte contre les Maladies transmissibles; Division des Milieux favorables à la Santé et du Développement durable; Division de la Lutte contre les Maladies non transmissibles; Division de la Santé familiale et génésique; et Division du Développement des Systèmes et Services de Santé. Le Bureau du Directeur régional comprend trois domaines d'activités qui sont : Directeur général, Directeur régional et Fonctions indépendantes; Présence essentielle de l'OMS dans les pays; et Relations extérieures.

Directeur général, Directeur régional et Fonctions indépendantes (DGO)

7. Au cours de l'exercice biennal 2006–2007, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a fait des progrès dans l'application des réformes destinées à renforcer la capacité de la Région à mener à bien sa stratégie au titre de la période 2005–2009. Il a mené des réformes institutionnelles et a notamment modifié son organigramme pour l'adapter aux priorités et aux défis de la Région; redimensionné les bureaux de pays pour renforcer la présence de l'OMS dans les pays; élaboré des plans plus efficaces en matière de ressources humaines pour les bureaux de pays et les divisions du Bureau régional; et mis en place des équipes d'appui interpays pour décentraliser les activités et les pouvoirs du Bureau régional. Ces initiatives ont reçu un appui enthousiaste à tous les niveaux de l'Organisation.

8. Des réunions régulières du Comité des Directeurs, présidées par le Directeur régional, ont permis de renforcer la coordination et la direction de l'action du Secrétariat. Et des réunions régionales du programme ont permis aux délégués de discuter régulièrement et de formuler des recommandations pour améliorer l'efficacité des programmes.

9. Conformément au principe d'«une seule OMS», le Bureau régional a renforcé sa collaboration technique avec le Siège de l'OMS grâce à des interactions régulières du Comité de stratégie. Il a également intensifié la collaboration avec d'autres bureaux régionaux grâce à un échange d'experts et à une coopération de haut niveau pour s'attaquer à des problèmes de santé prioritaires tels que l'éradication de la poliomyélite, la lutte contre la grippe aviaire et la gestion des connaissances.

10. Le Bureau régional a organisé des séances d'information systématiques et structurées sur des questions et des documents techniques à l'intention des pays membres qui représentaient la Région au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé. De même, des discussions au sein du Comité régional ont permis aux États Membres de la Région d'avoir une position commune au cours des réunions de ces organes directeurs.

11. Le plaidoyer de haut niveau mené par le Directeur régional auprès des autorités nationales a joué un rôle déterminant dans ces réalisations. Au cours de l'exercice biennal, le Directeur régional a en effet visité 12 pays de la Région pour faire le plaidoyer, examiner les priorités nationales et régionales avec les Chefs d'État et de Gouvernement et obtenir des engagements pour la réalisation des objectifs du

Millénaire pour le développement et l'élimination d'autres grands défis sanitaires. Le Directeur régional a également mené une intense action de sensibilisation pour que 2006 soit déclaré Année de l'accélération de la prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine.

12. Sous l'impulsion du Directeur régional, un dialogue politique fructueux a été instauré avec les organisations et institutions bilatérales et multilatérales travaillant en Afrique. L'excellente coopération instaurée par le Bureau régional, et son expertise de haut niveau, ont ainsi conduit les institutions des Nations Unies travaillant en Afrique à reconnaître l'OMS comme le chef de file pour les questions relatives à la santé. La collaboration avec l'Union africaine a été intense, et le Président de la Commission de l'Union africaine a assisté à plusieurs réunions organisées par l'OMS; l'interaction avec les communautés économiques régionales a également été optimisée.

Présence essentielle de l'OMS dans les pays (SCC)

13. La décentralisation du Bureau régional au profit des trois équipes sous-régionales d'appui interpays (EAIP) a été l'une des principales stratégies adoptées pour rapprocher la coopération technique des pays. Grâce au soutien matériel et logistique des gouvernements hôtes, les trois EAIP de Harare, Libreville et Ouagadougou sont devenues pleinement opérationnelles. Des lignes directrices opérationnelles à l'intention des équipes d'appui interpays ont été élaborées pour assurer la coordination des activités entre le Bureau régional, les EAIP et les bureaux de pays. Le Bureau régional a par conséquent pu commencer à concentrer ses efforts sur le travail normatif, la définition des règles, le suivi, l'évaluation et la mobilisation des ressources, tandis que les EAIP commençaient à fournir un appui plus technique aux pays. Les premiers résultats ont été positifs; c'est ainsi que la riposte aux épidémies et aux situations d'urgence a été grandement améliorée.

14. Deux activités de renforcement des capacités ont été menées pour mettre les Représentants de l'OMS au courant des procédures actuelles en matière de santé publique et de gestion. Compte tenu du succès remporté par ces deux activités, qui utilisaient un nouvel outil mis au point par le Bureau régional, davantage de Représentants y seront associés dans l'avenir.

15. À la fin de l'exercice biennal 2004–2005, tous les bureaux de pays de la Région africaine de l'OMS avaient déjà mis au point leurs documents de stratégie de coopération avec les pays (SCP). Mais les changements intervenus dans les procédures d'assistance et l'adoption du Onzième Programme général de travail et du Plan stratégique à moyen terme ont rendu nécessaire l'élaboration de documents de SCP de deuxième génération au cours de l'exercice 2006–2007. Les *Lignes directrices pour l'actualisation des stratégies de coopération avec les pays dans la Région africaine de l'OMS* ont été élaborées et publiées. À la fin de 2007, six bureaux de pays avaient déjà achevé la première mouture de leur SCP de deuxième génération.

16. La résolution WHA58.25 a demandé au Directeur général de participer au processus de réforme des Nations Unies et d'harmoniser les activités de l'OMS avec celles des autres institutions des Nations Unies. En application de cette résolution, les bureaux de l'OMS dans les divers pays ont collaboré avec les équipes des Nations Unies dans les pays concernés, et participé activement à l'élaboration des nouveaux documents relatifs au Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement. Le Bureau régional a également collaboré avec le Siège pour la désignation de quatre pays pilotes travaillant dans l'optique d'«une seule Organisation des Nations Unies», sous l'autorité du Coordonnateur résident. En application de la Déclaration de Paris, le Siège et les bureaux régionaux de l'OMS ont mis au point un ensemble d'outils de formation à l'harmonisation et à l'alignement, qui a été testé avec succès dans deux bureaux de pays de la Région africaine.

17. Pour la majorité des pays de la Région africaine, la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement exige encore beaucoup d'investissements. C'est pourquoi l'initiative dénommée «Harmonisation pour la Santé en Afrique» a été lancée en partenariat avec la Banque africaine de Développement, le Programme commun des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/sida, le Fonds des Nations Unies pour la Population, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, la Banque mondiale et le Siège de l'OMS. Au cours de l'exercice biennal 2006–2007, ce réseau d'institutions a aidé 13 pays à renforcer leurs systèmes de santé. Un portail Internet a été créé pour permettre l'échange d'informations avec les autres régions de l'OMS.

Relations extérieures (REC)

18. L'instauration de partenariats est une fonction d'appui essentielle de l'activité de l'OMS et l'une des compétences fondamentales exigées de son personnel. Compte tenu de la pertinence accrue des partenariats et de l'augmentation des ressources mobilisées dans la Région africaine, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a restructuré et redimensionné l'unité chargée des relations extérieures et de la mobilisation des ressources, et l'a renforcée par le recrutement de deux nouveaux professionnels.

19. L'un des principaux centres d'intérêt a porté sur les partenariats à l'échelle mondiale. Une conférence a été organisée à Nairobi, en mars 2007, pour examiner et adopter de nouvelles méthodes de collaboration afin d'améliorer la situation sanitaire en Afrique. Cette réunion a abouti à l'élaboration de communications interinstitutions et interpays claires sur le rôle et le mandat de chaque acteur, compte tenu de ses compétences, de ses capacités, de ses possibilités et de ses avantages comparatifs. Un consensus s'est également dégagé sur l'institution de mécanismes pour la mise en commun des compétences, ainsi que pour la collaboration et l'évaluation de la performance par les pairs et l'instauration de partenariats; l'intensification de l'action des partenaires pour renforcer la capacité des pays à diriger les partenariats; et l'utilisation de la réforme en cours au sein du système des Nations Unies pour appuyer les efforts de réforme au niveau des pays et de la Région.

20. Le Bureau régional s'est également attaché à consolider ses partenariats avec l'Union africaine et les diverses communautés économiques régionales. Lors d'une réunion tenue en octobre 2006, ces institutions ont convenu de réviser les accords de collaboration en vigueur pour tenir compte de l'évolution de l'environnement sanitaire régional et international. Elles ont en outre examiné un certain nombre de domaines de coopération technique et décidé de prendre des mesures dans des domaines spécifiques tels que le VIH/sida, la réglementation applicable aux vaccins, les médicaments de contrefaçon et non conformes aux normes, et les violences sexospécifiques. L'application de ces mesures a été subordonnée à l'adoption d'un accord révisé qui sera signé au cours du nouvel exercice biennal.

21. Le Bureau régional a aussi renforcé ses partenariats avec l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'UNPFA, la Banque mondiale et la Banque africaine de Développement. C'est ainsi que deux réunions de haut niveau regroupant de multiples partenaires ont été organisées en février 2007 à Dakar et en novembre 2007 à Nairobi. Ces réunions ont reconnu le rôle directeur de l'OMS dans le domaine de la santé en Afrique. Les principaux résultats de la réunion de Nairobi ont été l'approbation d'un document d'orientation sur l'Harmonisation pour la Santé en Afrique (HSA) et l'adoption du plan de travail HSA pour la période 2008–2010 et d'une lettre commune des directeurs régionaux adressée aux directeurs de division et aux représentants des six institutions dans les pays. La réunion a réaffirmé que la participation à cette collaboration interinstitutions était ouverte et que les nouvelles institutions qui voudraient se joindre à l'initiative HSA et lui apporter leur appui seraient les bienvenues. Le Programme alimentaire mondial a participé à la réunion de Nairobi en qualité d'observateur. Le succès de l'initiative HSA sera favorisé par l'engagement des partenaires de développement et la solidité du système d'«une seule Organisation des Nations Unies».

22. Au cours de l'exercice biennal 2006–2007, le Bureau régional a signé au total 62 accords bilatéraux et multilatéraux avec les partenaires suivants : gouvernements d'Allemagne, d'Autriche, de Belgique, du Canada, de Corée du Sud, de France, d'Irlande, du Japon, du Grand Duché de Luxembourg, du Portugal, de Suède et de Suisse; *Department for International Development (Royaume-Uni)*; *United States Agency for International Development*, Bureau de Coordination des Affaires humanitaires des Nations Unies; Fonds central d'intervention d'urgence, Banque africaine de Développement; Banque mondiale; Commission européenne; Programme des Nations Unies pour le Développement; Fonds des Nations Unies pour la Population; Programme du Golfe arabe pour les organisations de développement des Nations Unies; Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme; *Save the Children*; et Programme de dons de Mectizan. Cela représente une augmentation de 72 % du nombre d'accords de partenariats signés, par rapport à l'exercice précédent.

23. Deux ateliers ont été organisés au cours de l'exercice biennal sur la mobilisation des ressources et les capacités de négociation. Ces ateliers se sont penchés sur les défis que doit relever l'OMS pour mobiliser des ressources. Ils visaient également l'élaboration de propositions pour la mise en place de partenariats efficaces et un examen exhaustif des règles et procédures appliquées par l'OMS pour l'instauration et la gestion des partenariats.

24. Le Bureau régional a produit plus de cent communiqués de presse et 65 programmes audiovisuels qui ont été publiés et diffusés à l'intérieur et à l'extérieur de la Région par la presse écrite et les médias électroniques. Ces matériels, qui s'inscrivaient dans le cadre d'une action concertée pour atteindre les OMD dans la Région africaine, mettaient un accent particulier sur le plaidoyer et la sensibilisation en faveur de la lutte contre la maladie dans la Région.

25. Des conférences de presse, des interviews et des séances d'information à l'intention des médias ont été organisés, et des dossiers d'information leur ont été distribués à l'occasion d'importantes réunions au Bureau régional et de grands événements tels que la cinquante-sixième et la cinquante-septième sessions du Comité régional, le lancement de 2006 comme Année de l'accélération de la prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine, et la Conférence internationale sur le renforcement des partenariats tenue en mars 2007, qui constituait le premier forum des partenaires de l'OMS dans la Région. L'unité chargée de l'information publique et de la communication a mobilisé les médias pour soutenir ces réunions.

GESTION DES PROGRAMMES

26. Le Directeur de la Gestion du Programme est chargé de coordonner les programmes techniques de l'OMS dans la Région. C'est également sa division qui est responsable des domaines d'activités suivants : Organes directeurs; Planification, coordination et contrôle des ressources; Information sanitaire, bases factuelles et politique de la recherche; et Gestion des connaissances et technologies de l'information.

Organes directeurs (GBS)

27. Les délégués des États Membres de la Région africaine ont participé avec succès aux réunions du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé. Ils ont donné des orientations politiques décisives au cours des travaux des organes directeurs de l'OMS. Leurs précieuses contributions à l'établissement des ordres du jour et aux débats, appuyées par des documents techniques, ont permis l'adoption d'importantes résolutions et décisions.

28. Les cinquante-sixième et cinquante-septième sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique se sont déroulées avec succès, respectivement à Addis Abéba et à Brazzaville. Le Comité régional a adopté un total de 13 résolutions d'importance régionale et mondiale. On peut citer à cet égard les

résolutions portant sur la survie de l'enfant; la pauvreté, le commerce et la santé; le financement de la santé; la préparation et la riposte à la grippe aviaire; la gestion des connaissances; la sécurité sanitaire des aliments et la santé; et la prévention et le contrôle du diabète.

29. D'importants changements de procédures ont été adoptés pour améliorer l'efficacité, l'efficience et la coordination des délégations africaines au cours des réunions des organes directeurs. Le nombre des membres du Sous-Comité du Programme a été augmenté de 12 à 16, et le mandat du Sous-Comité a été révisé pour lui permettre de mieux préparer les réunions du Comité régional.

30. La méthode de travail des délégués de la Région africaine participant au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé a été révisée et adoptée lors de la cinquante-septième session du Comité régional. En concertation avec les missions diplomatiques des États Membres à Genève, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a attribué un rôle important au Coordonnateur de l'Union africaine en le chargeant de collationner les déclarations de la Région africaine au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé.

Planification, coordination et contrôle des ressources (BMR)

31. Les enjeux et les défis visés par ce domaine d'activité comprennent notamment l'amélioration de la qualité technique des plans opérationnels, l'établissement de liens plus étroits entre les réalisations et la consommation budgétaire au titre des programmes techniques, et le renforcement des capacités dans le domaine de la planification, y compris la planification conjointe.

32. Après l'élaboration du plan stratégique à moyen terme 2008–2013 et du budget programme 2008–2009, qui s'inscrivaient dans la nouvelle optique du système global de gestion, l'exercice biennal 2006–2007 a été une période de transition vers l'introduction du nouveau cadre gestionnaire de l'OMS.

33. Les rapports statutaires ont été soumis en temps voulu. Il s'agissait notamment des rapports de surveillance semi-annuels, du rapport d'évaluation à mi-parcours, du rapport du Comité de suivi et d'évaluation, des rapports du Directeur régional et du rapport de fin d'exercice biennal; tous ces rapports faisaient le point de la mise en œuvre du budget programme dans la Région africaine de l'OMS.

34. Les capacités gestionnaires des administrateurs de programme du Bureau régional et des professionnels recrutés au niveau national chargés de la planification dans les bureaux de pays ont été renforcées dans l'optique de l'approche gestionnaire de l'OMS fondée sur les résultats. Les intéressés ont acquis des aptitudes en matière de planification opérationnelle et d'autoévaluation grâce à des séances régulières d'information, à des réunions et à des ateliers d'évaluation par les pairs. L'introduction des ateliers d'évaluation par les pairs dans le processus d'élaboration et d'établissement de plans et de rapports a sensiblement amélioré les capacités de planification et de surveillance du personnel. L'ensemble du personnel de la catégorie professionnelle de la Région africaine a par ailleurs été sensibilisé au système global de gestion.

35. D'importants progrès ont été réalisés au cours l'exercice biennal en ce qui concerne la surveillance de la consommation du budget, malgré les difficultés rencontrées pour suivre les contributions volontaires, qui constituent la principale source de financement. Les administrateurs de programme ont pris davantage conscience de la responsabilité qui leur incombe de justifier les opérations financières, et la collaboration entre l'Unité du Budget et des Finances, d'une part, et les divers programmes techniques, d'autre part, a été renforcée.

Information sanitaire, bases factuelles et recherche (IER)

36. L'information sanitaire et les données factuelles jouent un rôle important dans l'affectation des ressources et l'administration des programmes de santé. Par contre, l'absence d'informations sanitaires de base et l'ignorance des meilleures pratiques constituent d'importantes causes d'échec pour les systèmes de santé, y compris les systèmes de recherche en santé. La recherche n'est souvent pas bien intégrée dans les systèmes d'information sanitaire qui, de leur côté, ne produisent pas généralement le type de données dont les chercheurs et les responsables politiques ont besoin. Le lien entre la recherche, la définition des politiques et la prise de décisions est fragile. Les politiques élaborées devraient également s'appuyer sur des principes d'éthique destinés à garantir l'équité, la réactivité, l'obligation de rendre compte et la cohérence des politiques et des programmes relatifs à la santé.

37. L'OMS a répondu à ces préoccupations par l'amélioration des capacités dans les domaines suivants : i) évaluation de la situation sanitaire et de ses tendances; ii) synthèse des données factuelles pour améliorer les pratiques, guider les politiques et les décisions et identifier les lacunes en matière de données factuelles; iii) recherche pour renforcer la collaboration régionale dans des domaines prioritaires précis; iv) promotion de l'application de la recherche dans la définition des politiques et la prise de décisions; v) éthique pour veiller à ce que la recherche respecte les normes de conduite éthique les plus élevées.

38. L'une des principales réalisations a été la publication du *Rapport sur la santé dans la Région africaine 2006 : la santé des populations*. Ce document a été salué par la *British Medical Association* pour avoir élucidé la situation sanitaire dans la Région africaine et la tendance des indicateurs relatifs aux objectifs du Millénaire pour le développement. L'établissement de rapports au sujet de ces indicateurs continue à s'améliorer, en collaboration étroite avec les pays.

39. Le Comité consultatif africain pour la recherche et le développement sanitaires a tenu ses réunions en 2006 et 2007. Le projet de Réseau pour la promotion de politiques de santé fondées sur des bases factuelles (EVIPNet-Africa), auquel participent sept pays, a été lancé en mars 2006; il a pour objectif principal de traduire les connaissances en action pour améliorer les résultats dans le domaine de la santé.

40. Le Bureau régional a aidé un comité pilote de huit pays à élaborer des projets d'objectifs, de programme et de déclaration en vue de la conférence ministérielle consacrée à la recherche pour la santé, qui doit se tenir à Alger (Algérie) en 2008.

41. Quatorze pays au total³ ont amélioré leur production et leur utilisation des statistiques sanitaires. Les rapports de l'enquête mondiale sur la santé menée en 2003 dans 18 pays ont été publiés sur le site web de l'OMS, et des fiches d'information sur les indicateurs relatifs aux OMD ont été établies pour tous les 46 pays membres. La brochure relative aux indicateurs de base intitulée «Analyse de la situation sanitaire : indicateurs de base, 2006» a été publiée. Cette brochure résume de façon exhaustive les statistiques relatives à la situation actuelle de la santé publique et aux systèmes de santé au niveau des pays.

Gestion des connaissances et technologies de l'information (KMI)

42. Les progrès actuels dans le domaine de la gestion des connaissances et les avancées enregistrées en matière de technologie de l'information et de la communication présentent à la fois des défis et des opportunités en ce qui concerne la lutte contre l'énorme charge de morbidité qui pèse sur la Région africaine. Au nombre des défis figurent l'accès limité à l'information et aux sources de connaissances

³ Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, République centrafricaine, Ghana, Guinée, Kenya, Mali, Mauritanie, République démocratique du Congo, Sénégal et Tchad.

relatives à la santé; la faible culture de partage des connaissances; la faible qualité des connaissances produites et publiées localement; les limites sur le plan de l'infrastructure et des services; l'absence de maîtrise de l'informatique; et l'inadéquation de l'approvisionnement en électricité, en particulier dans les zones reculées.

43. L'OMS a réagi à cette situation en fournissant aux États Membres des orientations politiques et techniques et en les aidant à renforcer leurs capacités en matière de gestion des connaissances. Des efforts ont été faits pour améliorer l'accès aux connaissances scientifiques relatives à la santé à l'aide d'Internet, des services de bibliothèques et de réseaux de connaissances. L'Organisation a également encouragé les pays à adopter des stratégies en matière de cybersanté pour renforcer leurs systèmes de santé afin d'améliorer la performance et les résultats dans le domaine de la santé.

44. Lors de sa cinquante-sixième session, le Comité régional de l'Afrique a examiné le document intitulé «Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques» et a adopté une résolution invitant les États Membres à préparer et à mettre en œuvre des orientations stratégiques nationales pour la gestion des connaissances, y compris la cybersanté.

45. De nouveaux sites web ont été créés pour trois bureaux de l'OMS dans les pays (Cap-Vert, Rwanda et Tanzanie) et pour l'Observatoire africain des ressources humaines pour la santé. Le site web SharePoint a été créé au Bureau régional pour favoriser la mise en commun de l'information et la collaboration entre les divisions et les unités techniques.

46. L'Index Medicus africain, qui contient plus de 8 000 titres, a été publié sur Internet dans le cadre de la Bibliothèque mondiale de la Santé. Ces titres ont été intégrés à Google et Google Scholar.

47. Des services de traduction et d'interprétation ont été assurés au cours des réunions des organes directeurs et des programmes techniques. Des rapports et d'autres documents relatifs à ces réunions ont été publiés dans les trois langues officielles de la Région.

48. Le groupe spécial de la Région africaine sur la télémédecine, dont le secrétariat est assuré par le Bureau régional, a publié des rapports intitulés *Medical eContent via satellite for the African health work force* et *Satellite-based tele-consultation service for rural areas*, qu'il a présentés à la Commission de l'Union européenne. La Commission a par la suite décidé de financer deux projets pilotes pour promouvoir la mise en place progressive d'un réseau de cybersanté en Afrique subsaharienne.

49. L'infrastructure du réseau téléphonique mondial de l'OMS a été normalisée dans toute la Région, et sa bande passante a été augmentée pour améliorer la connectivité. Les préparatifs pour la mise en place du système OMS de gestion de l'identité et pour la création d'un centre de données régional en vue du système global de gestion ont été menés à bien.

DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES ET SERVICES DE SANTÉ

50. Le renforcement des systèmes de santé est resté, tout au long de l'exercice biennal, l'une des priorités de l'action de l'OMS pour améliorer l'aptitude des pays à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé. La persistance de mauvais indicateurs de santé demeure un défi, qui est aggravé par l'inadéquation des ressources humaines et financières et par des priorités de développement en compétition aux niveaux national, régional et mondial.

51. La Division Développement des Systèmes et Services de Santé s'efforce de relever ces défis grâce à cinq domaines d'activités : Politiques des systèmes de santé et prestation de services; Financement de la santé et protection sociale; Médicaments essentiels; Sécurité transfusionnelle et technologie clinique; et Ressources humaines pour la santé.

Politiques des systèmes de santé et prestation de services (HSP)

52. Le Bureau régional a continué d'aider les pays à élaborer des politiques et des plans nationaux de santé, évaluer et renforcer les systèmes de santé de district, promouvoir le renforcement des capacités, soutenir des initiatives ciblées, et renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire.

53. Le Cap-Vert a élaboré une politique nationale de santé, et 11 autres pays⁴ ont révisé les leurs, tandis que 16 pays⁵ ont entrepris l'élaboration de plans stratégiques nationaux de santé. Cela a porté à 17 et 20 respectivement le nombre des pays qui ont élaboré et révisé leurs politiques et leurs plans stratégiques au cours de ces quatre dernières années. Le Kenya, le Malawi, l'Ouganda et la Zambie ont évalué leurs structures de gestion du secteur de la santé. La République démocratique du Congo a entrepris la réforme du secteur de la santé, en mettant l'accent sur le renforcement des systèmes de santé de district.

54. Onze pays⁶ au total ont examiné le rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé, partagé les bonnes pratiques, défini les indicateurs de performance des hôpitaux et formulé des recommandations pour le renforcement des hôpitaux.

55. Les politiques et plans nationaux de santé de 37 pays ont été analysés pour déterminer la place qu'ils accordent à des programmes prioritaires tels que le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et la santé maternelle et infantile. Un cadre a été mis au point et utilisé pour analyser les politiques et les plans stratégiques relatifs à la santé.

56. Vingt-quatre pays au total ont entrepris une évaluation rapide de l'opérationnalité des systèmes de santé de district et analysé leur aptitude à intensifier les interventions essentielles de santé au niveau du district et à l'échelle locale. Les résultats de cette analyse seront utilisés pour améliorer la prestation des services et éclairer le processus de planification opérationnelle. Une autre priorité a été le renforcement des compétences du personnel clé travaillant dans les pays et dans les bureaux de l'OMS dans des domaines tels que le l'exercice de l'autorité et la gestion (neuf pays⁷) et la mise en œuvre de la troisième orientation stratégique de l'OMS sur les politiques de santé et la prestation des services (14 pays⁸). Sept pays sur 14⁹ ont terminé la cartographie de la disponibilité des services de santé. Le projet OMS-NORAD a été évalué dans sept pays; les résultats de cette évaluation ont ensuite été rassemblés et diffusés.

⁴ Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Comores, Érythrée, Gambie, Ghana, Libéria, Swaziland et Tchad.

⁵ Algérie, Bénin, Cap-Vert, République du Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Ghana, Gambie, Guinée-Bissau, Libéria, Madagascar, Nigéria, Sierra Leone, Swaziland, Togo et Zambie.

⁶ Afrique du Sud, Bénin, Cameroun, République du Congo, Gabon, Guinée, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo et Zambie.

⁷ Bénin, Burkina Faso, Comores, Côte d'Ivoire, Guinée, Madagascar, Niger, République démocratique du Congo, Sénégal.

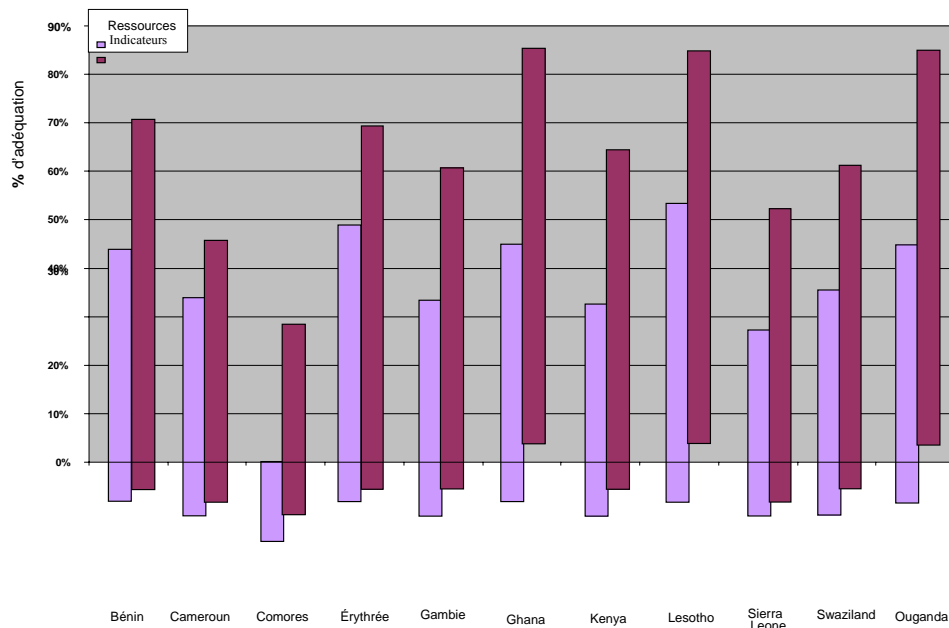
⁸ Cap-Vert, République centrafricaine, République du Congo, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

⁹ Cap-Vert, République centrafricaine, République du Congo, Ghana, Kenya, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, Tanzanie, Togo et Zambie.

57. L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) a accordé des crédits à 15 pays¹⁰ pour le renforcement de leurs systèmes nationaux de santé, pour un montant total de US \$282 112 000 au titre de la période 2007–2011. Le Bureau régional a élaboré des lignes directrices pour le suivi et l'évaluation des réformes du secteur de la santé, ainsi qu'un cadre pour l'intensification des interventions de santé essentielles. Lors de sa cinquante-sixième session, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a approuvé le document intitulé «Revitalisation des services de santé par l'approche des soins de santé primaires» et adopté la résolution AFR/RC56/R6 qui s'y rapportait.

58. Le Réseau de Métrologie sanitaire (RMS) a formé 77 personnes originaires des 27 pays qui avaient reçu un financement RMS à l'utilisation du cadre RMS et de l'outil d'évaluation du système d'information sanitaire. Cette formation visait à renforcer les capacités en vue d'améliorer les systèmes nationaux d'information sanitaire. À la suite de cette formation, 15 pays qui y avaient participé ont évalué leurs systèmes d'information sanitaire. Il ressort d'une évaluation menée dans 11 pays sur les ressources et les indicateurs relatifs aux systèmes d'information sanitaire que 50 % d'entre eux ont besoin de renforcer les ressources consacrées à ce domaine, bien que les indicateurs restent adéquats (Figure 1). Sur la base de ces résultats, la Sierra Leone a élaboré un plan stratégique national relatif au système d'information sanitaire, dont il a entamé la mise en œuvre avec le concours du DFID et de la Banque mondiale.

Figure 1: Adéquation des ressources et des indicateurs relatifs aux systèmes d'information sanitaire dans les pays bénéficiant d'un appui du Réseau de Métrologie sanitaire, 2007



¹⁰ Burundi, Cameroun, République centrafricaine, Éthiopie, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone, et Zambie.

Financement de la santé et protection sociale (HFS)

59. Le renforcement des capacités des pays pour garantir un financement durable de la santé s'est poursuivi au cours de l'exercice biennal. Lors de la cinquante-sixième session du Comité régional de l'Afrique, les États Membres ont adopté le document intitulé «Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine», qui avait pour but de donner des orientations en matière de financement de la santé; ils ont également adopté la résolution AFR/RC56/R5 qui s'y rapportait.

60. Quinze ressortissants du Burkina Faso, du Ghana, du Mozambique et de la Tanzanie ont suivi une formation à l'analyse financière des mécanismes de financement de la santé. Ils ont par la suite entamé des projets de recherche sur le financement durable des activités de lutte contre le VIH/sida. Les ateliers tenus à Bamako et à Libreville ont permis de former 30 ressortissants de 20 pays (sur 46) à la confection et à l'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé.

61. Un appui technique a été fourni à 14 pays¹¹ pour l'évaluation des comptes nationaux de la santé. Mais sept seulement d'entre eux ont terminé cette évaluation et publié les résultats.¹² Cela a porté de 13 à 20 le nombre des pays qui ont entrepris au moins une évaluation de leurs comptes nationaux de la santé. Les études se poursuivent dans les autres pays. L'Érythrée et le Nigéria ont élaboré des politiques complètes de financement de la santé.

62. Les documents techniques ci-après, portant sur l'économie sanitaire, ont été élaborés et diffusés dans des revues, après examen par des pairs : i) vue d'ensemble des modes de financement de la santé et perspectives dans la Région africaine de l'OMS; ii) coût de l'exode des professionnels de la santé au Kenya; iii) coût de l'exode des cerveaux en matière de santé dans la Région africaine de l'OMS; iv) équité dans le domaine de la santé et des soins de santé au Malawi; v) gestion efficace des ressources humaines dans les centres de santé en Zambie; vi) efficacité technique, changements pour améliorer l'efficacité, progrès techniques et accroissement des rendements dans les systèmes nationaux de santé des pays du continent africain; et vii) transfert de biotechnologie sanitaire au profit de l'Afrique : problèmes liés aux rapports avec les principales institutions.

63. L'Ouganda a créé une base de données sur le financement de la santé et élaboré un rapport sur l'empressement des gens à verser des contributions pour l'assurance-maladie. Le Réseau des économistes de la santé de l'Afrique de l'Ouest a été créé et a tenu sa première réunion en août 2007 à l'Université du Nigéria.

Médicaments essentiels (EDM)

64. Les États Membres de la Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale (CEMAC)¹³ ont adopté des politiques pharmaceutiques nationales harmonisées. Le Kenya, la Gambie, le Malawi et le Swaziland ont examiné et finalisé les leurs, portant ainsi à 40 le nombre total de pays qui disposent d'une telle politique. Un appui a été accordé à 13 pays¹⁴ pour l'élaboration de politiques nationales relatives à la médecine traditionnelle, de cadres juridiques applicables à la pratique de la médecine traditionnelle, de codes d'éthique et de plans stratégiques. Cela a porté à 23 le nombre total de pays qui ont élaboré des

¹¹ Botswana, Burkina Faso, République du Congo, Gambie, Guinée, Malawi, Niger, Rwanda, Sierra Leone, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Tanzanie, Tchad et Zimbabwe.

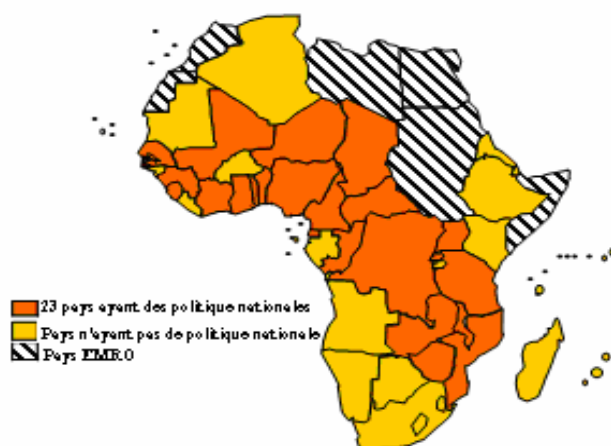
¹² Botswana, Burkina Faso, Gambie, Malawi, Niger, Rwanda et Sierra Leone.

¹³ Cameroun, République centrafricaine, République du Congo, Guinée équatoriale, Gabon et Tchad.

¹⁴ Cameroun, République centrafricaine, République du Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

politiques nationales (Figure 2) depuis l'adoption de la stratégie régionale relative à la promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé en 2000. Les participants à la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique ont adopté la Déclaration de Brazzaville sur la médecine traditionnelle.

Figure 2: Pays d'une politique nationale sur la traditionnelle, 2006-2007



65. Le manuel de formation du Bureau régional relatif à la gestion des médicaments au niveau du centre de santé a été révisé pour y intégrer un chapitre portant sur la gestion des médicaments antirétroviraux et des produits relatifs au VIH/sida. Un logiciel a été mis au point pour accompagner ce manuel de formation. La quatrième édition de *l'Indicateur des prix des médicaments essentiels d'AFRO* a été publiée. Le Bureau régional a mis au point, en collaboration avec le Siège, des outils pouvant être utilisés pour la cartographie des partenaires et des flux financiers consacrés aux médicaments et pour une analyse approfondie des systèmes d'achat et d'approvisionnement; ces outils ont d'abord été testés au Ghana et au Sénégal, puis appliqués dans six autres pays.¹⁵ Des lignes directrices pour la formation des étudiants en sciences de la santé, la formation continue des personnels de santé classiques à la médecine traditionnelle et la formation des tradipraticiens aux soins de santé primaires ont été testées sur le terrain dans neuf pays.¹⁶

66. Une consultation régionale sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle a été organisée pour aider le Groupe de travail intergouvernemental de l'OMS à finaliser le projet de stratégie et de plan d'action mondiaux.

67. Un appui a été fourni aux États Membres et aux communautés économiques régionales (Communauté de l'Afrique de l'Est, Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale, Communauté de Développement de l'Afrique australe et Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest) pour l'harmonisation de leurs réglementations et de leurs politiques pharmaceutiques

¹⁵ Burundi, Cameroun, Éthiopie, Nigéria, Rwanda et Zambie.

¹⁶ Afrique du Sud, Cameroun, République du Congo, Ghana, Mali, Sénégal, Ouganda, République démocratique du Congo et Tanzanie.

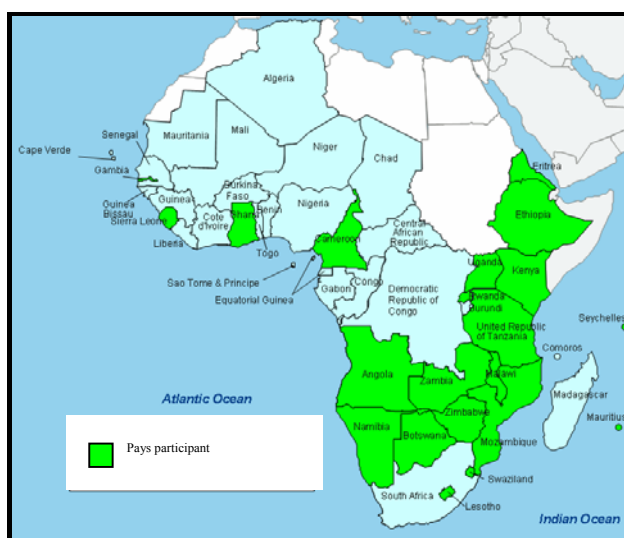
nationales, et pour la mise en œuvre de leurs plans de travail. Les participants à la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique ont adopté le document AFR/RC56/11 intitulé «Autorités de réglementation pharmaceutique : Situation actuelle et perspectives», qui avait pour but de donner des orientations pour le renforcement des autorités de réglementation pharmaceutique. Douze pays¹⁷ ont évalué et renforcé leurs autorités de réglementation. Cela a porté à 24 le nombre de pays qui disposent de systèmes de réglementation de base et à 26 le nombre de pays qui disposent d'une réglementation sur les phytomédicaments.

68. Le Bureau régional a élaboré des lignes directrices sur les politiques nationales de protection des connaissances relatives à la médecine traditionnelle et de l'accès aux ressources biologiques, ainsi qu'un projet de loi modèle de l'OMS sur la protection des connaissances médicales traditionnelles. Quarante pays au total (sur 46) ont établi des listes nationales de médicaments essentiels et 17 pays¹⁸ ont actualisé leurs listes au cours de l'exercice biennal.

Sécurité transfusionnelle et technologie clinique (BCT)

69. Des efforts ont été faits pour améliorer les services de laboratoires cliniques, la sécurité des patients, la gestion de la technologie sanitaire, l'imagerie diagnostique et la sécurité transfusionnelle. Un programme régional d'évaluation externe de la qualité dans les domaines de l'hématologie et de la chimie clinique auquel participaient 21 laboratoires rattachés à des hôpitaux universitaires a été lancé (Figure 3). Douze microbiologistes de haut niveau originaires de six pays¹⁹ ont reçu une formation et un appui financier pour mettre en place des programmes nationaux dans les laboratoires de la périphérie. Par ailleurs, le programme intégré d'évaluation externe de la qualité dans le domaine de la microbiologie, qui avait commencé en 2002, a été étendu aux laboratoires traitant du paludisme et de la tuberculose dans 44 pays. Plus de 70 laboratoires ont participé à ce programme intégré au cours de l'exercice biennal.

Figure 3 : Pays de la Région africaine de l'OMS participant au programme d'évaluation externe de la qualité dans le domaine de l'hématologie et de la chimie clinique



¹⁷ Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Rwanda, Sénégal, Tchad et Zambie.

¹⁸ Afrique du Sud, Burkina Faso, Cap-Vert, République centrafricaine, Comores, République du Congo, Gambie, Libéria, Mali, Mauritanie, Ouganda, Sénégal, Seychelles, Tanzanie, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

¹⁹ Mali, Niger, Rwanda, Sénégal, Ouganda et Zambie.

70. Des contrôleurs des services de transfusion sanguine ont été formés à Bamako (Mali). La République centrafricaine, le Mali, Maurice et la Namibie ont démarré avec succès leurs programmes de gestion de la qualité. Cinquante-quatre personnes travaillant dans des laboratoires de santé publique et des laboratoires vétérinaires nationaux de référence ont reçu une formation dans les domaines de la biosûreté et de la biosécurité des laboratoires.

71. Des centres d'excellence pour la formation continue dans le domaine de l'imagerie diagnostique ont été réactivés au Cameroun et au Kenya. Un réseau régional pour la sécurité des patients a été lancé, et le premier atelier régional relatif à la sécurité des patients a été organisé. Le Kenya et l'Afrique du Sud ont mené des études sur les incidents pouvant survenir lors de la prestation des soins médicaux dans les secteurs public et privé.

72. Huit pays²⁰ ont bénéficié d'un appui pour finaliser leurs politiques nationales de sécurité transfusionnelle. L'Angola, la Gambie, la Guinée-Bissau, Sao Tomé et Príncipe et la Sierra Leone ont élaboré leurs plans stratégiques pour le renforcement des programmes de sécurité transfusionnelle. Le Ghana a reçu un appui pour formuler sa politique nationale sur la gestion de la technologie sanitaire. Le Mozambique, le Lesotho et le Libéria ont entamé l'élaboration de leurs politiques nationales en matière de laboratoires, avec le concours du Bureau régional.

73. Tous les 46 États Membres ont rassemblé des données sur la sécurité transfusionnelle, ce qui a permis de mettre à jour la base de données régionale. Le nombre de poches de sang collectées et le pourcentage de donneurs de sang bénévoles ont sensiblement augmenté. Le rapport de l'enquête menée en 2004 sur la sécurité transfusionnelle dans la Région africaine de l'OMS a également été publié. La Journée mondiale du don de sang a été célébrée avec succès dans la Région. Des matériels de sensibilisation, y compris des enregistrements vidéo, ont été réalisés et distribués aux États Membres. Un atelier régional de formation des agents chargés de recruter les donneurs de sang a été organisé à l'intention de 50 participants.

Ressources humaines pour la santé (HRH)

74. Le Bureau régional a continué d'aider les pays à formuler des politiques et plans nationaux complets de développement des ressources humaines pour la santé, à renforcer les institutions pour la formation d'un personnel de santé approprié, à élaborer des cadres réglementaires, à gérer les personnels de santé, à produire des bases factuelles à l'appui de la planification et de la mise en œuvre, et à faire le plaidoyer en faveur de politiques macroéconomiques propices.

75. Au cours de l'exercice biennal 2006-2007, le Bureau régional a renforcé ses partenariats avec l'Union africaine, le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique, la Commission européenne, l'Agence de coopération technique allemande, la Communauté sanitaire de l'Afrique orientale, centrale et australe, la Communauté de Développement de l'Afrique australe, la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest et l'Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale, afin d'accélérer le développement des ressources humaines pour la santé (RHS) dans la Région. Cela a entraîné un renforcement de l'appui apporté aux pays, y compris à la composante RHS de programmes prioritaires tels que le VIH/sida, Pour une grossesse à moindre risque et la vaccination.

²⁰ Angola, République centrafricaine, Érythrée, Gabon, Namibie, Nigéria, Sao Tomé et Príncipe et Sénégal.

76. La création d'un Observatoire régional a entraîné un accroissement significatif de la collecte d'informations et de données factuelles relatives aux ressources humaines pour la santé; six pays²¹ ont également lancé des observatoires nationaux dans ce domaine. Les données recueillies ont servi de base pour l'élaboration de lignes directrices, de stratégies et de cadres HRH à l'intention des pays.

77. Un certain nombre de réunions ont permis de renforcer les capacités nationales en matière d'élaboration des politiques, de planification, de production et de gestion des ressources humaines pour la santé. Plus de 100 responsables de tout le continent ont participé à une réunion interministérielle (santé, finances, éducation, fonction publique) de haut niveau portant sur le renforcement des capacités nationales de développement des ressources humaines pour la santé. Une réunion régionale axée sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux a regroupé 60 participants; la réunion des doyens de facultés de médecine de la Région africaine a également regroupé 60 participants.

VIH/SIDA, TUBERCULOSE ET PALUDISME

78. Le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme restent des menaces importantes pour la santé publique et le développement dans la Région africaine. La morbidité, la mortalité et l'impact socioéconomique directs et indirects de ces maladies transmissibles continuent à entraver les progrès vers la réalisation des cibles de la Déclaration de l'Union africaine d'Abuja et des objectifs de développement définis par les Nations Unies dans la Déclaration du Millénaire.

79. La fourniture en temps voulu d'un appui de qualité pour accélérer la programmation et la mise en œuvre d'interventions ayant fait leurs preuves et d'un bon rapport coût/efficacité contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme a donc constitué un aspect primordial de l'action de l'OMS dans la Région africaine au cours de l'exercice biennal 2006–2007. Cet appui a été fourni en collaboration avec les nombreux partenaires travaillant dans la Région.

Virus de l'immunodéficience humaine et syndrome d'immunodéficience acquise (VIH)

80. Le VIH/sida constitue toujours une énorme barrière au développement économique et social en Afrique subsaharienne, qui représente plus de 68 % des cas d'infection à VIH et plus de 76 % de décès liés au sida dans le monde. Selon les estimations, 1,7 million d'adultes et d'enfants ont été infectés par le VIH en 2007.

81. Face à cette situation, l'action de l'OMS a consisté à donner des orientations normatives et un appui technique aux pays. Les États Membres ont adapté des politiques et des outils, renforcé leurs capacités de mobiliser des ressources techniques et financières, œuvré pour l'accélération de la prévention du VIH, et intensifié la prestation de soins complets aux personnes infectées par le VIH/sida, y compris la fourniture d'antirétroviraux, en particulier dans les situations d'urgence.

82. À la suite de campagnes de plaidoyer intenses et de la fourniture de directives techniques aux divers acteurs, l'accélération de la prévention du VIH a été placée en bonne place dans l'action des pays et des partenaires de développement, en particulier ceux du système des Nations Unies. L'accent a été mis sur l'appui à apporter aux pays pour l'intensification d'interventions économiquement avantageuses et reposant sur de bases factuelles, ainsi que sur l'amélioration de la programmation des activités relatives au VIH/sida, grâce à une bonne connaissance des facteurs qui sont à l'origine de l'épidémie.

²¹ Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Ghana et Ouganda.

83. Avec le concours du Bureau régional, 17 pays²² ont actualisé leurs lignes directrices nationales pour la prise en charge complète des infections sexuellement transmissibles. Six pays²³ ont intégré la prise en charge des cas à leurs services de santé génésique. Des lignes directrices actualisées pour de nouvelles approches telles que la prestation de services de tests et de conseils à l'initiative du personnel de santé ont été mises à la disposition des pays. La moitié des pays de la Région (23) ont reçu un appui pour étendre les services de tests et de conseils sur le VIH et la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), ce qui a permis de porter de 5 % en 2004–2005 à 60 % en 2006–2007 le pourcentage des districts où une formation sanitaire au moins assure des services de tests et de conseils en matière de VIH. Le nombre total des femmes enceintes qui ont accès aux services de PTME est passé de 190 000 en 2004–2005 à plus de 300 000 en 2006–2007. Malgré ces importants progrès, les taux de couverture des services de tests et de conseils et de PTME ne sont encore que de l'ordre de 10 %.

84. Après la publication des recommandations formulées par l'OMS et l'ONUSIDA sur la circoncision masculine et la prévention de l'infection à VIH en mars 2007, un plan commun des Nations Unies a été mis en œuvre sous la conduite du Bureau régional. Ce plan mettait particulièrement l'accent sur les pays d'Afrique orientale et australe qui ont les taux de prévalence du VIH/sida les plus élevés et des taux de circoncision masculine très bas. À la suite de ces recommandations, la cinquante-septième session du Comité régional a prévu d'organiser en mars 2008 une réunion d'experts africains chargée d'examiner les orientations stratégiques à mettre en œuvre pour intensifier la circoncision masculine afin de prévenir l'infection à VIH.

85. Des efforts ont été faits pour étendre la thérapie antirétrovirale (TAR) dans le cadre de la couverture universelle. À ce jour, 23 pays²⁴ ont adopté la prise en charge intégrée des maladies de l'adulte et de l'adolescent pour renforcer la thérapie antirétrovirale. Environ 1,9 million de personnes vivant avec le VIH/sida recevaient la thérapie antirétrovirale à la fin du mois de décembre 2007 – soit 42 % des personnes qui en avaient besoin, contre 28 % à la fin de 2006 et 17 % à la fin de 2005 (Figure 4). Sept pays²⁵ avaient atteint un taux de couverture de 50 % ou davantage. La couverture des services de soins et de prévention destinés aux enfants a enregistré une augmentation analogue, bien que la couverture générale, qui n'est que de 11 %, demeure très faible.

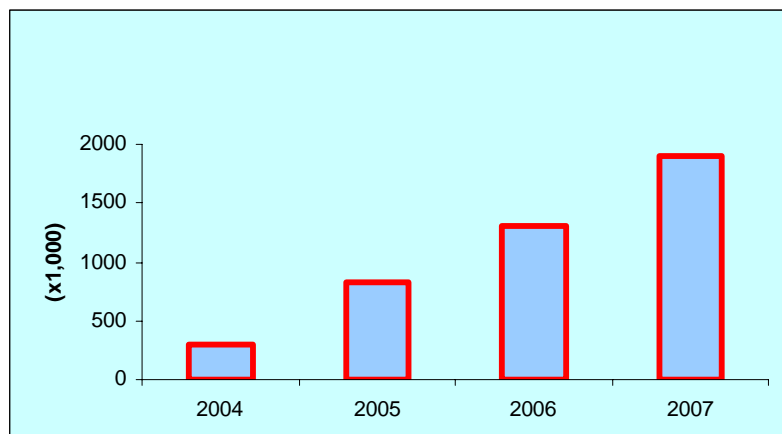
²²Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Éthiopie, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

²³Bénin, Cameroun, Nigéria, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

²⁴Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.

²⁵Botswana, Kenya, Malawi, Namibie, Rwanda, Swaziland et Zambie.

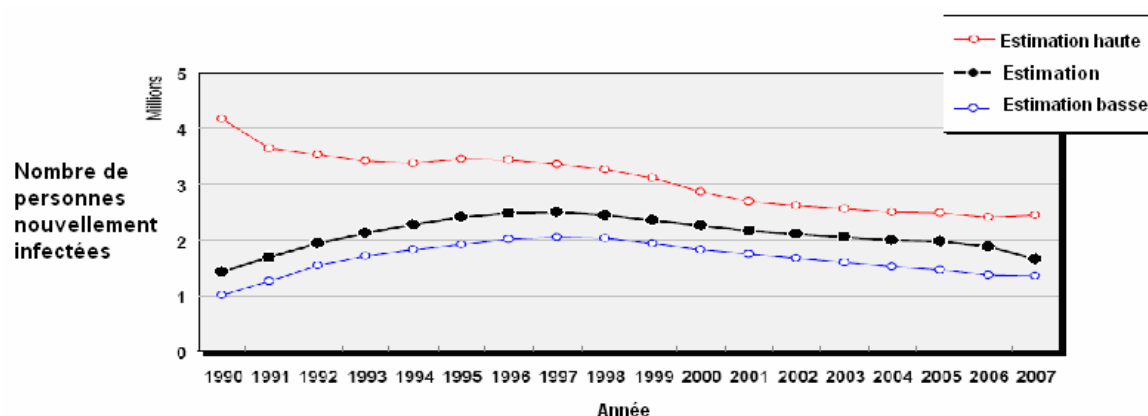
Figure 4 : Nombre de personnes vivant avec le VIH/sida qui reçoivent la thérapie antirétrovirale dans la Région africaine de l’OMS, 2004–2007



Source : Base de données régionale, Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique, 2007.

86. Les États Membres ont adopté une stratégie régionale pour la lutte contre la double épidémie de tuberculose et de VIH au cours de la cinquante-septième session du Comité régional. Il ressort des derniers chiffres publiés par l’ONUSIDA et l’OMS en décembre 2007 sur l’épidémie de sida que les taux de prévalence du VIH dans la plupart des pays d’Afrique subsaharienne s’étaient stabilisés ou semblaient décliner (Figure 5). Toutefois, le sida demeurait la première cause de mortalité en Afrique subsaharienne, ce qui souligne les défis qu’il faudra relever à long terme en matière de prestation de soins, de traitements et d’appui, surtout au premier niveau de soins.

Figure 5 : Estimation du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en Afrique subsaharienne, 1990–2007



Source : Rapport OMS/ONUSIDA sur l’épidémie de VIH, novembre 2007.

87. Pour garantir les progrès vers l'accès universel, il est important de poursuivre le plaidoyer en vue d'une accélération de la prévention de l'infection à VIH, d'une intégration totale de la PTME dans les services de santé maternelle et infantile, et d'une intensification de la thérapie antirétrovirale. Il est également nécessaire de suivre et d'évaluer mensuellement la mise en œuvre des activités et l'utilisation du budget, et de continuer à promouvoir les partenariats à tous les niveaux.

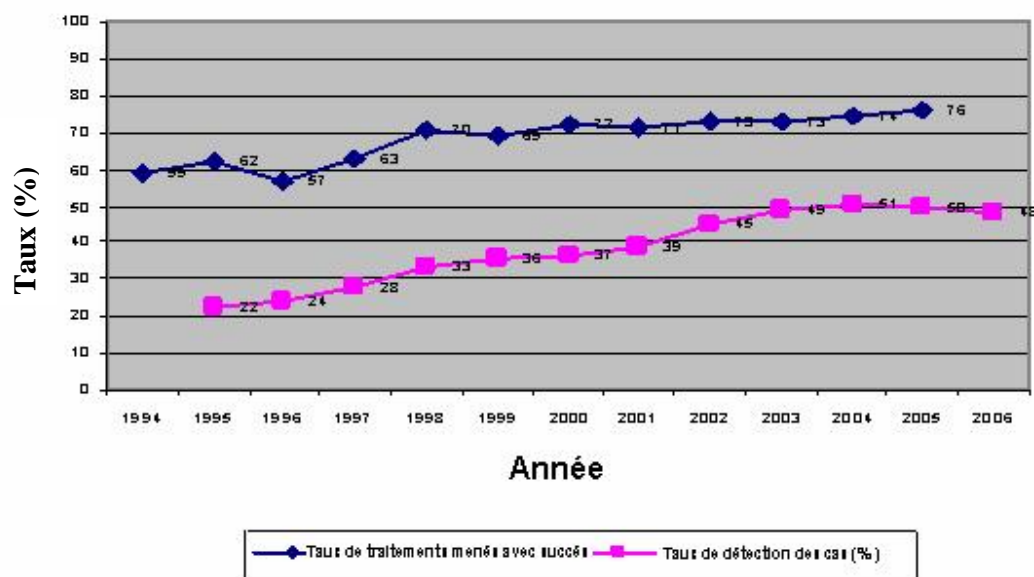
Tuberculose (TUB)

88. L'amélioration de la qualité et de la couverture de la stratégie du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) est l'élément central de la lutte antituberculeuse dans la Région. Cependant, l'impact négatif du VIH/sida sur l'incidence de la tuberculose a annulé les progrès enregistrés ces derniers temps. Ce problème est aggravé par la notification de cas de tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR) et de tuberculose à bacilles ultrarésistants (TB-UR). L'inadéquation des services de laboratoire limite la capacité d'effectuer des tests systématiques pour dépister la tuberculose pharmacorésistante dans 12 pays.

89. Au cours de l'exercice biennal 2006-2007, l'OMS a axé son action sur : i) l'appui pour l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action d'urgence en vue d'étendre la stratégie DOTS; ii) le soutien technique pour étendre et améliorer les services de diagnostic de la tuberculose; iii) la promotion des interventions de lutte portant à la fois sur la tuberculose et le VIH iv) les partenariats public-privé et les initiatives communautaires de soins pour la tuberculose; v) l'amélioration de l'accès à des médicaments antituberculeux de qualité; et vi) le renforcement de la surveillance et du suivi, y compris en ce qui concerne la pharmacorésistance.

90. Tous les pays ont reçu un appui pour élaborer et mettre en œuvre des plans et des stratégies destinés à favoriser la réalisation des cibles fixées par l'Assemblée mondiale de la Santé et les objectifs du Millénaire pour le développement en ce qui concerne la lutte contre la tuberculose. Sur les 34 pays les plus touchés de la Région, la proportion de ceux qui atteignent un taux de dépistage des cas de 70 % est passée de 12 % (4/34) en 2005 à 29 % (10/34) en 2007. De même, la proportion des pays où le taux des traitements menés avec succès atteint 85 % a enregistré une faible augmentation, puisqu'elle est passée de 20 % (7/34) en 2005 à 23 % (8/34) en 2007. Par contre, la proportion des pays fortement touchés qui associent les communautés à la mise en œuvre de la stratégie DOTS dans 50 % au moins des districts est passée de 6 % (2/34) en 2005 à 44 % (15/34) en 2007. Par conséquent, la proportion des pays où le taux total de défections et de transferts est égal ou inférieur à 10 % est passée de 35 % en 2005 (12/34) à 73 % (25/34) en 2007. La figure 6 montre les tendances régionales en ce qui concerne les taux de dépistage des cas et de traitements menés avec succès.

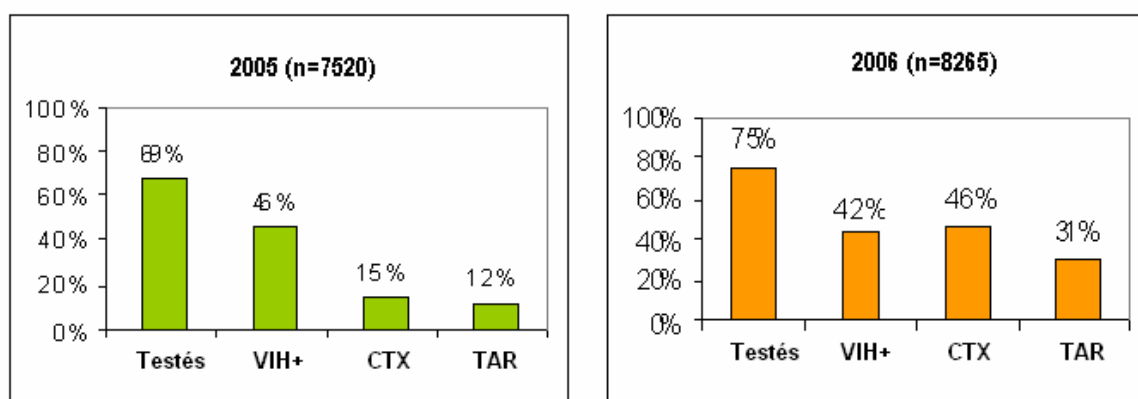
Figure 6 : Tendances régionales vers la réalisation des cibles mondiales de la lutte antituberculeuse, 1994–2006



Source : Établi à l'aide des données annuelles provenant des programmes de surveillance de la tuberculose, 1994–2006.

91. Le nombre des pays menant des activités de lutte combinées contre la tuberculose et le VIH est passé de 15 en 2005 à 34 en 2007 grâce à l'appui technique fourni par le Bureau régional. En conséquence, le nombre de tuberculeux testés pour le VIH est passé de 2 % en moyenne à 14 %. Ce chiffre a atteint 75 % dans certains pays comme le Rwanda (Figure 7). Afin de donner des orientations pour le renforcement de la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH, le Bureau régional a élaboré une stratégie régionale qui a été adoptée par les pays membres lors de la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Figure 7 : Dépistage et traitement du VIH chez les tuberculeux au Rwanda



Source : Établi à l'aide de données annuelles provenant des programmes de surveillance, 2005-2006

92. Le Bureau régional a aidé les pays à renforcer les systèmes de surveillance de la tuberculose, ce qui a permis à 45 d'entre eux de fournir régulièrement et à temps à l'OMS des rapports précis pour l'établissement des rapports mondiaux sur la lutte antituberculeuse. Par ailleurs, 19 des 22 pays qui assurent une surveillance active de la tuberculose pharmacorésistante ont notifié 7 023 cas de tuberculose à bacilles multirésistants. La majorité des pays ont pu accéder à des médicaments antituberculeux de deuxième ligne grâce au Dispositif mondial pour les médicaments ou à leurs ressources propres. Pour la première fois dans la Région, le Mozambique et l'Afrique du Sud ont notifié 393 cas de tuberculose à bacilles ultrarésistants. Face à cette menace, le Bureau régional a élaboré un cadre pour la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante et continue d'aider les pays à élaborer des plans d'action pour la lutte antituberculeuse.

Paludisme (MAL)

93. Le paludisme a un lourd impact sur le développement de l'Afrique, car il cause des taux de morbidité et de mortalité intolérables et entrave le développement économique. Malgré les diverses stratégies adoptées pour lutter contre le paludisme, la disponibilité d'interventions efficaces par rapport à leur coût et de financements accrus au profit des populations vulnérables reste excessivement faible.

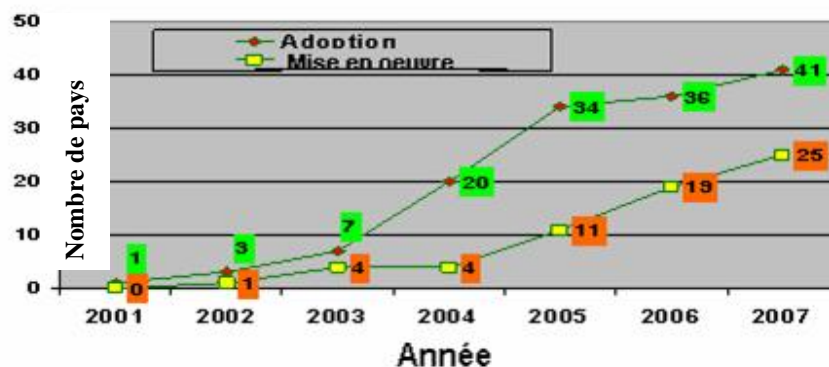
94. Durant l'exercice biennal 2006–2007, le Bureau régional a mis l'accent sur i) la promotion de l'intensification d'ensembles d'interventions complètes de lutte contre le paludisme associant la prise en charge efficace des cas; la prévention par le traitement préventif intermittent pendant la grossesse, les moustiquaires imprégnées d'insecticide et la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations; et la préparation et la riposte aux épidémies; ii) le renforcement de la prestation de services intégrés en exploitant au mieux les possibilités offertes par des stratégies et des programmes tels que la Prise en charge d'intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), le Programme élargi de vaccination (PEV) et les consultations prénatales; iii) le renforcement des partenariats pour mobiliser des ressources supplémentaires et améliorer la coordination et l'harmonisation autour des priorités, des plans et des cadres de suivi et d'évaluation établis par les pays; iv) le renforcement du suivi, de l'évaluation et de la planification fondée sur des bases factuelles.

95. Le Bureau régional a apporté un appui technique à l'Union africaine pour la préparation et l'organisation du Sommet spécial des chefs d'État sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, tenu en mai 2006 à Abuja. Il a également apporté un soutien technique à 16 pays²⁶ en 2006 et 2007 pour l'élaboration de plans stratégiques de deuxième génération sur le paludisme, compte tenu de la nécessité de garantir un accès universel aux services de prévention et de lutte antipaludiques.

96. En ce qui concerne l'intensification des interventions de lutte antipaludique, 41 pays avaient adopté à la fin de décembre 2007 la politique d'associations thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) (Figure 8), contre 34 au début de 2005. Vingt-cinq de ces pays assuraient le traitement conformément aux recommandations formulées par l'OMS sur les ACT et 20 d'entre eux déclaraient appliquer ce traitement à l'échelle nationale, contre sept au début de l'exercice biennal.

²⁶ Botswana, Burundi, Burkina Faso, Comores, République du Congo, Éthiopie, Guinée-Bissau, Madagascar, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Tanzanie (Zanzibar) et Zambie.

Figure 8 : Tendances de l'adoption et de la mise en œuvre de la politique d'associations thérapeutiques à base d'artémisinine.

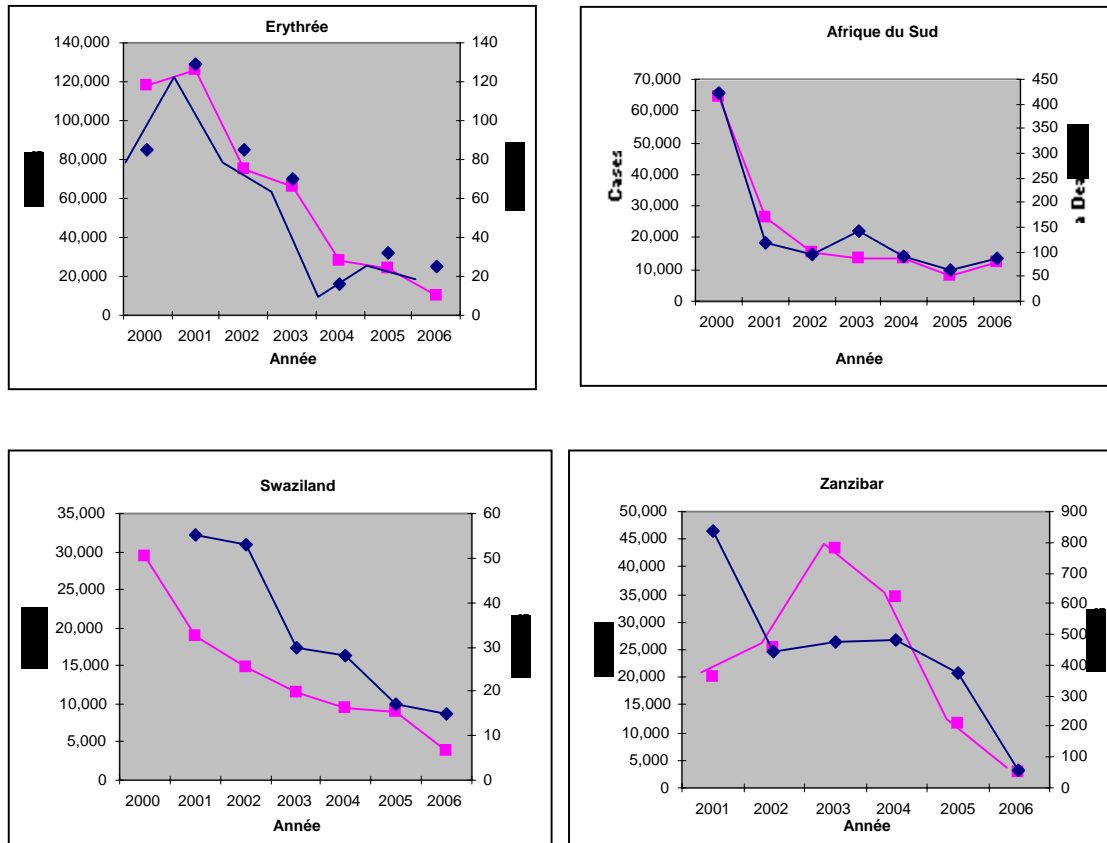


97. La stratégie du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPig) a été adoptée dans tous les 35 pays d'endémie où elle a été recommandée, et 20 d'entre eux l'appliquent à l'échelle nationale. Plus de 33 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées par divers mécanismes, y compris l'intégration à d'autres interventions axées sur la survie de l'enfant.

98. La mise en œuvre à grande échelle d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité et ayant fait leurs preuves a permis de réduire le fardeau du paludisme dans des pays tels que l'Afrique du Sud, l'Érythrée, le Kenya, le Swaziland et la Tanzanie (Zanzibar) (Figure 9).

99. L'intégration durable de l'utilisation à grande échelle de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée et de la politique d'associations thérapeutiques à base d'artémisinine a fortement réduit le fardeau du paludisme en Gambie, au Rwanda, à Sao Tomé et Príncipe, au Togo et dans d'autres pays d'Afrique centrale et occidentale. Par ailleurs, le succès apparent de certaines initiatives transfrontalières telles que la *Lubombo Spatial Development Initiative* menée par les gouvernements du Mozambique, d'Afrique du Sud et du Swaziland, qui a permis de réduire la transmission du paludisme dans toute la région concernée, milite fortement en faveur d'investissements dans la lutte régionale contre le paludisme. Au Kenya, la distribution de masse gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide a eu un impact positif sur la survie de l'enfant, confirmant ainsi les résultats d'essais randomisés antérieurs.

Figure 9 : Exemples de pays où le nombre de cas de paludisme a diminué au niveau des établissements de santé, 2000-2007



Légende : Bleu : décès; Rose : cas

100. Des progrès significatifs ont été accomplis dans le renforcement des partenariats pour la lutte contre le paludisme. Le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP) a approuvé 27 projets ayant une composante sur le paludisme. Grâce au meilleur appui fourni aux pays pour l'élaboration des projets, 13 des 19 propositions présentées au titre du 7^{ème} cycle ont été approuvées, ce qui a valu à l'OMS et à Faire reculer le paludisme des éloges publics de la part du Fonds mondial pour les efforts déployés. Par ailleurs, le renforcement de la collaboration avec des partenaires tels que l'Initiative du Président des États Unis pour le paludisme et le programme Booster de la Banque mondiale pour le paludisme a entraîné un accroissement de la disponibilité et de l'utilisation des ressources au niveau des pays.

LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

101. La Division Lutte contre les Maladies transmissibles du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique donne des orientations et un appui technique aux pays de la Région, en application des résolutions et recommandations des Organes directeurs portant sur la lutte contre les maladies transmissibles. Les quatre domaines d'activités couverts par cette division au cours de l'exercice biennal 2006–2007 étaient les suivants : Maladies transmissibles : prévention et lutte; Alerte et action en cas d'épidémie; Vaccination et mise au point de vaccins; Maladies transmissibles : recherche.

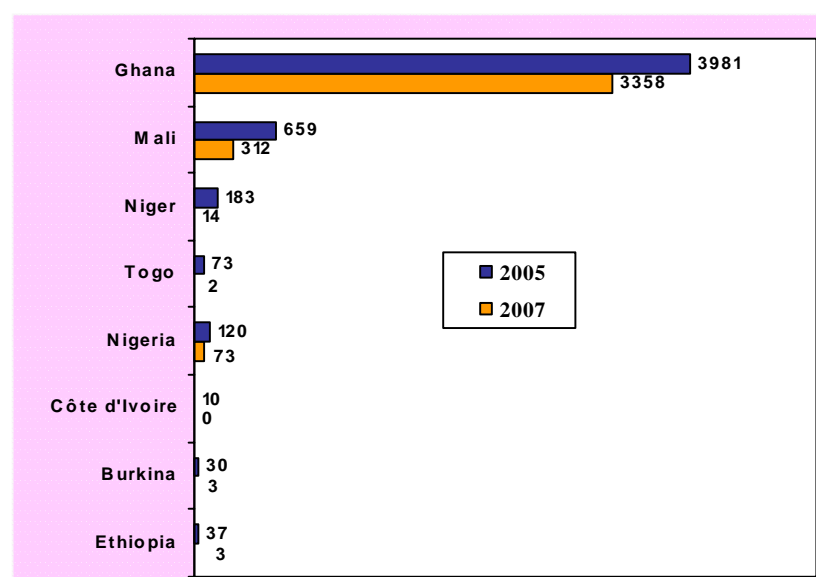
Maladies transmissibles : prévention et lutte (CPC)

102. Le Bureau régional a axé son action au cours de l'exercice biennal 2006–2007 sur l'appui à fournir aux pays pour la mise en œuvre de programmes portant sur l'éradication de la dracunculose; l'élimination de la lèpre, de la filariose lymphatique et de la trypanosomiase; et sur la lutte contre l'onchocercose, l'ulcère de Buruli, la schistosomiase, la parasitose intestinale, la leishmaniose et la rage. Ces maladies touchent un milliard de personnes, dont 90 % se trouvent en Afrique. La lutte contre ces maladies souffre d'un grave déficit de financement; d'où le terme *maladies tropicales négligées*.

103. En collaboration avec ses partenaires, l'OMS a apporté un appui technique et financier aux pays concernés pour l'élaboration de stratégies et plans d'action appropriés pour le plaidoyer et la lutte contre les maladies. Certaines activités spécifiques ont permis de leur fournir un soutien pour l'approvisionnement en médicaments et pour le suivi et l'évaluation.

104. **Dracunculose** : Le personnel du Bureau régional relevant de la division concernée a effectué 17 missions et organisé huit réunions interpays d'évaluation, ce qui a permis de certifier dix pays comme étant exempts de transmission locale de la dracunculose. L'incidence annuelle a été réduite de 28% au cours de l'exercice biennal. Le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie et le Togo ont notifié zéro cas indigène en 2007 (Figure10).

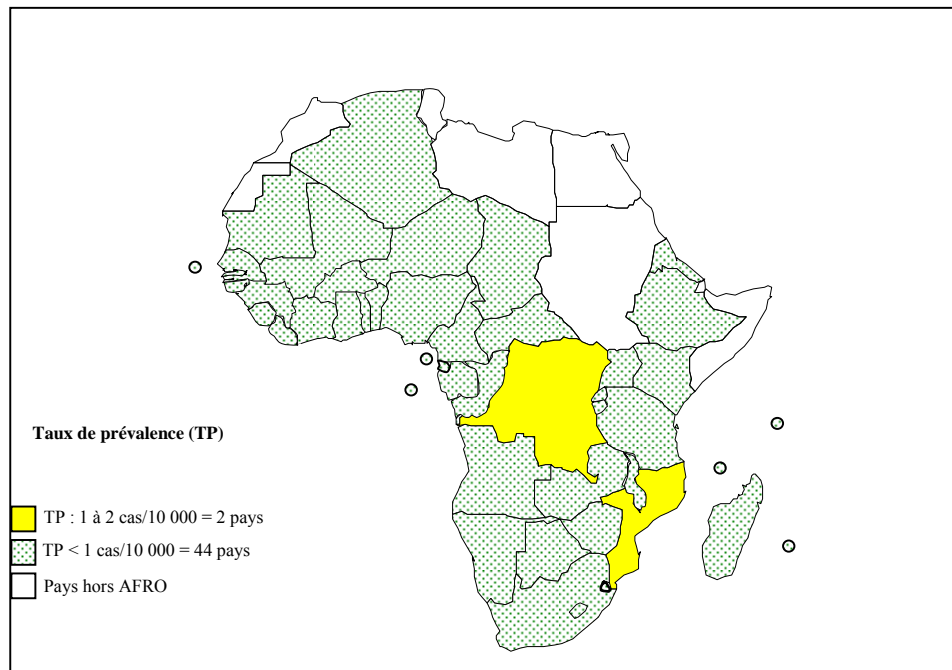
Figure 10 : Nombre de cas de dracunculose dans la Région africaine de l'OMS, 2005-2007



Note : Les cas notifiés au Burkina Faso, en Éthiopie et au Togo sont des cas importés.

105. **Lèpre** : Tous les sept pays qui n'ont pas encore atteint l'objectif de l'élimination ont reçu un appui pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer des plans visant à intensifier la lutte contre cette maladie. Ces efforts ont permis de réduire la prévalence de 53 952 à 37 663 cas confirmés, soit une diminution de 30%. Le taux de prévalence moyen de la lèpre dans la Région africaine est de 0,51 cas pour 10 000 habitants. À la fin de 2007, 44 pays sur 46 avaient atteint l'objectif de l'élimination (Figure 11).

Figure 11 : Situation de la lèpre dans la Région africaine, fin 2007



106. **Chimiothérapie préventive intégrée** : Le Burkina Faso, le Ghana, le Mali, le Niger et l'Ouganda ont été les premiers à mettre en œuvre l'administration massive intégrée de médicaments dans la Région, à l'aide de produits peu onéreux ou gratuits destinés au traitement de quatre des maladies tropicales négligées dont le fardeau est le plus élevé, à savoir la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase et les géo-helminthes.

107. **Filariose lymphatique** : Les programmes d'administration massive de médicaments ont atteint 33 millions de personnes dans 12 des 39 pays d'endémie de la Région. Le programme le mieux réussi après celui du Togo en ce qui concerne l'interruption de la transmission de la filariose lymphatique a été celui de Zanzibar (Tanzanie). Cinq pays ont mené à bien des programmes intégrés de traitement portant sur la filariose lymphatique, la schistosomiase, la géo-helminthiase et l'onchocercose. Seize pays d'endémie de géo-helminthes ont mené des programmes de traitement vermifuge dans les écoles. Certains d'entre eux ont associé ce traitement avec l'apport en vitamine A, les campagnes de vaccination et d'autres interventions de santé infantile.

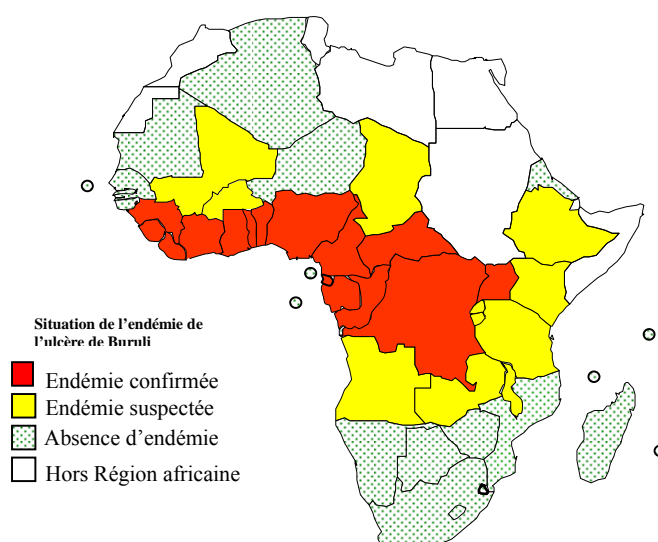
108. **Onchocercose** : À l'échéance de décembre 2006, les distributeurs communautaires de médicaments avaient traité plus de 48,6 millions de personnes de 111 210 communautés dans 15 pays d'endémie d'onchocercose, en partenariat avec le personnel des systèmes de santé. Le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) a permis de préserver 960 000 années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) en 2007. La stratégie de traitement par l'ivermectine sous directives communautaires a également permis de fournir de nombreuses autres prestations telles que l'apport en vitamine A, la

distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et la prise en charge du paludisme à domicile. À la fin de l'exercice biennal 2006-2007, les contributions financières des gouvernements aux activités de lutte contre l'onchocercose dans 13 pays de l'APOC avaient augmenté de 38%.

109. **Trypanosomiase humaine africaine :** La surveillance active a été renforcée, ce qui a entraîné une tendance à la baisse de l'incidence annuelle de cette maladie au cours de ces cinq dernières années. La transmission semble avoir été arrêtée dans 15 pays²⁷, puisqu'ils n'ont signalé aucun nouveau cas depuis de nombreuses années. Vingt-quatre pays d'endémie de *Trypanosoma gambiense* ont constaté une diminution de 69 % du nombre de nouveaux cas. Dix pays²⁸ ont notifié moins de 50 nouveaux cas par an; huit pays²⁹ ont notifié 50 à 1 000 nouveaux cas; et deux (Angola et République démocratique du Congo) ont notifié plus de 1 000 cas. Toutes les personnes atteintes par la maladie du sommeil ont été traitées gratuitement.

110. **Ulcère de Buruli :** Le Bureau régional a aidé trois pays à évaluer la situation de l'ulcère de Buruli et à mettre en place des activités de surveillance. Quinze pays de la Région africaine ont été confirmés comme pays d'endémie et ont mené des activités de lutte (Figure 12).

Figure 12: Ulcère de Buruli dans la Région africaine, 2007



Alerte et action en cas d'épidémie (CSR)

111. Au nombre des défis à relever en ce qui concerne l'alerte et l'action en cas d'épidémie figurent le renforcement et le maintien de systèmes de surveillance des maladies pour disposer en temps voulu de l'information épidémiologique; la mise en place de systèmes d'intervention permettant de maîtriser rapidement les urgences de santé publique de portée nationale et internationale; et le renforcement des capacités de laboratoire pour la confirmation des agents responsables des flambées de maladies.

²⁷ Bénin, Botswana, Burundi, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Namibie, Niger, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland et Togo.

²⁸ Burkina Faso, Cameroun, Gabon, Guinée équatoriale, Kenya, Mozambique, Nigéria, Rwanda, Zambie et Zimbabwe.

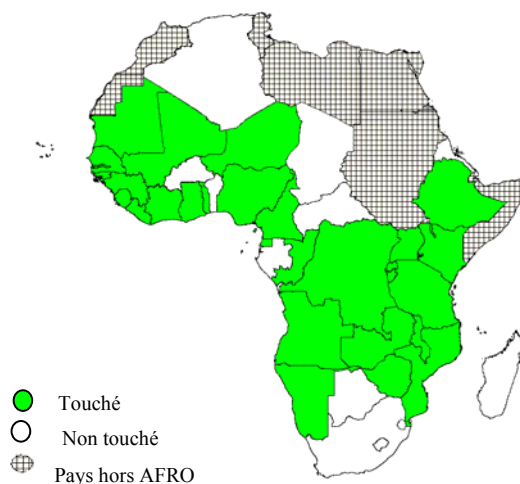
²⁹ République centrafricaine, République du Congo, Côte d'Ivoire, Guinée, Malawi, Ouganda, Tanzanie et Tchad.

112. Les succès de la mise en œuvre de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (SIMR) au niveau des pays a considérablement contribué à la détection précoce et à la maîtrise rapide des épidémies. Une formation à la SIMR a été dispensée dans 33 des 46 États Membres au bénéfice de 60 % de leurs districts au moins. La formation à la SIMR a également été introduite à l'Institut régional de santé publique de Ouida (Bénin) et dans des institutions de formation en santé de niveau moyen de six pays.³⁰ L'OMS a en outre apporté un appui technique et financier aux pays pour l'organisation de séminaires de formation sur la grippe aviaire causée par H5N1.

113. Le Bureau régional et les équipes d'appui interpays ont continué à apporter en temps voulu un appui technique aux pays faisant face à d'importantes épidémies de maladies telles que le choléra, la méningite, les fièvres hémorragiques à virus Ebola et à virus de Marburg, et la grippe aviaire. Ces pays ont également reçu un appui pour élaborer et mettre en œuvre des plans nationaux de préparation et de riposte aux épidémies. Les membres du Réseau régional d'action rapide en cas d'épidémie ont suivi un cours de recyclage pour actualiser leurs connaissances dans des domaines tels que la transmission à l'homme de A/H5N1 et le *Règlement sanitaire international (2005)*. Les équipes nationales d'action rapide pour l'endiguement de la grippe aviaire pandémique de 28 pays ont suivi une formation dans ce domaine. Un appui technique et financier a également été fourni aux pays pour la mise en place d'équipes nationales d'action rapide en cas d'épidémie et la définition des orientations applicables à cet effet. Des stocks de matériel de protection personnelle en cas d'urgence ont été distribués à toutes les trois équipes d'appui interpays.

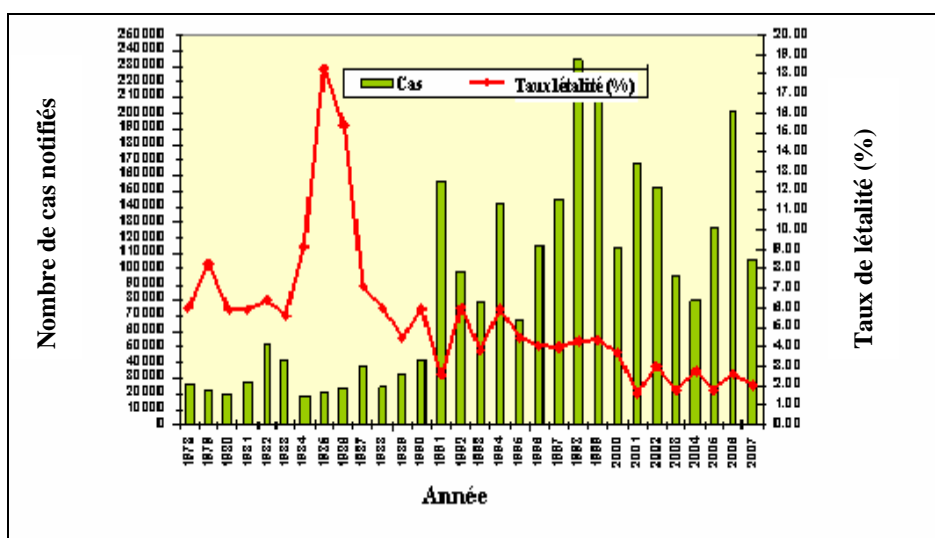
114. En 2007, 30 pays sur 46 ont notifié des épidémies de choléra au Bureau régional (Figure 13). Le nombre total des cas a été de 106 141 et celui des décès de 2 172. Le taux de létalité global a été de 2,05 %, variant de moins de 1 % à 12,5 %. L'Angola, la République démocratique du Congo et l'Érythrée ont notifié 68 401 (64,4 %) cas et 1 364 (12,8 %) décès. Les principaux facteurs de risque étaient la pénurie d'eau potable, les mauvaises conditions d'assainissement, l'agitation politique et sociale, et les conflits internes entraînant un déplacement massif des populations et la désorganisation des services sociaux. L'incidence du choléra augmente depuis les années 90. Les taux de létalité diminuent mais restent encore à un niveau inacceptable (2,05 %) (Figure 14).

Figure 13 : Pays touchés par le choléra dans la Région africaine, 2007



³⁰ Bénin, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée et Malawi.

Figure 14 : Tendances du choléra dans la Région africaine, 1978–2007

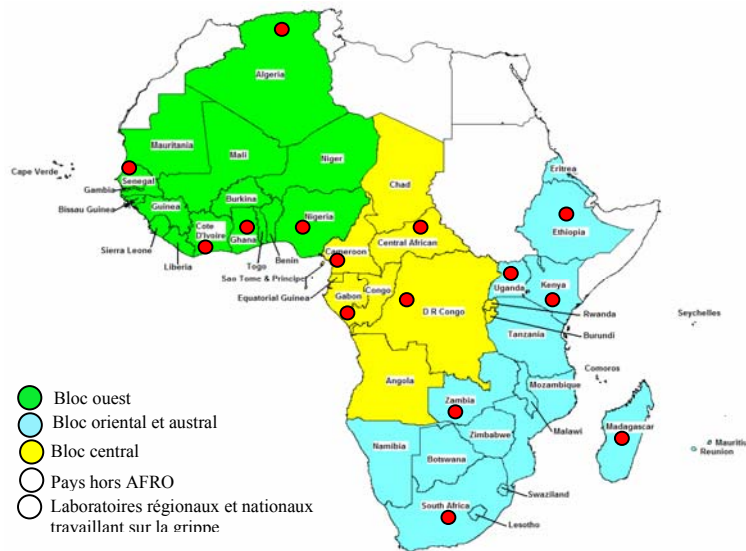


115. Quinze laboratoires au total ont été identifiés dans la Région africaine comme laboratoires nationaux et régionaux de référence pour la grippe (Figure 15). Les chefs et les techniciens supérieurs de laboratoire ont suivi une formation à la surveillance et au diagnostic du virus de la grippe, y compris de la grippe aviaire hautement pathogène. Plus de 70 laboratoires de 44 pays africains ont participé en 2007 au programme régional d'évaluation externe de la qualité dans le domaine de la bactériologie, et six laboratoires nationaux travaillant sur la grippe ont participé au programme OMS d'évaluation externe de la qualité pour la détection du virus de la grippe de type A par le procédé de la réaction en chaîne de polymérase.

116. Le Bureau régional a continué à fournir une information reposant sur des bases factuelles pour la surveillance des tendances de la maladie et l'évaluation des interventions de santé publique. Il a également élaboré, adapté et diffusé des outils de gestion de données, y compris les applications d'EPI-Info et les manuels de l'utilisateur.

117. Un partenariat a été mis en place pour l'application du *Règlement sanitaire international (2005)* (RSI). Ce partenariat a préparé un cadre régional, organisé des séances d'information pour les points focaux RSI et le personnel des divisions, et élaboré un plan de communication régional pour le plaidoyer et la sensibilisation des parties prenantes. Tous les 46 États Membres ont par ailleurs désigné des points focaux nationaux RSI. Un groupe d'experts a été constitué, et des matériels d'information, d'éducation et de communication ont été élaborés.

Figure 15 : Réseau de laboratoires régionaux et nationaux travaillant sur la grippe dans la Région africaine de l'OMS



118. En 2007, le Centre de surveillance pluripathologique de Ouagadougou a continué à concentrer son attention sur la surveillance de la méningite et de l'onchocercose, en apportant aux pays touchés un appui technique pour la surveillance et la riposte à la méningite, y compris par la production et la fourniture des milieux transisolats. Le renforcement de la surveillance de la méningite dans 13 pays a permis de détecter rapidement les épidémies de méningite à méningocoque et d'y riposter à temps. Les méningites à méningocoque ont été divisées en sous-types pour guider les campagnes de vaccination. La résistance des agents pathogènes de la méningite aux antimicrobiens a été contrôlée pour guider la prise en charge des cas.

119. Le dépistage groupé des vecteurs par la méthode de la réaction en chaîne de polymérase a permis de déterminer les taux de prévalence des vecteurs indirects afin de surveiller la recrudescence ou la réapparition des maladies au sein de la population. La pénurie de fonds a été le principal obstacle à la réalisation des objectifs visés par le Centre de surveillance pluripathologique.

Vaccination et mise au point des vaccins (IVD)

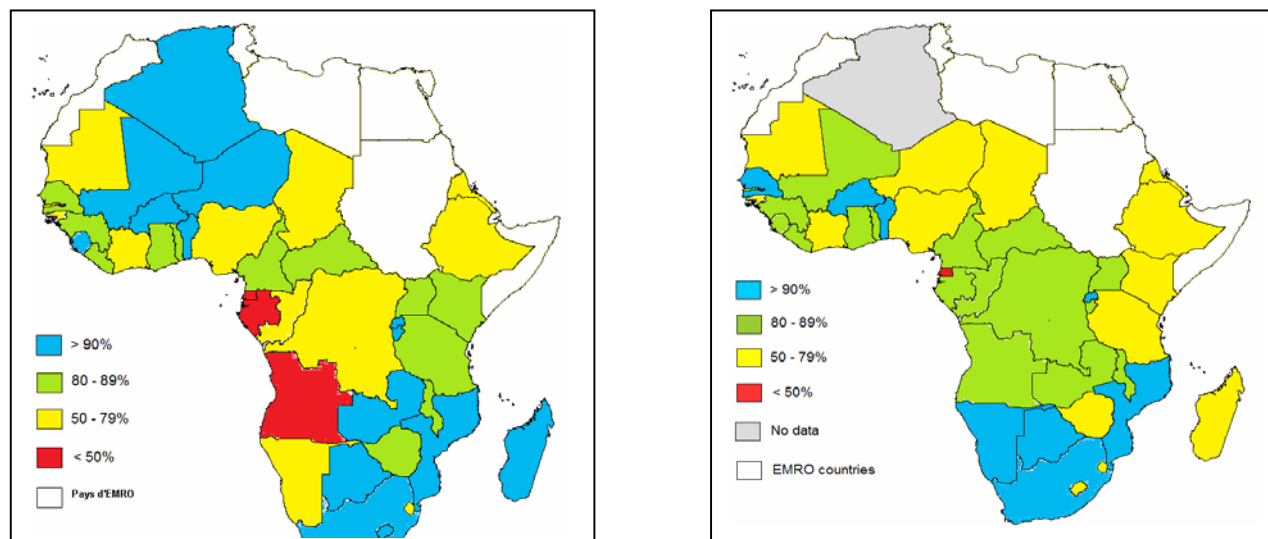
120. À la fin de 2006, 15 États Membres³¹ avaient notifié un taux de couverture de 90 % au moins par la troisième dose du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DTC3), et 14 pays³² avaient un taux de couverture égal ou supérieur à 80 % dans 80 % des districts au moins (Figure 16). Il ressort des données provisoires pour l'année 2007 que dix pays ont atteint un taux de couverture de 90 % au moins par le DTC3 et 28 pays un taux de couverture égal ou supérieur à 80 %.

³¹ Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Lesotho, Madagascar, Mali, Niger, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles, Sierra Leone et Zambie.

³² Botswana, Burkina Faso, Cap-Vert, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Niger, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles, Togo et Zambie.

Figure 16 : Taux de couverture signalée par le DTC3 dans la Région africaine de l’OMS, 2006 et 2007

2006



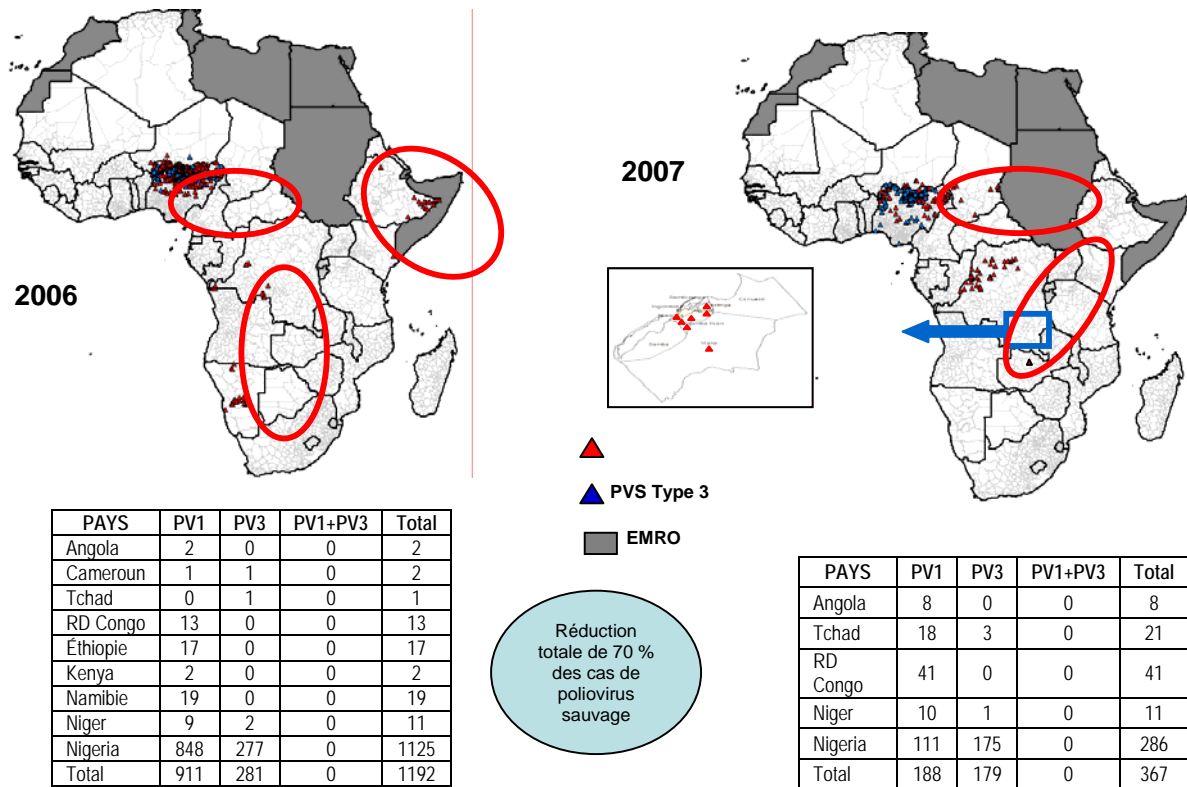
121. À la fin de décembre 2007, au total 38 pays avaient introduit le vaccin contre l’hépatite B et 30 pays le vaccin contre *Haemophilus influenzae*, type B dans leurs programmes de vaccination systématique. Trente-huit pays au total (83 %) avaient achevé l’élaboration de leurs plans pluriannuels complets et reçu un appui pour tirer parti des initiatives de réduction de la dette en vue de renforcer leurs systèmes de santé, y compris les programmes de vaccination.

122. **Poliomyélite** : En 2007, cinq pays ont notifié 367 cas de poliovirus sauvages contre neuf pays et 1 192 cas en 2006, soit une diminution de 70 %. Le nombre de poliovirus sauvages de type 1 a également diminué de 80 % au cours de la même période, tombant de 911 cas à 188 cas (Figure 17). La riposte aux poliovirus sauvages importés en Angola, en République démocratique du Congo et au Niger a été encourageante, mais les défis persistent au Tchad.

123. Quarante et un pays ont atteint les normes de surveillance requises pour la certification de l’élimination de la paralysie flasque aiguë en 2007. La Commission de certification de la Région africaine a accepté, au cours de la même année, la documentation présentée par six pays³³ supplémentaires pour être déclarés exempts de la poliomyélite, ce qui a porté à 21 le nombre total de pays ayant présenté une documentation complète à cet effet.

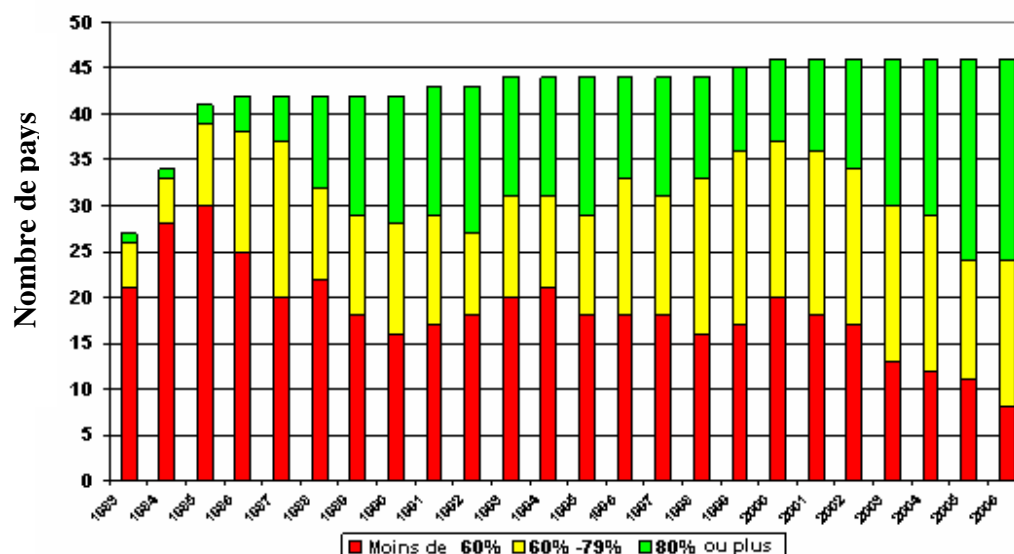
³³ République du Congo, Ghana, Guinée, Mauritanie, Sierra Leone et Togo.

Figure 17 : Répartition de la circulation du poliovirus sauvage dans la Région africaine de l’OMS, 2006–2007



124. **Rougeole** : Les activités de vaccination supplémentaires (AVS) contre la rougeole organisées dans 35 pays au cours de l’exercice biennal 2006-2007 ont permis d’atteindre 108 millions d’enfants. Elles ont été associées, dans 34 des 35 pays qui les ont organisées, à une intervention supplémentaire au moins en faveur de la survie de l’enfant, y compris la distribution de moustiquaires imprégnées d’insecticide, l’apport en vitamine A et l’administration d’un vermifuge. Vingt-deux pays ont atteint un taux de couverture de 80 % ou davantage par la vaccination systématique contre la rougeole en 2006 (Figure 18). À la fin de 2006, la Région avait réduit de 91% le nombre estimatif de décès imputables à la rougeole par rapport à 2000, chiffre qui est supérieur aux objectifs fixés pour 2009.

Figure 18 : Taux de couverture vaccinale notifiée contre la rougeole dans la Région africaine de l’OMS, 1983-2006



125. **Tétanos maternel et néonatal** : Tous les pays de la Région, exceptés la Guinée équatoriale et le Gabon, ont actualisé leurs plans d’élimination du tétanos maternel et néonatal. Seize pays ont organisé des activités de vaccination supplémentaires contre le tétanos dans les districts les plus vulnérables en 2007. Treize pays de la Région ont été validés comme ayant éliminé le tétanos maternel et néonatal.

126. **Fièvre jaune** : Sur les 31 pays de la Région africaine qui sont exposés à la fièvre jaune, 22 ont intégré le vaccin contre cette maladie dans leur programme élargi de vaccination systématique. Neuf pays ont atteint un taux de couverture de 80 % ou davantage en 2006. Toutes les équipes chargées de la lutte contre la fièvre jaune dans les 12 pays sélectionnés pour bénéficier d’un appui de l’Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination en vue de lutter contre cette maladie ont reçu les orientations nécessaires; les pays concernés ont également élaboré des projets de plans pour les campagnes de prévention, l’évaluation des risques et le renforcement de la surveillance. À la fin de 2007, cinq pays avaient achevé l’évaluation des risques. Le Togo a vacciné les populations vivant dans les zones classées à haut risque et a atteint un taux de couverture moyen de 96 %.

127. **Appui aux systèmes de vaccination** : Dix pays au moins ont évalué leurs systèmes de gestion et d’achat des vaccins, et 18 pays ont élaboré des plans de gestion des déchets provenant des services de santé. Les efforts se poursuivent pour voir de quelle manière on pourrait utiliser les crédits provenant de la réduction de la dette pour financer les activités de vaccination et créer un fonds autorenouvelable pour l’achat des vaccins. Le développement des ressources humaines se poursuit par l’élaboration de programmes intégrés de formation en matière de santé infantile.

Maladies transmissibles : recherche (CRD) :

128. Au cours de l'exercice biennal 2006-2007, le Bureau régional a mis l'accent sur des activités destinées à soutenir et renforcer les capacités nationales de recherche au moyen de la formation et de la mise en œuvre de projets visant à élaborer et appliquer de nouvelles méthodes améliorées de lutte contre les maladies transmissibles. Le Bureau régional a également examiné de nouvelles méthodes de collaboration et de travail avec le Programme spécial OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR).

129. Le Bureau régional a finalisé une stratégie relative à la recherche sur les maladies transmissibles. Celle-ci a ensuite servi de base pour l'élaboration du document intitulé « Recherche en santé : programme d'action de la Région africaine », qui a été adopté par la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. La division compétente a actualisé les bases de données relatives aux institutions de recherche et aux chercheurs de la Région et les a communiquées aux parties intéressées. Six pays³⁴ ont également créé des bases de données sur les activités de recherche-développement.

130. Le domaine d'activité a organisé deux réunions de haut niveau sur la recherche en santé afin de déterminer les principaux enjeux et les perspectives de la recherche en santé en Afrique. Le résultat de ces réunions a été la nouvelle vision et la nouvelle stratégie décennales TDR. Cette stratégie servira de base pour l'élaboration d'un programme africain lors de la conférence mondiale sur la recherche pour la santé qui se tiendra à Bamako (Mali) en 2008.

131. Le Bureau régional a apporté sa contribution à la vingt-quatrième session du Comité consultatif africain pour la recherche et le développement sanitaires. En raison de la participation active et du dynamisme du Bureau régional au sein des groupes de travail et des réunions du programme TDR, 33 bourses de formation et de recherche ont été attribuées à des institutions et des ressortissants de 18 pays. Le Bureau régional a organisé en février 2007, en collaboration avec d'autres partenaires (Programme africain de lutte contre l'onchocercose et Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales), une réunion destinée à classer la lutte contre l'onchocercose parmi les programmes de recherche prioritaires.

132. Vingt-trois pays ont adopté de nouvelles approches ou amélioré leurs méthodes de prévention, de diagnostic, de traitement et de lutte contre les maladies transmissibles. Les essais cliniques et le renforcement des capacités en matière de lutte contre le paludisme et la tuberculose ont été menés avec l'appui du Partenariat entre l'Europe et les pays en développement pour les essais cliniques. Des discussions intenses se poursuivent pour le lancement du programme de petits crédits TDR du Bureau régional au profit des pays qui reçoivent des financements du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

133. Le Bureau régional a entrepris des actions pour accroître les ressources humaines dans le domaine de la recherche afin de mieux aider les pays à renforcer les capacités et les moyens de recherche. C'est ainsi qu'un appui financier a été accordé aux délégués des pays qui ont participé à la réunion du Conseil conjoint de coordination TDR.

³⁴ Afrique du Sud, Ghana, Kenya, Mali, Tanzanie et Zambie.

LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

134. Le fardeau des maladies non transmissibles (MNT), des traumatismes, des problèmes liés à la santé mentale et de l'abus de substances psychoactives, y compris le tabac et la consommation excessive d'alcool, continue à s'accroître dans la Région; ces maladies constituent désormais une préoccupation majeure de santé publique. La situation épidémiologique dans la Région africaine se caractérise donc par le double fardeau des maladies transmissibles et du problème croissant des maladies non transmissibles.

135. La malnutrition reste l'un des plus importants facteurs de risque de maladies dans la Région. Cependant, l'incidence de l'obésité continue à s'accroître et constitue déjà une importante cause de maladies chroniques, surtout dans les zones urbaines. La violence et les traumatismes figurent parmi les dix principales causes de décès et d'incapacités en Afrique. Les troubles mentaux et l'abus des substances psychoactives constituent d'importantes causes de préoccupation dans toute la Région. Cette situation impose une charge énorme sur des services de santé déjà tendus à l'excès. L'importance des maladies chroniques dans la Région africaine n'est pas encore perçue dans sa pleine mesure.

136. La Division Lutte contre les Maladies non transmissibles aide les États Membres à rassembler des données sur les facteurs de risque des maladies chroniques et non transmissibles et sur la morbidité et la mortalité imputables à ces maladies, et à mettre en œuvre des interventions de prévention, de prise en charge et de lutte fondées sur des données factuelles. Elle était chargée de cinq domaines d'activités au cours de l'exercice biennal 2006–2007 : Prise en charge et surveillance des maladies non transmissibles; Violence, traumatismes et incapacités; Promotion de la santé; Santé mentale; et Tabac.

Prise en charge et surveillance des maladies non transmissibles (NCD)

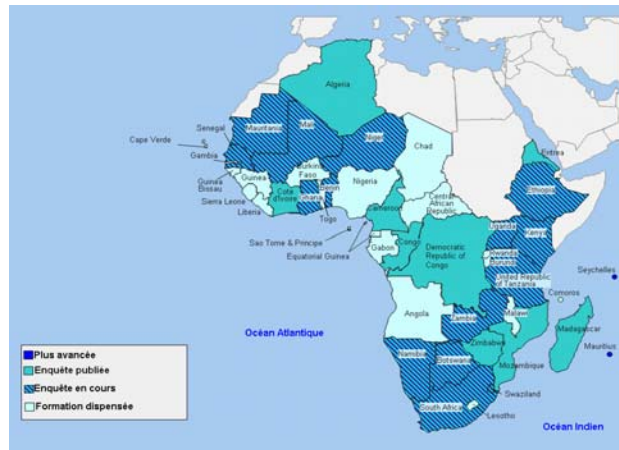
137. Des maladies non transmissibles (MNT) telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculocérébraux, le cancer, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les affections buccodentaires et les troubles sensoriels ne sont considérées que depuis peu de temps comme ayant un lourd impact sur la morbidité et la mortalité dans les pays en développement, y compris dans la Région africaine. Déjà confrontés à un lourd fardeau de maladies transmissibles, les États Membres de la Région doivent simultanément s'attaquer au fardeau croissant des MNT.

138. Au cours de l'exercice biennal, 16 États Membres ont bénéficié d'une formation à la méthodologie STEPS pour la surveillance des MNT (Figure 19). À la fin de 2006, tous les États Membres avaient déjà bénéficié de cette formation et avaient en outre reçu un appui technique ou financier pour mener des enquêtes sur les MNT. Quinze pays³⁵ ont achevé leurs enquêtes sur les facteurs de risque des MNT et publié les résultats. Sept autres pays³⁶ ont mené de telles enquêtes et s'appêtent à publier les résultats, tandis que huit autres pays poursuivent leurs enquêtes. Il ressort de données provenant d'enquêtes STEPS menées dans certains pays que 30 % environ de la population adulte souffre d'hypertension artérielle. Dans certains autres pays comme le Zimbabwe, 10 % des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête souffrent d'hyperglycémie. La prévalence de la cécité évitable est actuellement de 1 % dans la Région (la cécité est évitable dans 80 % des cas). Si aucune mesure n'est prise, la conséquence à long terme de ces taux de prévalence sera une forte incidence du diabète, des accidents vasculocérébraux, du cancer et des décès liés aux maladies cardiovasculaires.

³⁵ Algérie, Bénin, Botswana, Cameroun, République du Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Madagascar, Maurice, Mozambique, République démocratique du Congo, Seychelles et Zimbabwe.

³⁶ Cap-Vert, Ghana, Niger, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, Tanzanie et Zambie.

Figure 19 : Enquêtes STEPS dans la Région africaine, septembre 2007



139. Des progrès ont été réalisés au cours de l'exercice biennal en ce qui concerne l'élaboration de programmes de lutte contre les MNT. À la fin de 2007, la Côte d'Ivoire, l'Érythrée, Madagascar et le Mozambique avaient élaboré des programmes de lutte intégrée contre ces maladies. Les petits États insulaires ont entamé un échange des données d'expérience rassemblées sur le terrain en matière de lutte contre les MNT et publié la Déclaration de Seychelles, par laquelle les ministres de la santé s'engagent à lutter contre les MNT avec l'appui du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Des États Membres comme le Cap-Vert ont utilisé ce cadre pour élaborer des interventions multisectorielles et multidisciplinaires de lutte contre les MNT. La prévention primaire des MNT sur la base du régime alimentaire et de l'activité physique a été lancée dans huit pays³⁷ à l'aide d'approches fondées sur la promotion de la santé; et trois pays ont commencé la mise en œuvre. Des interventions visant à accroître la consommation de fruits et légumes ont été signalées au Bénin, au Cameroun, à Madagascar, à Maurice et aux Seychelles.

140. Les activités visant à prévenir le cancer du col de l'utérus ont été élargies. Des participants originaires de 15 pays³⁸ ont suivi une formation à l'inspection visuelle du col de l'utérus après application de l'acide acétique/lugol et la cryothérapie pour le traitement de lésions dysplasiques de faible ampleur; et certains pays ont reçu du matériel de dépistage. Un appui a été accordé à 12 pays pour la mise en place de registres du cancer. La Guinée a créé un centre de formation à la prévention du cancer du col de l'utérus, avec le concours du Bureau régional. Trois États Membres ont utilisé le cadre régional de l'OMS pour l'élaboration de programmes nationaux de prise en charge de la drépanocytose.

141. Huit États Membres³⁹ ont convenu d'appliquer la stratégie recommandée par l'OMS pour lutter contre la cécité évitable en élaborant leurs plans nationaux et en signant la Déclaration mondiale d'appui: Vision 2020 : Le droit à la vue. Un pays a mené des enquêtes sur la surdité et les déficiences auditives

³⁷ Afrique du sud, Algérie, Cameroun, Erythrée, Ghana, Maurice, Sénégal et Seychelles.

³⁸ Afrique du Sud, Bénin, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Guinée, Guinée-Bissau, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Nigéria, Togo, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.

³⁹ Angola, Comores, République du Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Mauritanie, Sao tomé et Príncipe et Seychelles.

évitables. Et le centre collaborateur de l'OMS au Nigéria a reçu du matériel pour renforcer ses capacités de formation dans le domaine de la prévention de la cécité évitable.

142. Un catalogue des indicateurs essentiels de santé buccodentaire a été établi et mis à la disposition des pays pour faciliter la surveillance et le contrôle des affections buccodentaires. Et huit pays⁴⁰ ont mis en œuvre des programmes nationaux de lutte contre le noma.

143. Le Bureau régional a instauré la collaboration avec les partenaires suivants : Fondation mondiale du diabète, Fédération mondiale du diabète, Programme d'action pour le traitement du cancer, Agence internationale de recherche sur le cancer, Union internationale contre le cancer, Fédération mondiale du cœur, Agence internationale pour la prévention de la cécité, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, etc. Ces partenariats ont facilité l'élaboration, par les pays, de programmes de prévention secondaire et de prise en charge intégrée des principales maladies non transmissibles.

Violence, traumatismes et incapacités (INJ)

144. Les traumatismes intentionnels (violence) causés par les conflits armés, la violence interpersonnelle (y compris la violence sexospécifique et la violence à l'égard des enfants) et les suicides constituent de graves problèmes de santé publique dans la plupart des pays de la Région. Dans les pays où les données sont disponibles comme en Tanzanie, les homicides apparaissent comme une importante cause de décès non naturels. Les traumatismes causés par les mines antipersonnel et les armes à feu constituent d'importantes causes d'incapacités. Dans la plupart des pays, les traumatismes involontaires, en particulier les accidents de la circulation, sont à l'origine de la plupart des décès non naturels. Il ressort des données recueillies en Afrique du Sud, au Ghana, au Kenya, à Maurice, en Ouganda et ailleurs que les accidents de la circulation figurent parmi les cinq premières causes d'hospitalisations et de décès non naturels. Les autres types de traumatismes comprennent les noyades, les chutes et les brûlures.

145. Le Bureau régional a entamé en septembre 2006 l'élaboration du Rapport sur la violence et la santé en Afrique. Ce rapport fournira les données les plus récentes sur la violence et sera lancé en 2008.

146. Le Bureau régional a organisé en février 2007, en collaboration avec la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, une conférence sur la sécurité routière en Afrique, qui a regroupé 34 pays africains et a débouché sur l'adoption des Recommandations et de la Déclaration d'Accra sur la sécurité routière. Le Bureau régional a aidé les pays à élaborer des stratégies pour améliorer la sécurité routière par le perfectionnement des systèmes de données relatives à la circulation routière (en Éthiopie, au Mozambique et en Ouganda), l'institution d'une approche multisectorielle et la formulation de plans stratégiques sur la sécurité routière (en Éthiopie, au Kenya et au Mozambique). Le plaidoyer entrepris par le Bureau régional a amené certains pays à adopter une nouvelle législation sur la Sécurité routière (au Kenya, au Niger, au Rwanda et en Ouganda par exemple), et d'autres⁴¹ à renforcer l'application de la loi

⁴⁰ Angola, Comores, République du Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Mauritanie, Sao Tomé et Príncipe et Seychelles.

⁴¹ Bénin, Burkina Faso, République centrafricaine, Mali, Niger, République démocratique du Congo, Sénégal, Ouganda et Togo.

relative à la sécurité routière. Certains pays (comme l'Afrique du Sud et le Kenya) ont enregistré une baisse du taux d'accidents de la circulation. L'OMS et d'autres institutions des Nations Unies ont commémoré en avril 2007 la Semaine mondiale de la Sécurité routière. L'OMS a par ailleurs coordonné l'Assemblée mondiale des jeunes consacrée à la Sécurité routière. Ces événements ont été deux grandes occasions de faire mener un plaidoyer réussi qui a renforcé l'attachement des États Membres à la sécurité routière.

147. Les incapacités ne bénéficient pas encore de toute l'attention voulue, en partie à cause de la pénurie de données. À l'aide de statistiques tirées de la base de données des Nations Unies sur les incapacités, l'OMS estime à plus de 81 millions le nombre de personnes qui souffrent d'une incapacité en Afrique. On ne dispose pas de chiffres plus précis sur la Région africaine de l'OMS, mais on pense qu'ils sont encore plus élevés. Les incapacités sont souvent liées à la pauvreté et font peser un lourd fardeau social et économique sur les pays. Les mesures adoptées face à ces défis sont largement inadéquates et s'expliquent par des politiques et des stratégies mal définies ou inexistantes.

148. L'approche stratégique de l'OMS en matière d'incapacités repose sur la Convention des Nations Unies de 2006 sur les droits des personnes handicapées, les Règles standard des Nations Unies sur l'égalisation des chances pour les personnes handicapées et la résolution WHA58.23 de l'Assemblée mondiale de la santé sur les incapacités. Le Bureau régional a fourni un appui technique et financier à l'Érythrée, à l'Éthiopie, au Ghana et au Mozambique pour leur permettre de remplir ces obligations. Il a collaboré avec les partenaires suivants pour la planification stratégique, le renforcement des capacités et l'amélioration des services dispensés aux personnes handicapées: Institut africain de réadaptation, *Pan Africa Wheelchair Builders Association*, Réseau africain de réadaptation à base communautaire et Fédération africaine des techniciens orthoprothésistes. Un plus grand nombre de pays ont mis en œuvre la réadaptation à base communautaire.

Promotion de la santé (HPR)

149. Les pays de la Région africaine connaissent des transformations sociétales rapides qui sont provoquées par la croissance démographique, l'urbanisation croissante, les transformations environnementales et autres, la mondialisation des échanges et des communications, et les situations d'urgence. Ces changements influent sur les déterminants profonds de la santé selon la situation spécifique de chaque pays.

150. Au cours de l'exercice biennal 2006–2007, huit pays⁴² ont renforcé leur capacité d'élaborer des politiques et plans stratégiques nationaux de promotion de la santé, grâce à un appui du Bureau régional qui leur a fourni un encadrement technique direct et des fonds d'amorçage. Sept autres pays⁴³ ont poursuivi l'élaboration de leurs politiques, tandis que le Ghana et le Nigéria ont terminé les leurs.

151. Des équipes multisectorielles des Comores, de Madagascar, de Maurice et des Seychelles ont suivi une formation à l'élaboration et à la mise en œuvre d'interventions complètes de promotion de la santé. Le Bureau régional a assuré l'encadrement technique et fourni des fonds pour l'organisation de cours d'orientation à l'Institut régional de santé publique (Bénin), à l'*Iringa Primary Health Care Institute* (Tanzanie) et à l'Université d'Ibadan (Nigéria). Le Bureau régional a également aidé des universités du Kenya, du Mozambique, de la Tanzanie, de l'Ouganda et du Zimbabwe à élaborer des cours génériques de promotion de la santé par le biais de la formation et la fourniture de matériels didactiques.

⁴² Guinée-Bissau, Madagascar, Malawi, Namibie, Sénégal, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

⁴³ Algérie, Cameroun, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie et Zambie.

152. Le Bureau régional a élaboré un cadre pour la promotion intégrée de la santé au niveau de la communauté, dont un élément était consacré à la prévention des maladies non transmissibles; les interventions décrites dans ce cadre visent à promouvoir les programmes prioritaires de l'OMS qui sont : la santé de l'enfant et de l'adolescent, la surveillance de la maladie et la riposte, le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose, la vaccination, Pour une grossesse à moindre risque, et la santé sexuelle et génésique. Le Bureau régional a également élaboré un module de promotion de la santé pour donner de nouvelles orientations aux formateurs des formateurs en ce qui concerne le Plan régional de préparation et de riposte à la grippe aviaire. Les points focaux chargés de la promotion de la santé ont suivi une formation à l'utilisation des méthodes et approches de promotion de la santé permettant d'accélérer la prévention, le traitement et les soins du VIH. Le Bureau régional a aidé 23 pays⁴⁴ à mener des activités destinées à prévenir ou à limiter les conséquences du VIH/sida dans les écoles, avec le concours d'*Education International, Inc.*; les interventions portaient notamment sur les principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles tels que le tabac, les mauvais régimes alimentaires et l'inactivité physique au Bénin, au Burundi et au Ghana. Douze autres pays⁴⁵ ont mené des activités complètes de santé scolaire.

153. Le Mozambique, la Namibie et le Zimbabwe ont mené des projets de promotion de la santé axés sur les jeunes. L'Afrique du Sud et l'Ouganda ont, quant à eux, reçu un appui pour rassembler des données factuelles sur les meilleures pratiques de promotion de la santé. Le Bureau régional a également prêté son concours à l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé pour l'établissement d'un rapport régional sur l'efficacité de la promotion de la santé. Treize pays⁴⁶ ont signalé un accroissement général de leurs activités de promotion de la santé. Et dix pays⁴⁷ ont signalé un renforcement de la mise en œuvre des activités de promotion de la santé au niveau des communautés.

Santé mentale (MNH)

154. Il ressort des données publiées dans le *Rapport sur la santé dans la Région africaine, 2006* que les troubles mentaux représentaient 5 % de la charge totale de morbidité dans la Région et 19 % de tous les cas d'incapacité en Afrique en 2002. Malgré ce défi, les progrès accomplis restent lents, surtout en ce qui concerne l'élaboration d'une législation et de plans nationaux de santé. Les pays ont, en revanche, fait des progrès significatifs en ce qui concerne l'élaboration des politiques.

155. Au cours de l'exercice biennal 2006–2007, le Burundi, la Gambie, le Lesotho, le Mali et la Namibie ont finalisé leurs politiques ou leurs plans nationaux de santé mentale, ce qui a porté à 30 le nombre de pays qui disposent d'une telle politique; l'élaboration se poursuit dans sept autres pays.⁴⁸ Le Ghana et Maurice ont finalisé leur législation en matière de santé mentale. Et quinze pays⁴⁹ ont déclaré avoir commémoré la Journée mondiale de la Santé mentale, afin de sensibiliser le public à la stigmatisation et à la discrimination associées aux problèmes de santé mentale.

⁴⁴ Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Lesotho, Malawi, Mali, Mauritanie, Namibie, Ouganda, Rwanda, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

⁴⁵ Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Madagascar, Malawi, Maurice, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Seychelles et Zambie.

⁴⁶ Afrique du Sud, Algérie, Angola, Cameroun, Érythrée, Gambie, Ghana, Lesotho, Madagascar, Mozambique, Rwanda, Sénégal et Zambie.

⁴⁷ Algérie, Angola, Cameroun, Érythrée, Gambie, Ghana, Mozambique, Ouganda, Rwanda et Sénégal.

⁴⁸ Afrique du sud, Bénin, Érythrée, Éthiopie, Ouganda, République centrafricaine et Zambie.

⁴⁹ Bénin, Burundi, Cap-Vert, République du Congo, Gabon, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Togo, Zambie et Zimbabwe.

156. Sept pays ont entrepris une analyse de la situation à l'aide de l'*Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale* mis au point par l'Organisation mondiale de la Santé; la République du Congo, l'Érythrée, l'Éthiopie et le Nigéria ont publié les résultats de cette évaluation. Les principaux constats étaient les suivants : absence d'informations exactes sur les maladies mentales; insuffisance des ressources humaines et financières; pénurie de médicaments psychotropes; nécessité de former les agents de santé puisque moins de 1 % des heures de formation sont consacrées à la santé mentale. Certains pays ont donc pris des mesures pour que les médicaments psychotropes soient disponibles dans les structures de soins de santé primaires et que les agents de santé soient mieux formés à leur utilisation.

157. Conscients du rôle des infirmiers et des sages-femmes dans l'amélioration des soins dispensés aux personnes souffrant de troubles mentaux, tous les 46 pays de la Région ont participé à l'enquête publiée dans la revue *Atlas : Nurses in Mental Health* (Figure 20). Cette enquête a révélé que le nombre d'infirmiers formés aux soins de santé mentale était trop faible par rapport aux besoins. Ce constat traduit le faible niveau de priorité accordé aux soins de santé mentale et souligne la nécessité d'un surcroît d'investissements et d'attention.

Figure 20 : Infirmiers ayant reçu une formation de type scolaire en santé mentale pour 100 000 habitants, 2007



Source : Atlas : *Nurses in Mental Health*, 2007

158. Trente-cinq pays ont participé à l'enquête mondiale sur les ressources consacrées aux personnes souffrant d'une incapacité intellectuelle, qui a été publiée dans la revue *Atlas : Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities*. Cette enquête a révélé l'absence de politiques et de législations adéquates, ainsi qu'un grave déficit des services et des ressources destinées aux soins des personnes souffrant d'une incapacité intellectuelle dans la Région. Ces faiblesses contribuent à accroître les risques de violation des droits humains de ces personnes et leur manque d'accès aux services de santé et d'éducation de base.

159. L'intégration de la santé mentale au système de soins de santé général est l'une des principales stratégies recommandées pour l'action de santé mentale dans la Région. Après consultation des experts, le Bureau régional a entrepris l'élaboration de modules et de lignes directrices pour la formation.

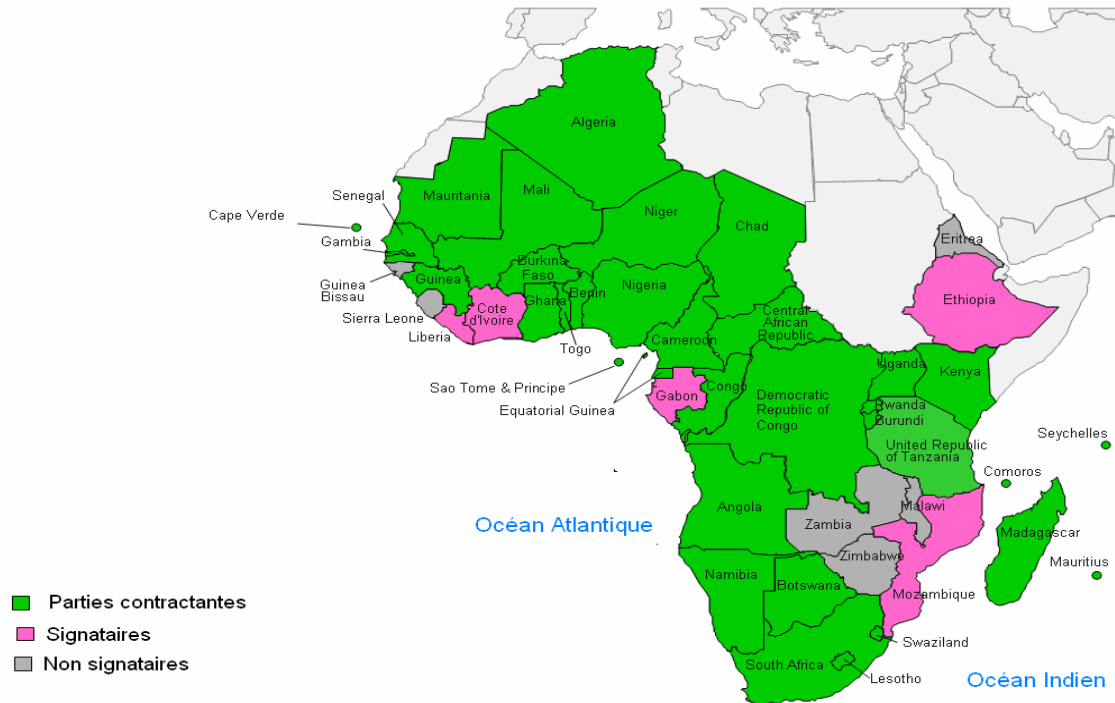
160. Des professionnels de la santé de sept pays ont suivi un cours de formation à l'utilisation de l'enquête relative à l'usage de substances psychoactives dénommée *Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test* et d'outils et stratégies d'intervention de courte durée pour la prise en charge de personnes consommant de telles substances. Ces professionnels formeront d'autres agents de santé aux niveaux des soins primaires et communautaires au cours du prochain exercice biennal, afin de renforcer les capacités de dépistage et de prévention des problèmes causés par l'usage de substances psychoactives.

Tabac (TOB)

161. Plus d'un milliard de personnes consomment actuellement le tabac dans le monde, substance qui représente la deuxième cause de morbidité à l'échelle planétaire, puisqu'elle entraîne environ 5 millions de décès par an, surtout dans les pays en développement. Il ressort des projections établies par l'OMS que le nombre de fumeurs dans la Région africaine passera de 84 millions en 2000 à 208 millions en 2030. Les sociétés transnationales de tabac explorent tous les coins de la Région pour étendre leur marché. La place prépondérante des revenus tirés des exportations de tabac constitue un problème dans certains pays de la Région.

162. L'OMS a aidé les pays à adhérer à la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) par le biais du renforcement des capacités et de la préparation de lignes directrices et de matériels pour la surveillance, la recherche, la législation, l'économie, la promotion de la santé et le sevrage tabagique. Trente-cinq pays avaient déjà ratifié la CCLAT en décembre 2007 (Figure 21).

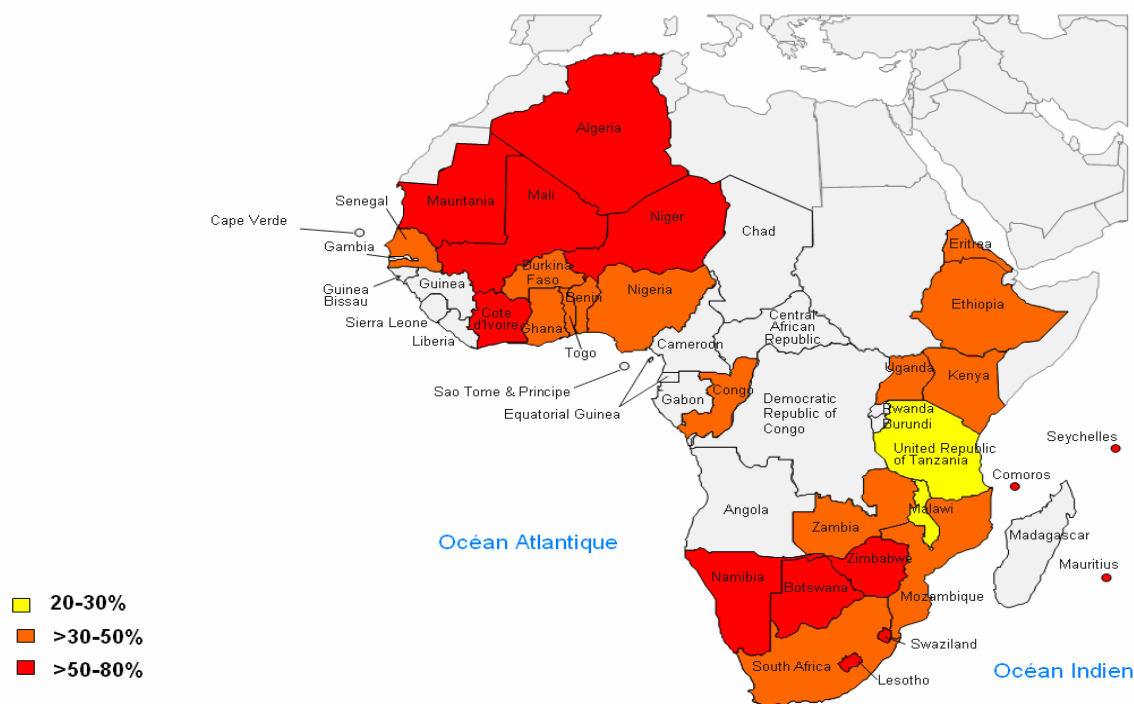
Figure 21 : Ratification de la CCLAT dans la Région africaine, décembre 2007



163. Au cours de l'exercice biennal 2006–2007, le Bureau régional a accentué les efforts pour la mise en œuvre de la CCLAT. Les conditions nécessaires à cet effet sont désormais largement remplies dans la Région. Grâce au concours qui leur a été apporté, 30 Parties à la convention ont élaboré et mis en œuvre une législation et des plans d'action nationaux pour la lutte antitabac, ce qui a porté à 44 le nombre de pays qui disposent d'une législation ou d'une réglementation sur le tabac. Quatre de ces pays ont élaboré et mettent actuellement en œuvre une législation complète et 16 ont adopté une législation plus limitée; 20 pays ont par ailleurs élaboré des plans d'action nationaux. La plupart des pays ont désigné une personne et un comité multisectoriel pour coordonner la lutte antitabac.

164. La collecte des données a été intensifiée au cours de l'exercice biennal. Vingt-six pays ont bénéficié d'une formation à la préparation et à la conduite des sondages en vue de l'enquête mondiale sur le tabagisme parmi les jeunes et de l'enquête mondiale sur le tabagisme en milieu scolaire. Trente et un pays de la Région africaine ont achevé l'enquête sur le tabac. Les résultats de cette enquête ont confirmé des taux élevés (30 %–80 %) d'exposition à la fumée du tabac d'autrui dans les lieux publics parmi les jeunes de 13 à 15 ans (Figure 22). Les pays ont utilisé les résultats de cette enquête pour planifier, élaborer, mettre en œuvre et évaluer leurs programmes complets de lutte antitabac.

Figure 22 : Jeunes de 13 à 15 ans exposés à la fumée du tabac d'autrui dans les lieux publics



Sources : Enquête mondiale sur le tabagisme parmi les jeunes, 2007

165. Les États Membres ont participé activement aux deux premières conférences des Parties, grâce à un appui financier de l’OMS. La Région accueillera la troisième conférence en Afrique du Sud au dernier trimestre de 2008. La Journée mondiale Sans Tabac a été célébrée avec succès dans toute la Région, avec un appui financier du Bureau régional; et 30 pays ont présenté des rapports étayés sur cette célébration.

166. Il est nécessaire de poursuivre le plaidoyer et la sensibilisation pour amener davantage d’États Membres à ratifier la Convention-cadre pour la lutte antitabac ou à y accéder. Il est également crucial de renforcer les capacités des États Membres en matière de lutte antitabac pour promouvoir la mise en œuvre de la CCLAT dans la Région. Il est par ailleurs indispensable que les responsables politiques et les acteurs concernés participent à la lutte antitabac pour mobiliser les communautés et mettre en œuvre la Convention.

SANTÉ FAMILIALE ET GÉNÉSIQUE

167. La morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infantiles constituent des défis majeurs de santé publique dans tous les pays africains. Par l’intermédiaire de la Division Santé familiale et génésique, le Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique fournit aux pays un appui pour les aider à réaliser la couverture et l’accès universels à des interventions d’un bon rapport coût/efficacité en vue de réduire la morbidité et la mortalité et d’améliorer les résultats obtenus dans le domaine de la santé au cours des principaux stades de la vie : grossesse, accouchement, période néonatale, enfance, adolescence, âge de procréation et vieillissement.

168. Au cours de l'exercice biennal 2006-2007, la Division Santé familiale et génésique était chargée des cinq domaines d'activités suivants : Santé de l'enfant et de l'adolescent; Santé génésique; Pour une grossesse à moindre risque; Genre, femme et santé; et Nutrition.

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

169. En Afrique, chaque année, quelque 4,6 millions d'enfants de moins de cinq ans meurent des suites d'affections évitables et traitables telles que la pneumonie, le paludisme, la diarrhée, la rougeole, la malnutrition, le VIH/sida et les affections néonatales. Environ 27 % de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans concernent les nouveau-nés. Les adolescents continuent d'être exposés aux infections sexuellement transmissibles, au VIH/sida, aux grossesses non désirées et aux avortements. Dans la Région africaine, 50 % des nouvelles infections par le VIH et 30 % de la mortalité maternelle sont enregistrées chez les adolescents et les jeunes (15–19 ans).

170. La réponse de l'OMS consiste notamment à fournir aux pays un appui pour les aider à améliorer les chances de survie de l'enfant par la mise à l'échelle des interventions en faveur de la santé néonatale, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), la promotion de la santé de l'adolescent, et le renforcement des partenariats pour la santé maternelle et la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent.

171. La cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté la stratégie intitulée «Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine», élaborée conjointement par l'UNICEF, la Banque mondiale et le Bureau régional de l'OMS. Au titre du suivi, le Bureau régional a fourni un appui à 17 pays⁵⁰ pour les aider à élaborer des stratégies et plans stratégiques nationaux de survie de l'enfant. En outre, des cours de formation des formateurs aux soins néonataux essentiels ont été organisés dans 12 pays⁵¹, et des cours de formation ont été dispensés au niveau national dans six pays.⁵²

172. Des matériels de formation à la PCIME ont été adaptés dans 24 pays pour couvrir les mises à jour fondées sur des bases factuelles concernant les nouvelles formulations de solutions de réhydratation par voie orale; l'apport en zinc; le VIH/sida pédiatrique et la santé du nouveau-né; et le renforcement des capacités dans la gestion des connaissances. L'Afrique du Sud, Madagascar, La Namibie, le Niger et la République démocratique du Congo ont conduit des évaluations de la PCIME au stade de la formation initiale. Divers pays ont poursuivi les efforts d'intensification de la PCIME (Figure 23). À l'heure actuelle, 19 pays⁵³ ont étendu la couverture géographique de la PCIME en la portant à plus de 50 % de leurs districts.

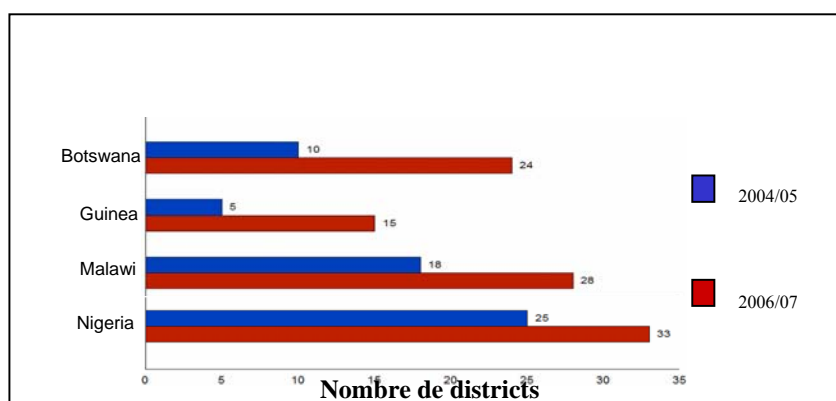
⁵⁰ Angola, Bénin, Burkina Faso, Érythrée, Ghana, Libéria, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

⁵¹ Angola, Cap-Vert, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, Tanzanie (Zanzibar), Zambie et Zimbabwe.

⁵² Kenya, Malawi, Nigéria, Ouganda, Tanzanie et Zambie.

⁵³ Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Érythrée, Gambie, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Togo, et Zambie.

Figure 23: Extension de la PCIME aux districts dans des pays sélectionnés, 2004–2007



173. Avec l'appui du Bureau régional, sept pays⁵⁴ ont élaboré des plans nationaux pour la PCIME communautaire. Madagascar et le Niger ont également élaboré des matériels de formation à la prise en charge à base communautaire des maladies de l'enfant. Dans leurs efforts pour fournir un paquet intégré d'interventions en faveur de la santé et de la nutrition de l'enfant, neuf pays⁵⁵ ont organisé des semaines de la santé de l'enfant. Le Kenya, le Niger, le Sénégal et le Zimbabwe ont conduit des enquêtes dans les établissements de santé.

174. Les responsables des programmes de santé de l'adolescent de 38 pays ont reçu des orientations sur la mise en œuvre systématique des interventions en faveur de la santé et du développement de l'adolescent. Ces orientations ont facilité l'élaboration de plans stratégiques en Érythrée, au Mali, en République démocratique du Congo et à Sao Tomé et Príncipe. Six pays⁵⁶ ont soit lancé, soit étendu leurs services de santé plus accueillants pour les adolescents. Le Mozambique, la Namibie et le Zimbabwe ont renforcé leurs approches fondées sur l'alliance entre parents, adolescents et communautés, et ont documenté et partagé les leçons apprises à ce sujet.

175. Des efforts ont été déployés pour élaborer des lignes directrices et des outils, en particulier ceux qui suivent : *Lignes directrices pour la gestion des programmes; Outil informatisé d'adaptation et de formation à la PCIME; Matrice de combinaison des compétences pour la mise en œuvre des interventions en faveur de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent; Lignes directrices pour la prise en charge des sévices sexuels infligés aux enfants; et Outils conjoints de suivi et de supervision des programmes Santé de l'enfant et de l'adolescent et Pour une grossesse à moindre risque.*

176. Sept pays⁵⁷ ont renforcé les partenariats pour la santé maternelle, néonatale et infantile. Divers pays ont entrepris avec succès la mobilisation des ressources. À titre d'exemple, l'Éthiopie et la République démocratique du Congo ont mobilisé des fonds auprès de la GAVI et de GlaxoSmithKline; le Kenya a mobilisé des fonds auprès de la DANIDA; le Burkina Faso, le Malawi et le Mozambique ont commencé à mettre en œuvre leurs programmes grâce à un financement de la Fondation Bill et Melinda Gates.

⁵⁴ Burkina Faso, République du Congo, Gabon, Guinée-Bissau, Madagascar, Mauritanie, et Sao Tomé et Príncipe.

⁵⁵ Botswana, Kenya, Ghana, Malawi, Madagascar, Ouganda, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

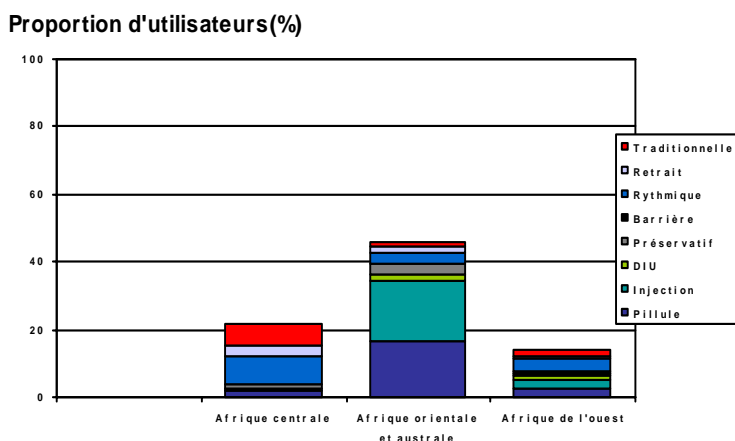
⁵⁶ Lancement: Burkina Faso, Malawi et Swaziland; extension: Lesotho, Sénégal et Tanzanie.

⁵⁷ Éthiopie, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigéria, Tanzanie et Zambie.

Santé génésique (RHR)

177. Les problèmes de santé génésique représentent jusqu'à 18 % de la charge de morbidité mondiale et 32 % de la charge de morbidité totale des femmes en âge de procréer. Les indicateurs pertinents à cet égard sont notamment la mortalité maternelle élevée; l'ampleur des besoins non satisfaits en planification familiale; les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité ; et le manque d'accès aux principaux services de santé génésique tels que le dépistage du cancer du col de l'utérus. Dans la Région africaine, le taux d'utilisation du préservatif chez les femmes mariées est estimé à 13 % (Figure 24), et 80 % des cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués tardivement. Dans ce contexte, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la cible de la réalisation de l'accès universel à la santé génésique d'ici 2015 comme une cible supplémentaire à atteindre au titre de l'objectif du Millénaire pour le développement N° 5.

Figure 24: Utilisation des méthodes contraceptives, par sous-région, 2006



178. Les mesures préconisées par le Bureau régional pour s'attaquer aux problèmes liés à l'accès limité aux services de santé génésique, ainsi qu'à leur faible qualité et à leur faible utilisation sont basées sur la stratégie intitulée «Santé reproductive : Stratégie de la Région africaine, 1998-2007», adoptée par la quarante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, et le cadre intitulé «Replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction : Cadre pour accélérer l'action, 2005-2014», adopté par la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

179. En 2006-2007, dans le cadre de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus, des projets de démonstration ont été exécutés dans six pays⁵⁸, en recourant à l'inspection visuelle à l'acide acétique et à la cryothérapie. À l'issue d'une évaluation positive de ces projets, les pays en question ont élaboré des plans d'intensification des interventions. Le Nigéria a ensuite organisé des cours de formation, tandis que Madagascar a étendu les services d'inspection à un deuxième district. Des cours de formation similaires, de portée régionale, ont été organisés dans huit pays supplémentaires⁵⁹.

180. Au nombre des autres réalisations, il y a lieu de citer la finalisation et la diffusion des lignes directrices et des matériels de formation sur la santé sexuelle et génésique, y compris les «Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des méthodes contraceptives», dans 15 pays⁶⁰, le «Cadre régional

⁵⁸ Madagascar, Malawi, Nigéria, Ouganda, Tanzanie et Zambie.

⁵⁹ Bénin, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Sénégal et Togo.

⁶⁰ Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Cameroun, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Namibie, Nigéria, Rwanda, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

pour l'intégration des services de santé sexuelle et génésique», et un outil de plaidoyer en faveur de la planification familiale. Pour améliorer la collaboration entre l'OMS et les centres de recherche, le Bureau régional a entrepris une évaluation des centres de recherche sur la santé génésique du Burkina Faso, du Ghana, du Malawi, du Nigéria et du Sénégal.

181. Des sessions de renforcement des capacités ont été organisées sur i) l'élaboration des programmes de santé maternelle et néonatale, à l'intention des responsables de programmes de santé génésique d'Angola, du Cap-Vert, de Guinée-Bissau, du Mozambique et de Sao Tomé et Príncipe, dans le contexte de la «Feuille de route»; ii) l'utilisation d'outils intégrés de suivi et de supervision, à l'intention des responsables de programmes et de bases de données de 12 pays⁶¹; iii) les applications pratiques de la recherche, à l'intention des chercheurs et des professionnels de neuf pays⁶²; iv) l'intégration des médicaments essentiels pour la santé sexuelle et génésique dans les listes nationales des médicaments essentiels, à l'intention des responsables de programmes d'Éthiopie, du Kenya, du Ghana, du Nigéria et de Zambie; v) les méthodes de mesure de la mortalité maternelle et les plans d'action pour le renforcement des systèmes d'information sanitaire dans l'optique du suivi et de l'évaluation des indicateurs de santé, à l'intention des experts de 20 pays.⁶³

Pour une grossesse à moindre risque (MPS)

182. Dans la Région africaine, les taux de mortalité maternelle et néonatale sont encore d'un niveau élevé inacceptable. Entre 1990 et 2005, l'Afrique subsaharienne n'a enregistré qu'une réduction de la mortalité maternelle de 0,1 % par an entre 1990 et 2005, alors que la cible fixée au titre des objectifs du Millénaire pour le développement est de 5,5 % par an. D'où la nécessité d'intensifier les efforts visant à mettre à l'échelle les interventions prioritaires pour améliorer l'accès et la disponibilité de l'assistance à l'accouchement par des agents de santé qualifiés. Au nombre des autres problèmes qui se posent, l'on pourrait citer les faiblesses des systèmes de santé, le manque de fonds, le faible niveau de la participation communautaire aux interventions en faveur de la santé maternelle et néonatale, et la recrudescence du paludisme et de l'infection à VIH.

183. Au cours de l'exercice biennal 2006-2007, la réponse du Bureau régional de l'OMS a été guidée par la «Feuille de route pour accélérer l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé maternelle et néonatale». L'accent a été mis sur la fourniture d'un appui aux pays pour accroître la disponibilité des agents de santé qualifiés pour l'assistance à l'accouchement; améliorer la participation communautaire; renforcer les capacités dans les domaines de la planification, de la gestion, du suivi et de l'évaluation des programmes; intensifier les efforts de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH.

184. Les principales réalisations sont notamment l'élaboration de feuilles de route nationales par 21 pays⁶⁴, ce qui porte à 37 le nombre total de pays dotés de feuilles de route. Sur ces pays, 25 ont bénéficié d'un appui pour les mettre en oeuvre, essentiellement par le biais de l'élaboration de plans opérationnels, du renforcement des capacités des professionnels de la santé dans le domaine des soins obstétricaux d'urgence, du renforcement des soins néonataux, et de l'institutionnalisation des évaluations de la

⁶¹ Bénin, Burkina Faso, République du Congo, Érythrée, Kenya, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, Tanzanie, Togo et Zimbabwe.

⁶² Afrique du Sud, Éthiopie, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

⁶³ Angola, Bénin, Burundi, Cameroun, République centrafricaine, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Mali, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie et Togo.

⁶⁴ Angola, Botswana, Burkina Faso, République du Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Swaziland, Togo et Zimbabwe.

mortalité maternelle. En collaboration avec l'UNFPA et l'UNICEF, 54 experts nationaux de huit pays⁶⁵ ont suivi une formation à la conversion des feuilles de route nationales en plans opérationnels de district.

185. L'Éthiopie, le Ghana, le Malawi et la Tanzanie ont renforcé la formation initiale des sages-femmes. Dix nouveaux pays⁶⁶ ont participé aux sessions de formation interpays dans le domaine de la tuberculose à bacilles multirésistants, ce qui porte à 25 le nombre total de pays dotés d'experts qualifiés. Le Bureau régional a fourni à 58 participants de huit pays⁶⁷ des orientations pour la prestation de services intégrés de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) de qualité, avec un accent particulier sur les soins néonataux. Les responsables des programmes au niveau des bureaux de l'OMS dans dix pays ont été initiés aux outils et lignes directrices sur la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Les outils intégrés de suivi et de supervision SMNI ont été adoptés par 12 pays⁶⁸. En collaboration avec la Société africaine de Gynécologie et d'Obstétrique et l'UNFPA, 20 experts de 11 pays ont passé en revue et adapté les *Lignes directrices OMS sur les soins pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum et les soins prénatals*.

186. Onze pays⁶⁹ ont renforcé les capacités à accélérer l'intensification des programmes PTME et des services de soins, de soutien et de traitement du VIH pédiatrique. En collaboration avec les partenaires, 14 pays⁷⁰ ont adapté leurs programmes nationaux d'enseignement et élaboré des plans pour commencer la formation. Des missions techniques ont été conduites conjointement avec les partenaires dans sept pays⁷¹ pour évaluer l'état de mise en œuvre de la PTME et faire des recommandations. Ces missions ont abouti à l'initiative UNITAID qui fournira US \$20 millions pour accélérer les interventions en faveur de la PTME et de la lutte contre le sida pédiatrique dans sept pays⁷². Des ateliers ont été organisés pour renforcer les capacités dans les domaines suivants: institutionnalisation des tests de dépistage et des conseils dans la PTME ; utilisation de formulations antirétrovirales plus efficaces; intégration des programmes de santé maternelle et infantile et établissement de liens entre ces programmes.

Genre, femmes et santé (WMH)

187. La vulnérabilité biologique, le modeste statut social, l'accès limité aux services de santé, le faible niveau d'alphabétisation, le manque d'autonomie économique et la participation limitée à la prise de décisions figurent parmi les principaux déterminants de la mauvaise santé des femmes. Les inégalités et les violences sexospécifiques exposent les femmes au VIH/sida et à d'autres maladies. Les pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations sexuelles féminines et le mariage précoce des filles augmentent les risques de morbidité et de mortalité maternelles. En Afrique, une femme sur 26 meure des complications liées à la période de grossesse, d'accouchement ou de post-partum.

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

⁶⁶ Burundi, Cameroun, Cap-Vert, République du Congo, Gabon, Guinée-Bissau, Madagascar, Mauritanie, Maurice et République démocratique du Congo.

⁶⁷ Gabon, Ghana, Kenya, Mali, Niger, Rwanda, Tanzanie et Zambie.

⁶⁸ Bénin, Burkina Faso, République du Congo, Érythrée, Kenya, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, Tanzanie, Togo et Zimbabwe.

⁶⁹ Burkina Faso, Cameroun, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Nigéria, République démocratique du Congo, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.

⁷⁰ Burkina Faso, République du Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, Swaziland, Tanzanie (Zanzibar) et Zambie.

⁷¹ Burkina Faso, Botswana, Cameroun, Lesotho, Nigéria, Swaziland et Zambie.

⁷² Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Malawi, Rwanda, Tanzanie et Zambie.

188. L'appui technique fourni aux pays a facilité la mise en œuvre de la stratégie régionale sur la santé de la femme. Une enquête régionale, basée sur le cadre pour la santé de la femme, a été conduite dans 16 pays⁷³. Les résultats de cette enquête ont été discutés au cours d'une consultation régionale tenue à Brazzaville en mai 2007. Des spécialistes des questions sociales et des professionnels de la santé de pays sélectionnés ont également défini les principales étapes de l'intégration efficace du genre et de l'autonomisation des femmes dans chacun des huit objectifs du Millénaire pour le développement.

189. En 2006, les six régions de l'OMS ont œuvré de concert à l'élaboration de la stratégie d'intégration de l'analyse et des actions en faveur du genre dans les activités de l'OMS. Cette stratégie a été adoptée par résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2007. Le plan de mise en œuvre prévoit la sensibilisation sur le genre, les femmes et la santé aux niveaux mondial, régional et national, ainsi que l'intégration du genre dans les programmes de santé publique. Les outils OMS d'analyse des politiques du genre ont été diffusés en Éthiopie, en Ouganda, au Rwanda, en Tanzanie et au Zimbabwe, ainsi qu'auprès des points focaux des communautés économiques régionales⁷⁴.

190. Le Libéria, l'Ouganda et la République démocratique du Congo ont bénéficié d'un appui qui leur a permis d'entreprendre la formation des agents de santé à la prévention et à la gestion des violences sexuelles et sexospécifiques. Des ateliers ont été organisés au Burkina Faso, au Kenya et en Tanzanie sur les dimensions juridiques et les questions relatives à la protection des enfants, dans le contexte des mutilations sexuelles féminines. Le Ghana a élaboré un protocole sur l'intégration de la prévention et des soins aux victimes des viols et des violences sexuelles.

191. Le plaidoyer en faveur de la santé de la femme a été un des domaines prioritaires au cours de l'exercice biennal. La République démocratique du Congo a produit un documentaire sur l'OMS et la prévention des violences sexuelles et sexospécifiques. Ce documentaire couvre également les activités génératrices de revenu. En collaboration avec *People's TV*, le Bureau régional a produit un documentaire sur la santé de la femme et les violences sexuelles et sexospécifiques en République démocratique du Congo, au Libéria et en Mauritanie. Le documentaire a été envoyé à plus de 50 chaînes de télévision à travers le monde. En outre, le rapport d'une étude conduite sur les issues obstétricales des mutilations sexuelles féminines a été publié dans *The Lancet* et lancé au Burkina Faso, au Ghana, au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie.

Nutrition (NUT)

192. En Afrique, plus de 50 % des décès d'enfants de moins de cinq ans sont directement ou indirectement liés à la malnutrition, et la sous-nutrition chez les femmes enceintes demeure une source de préoccupation. La sous-nutrition est aussi une source de préoccupation majeure chez les personnes déplacées, y compris les réfugiés, et chez les personnes vivant avec le VIH/sida. Il y a une recrudescence des maladies liées au régime alimentaire. Un des principaux défis à relever consiste à investir dans des interventions efficaces en faveur de la nutrition, qui font encore véritablement défaut.

193. Au cours de l'exercice biennal 2006-2007, le Bureau régional de l'OMS s'est employé à relever ces défis, notamment par l'élaboration de stratégies, de normes, de standards et d'orientations techniques pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la nutrition et le VIH, et la malnutrition sévère. Ces

⁷³ Afrique du Sud, Burkina Faso, Cap-Vert, Éthiopie, Ghana, Lesotho, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Seychelles, Tanzanie et Zimbabwe.

⁷⁴ Organisation ouest africaine de la Santé, Marché commun de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe, Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest, Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique, Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, et Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme.

efforts ont facilité la mise en œuvre des politiques et plans nationaux de nutrition arrêtés par les pays pour promouvoir une nutrition adéquate.

194. Les principales réalisations sont notamment la finalisation des politiques et plans en matière d'alimentation et de nutrition au Botswana, en Guinée, au Kenya et au Malawi. Les politiques de nutrition maternelle et infantile ont été actualisées dans huit pays⁷⁵. Le plan d'action régional pour la mise en œuvre de la stratégie régionale africaine de la nutrition a été élaboré en collaboration avec l'Union africaine. Au total, 18 pays ont élaboré des plans nationaux de mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé.

195. Sept pays⁷⁶ ont élaboré des stratégies nationales sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), ce qui porte à 29 le nombre total de pays dotés de telles stratégies. Onze pays ont élaboré des plans d'action pour l'initiative Hôpitaux amis des bébés (HAB), dans le contexte du VIH/sida, et le Botswana, le Malawi, le Niger, l'Ouganda et la Zambie ont conduit des évaluations HAB et procédé à la désignation des formations sanitaires HAB. Quatorze pays⁷⁷ ont organisé des sessions de formation des formateurs, et 11 consultants régionaux ont suivi une formation aux conseils intégrés dans le domaine de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La Gambie et la Zambie ont intégré le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans leurs législations nationales respectives, et le Nigéria a révisé sa loi pertinente. Douze pays ont formé des agents à la mise en œuvre et au suivi du Code.

196. Seize pays ont reçu des orientations techniques, et 37 participants de 13 pays ont suivi une formation aux nouvelles normes OMS de croissance de l'enfant (figures 25 et 26). Les projets de lignes directrices pour l'intégration de la nutrition dans la Surveillance intégrée de la maladie et riposte (SIMR) ont été élaborés pour renforcer la surveillance en matière de nutrition. Une formation à la prise en charge de la malnutrition sévère a été dispensée à 30 consultants régionaux de huit pays.

Figure 25: Pays ayant reçu des orientations sur les nouvelles normes OMS de croissance de l'enfant



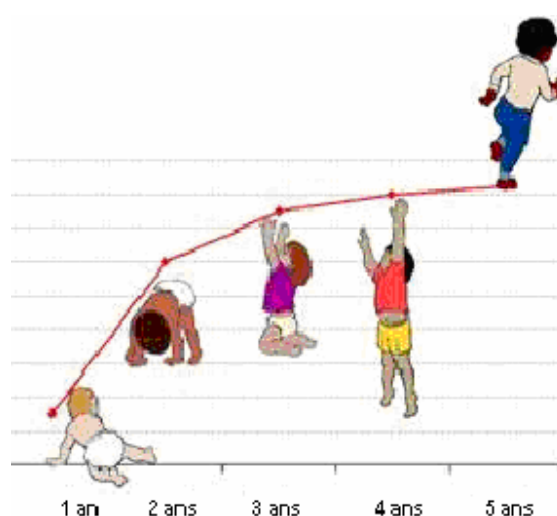
⁷⁵ Afrique du Sud, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo et Tanzanie.

⁷⁶ Bénin, Burundi, Mali, Niger, Rwanda, Togo et Zambie.

⁷⁷ Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.

197. Au total, 58 experts de neuf pays ont bénéficié d'une mise à niveau en ce qui concerne les recommandations actuelles l'OMS sur le VIH et l'alimentation du nourrisson. En outre, lors d'une réunion régionale sur le VIH et la nutrition, 94 participants de 13 pays ont passé en revue les progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations de la consultation de Durban sur la nutrition et le VIH/sida. Des cadres ont été élaborés pour l'intégration de la nutrition dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile et dans les propositions soumises au Fonds mondial en faveur des PVVIH. Les cadres ont également été utilisés pour les ateliers organisés conjointement par les divisions du Bureau régional sur l'élaboration des propositions à soumettre au Fonds mondial. Les partenariats noués au sein de l'OMS et avec les autres principaux acteurs⁷⁸ ont été renforcés aux fins de mobilisation des ressources. Trois nutritionnistes ont été recrutés pour rejoindre les équipes d'appui inter pays.

Figure 26: Nouvelles normes OMS de croissance de l'enfant



198. Il est indispensable que l'OMS fournisse aux pays un appui pour les aider à mettre en œuvre leurs politiques, plans et stratégies; à renforcer leurs capacités à s'attaquer à la malnutrition; à améliorer le profil de la nutrition; et à promouvoir les partenariats stratégiques pour la mobilisation des ressources.

MILIEUX FAVORABLES À LA SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DURABLE

199. La pauvreté, les conflits et les risques liés au manque d'assainissement et aux aliments contaminés constituent de sérieuses menaces pour la santé et le développement dans la Région africaine. Une proportion de plus de 45 % de la population de la Région vit dans la pauvreté, avec US \$1 par jour ou moins. Le défi à relever par l'OMS consiste à aider les pays de la Région à élaborer des politiques et stratégies qui permettent d'accroître les investissements dans la santé, de concentrer les efforts sur les pauvres, de réduire les inégalités et de renforcer les capacités institutionnelles.

⁷⁸ UA, UNICEF, FAO, Communauté sanitaire d'Afrique orientale, centrale et australe, Organisation ouest africaine de la Santé, Helen Keller International, Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile, USAID, PAM.

200. Au cours de l'exercice biennal 2006–2007, le Bureau régional a renforcé l'intégration des questions relatives à la pauvreté et de la réflexion stratégique à long terme à ce sujet dans les efforts déployés aux niveaux national et régional en faveur du développement sanitaire; facilité la mise en œuvre des programmes visant à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé; renforcé la prise en compte de l'hygiène du milieu dans l'élaboration des politiques et initiatives nationales; pris des mesures pour s'attaquer aux taux élevés de morbidité et de mortalité associés aux contaminants microbiens et chimiques dans les aliments; et renforcé la préparation et la réponse aux crises. Les diverses activités entreprises ont porté sur les quatre domaines d'activités suivants: Prise de décisions pour la santé au service du développement; Santé et environnement; Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours; et Sécurité sanitaire des aliments.

Prise de décisions pour la santé au service du développement (HSD)

201. La santé joue un rôle central dans la réalisation des OMD. Toutefois, dans la Région africaine, le développement sanitaire et la situation sanitaire demeurent peu favorables, par rapport aux autres régions du monde. Les OMD offrent une précieuse occasion de promouvoir l'intégration des priorités sanitaires dans les processus nationaux, régionaux et internationaux de développement. À la lumière de la contribution et du rôle de chef de file de l'OMS dans la réalisation des OMD liés à la santé et des autres objectifs convenus au plan international, le Bureau régional a exploité cette occasion en la traduisant en politiques et stratégies par la fourniture de conseils, de services de plaidoyer et d'un appui technique aux pays pour les questions relatives à la santé et aux droits humains, à la pauvreté, à l'efficacité de l'aide, à la situation macroéconomique, à l'équité, à l'éthique et à la mondialisation, entre autres.

202. Le Bureau régional, en collaboration avec les partenaires, a fourni un appui technique à plusieurs pays⁷⁹ pour les aider à élaborer des stratégies de renforcement de leurs systèmes de santé en vue de la réalisation des OMD liés à la santé. Le domaine d'activité a procédé à l'évaluation des progrès des pays vers l'atteinte des cibles des OMD liés à la santé et a préparé un projet de rapport à ce sujet. Au titre du programme de partenariat UE-OMS, six pays⁸⁰ ont bénéficié d'un appui financier pour promouvoir la réalisation des OMD. Des ressortissants du Cameroun, du Kenya, du Mozambique, de l'Ouganda et du Rwanda ont participé à l'atelier de renforcement des capacités consacré à la santé, aux droits humains et aux stratégies de réduction de la pauvreté. La plupart des pays de la Région ont pris part au moins à un des trois ateliers de renforcement des capacités consacrés à la santé, à la réduction de la pauvreté et au développement économique. Le Bureau régional a fourni un appui technique aux pays⁸¹, au titre des approches sectorielles (SWAp), des cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) et de l'établissement du coût des composantes santé des documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté.

203. Grâce à l'appui qui leur a été fourni, le Burkina Faso, le Ghana, le Mali et le Mozambique ont documenté les meilleures pratiques en ce qui concerne les SWAp, l'appui budgétaire et les CDMT dans le secteur de la santé. Les pays ont été sensibilisés à la nécessité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Le domaine d'activité a élaboré un projet de cadre pour l'action du Bureau régional dans le domaine des déterminants sociaux de la santé (DSS) dans la Région. Deux réunions de facilitateurs de la société civile africaine se sont tenues en janvier et décembre 2006, dans l'optique de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS, afin d'élaborer un plan de travail pour la participation de la société civile aux efforts déployés pour agir sur les DSS dans la Région. Le Bureau régional a préparé un rapport régional sur les inégalités en matière de santé dans la Région, sur la base de données émanant de 30 pays.

⁷⁹ Bénin, Burkina Faso, Burundi, Éthiopie, Madagascar, Mali, Mozambique, Nigeria, Sao Tomé et Príncipe, Tchad et Zambie.

⁸⁰ Angola, Burkina Faso, Kenya, Malawi, Niger et Tanzanie.

⁸¹ Cameroun, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Mozambique et Tchad.

204. La cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a approuvé le document intitulé «Pauvreté, santé et commerce: Un problème de développement sanitaire émergent». Elle a également adopté la résolution AFR/RC56/R4 qui vise à s'attaquer aux défis de santé liés à la pauvreté et au commerce international. Le Bureau régional a fourni un appui à 20 États Membres⁸² pour leur permettre d'entreprendre des études préliminaires sur le commerce des services de santé. Il a préparé des termes de références pour guider la conduite d'études approfondies, au niveau des pays, sur le commerce des services de santé. La cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté le document intitulé «Déterminants sociaux clés de la santé : Appel en faveur d'une action intersectorielle pour améliorer la situation sanitaire dans la Région africaine de l'OMS».

Santé et environnement (PHE)

205. Les maladies infectieuses et les maladies parasitaires à transmission vectorielle ont pour déterminants des facteurs environnementaux que l'on peut maîtriser. Le fardeau de la maladie dû aux risques habituels pour la santé devient plus lourd, sous l'effet de l'expansion d'établissements urbains peu planifiés et mal construits, ainsi que du changement climatique. Selon les estimations, quelque 288 millions de personnes en Afrique subsaharienne n'ont pas encore accès à une source améliorée d'eau de boisson, et 437 millions de personnes n'ont pas accès aux services d'assainissement de base. L'on utilise des substances chimiques sans bien connaître ou sans connaître du tout leurs effets immédiats et à long terme. Chaque année, la mauvaise gestion des produits chimiques impose un fardeau substantiel en termes de lésions, de mauvaise santé et de mortalité. Il en est ainsi lorsque le contexte est caractérisé par des insuffisances dans la gestion des déchets, et notamment des déchets liés aux soins de santé, en plus des maladies professionnelles et des accidents de travail.

206. Au cours de l'exercice biennal 2006–2007, la contribution de l'OMS à l'amélioration de la situation de l'hygiène du milieu dans la Région africaine a consisté à intensifier la sensibilisation et l'action sur les déterminants clés, et à promouvoir les interventions de prévention primaire. En conséquence, dix pays supplémentaires ont parachevé l'élaboration de leurs politiques en matière de santé et d'environnement, sur la base des lignes directrices préparées par le Bureau régional. Le domaine d'activité a fourni un appui technique à plus de deux tiers des pays de la Région pour les aider à mettre en œuvre leurs programmes relatifs à l'hygiène du milieu. Onze municipalités de cinq pays ont élaboré des plans pour des projets villes-santé. Au total, 18 pays ont renforcé leurs capacités dans le domaine de l'élaboration de plans d'action nationaux pour la gestion des déchets liés aux soins de santé.

207. La région a contribué à la production du bulletin *African Newsletter on Occupational Health and Safety*, et divers documents sur la question de la santé et de la sécurité au travail ont été envoyés aux pays pour promouvoir une meilleure prise de conscience et une meilleure connaissance de cette question. Les délégués de huit pays⁸³ ont pris part à un atelier sur la santé des travailleurs en Afrique, organisé conjointement par l'OMS et des centres collaborateurs de Finlande et du Royaume-Uni. La Gambie et le Swaziland ont élaboré des politiques et des stratégies de mise en œuvre. D'autres centres collaborateurs ont procédé à l'identification des domaines prioritaires tels que les paquets essentiels de santé et de sécurité au travail. Pour ce qui est de la Tanzanie (Zanzibar), le domaine d'activité a collaboré avec la Division VIH/sida à l'élaboration d'une stratégie post-exposition. Le domaine de travail a également apporté son concours à la tenue de deux réunions de l'Organisation internationale du Travail (OIT),

⁸² Afrique du Sud, Burundi, Comores, Erythrée, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

⁸³ Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Gambie, Kenya, Namibie, Swaziland et Tanzanie.

consacrées à la santé et à la sécurité au travail. La collaboration avec l'OIT dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail s'est améliorée.

208. Une trousse d'outils de sensibilisation des enfants sur l'environnement a été mise au point. Des projets pilotes visant à promouvoir la santé de l'enfant dans divers milieux ont été exécutés dans quatre pays, et les expériences et les leçons apprises ont été documentées. Un noyau d'indicateurs d'hygiène du milieu pour les enfants a été élaboré. L'état de ces indicateurs a été documenté au Cameroun, au Kenya et au Zimbabwe.

209. S'agissant de la lutte antivectorielle, le Bureau régional, en collaboration avec le Siège de l'OMS et les partenaires, a préparé un ensemble de lignes directrices et de trousse d'outils pour améliorer la mise en œuvre des activités de lutte antivectorielle. Grâce à l'appui qui leur a été fourni, les Comores, le Gabon, Madagascar, la Réunion et les Seychelles ont réussi à maîtriser le vecteur du chikungunya pendant les flambées de cette maladie. Le Cameroun, la République du Congo, l'Éthiopie, le Nigéria et la République démocratique du Congo ont élaboré des profils épidémiologiques. Le Bureau régional a fourni un appui technique à 26 pays pour la prestation de services de lutte antivectorielle, avec un accent particulier sur la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations et sur la distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticide, dans le cadre des campagnes de vaccination. Le domaine d'activité a établi des rapports sur les progrès accomplis au niveau régional dans la mise en œuvre et la couverture de deux importantes interventions : pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations et moustiquaires imprégnées d'insecticide. Le Réseau africain de surveillance de la résistance des vecteurs aux insecticides a continué d'assurer le suivi de cette résistance. Le domaine d'activité a élaboré un projet de cadre pour l'accélération de la lutte contre le paludisme et de l'élimination de cette maladie.

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

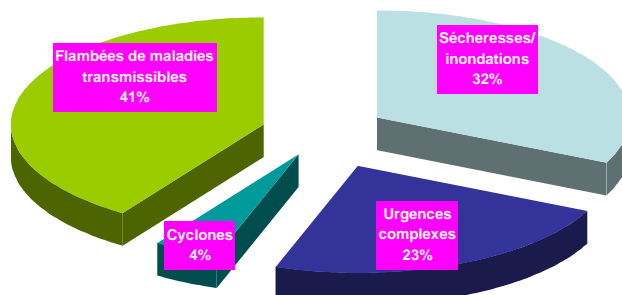
210. Au cours de l'exercice biennal, la moitié des pays membres⁸⁴ de la Région africaine de l'OMS ont signalé une situation d'urgence. Plusieurs pays⁸⁵ ont signalé plus d'une situation d'urgence. Les flambées de maladies transmissibles, les sécheresses et les inondations ont été les situations d'urgence les plus fréquemment signalées (Figure 27). La malnutrition est demeurée un problème dans les pays confrontés à une crise et les pays touchés par la sécheresse. L'impact des violences sexuelles a été un problème majeur dans certains pays⁸⁶.

⁸⁴ Angola, Burundi, Burkina Faso, Cameroun, République centrafricaine, Chad, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad et Zimbabwe.

⁸⁵ Angola, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Kenya, Mozambique, Ouganda et République démocratique du Congo.

⁸⁶ République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Guinée, Ouganda, République démocratique du Congo et Tchad.

Figure 27 : Types de situations d'urgence signalées par les pays de la Région africaine, 2006-2007



211. Les unités EHA de dix bureaux de pays⁸⁷ ont renforcé leurs capacités à faire face aux situations d'urgence, y compris en se dotant de points focaux supplémentaires recrutés au plan international. En outre, six bureaux de pays⁸⁸ ont mis sur pied des sous-unités EHA. Les points focaux des équipes d'appui interpays ont apporté leur concours aux équipes pays. Sept points focaux ont participé à une formation avant leur déploiement, se qualifiant ainsi pour figurer sur la liste des experts internationaux pour les situations d'urgence.

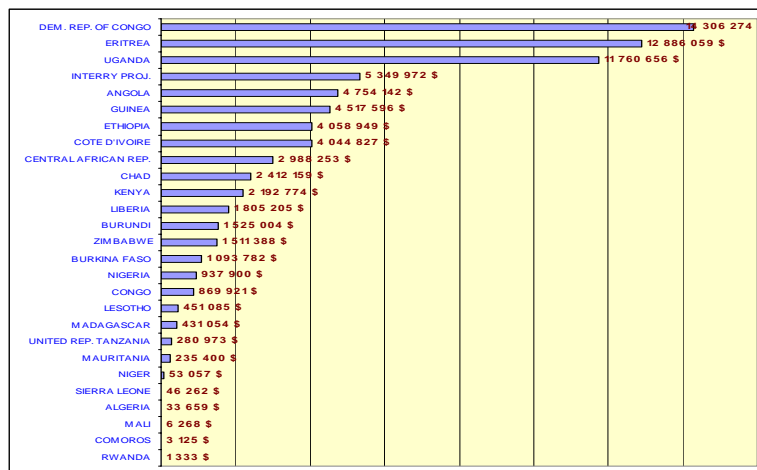
212. Au cours de l'exercice biennale 2006–2007, un montant de plus de US \$78 millions a été mobilisé auprès de divers donateurs pour faire face aux situations d'urgence dans les pays (Figure 28). La présence accrue sur le terrain et l'intensification de la mobilisation des ressources ont permis de renforcer les capacités de réponse. Au titre de la composante Action sanitaire en cas de crise, un appui a été fourni à tous les pays confrontés à une crise. Cet appui portait notamment sur l'évaluation des besoins ainsi que le suivi de la situation sanitaire, la coordination des réponses sanitaires, le comblement de graves lacunes en vue de sauver des vies, et le renforcement des capacités pour garantir une préparation et une réponse efficaces.

213. Le Bureau régional a fourni un appui aux pays confrontés à une crise dans la conduite d'évaluations de la vulnérabilité, d'évaluations rapides, d'évaluations de la sécurité alimentaire et d'enquêtes sur la nutrition et la mortalité, ainsi que dans le renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte. Le domaine d'activité a produit des bulletins d'information sanitaire qu'il a partagés avec tous les partenaires. Les crises ont un impact sur des aspects cruciaux des services de santé, notamment sur la distribution des médicaments, le déploiement des agents de santé, la diffusion des lignes directrices, la formation des agents de santé, la revitalisation des activités relatives aux soins de santé primaires, les activités de vaccination de proximité et l'alimentation thérapeutique à base communautaire.

⁸⁷ Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Libéria, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo et Tchad.

⁸⁸ République centrafricaine, Guinée, Libéria, Ouganda, République démocratique du Congo et Tchad.

Figure 28: Ressources mobilisées en faveur de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours, 2006-2007



214. La réforme des Nations Unies sur le plan de l'action humanitaire est axée sur trois éléments: la coordination des activités humanitaires, le système de groupes organiques et le Fonds central d'intervention d'urgence. Les groupes organiques sont des groupes humanitaires créés pour accroître l'efficacité et la responsabilité et améliorer la coordination des interventions. Sur les neuf groupes organiques mondiaux, celui de la santé a pour chef de file l'OMS. Au cours de la période biennale, le Bureau régional a joué le rôle de chef de file du groupe organique de la santé dans neuf pays⁸⁹, et les groupes continuent d'être mis en place dans les pays touchés par des crises.

215. L'Unité EHA a fourni un appui à l'Unité Alerte et action en cas d'épidémie (Division de la Prévention et de la Lutte contre les Maladies transmissibles) au titre de la réponse à la flambée de fièvre hémorragique de Marburg en Ouganda, à la flambée de fièvre hémorragique à virus Ebola en République démocratique du Congo et à d'autres flambées survenues dans d'autres sous-régions. Au cours de la flambée de d'Ebola survenue entre avril et la mi-octobre 2007 dans les districts de Mweka, Luebo et Bulape, en République démocratique du Congo, l'on a enregistré 264 cas et 187 décès. La courbe épidémique (Figure 29) montre que la flambée a continué pendant plus de 20 semaines, avec de multiples pics et des taux de létalité élevés. Des flambées de fièvre typhoïde et de shigellose sont aussi survenues dans ces districts au cours de la même période.

216. Comme dans le cas de toutes les autres flambées de maladies transmissibles, l'Unité EHA a fourni un appui en élaborant des propositions de projets dans l'optique de la mobilisation des ressources par le biais du Fonds central d'intervention d'urgence et des appels flash. Les ressources mobilisées avant le début de la flambée d'Ebola ont servi à appuyer les investigations; la logistique, y compris le transport du personnel et du matériel; la mobilisation sociale; l'achat et le transport des médicaments; et la formation et le déploiement des agents de santé (Figure 30).

⁸⁹ Côte d'Ivoire, Éthiopie, Kenya, Libéria, Madagascar, Mozambique, Ouganda, République démocratique du Congo et Zimbabwe.

Figure 29: Cas et taux de létalité (TL) hebdomadaires de l'Ebola en République démocratique du Congo, 2007

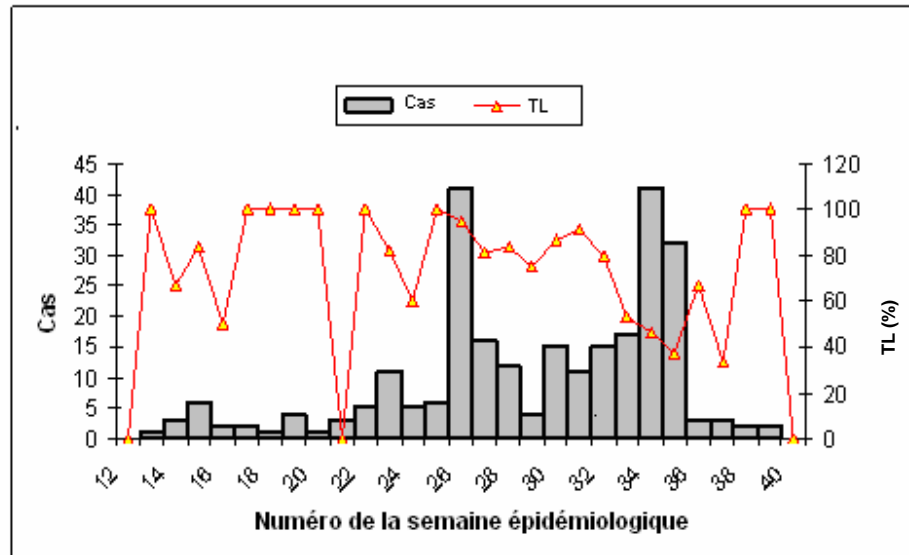


Figure 30: Personnel en action au cours de la flambée d'Ebola en République démocratique du Congo



Sécurité sanitaire des aliments (FOS)

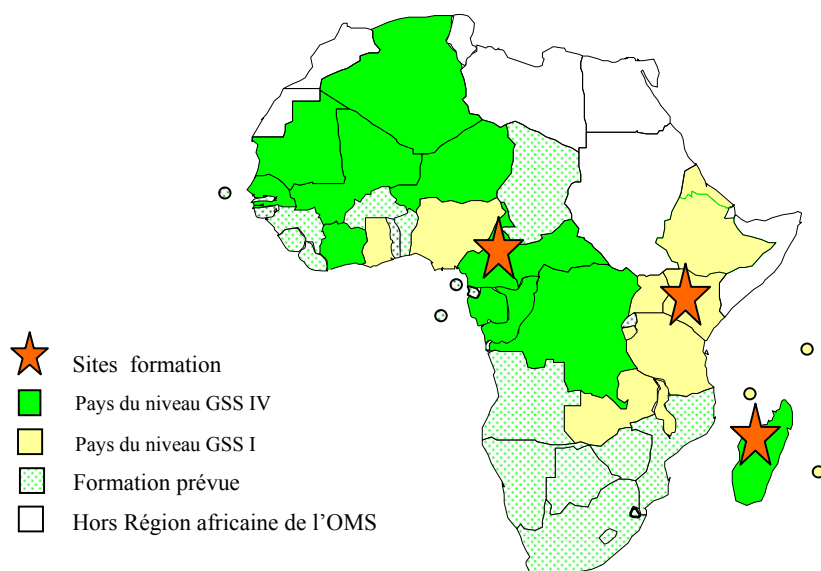
217. Au cours de l'exercice biennal 2006–2007, le domaine d'activité Sécurité sanitaire des aliments s'est attaqué aux faiblesses des systèmes de contrôle des aliments et à la résurgence des flambées dues à la consommation d'aliments contenant des contaminants microbiens et chimiques. Un accent particulier a été mis sur les domaines suivants : renforcement des capacités de surveillance des maladies transmises par les aliments; participation efficace des pays à la Commission du Codex Alimentarius; législation alimentaire et son application ; et information, éducation et communication.

218. La cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté le document intitulé «Sécurité sanitaire des aliments : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS» et la résolution AFR/RC57/R2 y afférente. Grâce à l'appui fourni à cet effet, des participants du Cameroun, du Ghana, du Nigéria et de l'Ouganda ont pris part au cours de formation internationaux dans le domaine des études de l'alimentation totale, cours consacrés à la détection des produits chimiques dans les aliments. Des participants des Comores, de Maurice et des Seychelles ont pris part au cours de formation de niveau I à la surveillance mondiale des salmonelles (GSS), organisé à Madagascar, et 30 participants de dix pays⁹⁰ ont suivi le cours de formation de niveau I organisé au Kenya, tandis que le cours de formation de niveau IV s'est poursuivi pour 25 participants de 12 pays⁹¹. Le nombre de sites de formation dans la Région a ainsi été porté à trois (Figure 31). Le Cameroun et la Côte d'Ivoire ont bénéficié d'une formation à la production d'antisérums contre l'empoisonnement aux salmonelles.

⁹⁰ Érythrée, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Tanzanie et Zambie.

⁹¹ Algérie, Cameroun, République centrafricaine, République du Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République démocratique du Congo et Sénégal.

Figure 31: Pays participants et sites de formation à la surveillance en laboratoire des maladies transmises par les aliments, 2007



219. Le Bureau régional a fourni un appui technique au Kenya dans l'investigation, la gestion et la maîtrise d'une flambée d'aflatoxicose. En particulier, des ressources ont été fournies pour le renforcement des capacités du laboratoire national de santé publique de référence de ce pays dans la détection des aflatoxines dans les aliments, les sérums et d'autres prélèvements biologiques. Le Bureau régional a également fourni un appui à l'Angola et à l'Éthiopie lors des flambées de choléra survenues dans ces pays. En Éthiopie, les techniciens ont évalué le système de contrôle des aliments et formé les vendeurs d'aliments à la manipulation en toute sécurité des aliments. En Angola, ils ont évalué le système de contrôle des aliments et formé des formateurs à l'hygiène alimentaire. De même, le domaine d'activité a fourni un appui technique à la Côte d'Ivoire, à la suite de l'incident chimique d'août 2006. Le Bureau régional a apporté un appui à l'Angola au cours de la flambée d'empoisonnement au bromure dû à l'utilisation de bromure de sodium au lieu du chlorure de sodium comme sel de table.

220. Plusieurs pays ont organisé des ateliers sur le renforcement des capacités dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, ateliers consacrés à la surveillance des maladies transmises par les aliments, à l'analyse des risques-points critiques pour leur maîtrise, à l'inspection des aliments et au Codex Alimentarius. Six pays⁹² ont pris part à un atelier conjoint OMS/FAO sur l'application, à titre pilote, des *Lignes directrices pour l'analyse des risques-points critiques pour leur maîtrise dans les entreprises alimentaires petites et moins développées*.

221. Un atelier consacré aux activités du Codex a été organisé à l'intention de 50 participants de 35 pays. Le Comité de coordination du Codex pour l'Afrique a enregistré la participation de 79 ressortissants de 36 pays, et le Ghana a été élu comme nouveau pays membre de ce comité. Au total, 38 ressortissants de 35 pays ont pris part à 17 réunions du Codex, grâce à un appui fourni par le Fonds fiduciaire du Codex.

⁹² Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie, Zambie et Zimbabwe.

La République du Congo et le Lesotho ont réactivé leurs comités Codex nationaux respectifs. Des participants du Tchad, de la République du Congo et de la République démocratique du Congo ont participé à un atelier sur l'information relative au Codex. La Sierra Leone a créé des cellules de sécurité sanitaire des aliments et dispensé une formation aux normes et standards. Douze pays⁹³ ont élaboré ou amendé des politiques, plans d'action, lois ou stratégies de mise en œuvre en matière de sécurité sanitaire des aliments. Grâce à l'appui qui leur a été fourni à cet effet, l'Angola, le Botswana, l'Éthiopie et le Kenya ont conduit des investigations et maîtrisé des flambées liées aux aliments, y compris l'aflatoxicose aiguë et le choléra.

222. Au total, 13 pays⁹⁴ ont mis en œuvre les Cinq Clés de l'OMS pour des aliments plus sûrs. Ces pays ont traduit l'affiche y afférente dans les langues locales. Le Malawi et le Nigéria ont mis en place des programmes pour des marchés de produits alimentaires plus sains. Le Mali et le Sénégal ont organisé des activités pour commémorer la «Semaine de la Sécurité sanitaire des Aliments» et la Journée nationale «Se Laver les Mains au Savon».

223. Le domaine d'activité a préparé deux guides régionaux pour l'élaboration et la mise en œuvre de lois sur les aliments et pour la détection et la maîtrise des urgences alimentaires. Les autres outils mis au point sont notamment une adaptation du Manuel sur les Cinq Clés de l'OMS, des matériels d'information et de plaidoyer, un bulletin régional, la documentation des activités nationales dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, et une base de données sur la sécurité sanitaire des aliments, accessible à l'adresse suivante : <http://www.afro.who.int/des/fos/index.html>.

ADMINISTRATION ET FINANCES

224. La Division de l'Administration et des Finances est chargée de veiller à l'utilisation optimale et à la gestion rationnelle des ressources financières, techniques et humaines de l'Organisation. Elle fournit des services administratifs efficaces, efficaces et flexibles à tous les programmes et activités régionaux, et assure le contrôle pour garantir le respect des règlements financiers et des principes éthiques de l'Organisation. Au cours de l'exercice biennal 2006–2007, la Division s'est acquittée des responsabilités ci-dessus par l'intermédiaire de trois domaines d'activités : Infrastructure et logistique; Gestion des ressources humaines à l'OMS; et Budget et gestion financière. La Division compte six unités fonctionnelles : Infrastructure et Logistique; Budget et Finances ; Ressources humaines ; Technologies de l'Information et de la Communication; Publications et Services linguistiques; et Achats.

Infrastructure et logistique (IIS)

225. Le domaine d'activité Infrastructure et logistique est chargé de la prestation de services administratifs et logistiques. Au cours de l'exercice biennal 2006–2007, le principal défi à relever a consisté à fournir des conditions de travail et de vie acceptables à Brazzaville pour la relocalisation du personnel de Harare. De nouveaux bureaux ont été aménagés dans les bâtiments annexes du Bureau régional (Estate) pour les membres du personnel venus de Harare, mais la pénurie de logements est demeuré un problème majeur. Le nombre limité d'hôtels, ajouté aux faibles capacités du Bureau régional, en termes de salles de réunion, a entravé les efforts déployés pour appuyer adéquatement les réunions et les conférences.

⁹³ Algérie, Burundi, Éthiopie, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Malawi, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Tanzanie et Zambie.

⁹⁴ Afrique du Sud, Angola, Cameroun, République du Congo, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Mali, Mauritanie, Mozambique, République démocratique du Congo et Rwanda.

226. Cependant, une des principales réalisations au cours de l'exercice biennal a été l'appui fourni à plus de 90 réunions qui se sont tenues au Bureau régional, y compris la cinquante-septième session du Comité régional. Le domaine d'activité a fourni des bureaux supplémentaires pour les membres du personnel redéployé, en procédant à cette fin à la réhabilitation et à l'extension du bâtiment de l'Estate. Le domaine d'activité a également fourni des espaces de travail appropriés aux équipes d'appui interpays nouvellement créées à Libreville et Ouagadougou.

227. Les Services des Achats ont des liens étroits avec les services logistiques, l'objectif visé étant d'assurer d'une manière efficace et rentable des prestations et fournitures. Au cours de l'exercice biennal, le principal défi avait trait à la mise en place du nouveau service mondial rationalisé des achats. Le processus d'appel d'offres pour les achats locaux, tant au Bureau régional que dans les bureaux de pays, s'est considérablement amélioré. En outre, une base de donnée actualisée sur les fournisseurs a été mise en place, tout comme un système d'enregistrement des données statistiques.

228. Au cours de l'exercice biennal, l'Unité des Publications et des Services linguistiques a notamment assuré l'édition, la traduction, l'impression et la diffusion des documents pour les cinquante-sixième et cinquante-septième sessions du Sous-comité du Programme et du Comité régional à Addis Abéba et Brazzaville. Elle a travaillé en étroite collaboration avec toutes les divisions pour la production de leurs lignes directrices, stratégies, politiques, bulletins et autres documents techniques.

229. Pour ce qui est de la sécurité, la base de données sur le système intégré de services a été installé avec succès pour rationaliser la gestion des 436 membres du personnel du Bureau régional. Le système est disponible sur l'Intranet du Bureau régional, et tous les membres du personnel peuvent y avoir accès.

Gestion des ressources humaines à l'OMS (HRS)

230. Le domaine d'activité Gestion des ressources humaines est chargé de toutes les questions relatives aux ressources humaines dans la Région africaine de l'OMS, aussi bien au Bureau régional que dans les 46 bureaux de pays. Les principaux défis à relever au cours de l'exercice biennal avaient trait à la restructuration opérée au Bureau régional et dans les bureaux de pays, à la fermeture de l'annexe du Bureau régional à Harare, au processus de décentralisation et la création des équipes d'appui interpays, à la mise en œuvre du plan régional de perfectionnement du personnel et d'apprentissage, à la préparation de l'opérationnalisation du Système global de gestion (GSM), et à la mise en œuvre de la réforme du système de contrats.

231. Pour relever ces défis, les procédures, processus et activités des ressources humaines ont été rationalisés pour couvrir la mise en œuvre de la réforme du système de contrats; la décentralisation d'un certain nombre d'activités vers les équipes d'appui interpays; la mise en œuvre des plans régionaux de perfectionnement du personnel et d'apprentissage; le déploiement du GSM à l'échelle mondiale; et le lancement du réseau régional d'apprentissage.

232. Au cours de l'exercice biennal, les réalisations ont notamment été la fourniture en temps voulu de services de ressources humaines efficaces pour les programmes techniques et les membres du personnel, pris individuellement; la fourniture d'un appui et de conseils pour la restructuration des divisions techniques et des bureaux de pays; la contribution efficace à la fermeture sans heurts de l'annexe du Bureau régional de Harare; la fourniture en temps voulu d'un appui efficace à la création des trois équipes d'appui interpays, y compris les sous-unités des ressources humaines au niveau de ces équipes; la mise en œuvre de diverses activités d'apprentissage et de formation au Bureau régional et dans les bureaux de pays; la participation et la fourniture d'un appui efficace à la mise en place du GSM, y compris la participation d'un fonctionnaire des ressources humaines au niveau mondial; la mise en œuvre

de la réforme du système de contrats, y compris l'établissement de nouveaux contrats et la création de plus de 1 200 nouveaux postes à pourvoir sur contrat de durée déterminée.

Budget et gestion financière (FNS)

233. Au cours de l'exercice biennal 2006–2007, le domaine d'activité Budget et gestion financière a concentré ses efforts sur la gestion de l'exécution du budget; la garantie de l'obligation de rendre compte des fonds de toutes sources; la supervision de la décentralisation des fonctions de gestion financière et budgétaire vers les 46 bureaux de pays, les divisions techniques et les équipes d'appui interpays; la mise en œuvre des recommandations de l'audit; et la garantie du paiement à temps des droits du personnel et des factures des fournisseurs.

234. Les principales questions qui se sont posées au cours de l'exercice biennal avaient notamment trait au suivi des rares ressources budgétaires, en particulier au niveau des pays; au renforcement des contrôles budgétaires et financiers en vue de réduire au minimum les observations négatives dans les rapports d'audit et d'atténuer les risques; et à la fourniture d'un appui administratif et financier selon une approche décentralisée, en particulier aux trois équipes d'appui interpays.

235. Le domaine d'activité a préparé sur le budget des rapports accessibles sur l'Intranet du Bureau régional, rapports devant être utilisés par les points focaux, au niveau du Bureau régional, et par les Représentants de l'OMS, au niveau des bureaux de pays, à des fins de suivi des ressources budgétaires. Des rapports de suivi budgétaire mensuels ont également été préparés et largement partagés.

236. Avec l'appui du Siège, le domaine d'activité a conduit des sessions de formation à la gestion financière et budgétaire à l'intention de tous les administrateurs des différents bureaux et unités techniques, afin de renforcer les contrôles financiers et de gestion. Chaque équipe d'appui interpays a été dotée d'un fonctionnaire des finances de la catégorie professionnelle, chargé de fournir aux pays de la sous-région concernée un appui dans le domaine de la gestion financière.

237. Il y a eu une nette amélioration de l'appui fourni dans le domaine de la gestion budgétaire et financière, à la suite de la consolidation de l'Unité du Budget et des Finances à Brazzaville et des recrutements effectués pour pourvoir les postes vacants. Les comptes d'avances au niveau des pays ont été réapprovisionnés à temps, à la suite de l'institution du système de cyberbanque. Avec l'appui d'un auditeur recruté comme consultant pour une brève durée et du fonctionnaire chargé du respect des règlements et du suivi de la mise en œuvre des recommandations de l'audit, nouvellement recruté, le Bureau régional a pu mettre en œuvre plus de 80 % de toutes les recommandations de l'audit interne qui ne l'avaient pas encore été.

238. Pour l'exercice biennal 2006–2007, un montant total de US \$203,6 millions a été approuvé au titre du budget ordinaire, soit 21,4 % du budget effectivement requis. Il était prévu qu'un montant de US \$745,9 millions serait reçu d'autres sources. Au mois de décembre 2007, le montant total des dépenses effectuées à partir du budget approuvé était de US \$785,7 millions, soit 82,8 % du montant total prévu pour l'exercice biennal.

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

Facteurs favorables

239. L'intensification du dialogue, par le biais de visites et d'un appui direct du Directeur régional, a favorisé une collaboration et des partenariats efficaces avec la Commission de l'Union africaine, les institutions régionales et sous-régionales, la Commission de l'Union européenne et le Siège de l'OMS. Le personnel a également été motivé par ces contacts et l'environnement favorable créé par les gouvernements. La participation active des ministères de la santé à l'élaboration des programmes a substantiellement contribué aux réalisations obtenues au cours l'exercice biennal. D'une manière spécifique, la promotion de partenariats aux niveaux mondial, régional et national a facilité les réalisations au titre des programmes de santé génésique⁹⁵.

240. La bonne collaboration existant entre les différents programmes du Bureau régional et le Siège a facilité la planification et la mise en œuvre conjointes des activités, la maximisation de l'utilisation des ressources et l'harmonisation de l'appui aux pays. Les réponses aux crises dans les pays ont été facilitées par l'engagement accru des autorités nationales compétentes et des gouvernements.

241. L'intérêt manifesté actuellement pour le suivi des progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement a amené les pays à intensifier les interventions pertinentes. Les *Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine, 2005-2009* ont permis d'affiner les priorités régionales, et notamment d'améliorer l'action sur les principaux déterminants de la santé.

242. Au niveau des pays, des réseaux spécifiques de points focaux désignés pour des programmes techniques donnés et la coordination des programmes se sont avérés très efficaces. Un réseau mis en place au cours de l'exercice biennal était constitué notamment des points focaux de l'information sanitaire, de la recherche et de la gestion des connaissances. Un deuxième réseau a été constitué pour les 46 administrateurs nationaux en charge de la planification dans tous les bureaux de pays.

243. Pour ce qui est de la mise en œuvre des programmes, le solide plaidoyer mené, l'appropriation par les pays, le leadership, la coordination, l'harmonisation et l'alignement des partenariats ont contribué à garantir l'accélération des efforts vers la réalisation de l'accès universel. En outre, la réponse apportée à temps par les administrateurs nationaux aux demandes d'appui technique émanant des pays a permis de mettre en œuvre avec succès les programmes.

Facteurs défavorables

244. En raison des retards dans le décaissement des fonds et de la soumission tardive ou non planifiée des demandes d'appui technique par les pays, plusieurs programmes du Bureau régional ont dû fonctionner continuellement en mode d'urgence. En outre, pour la majorité des domaines d'activités, la non-disponibilité des fonds budgétisés au titre des contributions volontaires est restée une source de préoccupation pendant tout l'exercice biennal, en particulier pour les bureaux de pays. Au même moment, certains domaines d'activités ont été confrontés au manque de capacité d'absorption des fonds disponibles, ce qui a limité l'extension des interventions.

245. Au niveau des pays, l'inadéquation des effectifs et de la qualité des ressources humaines nécessaires pour appuyer l'intensification des interventions prioritaires au niveau périphérique a été la

⁹⁵ La déclaration conjointe de l'OMS, de l'UNFPA et de l'UNICEF de 1997 sur les mutilations sexuelles féminines a été élargie en 2007 pour inclure l'ONUSIDA, l'UNDP, la CEA, l'UNESCO, le HCR et l'UNIFEM.

principale contrainte. Cette situation s'explique par la migration, la production insuffisante et les pertes causées par les effets négatifs de la pandémie de VIH/sida, en particulier en Afrique australe.

246. Les capacités de surveillance, de suivi et d'évaluation sont restées faibles au niveau des pays. En conséquence, les pays ont éprouvé des difficultés à obtenir en temps voulu les informations requises et à établir les rapports trimestriels et annuels d'étape et de performance sur l'utilisation et la couverture des services. Cette situation s'explique par la faiblesse et l'inefficacité des systèmes de gestion de l'information sanitaire. S'agissant spécifiquement de la surveillance de la maladie, les principaux problèmes et facteurs défavorables ont été l'insuffisance des capacités de laboratoire et les faiblesses des systèmes d'achat et d'approvisionnement, ainsi que le caractère obsolète de l'infrastructure des technologies de l'information et de la communication.

247. Au nombre des autres obstacles ayant entravé l'intensification des principales interventions dans certains pays, l'on pourrait citer les insuffisances dans l'administration générale et la coordination, par les pays, des interventions transversales des programmes prioritaires, en particulier les programmes visant la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

DEUXIÈME PARTIE : PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DES RÉSOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL

Résolution AFR/RC53/R1: Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine

248. Cette résolution priait le Directeur régional de poursuivre le plaidoyer en faveur d'un accroissement des investissements dans le domaine de la santé et de considérer de tels investissements 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; d'apporter un appui aux institutions régionales qui forment des économistes de la santé et font de la recherche en économie de la santé; et de faire rapport chaque année au Comité régional sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations de la Commission.

249. La diffusion des recommandations de la CMS et des documents connexes s'est poursuivie. La page pertinente du site Intranet du Bureau régional a été maintenue et a été améliorée. Le Bureau régional a établi un lien direct entre le programme d'action de la CMS et l'action sur les déterminants sociaux de la santé, compte tenu de certains chevauchements et de certains objectifs communs, ainsi que les activités en faveur de la réalisation des OMD. Un appui technique a été fourni au Mozambique, au Nigéria et à l'Ouganda.

250. La nécessité d'augmenter les ressources financières pour aider à développer les ressources humaines et à renforcer les systèmes de santé est maintenant reconnue par les principaux partenaires de développement, et notamment par la Banque mondiale. En outre, les pays sont de plus en plus conscients de la nécessité d'établir des liens entre les politiques sectorielles et les politiques macroéconomiques. Les ressources financières disponibles pour les financements de démarrage en faveur des pays désireux de mettre en œuvre les recommandations de la CMS sont insuffisantes. Dans certains pays, les capacités techniques sont limitées et les activités de plaidoyer et de sensibilisation sont de faible niveau, tandis que les processus sont multiples et sans liens clairs entre eux.

251. L'on envisage actuellement d'engager les partenaires internationaux et de plaider en faveur de l'augmentation des ressources allouées au secteur de la santé. Les ministères de la santé bénéficieront d'un appui pour renforcer la composante santé des stratégies de réduction de la pauvreté; mener efficacement le plaidoyer et participer aux initiatives intersectorielles et aux discussions sur les politiques macroéconomiques; faire campagne en faveur de l'inclusion des dimensions sociales dans les discussions sur les politiques macroéconomiques; et réaffecter les ressources aux domaines prioritaires.

Résolution AFR/RC53/R6 : Intensification des interventions liées au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose dans la Région africaine de l'OMS

252. Cette résolution priait le Directeur régional de fournir un appui technique aux États Membres afin qu'ils puissent élaborer et appliquer des plans stratégiques; d'appuyer la recherche opérationnelle et le processus de documentation, et de diffuser l'information sur les moyens efficaces qui permettent de renforcer les interventions; de plaider en faveur d'une augmentation des ressources et d'un appui international à long terme; de collaborer avec le Fonds mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, en préconisant des mécanismes qui puissent accélérer le décaissement des fonds en faveur des pays; et de suivre l'amplification des interventions et faire rapport chaque année au Comité régional sur les progrès accomplis.

253. Dans le domaine du VIH/sida, des lignes directrices actualisées ont été fournies à tous les pays pour des approches nouvelles telles que le dépistage et le conseil à l'initiative du prestataire, la circoncision masculine, et le traitement et les soins pour le VIH pédiatrique. Quatorze pays⁹⁶ ont bénéficié d'un appui pour les aider à revoir et à actualiser leurs plans nationaux du secteur de la santé pour la lutte contre le VIH/sida. Vingt-et-un pays⁹⁷ ont également bénéficié d'un appui dans l'élaboration de leurs feuilles de route pour accélérer la prévention de l'infection à VIH, tandis que plus de la moitié (24) des pays membres ont actualisé leurs plans stratégiques visant à renforcer la composante relative à la prévention du VIH/sida. Des efforts soutenus de promotion du plaidoyer et des partenariats en faveur de la mobilisation des ressources ont été déployés à tous les niveaux en vue d'intensifier les interventions contre le VIH/sida. Ces efforts ont permis d'obtenir des financements additionnels auprès de divers donateurs tels que le PEPFAR, l'ACDI, le DFID, le FODI, le Gouvernement italien, le Gouvernement espagnol et la Coopération française, entre autres.

254. La proportion de pays soumettant des propositions au Fonds mondial, avec d'assez bonnes chances de succès, est en augmentation, passant de 40 % au titre du sixième cycle à 62 % au titre du septième. La collaboration avec le FMSTP a été renforcée, à la faveur de la tenue de plusieurs réunions pour identifier les obstacles entravant la mise en œuvre adéquate des dons et élaborer des solutions pour éliminer de tels obstacles. Plusieurs rapports ont été établis, dont le rapport sur l'accélération de la prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine.

255. Pour ce qui est de la tuberculose, tous les 34 pays de la Région supportant une charge élevée de tuberculose ont bénéficié d'un appui pour leur permettre d'élaborer ou d'actualiser leurs plans stratégiques en utilisant le nouvel outil de planification et de budgétisation de l'OMS. En collaboration avec le programme spécial TDR, une étude couvrant plusieurs pays et portant sur les interactions médicamenteuses chez les patients co-infectés par la tuberculose et le VIH, a été lancée en 2007, et les résultats de cette étude devraient fournir des bases factuelles pour le traitement de ces patients. Tous les

⁹⁶ Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-vert, République du Congo, Gabon, Gambie, Guinée-Bissau, Libéria, Maurice, Ouganda, Sao Tomé et Príncipe, Tanzanie et Togo.

⁹⁷ Angola, Botswana, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, République du Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, Tanzanie et Zambie.

principaux partenaires intervenant dans la lutte contre la tuberculose s'emploient pleinement à fournir un appui aux pays pour les aider à mettre en œuvre des programmes de qualité pour l'expansion de la stratégie DOTS, y compris la surveillance et la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante.

256. Le Fonds mondial a réservé une suite favorable aux demandes soumises par 19 autres pays, ce qui porte à 26 le nombre de pays dont les propositions ont été approuvées par le Fonds mondial au titre de la lutte contre la tuberculose. L'intensification des interventions a permis de porter le taux de couverture moyen à l'échelle régionale à 89 % et de faire passer les taux de guérison de 72 % en 2000 à 76 % en 2006. La plupart des États Membres (40 sur 46) ont présenté à temps à l'OMS des rapports exacts en vue de la compilation des rapports sur la surveillance de la tuberculose.

257. S'agissant du paludisme, 16 pays⁹⁸ ont bénéficié d'un appui pour qu'ils puissent revoir et actualiser leurs plans stratégiques en vue d'accélérer la réalisation de la couverture universelle des interventions antipaludiques. Dans le domaine de la recherche opérationnelle, les interventions à base communautaire ont été documentées dans 20 pays. Les approches innovantes de l'intensification de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, dans le cadre des campagnes de vaccination et d'autres interventions en faveur de la survie de l'enfant, ont également été documentées. Les ressources financières destinées à la lutte antipaludique au niveau des pays ont substantiellement augmenté, grâce au concours de partenaires tels que le FMSTP, la Banque mondiale, l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme, la Fondation Bill et Melinda Gates.

258. L'OMS et les partenaires appuyant l'initiative Faire Reculer le paludisme ont apporté aux pays un appui pour leur permettre d'élaborer des propositions solides, du point de vue technique, pour accéder aux sources de financement énumérées. La collaboration avec le FMSTP pour améliorer le taux de décaissement a été très active. Des réunions conjointes ont été organisées avec les différents groupes géographiques du FMSTP et les pays pour identifier les obstacles entravant l'utilisation appropriée des dons et prendre des mesures correctives. Pour ce qui est du suivi et de l'évaluation, des rapports ont été préparés sur une base régulière.

Résolution AFR/RC54/R2 : Replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014

259. La résolution AFR/RC54/R2 du Comité régional priait 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. Pour intensifier le plaidoyer, l'OMS, en collaboration avec les partenaires, a mis au point une trousse d'outils de plaidoyer ciblant les différentes parties prenantes, y compris les responsables politiques et les dirigeants communautaires. La trousse a été diffusée dans tous les pays, et certains pays tels que le Nigéria l'utilisent depuis lors pour instaurer le dialogue entre utilisateurs et prestataires en vue d'améliorer les services de planification familiale.

260. En collaboration avec l'UNFPA, l'OMS a apporté aux pays un appui pour les aider à renforcer leurs capacités nationales dans la prestation de services de planification familiale, y compris la formation initiale et la formation en cours d'emploi, par le biais d'ateliers d'orientation consacrés à l'actualisation

⁹⁸ Botswana, Burkina Faso, Burundi, Comores, République du Congo, Éthiopie, Guinée-Bissau, Madagascar, Mali, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, Sénégal, Tanzanie et Zambie.

des outils et lignes directrices en matière de planification familiale. Jusqu'à présent, 18 pays⁹⁹ ont bénéficié de cet appui. Les pays ayant pris part aux ateliers d'orientation ont bénéficié d'un appui financier pour l'adaptation et l'adoption de lignes directrices et de protocoles en matière de planification familiale, afin d'améliorer la qualité des services de planification familiale.

261. Par ailleurs, en réponse aux besoins non satisfaits en services de planification familiale, les administrateurs de programmes nationaux de santé génésique et de médicaments essentiels de six pays¹⁰⁰ ont reçu des orientations aussi bien sur les méthodologies d'intégration des médicaments pour la santé génésique dans la liste nationale des médicaments essentiels que sur l'évaluation de la disponibilité des médicaments pour la santé sexuelle et génésique, afin d'améliorer l'achat des médicaments et dispositifs utilisés en planification familiale.

262. Afin de fournir des orientations dans les domaines de la planification, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du cadre pour replacer la planification familiale, l'OMS, en collaboration avec l'UNFPA, a commencé à mettre au point un ensemble d'outils d'intégration de la planification familiale dans les services de santé sexuelle et génésique. Il s'agit du cadre pour l'intégration de la planification familiale dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile, et d'un outil d'évaluation des liens entre la santé sexuelle et génésique et les infections sexuellement transmissibles, le VIH et le sida.

Résolution AFR/RC54/R3 : Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire

263. Par sa résolution AFR/RC54/R3, le Comité régional 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 des ressources et du renforcement des capacités en ce qui concerne les systèmes nationaux d'information sanitaire.

264. Six pays¹⁰¹ ont entrepris une évaluation complète de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire (SNIS) pour en identifier les faiblesses et les besoins, en termes de ressources humaines, financières et matérielles. Tous les 46 États Membres ont été sensibilisés sur l'utilisation du cadre du Réseau de Métrologie sanitaire (RMS) pour qu'ils alignent leurs SNIS sur les normes et standards internationaux adoptés lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2005. La cartographie de la disponibilité des services et les autres systèmes d'information géographique ont été mis en œuvre dans 13 pays¹⁰² pour faciliter la communication, l'accès et la rétroaction en ce qui concerne l'information sanitaire.

265. Le Bureau régional travaille étroitement avec le RMS et le Siège de l'OMS, et collabore avec les agences multilatérales et bilatérales, les fondations et d'autres partenariats mondiaux pour la santé et les experts techniques dans la fourniture d'un appui aux pays pour les aider à renforcer leurs systèmes nationaux d'information sanitaire. Cinq ateliers ont été organisés pour 41 pays en utilisant le cadre harmonisé RMS pour l'élaboration des systèmes nationaux d'information sanitaire, qui décrit les normes RMS et l'outil de suivi et d'évaluation RMS. Par la suite, plus de 170 participants de 26 pays ont suivi

⁹⁹ Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Cameroun, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

¹⁰⁰ Afrique du Sud, Éthiopie, Ghana, Kenya, Nigéria et Zambie.

¹⁰¹ Botswana, République du Congo, Libéria, Rwanda, Sénégal et Tchad.

¹⁰² République centrafricaine, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé et Principe, Swaziland, Tanzanie, Togo et Zambie.

une formation basée sur ces normes. Quinze pays supplémentaires ont procédé à l'évaluation de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire, grâce à un financement du RMS. La Sierra Leone a élaboré un plan stratégique SNIS et a commencé à le mettre en œuvre, avec l'appui du DFID et de la Banque mondiale. L'appui financier fourni aux pays depuis 2006 a atteint un montant total de US \$2 millions au cours de la première année et environ US \$500 000 au cours de la deuxième année.

Résolution AFR/RC54/R4 : Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives

266. La résolution AFR/RC54/R4 du Comité régional priait 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; de promouvoir et appuyer la recherche et la surveillance; et d'appuyer la mobilisation des ressources.

267. L'OMS et l'OIT ont publié une lettre d'intention conjointe par laquelle les deux organisations se sont engagées à conjuguer leurs efforts et à collaborer dans des domaines sélectionnés de la santé et de la sécurité des travailleurs, au bénéfice des États Membres.

268. En outre, l'OMS a fourni un appui financier et technique au Botswana, aux Comores, à la Gambie, à la Namibie et au Swaziland pour la collecte des données et informations de base sur la santé et la sécurité des travailleurs en vue d'engager le processus d'élaboration et de mise en œuvre de plans. Grâce à cet appui, le Botswana et la Namibie ont élaboré leurs politiques. La Gambie et le Swaziland ont amorcé le processus, et les Comores ont procédé à l'analyse et à l'interprétation des données. Le Nigéria est en train d'élaborer sa politique. Dans tous ces pays, le Ministère de la Santé, en collaboration avec le Ministère du Travail, a associé à cette activité tous les secteurs (organisations non gouvernementales, employeurs, travailleurs et autres institutions telles que les universités et les instituts de recherche).

269. Le processus portait notamment sur la mobilisation des ressources au sein et en dehors du secteur de la santé et la collaboration avec les autres parties prenantes pour pérenniser les programmes. Il s'agit donc d'un processus inclusif couvrant les petites, moyennes et grandes entreprises et les secteurs formel et informel. En outre, le processus vise la prise en charge de maladies telles que la tuberculose, le paludisme et le VIH/sida.

Résolution AFR/RC54/R5 : Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/sida dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà

270. Cette résolution priait le Directeur régional de renforcer le rôle de l'OMS dans l'impulsion et l'orientation techniques qu'elle fournit au système de santé pour la lutte contre le VIH/sida; de fournir l'assistance et l'orientation techniques requises pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des programmes de traitement et de soins; de faire campagne pour un accroissement des ressources internationales afin d'améliorer l'accès aux soins et au traitement, y compris auprès du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme; de favoriser des partenariats au niveau régional; et de plaider continuellement en faveur de la recherche et de la mise au point de nouveaux médicaments et vaccins.

271. Le Directeur régional a convoqué une réunion des directeurs régionaux des institutions des Nations Unies pour élaborer un plan conjoint pour la prévention de l'infection à VIH et l'accès universel. L'OMS et l'ONUSIDA ont co-organisé trois réunions sous-régionales sur l'accès universel. Tous les 46 pays de la Région ont bénéficié d'un appui pour l'intensification de la thérapie antirétrovirale, principalement grâce à un financement de l'ACDI. Le Directeur général de l'OMS et le Directeur régional ont mobilisé des ressources auprès du DFID, de l'ACDI, des CDC, de l'Angola, de la GTZ, de l'Initiative italienne et du Fonds de l'OPEP pour le Développement international (FODI). La plupart des pays ont

augmenté les financements destinés aux soins et au traitement du VIH/sida, par le biais des dons du Fonds mondial.

272. Depuis le lancement de l'initiative «3 millions d'ici 2005», la couverture de la thérapie antirétrovirale est passée de moins de 1 % en décembre 2003 à 17 % en décembre 2005, puis à 35 % à la fin de septembre 2007. Au moins 14 pays ont atteint un taux de couverture de 50 %. Toutefois, pour les enfants, le taux de couverture, estimée à 11 %, est encore faible.

Résolution AFR/RC54/R6 : Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse

273. Cette résolution priait 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; de mobiliser des ressources; et d'encourager la création de partenariats.

274. Une revue des lignes directrices nationales et internationales existantes sur les abus sexuels contre les enfants a été entreprise. Sur la base de cette revue, des lignes directrices régionales génériques ont été élaborées pour la prise en charge clinique des abus sexuels contre les enfants.

275. Un atelier de renforcement des capacités dans l'application de la Convention internationale des droits de l'enfant a été organisé à l'intention de 20 membres du personnel de l'OMS des niveaux régional, sous-régional et national travaillant pour le programme Santé de l'enfant et de l'adolescent. Cet atelier a mis l'accent sur les mécanismes disponibles pour le suivi et la protection des enfants en général, et leur protection contre les abus sexuels en particulier. Le Cameroun, la Gambie et le Lesotho ont participé à cette formation et ont ensuite intégré l'approche axée sur les droits dans la planification et la mise en œuvre de leurs programmes nationaux de santé de l'enfant et de l'adolescent, le Cameroun et la Gambie insistant particulièrement sur la PCIME, tandis que le Lesotho privilégiait la politique de santé sexuelle et génésique de l'adolescent.

276. En novembre 2007, le Bureau du Haut Commissaire pour les Réfugiés, l'UNICEF, Plan International, l'OMS et le Ministère de la Promotion des Droits de l'Homme du Burkina Faso ont convoqué une réunion à Ouagadougou pour évaluer la mise en œuvre des observations finales reçues de huit pays¹⁰³ sur la Convention. Une des principales recommandations adressées par cette réunion aux États Membres portait sur la mise en œuvre de la stratégie de survie de l'enfant qui prévoit des interventions pour s'attaquer aux abus sexuels contre les enfants.

277. Un partenariat a été établi avec AFRICA 2010 et l'*Academy for Educational Development* pour promouvoir la collaboration et le cofinancement d'activités de lutte contre les abus sexuels à l'égard des enfants, y compris les analyses documentaires, les réunions consultatives et l'élaboration de lignes directrices cliniques et de matériels de plaidoyer.

Résolution AFR/RC55/R2 : Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé : Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine

278. Cette résolution, entre autres, priait le Directeur régional d'apporter aux pays un appui technique pour leur permettre d'intensifier les interventions visant à réduire la mortalité infantile (OMD 4), la mortalité maternelle (OMD 5) et la morbidité et la mortalité dues au VIH/sida, à la tuberculose, au

¹⁰³ Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo.

paludisme et aux autres maladies prioritaires (OMD 6); et d'aider les pays à utiliser les cadres appropriés de suivi et d'évaluation afin de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des OMD liés à la santé.

279. L'initiative «Harmonisation pour la Santé en Afrique» (HHA) a fourni un appui à 11 pays¹⁰⁴. En collaboration avec les partenaires, un soutien technique a été fourni à plusieurs pays dans divers aspects de l'élaboration de stratégies de renforcement des systèmes de santé en vue de la réalisation des OMD liés à la santé.

280. Il ressort des évaluations récentes que bien que certains pays soient sur la bonne voie pour réaliser au moins certains objectifs du Millénaire pour le développement, la plupart des pays ne sont pas à même de réaliser les OMD. Aucun pays n'a pu accompli des progrès significatifs dans la réduction de la pauvreté, tandis que les taux de mortalité maternelle et infantile-juvénile sont encore très élevés, et les progrès encore insuffisants.

281. La prévalence de l'infection à VIH s'est stabilisée ou amorcé un recul dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Certains pays ont accompli d'énormes progrès dans la réduction de la charge due au paludisme et à la tuberculose, mais il est peu probable que la grande majorité des pays puissent en faire autant. Un seul pays est sur la bonne voie pour réaliser l'objectif de l'assainissement. Le manque de financements, l'instabilité potentielle dans certaines régions, les faiblesses des systèmes de santé et les migrations des personnels de santé constituent, sur le plan sanitaire, les principales menaces pour la réalisation des OMD liés à la santé.

282. Au titre du programme de partenariat UE-OMS, six pays¹⁰⁵ ont bénéficié d'un appui financier pour la réalisation des OMD. Le Bureau régional a organisé des ateliers sur la santé, la réduction de la pauvreté, les droits humains et le développement économique. Par l'intermédiaire du réseau HHA, un appui technique a été fourni aux pays dans les SWAp, les CDMT et les composantes santé des DSRP. Un appui a également été fourni aux pays pour les aider à intégrer les cibles et indicateurs des OMD dans leurs politiques et plans de développement, y compris les DSRP, les CDMT et les SWAp.

Résolution AFR/RC56/R1: Plan stratégique régional pour le Programme élargi de Vaccination 2006–2009

283. Par sa résolution AFR/RC56/R1, la cinquante-sixième session du Comité régional de l'Afrique a approuvé le Plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination 2006–2009. Cette résolution priait instamment les États Membres d'accroître les ressources budgétaires allouées pour l'achat des vaccins et les activités de vaccination; de veiller à ce que la vaccination demeure une priorité; et d'accélérer la réalisation et la pérennisation d'un niveau de surveillance permettant la certification de l'éradication de poliomyélite. Elle priait le Directeur régional de continuer à plaider en faveur de la réalisation de l'objectif de l'éradication de la poliomyélite; de surveiller l'accélération des activités de lutte contre la maladie; et de travailler en étroite collaboration avec les partenaires, conformément au cadre stratégique intitulé «La vaccination dans le monde : vision et stratégie».

284. Au 11 novembre 2007, au total 11 pays avaient déjà conduit un ou plusieurs cycles d'activités de vaccination supplémentaires contre la poliomyélite. Le Nigéria est demeuré le seul pays où se poursuivait la transmission du poliovirus sauvage. Des cas d'importation du poliovirus sauvage ont été enregistrés en Angola, en République démocratique du Congo, au Niger et au Tchad. Au total, 289 cas confirmés d'infection par le poliovirus sauvage avaient été signalés à la fin d'octobre 2007, contre 994 à la même

¹⁰⁴ Bénin, Burkina Faso, Burundi, Éthiopie, Madagascar, Mali, Mozambique, Nigéria, Sao Tomé et Príncipe, Tchad et Zambie.

¹⁰⁵ Angola, Burkina Faso, Kenya, Malawi, Niger et Tanzanie.

période en 2006. En outre, 43 pays ont atteint et pérennisé le niveau de surveillance requis pour la certification.

285. En 2006, les activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole ont permis d'immuniser contre cette maladie 81,4 millions d'enfants dans 20 pays, et 31,6 millions d'enfants de plus avaient été vaccinés dans 16 pays à la fin de 2007. Tous les pays ont intégré d'autres interventions en faveur de la survie de l'enfant dans les activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole.

286. En 2006, 15 pays¹⁰⁶ ont signalé des taux de couverture vaccinale par le DTC3 d'au moins 90 %, et 14 pays¹⁰⁷ ont signalé qu'au moins 80 % de leurs districts avaient atteint une couverture par le DTC3 de 80 % ou plus. Au mois de juillet 2007, au total 38 pays avaient institué la vaccination contre l'hépatite B et 20 pays avaient intégré la vaccination contre *Haemophilus influenzae* de type b dans leurs programmes de vaccination systématique. Trois pays seulement ont augmenté leurs allocations budgétaires en faveur de la vaccination.

287. Au total, 38 pays (83 %) ont achevé l'élaboration de leurs plans pluriannuels complets. Un appui a été fourni aux pays pour les aider à tirer parti des initiatives d'allègement de dette pour renforcer leurs programmes de vaccination. Les fonds mobilisés au titre de l'allègement de la dette représentent un excellent moyen d'améliorer et de maintenir une couverture vaccinale élevée dans les pays.

288. Les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs définis dans le plan stratégique pour le PEV sont satisfaisants. Toutefois, les efforts visant à pérenniser les acquis devraient se poursuivre en garantissant un financement suffisant et un appui adéquat des programmes en faveur des services de vaccination systématique.

Résolution AFR/RC56/R2 : Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine

289. La résolution AFR/RC56/R2 priait instamment les États Membres de mettre en place les politiques nécessaires pour mettre efficacement en œuvre la stratégie de la survie de l'enfant. En outre, elle priait le Directeur régional, entre autres, de stimuler les partenariats; de mener le plaidoyer en faveur de la mise à l'échelle des interventions prioritaires; et de fournir un appui technique aux pays pour leur permettre de mettre à l'échelle les interventions en faveur de la survie de l'enfant.

290. Un cadre pour la réalisation des OMD concernant la survie de l'enfant en Afrique a été élaboré en collaboration avec l'Union africaine (UA) et a été officiellement approuvé par les Ministres de l'UA en charge des enfants lors du deuxième Forum panafricain sur l'avenir des enfants, tenu du 29 octobre au 2 novembre 2007 au Caire (Égypte).

291. En collaboration avec l'UNICEF, l'OMS a continué d'apporter un appui aux États Membres pour leur permettre d'améliorer la survie de l'enfant. Dix-sept pays¹⁰⁸ ont bénéficié d'un appui pour l'élaboration de stratégies et plans stratégiques nationaux de survie de l'enfant en utilisant comme cadre la stratégie régionale. Des cours de formation des formateurs aux soins essentiels au nouveau-né ont été

¹⁰⁶ Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Lesotho, Madagascar, Mali, Niger, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles, Sierra Leone et Zambie.

¹⁰⁷ Botswana, Burkina Faso, Cap-Vert, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Niger, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles, Togo et Zambie.

¹⁰⁸ Angola, Bénin, Burkina Faso, Érythrée, Ghana, Libéria, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzania, Zambie et Zimbabwe.

organisés à l'intention de 12 pays¹⁰⁹, et des cours de formation ont été organisés au niveau national dans six pays¹¹⁰.

292. Des matériels de formation à la PCIME ont été adaptés pour y intégrer des bases factuelles à jour sur les concentrations de solutions de réhydratation par voie orale, l'apport en zinc, le VIH/sida pédiatrique et la santé néonatale. Des ateliers de renforcement des capacités, consacrés à l'adoption de matériels actualisés, ont été organisés à l'intention des responsables de programmes de 24 pays. En conséquence, 19 pays ont amélioré la couverture géographique par la PCIME dans plus de 50 % de leurs districts.

293. Un appui a été fourni à Madagascar et au Niger pour aider ces pays à mettre au point des matériels de formation à la prise en charge à base communautaire des cas de maladies de l'enfant. L'organisation de «semaines de la santé de l'enfant» a facilité la fourniture d'un paquet intégré d'interventions en faveur de la santé et de la nutrition de l'enfant dans neuf pays¹¹¹. Les partenariats efficaces noués pour la santé maternelle, néonatale et infantile ont été renforcés dans sept pays¹¹², et la mobilisation des ressources a été couronnée de succès dans six pays¹¹³.

Résolution AFR/RC56/R3 : Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération

294. Cette résolution priait le Directeur régional de fournir aux États Membres l'appui technique nécessaire dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de prévention de l'infection à VIH dans le secteur de la santé; de plaider en faveur de l'accroissement des ressources et d'aider à mobiliser un appui international à long terme, afin d'assurer l'accélération des efforts de prévention de l'infection à VIH; d'assurer le suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie; et d'en faire rapport au Comité régional tous les deux ans.

295. Des lignes directrices pour de nouvelles approches telles que le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative des prestataires et la circoncision masculine ont été préparées, puis diffusées dans tous les pays. Des comités de prévention de l'infection à VIH ont été créés dans neuf pays pour promouvoir l'accélération de la prévention de l'infection à VIH. Dix-sept pays ont bénéficié d'un appui pour leur permettre d'actualiser leurs lignes directrices pour la prise en charge complète des cas d'infections sexuellement transmissibles. Un appui a été fourni à 14 pays pour les aider à élaborer et à mettre en œuvre des lignes directrices nationales pour le conseil et le dépistage du VIH. Sept pays ont aussi reçu un appui destiné à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans d'accélération de l'intensification des interventions de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et des soins du VIH pédiatrique. Le Bureau régional a organisé conjointement plusieurs réunions avec l'UA ; avec des institutions régionales et sous-régionales telles que la SADC, la CEDEAO, la CEEAC ; ainsi qu'avec d'autres institutions des Nations Unies telles que l'ONUSIDA, l'UNFPA, l'UNICEF et l'OIT. Un rapport de situation a été présenté à la cinquante-sixième session du Comité régional de l'Afrique.

¹⁰⁹ Angola, Cap-Vert, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

¹¹⁰ Kenya, Malawi, Nigéria, Ouganda, Tanzanie et Zambie.

¹¹¹ Botswana, Kenya, Ghana, Madagascar, Malawi, Ouganda, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

¹¹² Éthiopie, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigéria, Tanzanie et Zambie.

¹¹³ Burkina Faso, Kenya, Éthiopie, Malawi, Mozambique et République démocratique du Congo.

Résolution AFR/RC56/R4 : Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement émergent

296. Cette résolution priait le Directeur régional de fournir un appui aux États Membres dans leurs efforts pour formuler des politiques cohérentes permettant d'aborder la relation entre commerce et santé ; d'apporter un appui aux États Membres pour les aider à renforcer leurs capacités à comprendre les implications du commerce et des accords commerciaux pour la santé; d'aborder les questions pertinentes grâce à des politiques et une législation qui tirent parti des possibilités qui pourraient être offertes; de s'attaquer aux défis potentiels que le commerce et les accords commerciaux peuvent présenter pour la santé; de continuer de collaborer avec les organisations internationales compétentes afin d'appuyer la cohérence des politiques entre le secteur du commerce et celui de la santé aux niveaux national et régional, y compris la production et le partage de données factuelles relatives à la relation existant entre commerce et santé; et de continuer de mettre en œuvre la résolution AFR/RC52/R2, notamment les paragraphes 3 a) et 3 c).

297. Vingt-et-un États Membres¹¹⁴ ont bénéficié d'un appui pour entreprendre des études préliminaires sur le commerce des services. Le Bureau régional a préparé les termes de référence pour un guide de la conduite d'études approfondies au niveau des pays sur le commerce des services de santé dans la Région.

298. Les activités visant à s'attaquer à la pauvreté et à mettre en œuvre les stratégies de réduction de la pauvreté sont demeurées un aspect clé des approches nationales du développement. Un appui technique a été fourni aux pays pour les aider à élaborer ou à améliorer la composante santé de leurs documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté. Des participants venus du Cameroun, du Kenya, du Mozambique, de l'Ouganda et du Rwanda ont pris part à un atelier de renforcement des capacités sur la santé, les droits humains et la réduction de la pauvreté. La plupart des pays de la Région ont participé au moins à un des trois ateliers de renforcement des capacités sur la santé, la réduction de la pauvreté et le développement économique, organisés par le Bureau régional. Un appui technique a également été fourni à six pays¹¹⁵ pour les SWAP dans le secteur de la santé, les CDMT et l'établissement du coût de la composante santé des DSRP.

Résolution AFR/RC56/R5: Financement de la santé dans la Région africaine

299. Cette résolution invitait instamment les États Membres à renforcer ou à élaborer des politiques et plans stratégiques complets de financement de la santé. Elle priait le Directeur régional de fournir aux pays un appui technique dans le domaine du financement de la santé et de faire rapport tous les deux ans sur les progrès réalisés.

300. Dans le cadre de la mise en œuvre de la résolution, l'Érythrée et le Nigéria ont bénéficié d'un appui pour l'élaboration de politiques complètes de financement de la santé. Un appui a été apporté au Lesotho et à la Zambie pour leur permettre d'entreprendre des analyses de faisabilité de régimes de sécurité sociale.

301. En collaboration avec le Siège et l'ONUSIDA, le Bureau régional a formé 36 ressortissants de 25 pays à la tenue et à l'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé (CNS), lors d'ateliers organisés à Bamako et à Brazzaville en juin 2006 et novembre 2006, respectivement. Après cette formation, certains de ces pays¹¹⁶ ont engagé le processus des CNS, et le Burkina Faso, le Niger et le

¹¹⁴ Afrique du Sud, Angola, Burundi, Comores, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

¹¹⁵ Cameroun, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Mozambique et Tchad.

¹¹⁶ Burkina Faso, République du Congo, Guinée, Niger, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal et Tchad.

Rwanda ont achevé les études sur les CNS. En outre, un appui technique a été fourni à 13 pays¹¹⁷ dans le domaine des CNS, et six de ces pays¹¹⁸ ont achevé et diffusé leurs études sur les CNS. La conduite d'études similaires a débuté dans sept autres pays.

302. En mai 2006, à Maputo, 15 participants du Burkina Faso, du Ghana, du Mozambique, du Nigéria et de la Tanzanie ont suivi une formation à l'analyse du coût et de la faisabilité des mécanismes de financement de la santé faisant appel aux paiements par anticipation. Ces participants ont amorcé des études au niveau des pays sur le financement durable de la lutte contre le VIH/sida. Au cours d'un autre atelier tenu en mai 2007, les économistes de la santé et les consultants des bureaux de pays de l'OMS ont suivi une formation à l'établissement des coûts, à l'analyse de la rentabilité, au financement de la santé et aux DSRP.

303. Pour faciliter le partage des résultats de la recherche sur le financement de la santé, un appui a été fourni pour la création du réseau des économistes de la santé de l'Afrique de l'Ouest et pour l'organisation de la réunion inaugurale de ce réseau à l'Université du Nigéria en août 2007. Une série de sept articles sur l'économie de la santé ont été publiés, pour une large diffusion.

Résolution AFR/RC56/R7 : Grippe aviaire : Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie

304. La résolution AFR/RC56/R7, adoptée par le Comité régional, priait le Directeur régional de renforcer les capacités du Bureau régional en vue d'apporter effectivement et à temps aux États Membres l'appui technique nécessaire ; de renforcer les partenariats pour fournir aux pays l'appui technique et financier requis; et d'appuyer le renforcement des capacités des laboratoires de référence sous-régionaux et régionaux.

305. À la fin de 2007, huit pays de la Région africaine de l'OMS avaient signalé des flambées de grippe aviaire¹¹⁹. Le Nigéria a signalé le premier cas humain confirmé de grippe aviaire (H5N1) dans la Région en janvier 2007. Presque tous les pays ont élaboré des plans nationaux de préparation et de riposte contre la grippe, et constitué des équipes multisectorielles au niveau national.

306. Des ateliers de formation des formateurs à l'endigement rapide de la grippe aviaire ont été organisés pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale en novembre et décembre 2007, respectivement. Un appui technique et financier a été fourni aux pays pour leur permettre d'intensifier la formation dans le domaine de la grippe aviaire. Les efforts visant à renforcer le réseau de laboratoires pour la confirmation de la grippe aviaire se sont poursuivis, et des trousseaux d'investigation de la grippe aviaire et le Tamiflu[®] ont été fournis aux États Membres.

Résolution AFR/RC56/R8 : Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques

307. Cette résolution reconnaissait l'importance de la gestion des connaissances pour l'amélioration des performances des systèmes de santé et les possibilités liées à l'utilisation efficiente des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans tous les domaines du développement sanitaire. Elle priait le Directeur régional de poursuivre le plaidoyer en faveur de la prise en compte de la gestion

¹¹⁷ Angola, Botswana, Burkina Faso, République du Congo, Gambie, Guinée, Malawi, Namibie, Niger, Sao Tomé et Príncipe, Sierra Leone, Tchad et Zimbabwe.

¹¹⁸ Botswana, Burkina Faso, Gambie, Malawi, Niger et Sierra Leone.

¹¹⁹ Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Niger, Nigéria et Togo.

des connaissances en tant qu'approche clé pour le renforcement des systèmes de santé; d'apporter un appui technique aux États Membres pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et plans nationaux; et de renforcer les partenariats au niveau régional, en particulier avec l'Union africaine, le NEPAD et les Communautés économiques régionales.

308. Pour promouvoir la compréhension de la situation de la gestion des connaissances dans la Région, deux enquêtes ont été conduites : l'enquête mondiale sur la cybersanté (2006) et l'enquête sur les systèmes de connaissances pour la santé (2007). Les résultats de ces enquêtes sont utilisés dans l'élaboration des lignes directrices pour le renforcement de la gestion des connaissances dans les États Membres. En collaboration avec la Communauté de l'Afrique de l'Est, un appui a été fourni au Burundi, au Kenya, à l'Ouganda, au Rwanda et à la Tanzanie pour l'élaboration de leurs stratégies de cybersanté. La Gambie et le Ghana ont été sélectionnés pour l'exécution de la phase pilote du projet OMS relatif à l'Académie de la Santé, avec le concours de l'OFID. Le projet utilise les technologies de l'information pour assurer la promotion de la santé et s'inscrit dans le cadre du projet des cyberécoles de la Commission de l'Union africaine-NEPAD.

309. L'accès aux connaissances scientifiques actuelles sur la santé a continué à s'améliorer, à la faveur de la promotion de l'Interréseau-Santé Initiative d'Accès aux Recherches. À la fin de 2007, le nombre d'institutions ayant accès à ce réseau était passé à 867 dans 41 États Membres. Pour améliorer le partage des connaissances produites dans la Région africaine, l'Index Medicus africain, qui contient plus de 800 titres, a été publié sur le site Web, dans le cadre de la Bibliothèque mondiale de la Santé.

310. Les partenariats régionaux pour la gestion des connaissances ont été renforcés grâce aux initiatives du Groupe spécial de la Région africaine sur la télémédecine, qui est composé de représentants de l'OMS, de la Commission de l'Union africaine, des Communautés économiques régionales et d'autres partenaires. Le Groupe spécial a produit son rapport qui a été présenté à la Commission de l'Union européenne en juillet 2007. Par la suite, la Commission a décidé de financer deux projets pilotes pour guider la constitution par étapes d'un réseau de cybersanté dans la Région.

311. La collaboration et le partenariat solides instaurés avec la Commission de l'Union africaine et les Communautés économiques régionales offrent une précieuse possibilité d'améliorer la gestion des connaissances dans la Région.

Résolution AFR/RC57/R3: Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine: Situation actuelle et perspectives

312. La résolution AFR/RC57/R3 a renforcé la Déclaration de Yaoundé, adoptée en septembre 2006 par les Ministres de la Santé des pays africains dans lesquels l'onchocercose est endémique. Elle demandait instamment aux États Membres touchés d'inclure les activités de lutte contre l'onchocercose dans les programmes gouvernementaux de développement, de veiller à la viabilité du financement et d'intensifier la collaboration transfrontalière pour préserver les acquis. Elle demandait également instamment aux pays de soumettre à temps des rapports de situation complets au Bureau régional de l'OMS. Cette résolution priait en outre le Directeur régional de faire rapport au Comité régional en 2008 et, par la suite, tous les deux ans, sur les progrès accomplis dans la lutte contre l'onchocercose.

313. Le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) et les partenaires ont utilisé la résolution comme un outil pour s'assurer l'engagement accru des responsables politiques au niveau national. Les contributions financières des gouvernements aux activités de lutte contre l'onchocercose dans 13 pays de l'APOC ont augmenté de 38 %. À la fin de 2007, un montant de plus de US \$1 million avait été décaissé par les pays pour appuyer les principales activités de lutte contre l'onchocercose, y

compris la distribution de l'ivermectine. Ce montant n'inclut pas les salaires des agents de santé. Toutefois, dans les pays sortant de conflit, la contribution des gouvernements a été peu satisfaisante.

314. La Banque africaine de Développement a été invitée à accroître son appui à l'APOC. En outre, le Forum pour l'action conjointe a tenu une réunion en décembre 2007 à Bruxelles et a reconnu le ferme engagement de l'OMS en faveur de la lutte contre l'onchocercose. Par la suite, la durée de l'APOC a été étendue jusqu'en 2015 et le plan d'action et le budget de l'APOC pour la période de 2008 à 2015 ont été approuvés.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Conclusion

315. L'exercice biennal 2006–2007 a été le premier du Onzième Programme général de travail de l'OMS. Conformément aux priorités mondiales en matière de santé et compte tenu des spécificités régionales, la Région africaine de l'OMS a fourni un appui aux États Membres dans les domaines d'activités qui ont été clairement identifiés dans leurs stratégies de coopération respectives. De portée assez large, cet appui a notamment couvert la lutte contre les maladies transmissibles, avec un accent particulier sur le VIH/sida, la tuberculose, la paludisme, la poliomyélite et les maladies évitables par la vaccination; la santé maternelle et infantile; le renforcement des systèmes de santé; la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours; et la lutte contre les maladies non transmissibles.

316. S'agissant de la réalisation des résultats escomptés au titre des différents domaines d'activités, la performance globale a été satisfaisante. Sur tous les résultats escomptés, 91 % ont été intégralement ou partiellement réalisés. Des progrès significatifs ont été accomplis dans la réalisation des résultats, par rapport à l'exercice biennal précédent pour lequel le taux de réalisation intégrale ou partielle était de 67 %.

317. Sur le budget ordinaire approuvé de US \$203,6 millions, un montant total de US \$193,8 millions avait été dépensé au mois de décembre 2007, soit un taux d'exécution du budget de 95,2 %. Le taux d'exécution des contributions volontaires pour la même période était de 78,6 %. Un montant total de US \$59,2 millions a été reporté sur le budget de l'exercice biennal 2008–2009.

318. Les principaux facteurs ayant facilité la réalisation des résultats escomptés étaient liés aussi bien à l'environnement prévalant dans les pays qu'à des facteurs internes à l'Organisation. Plus important encore, l'engagement politique des gouvernements des États Membres a facilité le dialogue et les partenariats, en plus de motiver les agents de santé et les partenaires de développement, contribuant ainsi à améliorer la mise en œuvre des programmes. Plusieurs États Membres ont également mené une vigoureuse campagne de plaidoyer, encouragé l'appropriation et assuré le leadership et la coordination de leurs interventions. Grâce au renforcement de la collaboration entre les trois niveaux de l'OMS, c'est-à-dire le Siège, le Bureau régional et les bureaux de pays, des orientations stratégiques adéquates ont été fournies, et la planification conjointe et la constitution de réseaux ont permis d'améliorer la mise en œuvre des programmes.

319. Toutefois, dans certains cas, la mise en œuvre du budget programme a été entravée par des circonstances imprévisibles. Les retards dans les décaissements et, parfois, la non-disponibilité des fonds attendus au titre des contributions volontaires ont été une source de préoccupation majeure. Cette situation a souvent amené le Bureau régional à fonctionner sur une base d'urgence, ce qui a entravé la réalisation des résultats désirés. Certains pays ont éprouvé des difficultés à absorber les fonds disponibles, souvent en raison d'importants déficits de ressources humaines, ce qui a limité l'intensification des interventions.

Perspectives

320. En mai 2007, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le budget programme de l'exercice biennal 2008–2009, qui est le premier du Plan stratégique à moyen terme 2008-2013. La nouvelle structure du budget programme introduit un changement marqué par le passage des domaines d'activités aux objectifs stratégiques. Ce changement devrait servir de cadre pour la réalisation des objectifs et des résultats sur une plus longue période. Il souligne également la nécessité de synergies entre programmes et entre départements du Secrétariat de l'OMS dans leurs efforts pour aider les États Membres à combler les déficits sur le plan de la santé et à intensifier les interventions en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

321. Au cours de l'exercice biennal 2008–2009, le Système global de gestion (GSM) de l'OMS deviendra opérationnel dans la Région africaine. Ce système entraînera des changements significatifs dans le fonctionnement de l'OMS. Il contribuera à rationaliser et à automatiser la plupart des procédures de gestion standard; à renforcer les processus de décentralisation et de délégation de pouvoirs et responsabilités; à faciliter la planification et la mise en œuvre conjointes des programmes; et à accroître la transparence et la responsabilité dans les actions entreprises à tous les niveaux.

322. Dans la Région africaine, l'OMS continuera à mobiliser les ressources nécessaires pour fournir un appui aux États Membres afin de les aider à s'attaquer aux priorités en matière de santé, dont l'éradication de la poliomyélite; la prévention et la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; la morbidité et la mortalité maternelles; la survie de l'enfant; l'intégration du genre; et la charge croissante due aux maladies non transmissibles. Un accent particulier sera placé sur la fourniture d'un appui aux pays pour leur permettre de renforcer leurs systèmes de santé qui constituent les piliers de la pérennisation et de l'intensification des principales interventions en faveur de la santé. L'attention voulue sera également accordée au renforcement de la surveillance de la maladie et des systèmes d'information sanitaire dans les pays. Si possible, un appui sera apporté aux centres d'excellence dans le domaine de la lutte contre la maladie.

323. À cette fin, l'OMS poursuivra ses efforts visant à renforcer les bureaux de pays par l'amélioration du profil de leurs effectifs. En outre, le Bureau régional continuera à décentraliser les fonctions relatives à la mise en œuvre des programmes vers les équipes d'appui interpays qui ont déjà été mises en place, rapprochant ainsi davantage l'appui technique des pays. Ce faisant, le Bureau régional pourra concentrer ses efforts sur les fonctions normatives et stratégiques.

324. Dans le cadre de la réforme des Nations Unies, la Région africaine s'appuiera sur les leçons apprises de l'expérience des huit équipes pays pilotes des Nations Unies, dont quatre se trouvent dans la Région africaine. Cette expérience devrait aider à améliorer l'harmonisation entre institutions des Nations Unies et l'alignement de leurs activités sur les priorités des pays. Les progrès déjà réalisés dans la mise en place de l'initiative «Harmonisation pour la Santé en Afrique» par le Bureau régional de l'OMS, l'UNICEF, la Banque africaine de Développement et la Banque mondiale, ainsi que du Partenariat international pour la Santé seront consolidés afin d'améliorer la coordination de la fourniture de l'appui financier et technique aux pays pour les aider à élaborer leurs plans stratégiques, à négocier avec les donateurs et à mettre en œuvre les interventions financées.

325. Le Bureau régional de l'OMS renforcera sa collaboration avec la Commission de l'Union africaine, les Communautés économiques régionales, les organisations non gouvernementales et la société civile en leur apportant l'expertise technique usuelle et un avantage comparatif dans le domaine de la santé, tout en bénéficiant de leur appui politique, de leurs capacités de mobilisation des ressources et de leurs avantages comparatifs respectifs dans les interventions à base communautaire.

ANNEXE: MISE EN ŒUVRE DU BUDGET, RÉGION AFRICAINE, 2006–2007

Tableau 1: Mise en œuvre du budget ordinaire, par domaine d'activité, décembre 2007

Domaines d'activités*	Budget approuvé (en milliers d'US \$)	Engagements (en milliers d'US \$)	Taux de mise en œuvre
BCT	2 647	1 958	74,0
BMR	1 459	1 338	91,7
CAH	8 168	5 407	66,2
CPC	3 130	3 863	123,4
CRD	553	71	12,8
CSR	14 617	10 966	75,0
DGO	1 536	1 387	90,3
EDM	3 556	3 961	111,4
EHA	2 236	2 996	134,0
FNS	3 372	3 740	110,9
FOS	1 595	839	52,6
GBS	1 287	1 184	92,0
HFS	755	1 786	236,6
HIV	4 662	4 784	102,6
HPR	5 169	6 455	124,9
HRH	11 258	9 905	88,0
HRS	2 287	2 103	92,0
HSD	3 414	1 931	56,6
HSP	7 358	10 176	138,3
IER	864	1 213	140,4
IIS	10 029	9 548	95,2
INJ	751	604	80,4
IVD	902	2 509	278,2
KMI	5 753	5 318	92,4
MAL	2 020	3 179	157,4
MNH	2 530	1 390	54,9
MPS	9 778	6 151	62,9
NCD	7 641	4 763	62,3
NUT	2 589	797	30,8
PHE	6 210	4 429	71,3
REC	2 257	1 549	68,6
REF	-	-	0,0
RHR	2 925	3 040	103,9
SCC	63 515	70 730	111,4
TOB	3 113	1 494	48,0
TUB	2 371	1 610	67,9
WMH	1 320	652	49,4
TOTAL	203 627	193 826	95,2

* Voir page 80 pour les domaines d'activités.

Tableau 2: Mise en œuvre des contributions volontaires, par domaine d'activité, décembre 2007

Domaines d'activités*	Budget approuvé (en milliers d'US \$)	Engagements (en milliers d'US \$)	Taux de mise en œuvre
BCT	1 471	1 812	123,2
BMR	493	9	1,8
CAH	19 332	8 408	43,5
CPC	56 049	10 340	18,4
CRD	2 032	612	30,1
CSR	30 115	15 429	51,2
DGO	-	199	0,0
EDM	7 944	6 964	87,7
EHA	32 752	58 903	179,8
FNS	-	52	0,0
FOS	2 405	204	8,5
GBS	-	-	0,0
HFS	4 419	990	22,4
HIV	130 935	52 633	40,2
HPR	1 429	944	66,1
HRH	16 975	2 811	16,6
HRS	-	1 536	0,0
HSD	2 817	2 125	75,4
HSP	23 150	9 170	39,6
IER	13 040	1 902	14,6
IIS	-	264	0,0
INJ	1 246	1 100	88,3
IVD	233 510	308 645	132,2
KMI	6 542	159	2,4
MAL	56 712	38 594	68,1
MNH	2 150	429	20,0
MPS	5 038	6 567	130,3
NCD	591	918	155,3
NUT	1 911	572	29,9
PHE	2 790	429	15,4
REC	22	189	859,1
REF	4 770	598	12,5
RHR	4 950	2 235	45,2
SCC	12 093	5 369	44,4
TOB	1 887	1 066	56,5
TUB	27 629	14 923	54,0
WMH	1 680	298	17,7
TOTAL	708 879	557 398	78,6

* Voir page 80 pour les domaines d'activités.

Tableau 3: Mise en oeuvre du budget consolidé, par domaine d'activité, décembre 2007

Domaines d'activités*	Budget approuvé (en milliers d'US \$)	Engagements (milliers d'US \$)	Taux de mise en oeuvre
BCT	4 118	3 771	91,6
BMR	2 768	2 050	74,1
CAH	27 500	13 815	50,2
CPC	59 179	14 203	24,0
CRD	2 585	683	26,4
CSR	45 000	26 395	58,7
DGO	2 128	2 505	117,7
EDM	11 500	10 925	95,0
EHA	34 988	61 899	176,9
FNS	10 058	11 581	115,1
FOS	4 000	1 043	26,1
GBS	3 142	2 049	65,2
HFS	5 174	2 776	53,7
HIV	135 597	57 417	42,3
HPR	6 598	7 399	112,1
HRH	28 233	12 716	45,0
HRS	6 400	7 544	117,9
HSD	6 549	4 056	61,9
HSP	30 826	19 346	62,8
IER	13 904	3 115	22,4
IIS	24 000	22 456	93,6
INJ	1 997	1 704	85,3
IVD	234 680	311 266	132,6
KMI	15 000	10 518	70,1
MAL	59 000	41 773	70,8
MNH	4 680	1 818	38,8
MPS	14 816	12 717	85,8
NCD	8 500	5 681	66,8
NUT	4 500	1 370	30,4
PHE	9 000	4 858	54,0
REC	5 490	3 540	64,5
REF	4 770	598	12,5
RHR	8 193	5 589	68,2
SCC	76 580	76 503	99,9
TOB	5 000	2 560	51,2
TUB	30 000	16 533	55,1
WMH	3 000	950	31,7
TOTAL	949 453	785 722	82,8

* Voir page 80 pour les domaines de travail.

Domaines d'activités

BCT	Sécurité transfusionnelle et technologie clinique
BMR	Planification, coordination et contrôle des ressources
CAH	Santé de l'enfant et de l'adolescent
CPC	Maladies transmissibles: prévention et lutte
CRD	Maladies transmissibles: recherche
CSR	Alerte et action en cas d'épidémie
DGO	Directeur général, Directeur régional et fonctions indépendantes
EDM	Médicaments essentiels
EHA	Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours
FNS	Budget et gestion financière
FOS	Sécurité sanitaire des aliments
GBS	Organes directeurs
HFS	Financement de la santé et protection sociale
HIV	Virus de l'immunodéficience et syndrome d'immunodéficience acquise
HPR	Promotion de la santé
HRH	Ressources humaines pour la santé
HRS	Gestion des ressources humaines à l'OMS
HSD	Prise de décisions pour la santé au service du développement
HSP	Politiques des systèmes de santé et prestation de services
IER	Information sanitaire, bases factuelles et recherche
IIS	Infrastructure et logistique
INJ	Violence, traumatismes et incapacités
IVD	Vaccination et mise au point de vaccins
KMI	Gestion des connaissances et technologies de l'information
MAL	Paludisme
MNH	Santé mentale et abus de substances psychoactives
MPS	Pour une grossesse à moindre risque
NCD	Prise en charge et surveillance des maladies non transmissibles
NUT	Nutrition
PHE	Santé et environnement
REC	Relations extérieures
REF	Fonds immobilier
RHR	Santé génésique
SCC	Présence essentielle de l'OMS dans les pays
TOB	Tabac
TUB	Tuberculose
WMH	Genre et santé de la femme

