

AFR/RC57/2

Activités de l’OMS dans la Région africaine

2006

Rapport annuel du Directeur régional



AFR/RC57/2
ORIGINAL : ANGLAIS

Activités de l'OMS dans la Région africaine

2006

Rapport annuel du Directeur régional

À la cinquante-septième session du Comité
régional de l'Afrique,
Brazzaville (République du Congo),
27 -31 août 2007

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Bureau régional de l'Afrique
Brazzaville • 2007

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS
Activités de l'OMS dans la Région africaine 2006

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

ISBN 92 9 031 112 6 (Classification NLM : WA 541)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2007)

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

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

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

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

Imprimé en République du Congo

*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
l'année 2006.*

*D^r Luis Gomes Sambo
Directeur régional*

SOMMAIRE

	Page
ABRÉVIATIONS	viii
RESUMÉ D'ORIENTATION	ix
	Paragraphes
1. INTRODUCTION	1-5
2. MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2006-2007	
RÉALISATIONS NOTABLES	
GESTION D'ENSEMBLE DES ACTIONS MENÉES PAR LE SECRETARIAT	6-7
Directeur général, Directeur régional et fonctions indépendantes (DGO)	8-12
Présence essentielle de l'OMS dans les pays (SCC)	13-17
Relations extérieures (REC)	18-25
Organes directeurs (GBS)	26-28
Planification, coordination et contrôle des ressources (BMR)	29-31
Information sanitaire, bases factuelles et recherche (IER)	32-39
Gestion des connaissances et technologie de l'information (KMI)	35-39
DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES ET SERVICES DE SANTÉ	40
Politiques des systèmes de santé et prestation de services (HSP)	41-43
Financement de la santé et protection sociale (HFS)	44-45
Médicaments essentiels (EDM)	46-48
Sécurité transfusionnelle et technologie clinique (BCT)	49-51
Ressources humaines pour la santé (HRH)	52-54
PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES	55
Virus de l'immunodéficience humaine et syndrome d'immunodéficience acquise (VIH)	56-63
Tuberculose (TUB)	64-66
Paludisme (MAL)	67-69
Maladies transmissibles : prévention et lutte (CPC)	70-81
Maladies transmissibles : recherche (CRD)	82-84
Alerte et action en cas d'épidémie (CSR)	85-89
Vaccination et mise au point de vaccins (IVD)	90-94

PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES	95
Prise en charge et surveillance des maladies non transmissibles (NCD)	96–100
Santé mentale et abus de substances psychoactives (MNH)	101–104
Tabac (TOB)	105–106
Promotion de la santé (HPR)	107–110
Violence, traumatismes et incapacités (INJ)	111–114
SANTÉ FAMILIALE ET GÉNÉSIQUE	115
Santé de l'enfant et de l'adolescent (CAH)	116–121
Santé génésique (RHR)	122–125
Pour une grossesse à moindre risque (MPS)	126–128
Genre et santé de la femme (WMH)	129–131
Nutrition (NUT)	132–135
MILIEUX FAVORABLES À LA SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DURABLE	136
Prise de décisions pour la santé au service du développement (HSD)	137–140
Santé et environnement (PHE)	141–143
Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (EHA)	144–146
Sécurité sanitaire des aliments (FOS)	147–151
ADMINISTRATION ET FINANCES	152
Infrastructure et logistique (IIS)	153–155
Gestion des ressources humaines à l'OMS (HRS)	156
Budget et gestion financière (FNS)	157–160
FACTEURS AYANT FAVORISÉ OU LIMITÉ LA MISE EN OEUVRE DU BUDGET PROGRAMME	
Facteurs favorables	161–168
Facteurs limitatifs	169–171
3. PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DES RÉOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL	
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	172–178
Accélération des efforts de prévention du VIH dans la Région africaine	179–181
Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : Une stratégie pour la Région africaine	182–186
Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique	187–191

Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation
actuelle et plan d'action 192–195

Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine :
Situation actuelle et perspectives 196–200

4. PERSPECTIVES POUR 2007

Gestion d'ensemble des actions menées par le Secrétariat 201–204
Développement des systèmes et services de santé 205–206
Prévention et lutte contre les maladies transmissibles 207–212
Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles 213–215
Santé familiale et génésique 216
Milieux favorables à la santé et développement durable 217–219
Administration et finances 220–224

ANNEXES

	Pages
1. Mise en œuvre du budget, 2006, toutes sources et tous niveaux	52
2. Mise en œuvre du budget, 2006, par source de fonds	53
3. Mise en œuvre du budget, 2006, par niveau	55

ABRÉVIATIONS

ACDI	Agence canadienne de Développement international
ACT	Association thérapeutique à base d'artémisinine
AFRO	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
AGFUND	Programme du Golfe arabe pour les Organisations de Développement des Nations Unies
APOC	Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose
AVCI	Année de vie corrigée de l'incapacité
BAD	Banque africaine de Développement
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, États-Unis d'Amérique)
CDSS	Commission des Déterminants sociaux de la Santé
DCT	Diptérie, coqueluche, tétanos
DFID	Department for International Development (Royaume-Uni)
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe
EAIP	Equipe d'appui inter pays
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FMSTP	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FODI	Fonds de l'OPEP pour le Développement international
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GSM	Système global de gestion
GTZ	<i>Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit</i>
IBAR (UA)	Bureau interafricain des Ressources animales
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MSF	Mutilation sexuelle féminine
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
NICD	National Institute for Communicable Diseases (Afrique du Sud)
OCHA	Bureau de la Coordination des Affaires humanitaires (Nations Unies)
OIT	Organisation internationale du Travail
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPEP	Organisation des Pays exportateurs de Pétrole
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PIDER	Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
RMS	Réseau de Métrologie sanitaire
SADC	Communauté de Développement de l'Afrique australe
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et riposte
TAR	Thérapie antirétrovirale
TB	Tuberculose
TDR	Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
TIDC	Traitement par l'ivermectine sous directives communautaires
TPI	Traitement préventif intermittent
UA	Union africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
VIIH	Virus de l'immunodéficience humaine

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Le présent rapport intitulé « *Activités de l'OMS dans la Région africaine 2006* » rend compte des progrès réalisés dans la mise en œuvre du budget programme 2006–2007 dans la Région africaine au cours de la première année de cette période biennale. D'une manière générale, le budget 2006–2007 témoignait de l'attachement du Directeur général à la politique de décentralisation pour renforcer les moyens d'action de l'OMS dans les pays. Cette politique nécessitait une délégation de pouvoirs au niveau des pays et l'affectation de ressources humaines et financières appropriées à ce niveau qui en a le plus besoin.

2. En application de cette politique, le Directeur régional a défini, dans un document intitulé « *Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine, 2005–2009* », les cinq domaines d'intervention prioritaires suivants : i) le renforcement des bureaux de pays de l'OMS dans les pays; ii) l'amélioration et l'extension des partenariats pour la santé; iii) l'appui à la planification et à la gestion des systèmes de santé de district; iv) la promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles liées aux problèmes de santé prioritaires; et v) l'intensification des activités de sensibilisation et l'amélioration de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

3. Les domaines d'activités constituaient les éléments organisationnels de base du budget programme 2006–2007. Le rapport présente les progrès réalisés en 2006 au titre des divers domaines d'activités. Il présente également les principaux résultats obtenus au titre des priorités de la Région.

4. La décentralisation des fonctions de l'OMS pour les rapprocher des pays et la mise en place des équipes d'appui interpays sont pratiquement achevées. Un appui technique accru a été fourni à tous les 46 pays de la Région, sur la base des *Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine*, ce qui a permis d'en relever le niveau d'environ 13 %, par rapport à l'année précédente. Le Bureau régional est de nouveau pleinement établi à Brazzaville. Au cours de l'année, une grande attention a été accordée à la question de la prudence dans la gestion financière.

5. Face aux problèmes de santé majeurs des populations de la Région africaine, le principal objectif visé en 2006 était d'intensifier les interventions et les programmes en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). À cette fin, il était nécessaire de renforcer les partenariats et de mieux comprendre les principaux facteurs influant sur la santé publique et les tendances de la morbidité. Un certain nombre de réunions ont été consacrées aux partenariats. Ces réunions ont abouti, entre autres, à la signature d'accords aux termes desquels des institutions, des chefs d'Etat et d'autres acteurs se sont engagés à réaliser des objectifs sanitaires précis et à entreprendre des interventions spécifiques. En outre, le Partenariat pour la facilitation du développement sanitaire a été créé, en collaboration avec divers partenaires de développement, en vue d'accélérer la réalisation des OMD. Toutefois, les progrès enregistrés dans la réduction de la morbidité et de la mortalité infanto-juvéniles et maternelles demeurent lents. La prévalence de la malnutrition est élevée, tandis que des cas de retard de croissance sont de plus en plus signalés dans plusieurs pays. Des progrès significatifs ont cependant été réalisés sur le plan de la vaccination, la couverture par le DCT₃ étant de plus de 50 % dans 44 des 46 pays de la Région.

6. Le VIH et le SIDA sont encore des défis majeurs de santé publique dans la Région africaine où, selon les estimations, 2,8 millions d'adultes et d'enfants ont été infectés par le VIH en 2006, soit plus que dans le reste du monde, toutes autres régions confondues. Le VIH et le SIDA demeurent les principales causes de décès chez les personnes âgées de 15 à 49 ans. La disponibilité de la thérapie antirétrovirale (TAR) s'est considérablement améliorée. Environ 23 % des personnes ayant besoin de la TAR y avaient effectivement accès, contre 17 % à la fin de 2005.

7. La Région africaine continue d'enregistrer les taux de tuberculose par habitant les plus élevés. Les taux d'abandon et de transfert sont supérieurs à 15 % dans plusieurs pays. Au cours de l'année, l'existence de souches résistantes aux antituberculeux de deuxième intention a été signalée pour la première fois dans la Région. Le paludisme contribue toujours à l'augmentation de la mortalité infantile et maternelle. En dépit de la disponibilité d'interventions présentant un bon rapport coût/efficacité et de l'accroissement du financement, la couverture des populations à risque demeure d'un faible niveau inacceptable. Si la lutte contre la grippe aviaire bénéficie d'un financement et d'un appui technique, peu de progrès ont par contre été réalisés dans la prévention et le contrôle des maladies tropicales négligées.

8. L'accès aux interventions de prévention, de traitement, de soins et d'appui s'est certes amélioré pour toutes les affections, mais son niveau reste encore en deçà de la demande. Au nombre des principaux facteurs contribuant à limiter l'accès aux services de santé, l'on pourrait citer l'insuffisance des ressources humaines et les faiblesses des systèmes de santé. Les dépenses de santé par habitant ont augmenté, mais les politiques macroéconomiques mises en place n'ont pas eu le plein impact espéré sur la prestation de services de santé. Des améliorations sont encore nécessaires pour atteindre les cibles fixées pour les dépenses publiques, la maîtrise de l'inflation, la taxation du tabac et les options en matière de financement de la santé.

9. En 2007, des efforts concertés seront déployés pour intensifier les activités, notamment par la promotion de synergies dans les interventions des trois niveaux de l'Organisation et le renforcement de la collaboration avec l'Union africaine, la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique et les Communautés économiques régionales. Les relations de travail avec les organisations du Système des Nations Unies, la Banque mondiale, le Fonds monétaire international, les donateurs bilatéraux, les secteurs public et non gouvernemental, seront maintenues.

1. INTRODUCTION

1. Le budget programme de l'OMS pour 2006–2007 est le tout premier du onzième programme général de travail qui couvre la période 2006–2015. Il est conforme à la vision du Directeur général qui est axée sur l'amélioration des résultats dans les pays et l'adhésion à la politique de décentralisation qui vise à pour renforcer les moyens d'action de l'OMS au niveau des pays. Cette politique a été à la base de l'une des principales innovations de la période biennale, les équipes d'appui interpays, dont l'objectif est de rapprocher l'appui de l'OMS des pays bénéficiaires.

2. La mise en œuvre du budget programme 2006-2007 a permis d'élaborer des plans d'action opérationnels qui sont conformes aux *Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine, 2005–2009*. Ces orientations stratégiques mettent l'accent sur cinq priorités: i) le renforcement des bureaux de pays de l'OMS; ii) l'amélioration et l'extension des partenariats pour la santé; iii) l'appui à la planification et à la gestions des systèmes de santé de district; iv) la promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles liées aux problèmes de santé prioritaires; et v) l'intensification des activités de sensibilisation et l'amélioration de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

3. En dépit de l'augmentation du budget ordinaire pour 2006-2007 en valeur nominale, par rapport à celui de la précédente période biennale, les fonds approuvés n'ont pas été suffisants pour couvrir les besoins des programmes de santé, en raison de la charge de morbidité élevée et des faiblesses des systèmes de santé dans la Région. Toutefois, avec les fonds alloués, le Secrétariat a mis efficacement en œuvre les activités planifiées et tenté d'améliorer le suivi et l'obligation de rendre compte.

4. Le présent rapport décrit les progrès réalisés dans la mise en œuvre du budget programme 2006-2007 au cours de la première année de la période biennale. Il est basé sur les conclusions de l'examen à mi-parcours qui est une obligation pour l'ensemble de l'Organisation et qui vise à mesurer et à évaluer les résultats, à promouvoir la culture de la performance et de l'obligation de rendre compte, et à fournir une base pour l'amélioration continue de l'efficacité et de l'efficience de l'Organisation. Le rapport a été établi en compilant et en consolidant les contributions des bureaux de pays de l'OMS et des divisions du Bureau régional.

5. Le rapport s'articule autour des 36 domaines d'activités désignés dans le budget programme. Le document comprend quatre parties et trois annexes. La première partie est l'introduction. La deuxième présente les principales réalisations de chaque domaine d'activité, de même que les facteurs ayant influé sur la mise en œuvre du budget programme. La troisième traite des progrès réalisés dans la mise en œuvre de résolutions pertinentes du Comité régional. La quatrième est consacrée aux perspectives pour la deuxième année de la période biennale. Les annexes consistent en des tableaux présentant la mise en œuvre du budget pendant la période couverte par le rapport.

2. MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2006-2007

2.1 RÉALISATIONS NOTABLES

GESTION D'ENSEMBLE DES ACTIONS MENÉES PAR LE SECRÉTARIAT

6. La gestion d'ensemble du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine est placée sous la direction du Directeur régional, tandis que 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 les sept divisions qui ont pour tâche i) de diriger le Secrétariat de l'OMS pour aider les États Membres à faire face aux problèmes sanitaires; ii) d'appliquer la politique en faveur des pays; iii) d'établir des partenariats et de mobiliser des ressources financières additionnelles; iv) de veiller à ce que les pays mettent en œuvre les résolutions des organes directeurs de l'OMS; v) d'améliorer la qualité de la planification et du suivi au Bureau régional et dans les bureaux de pays;

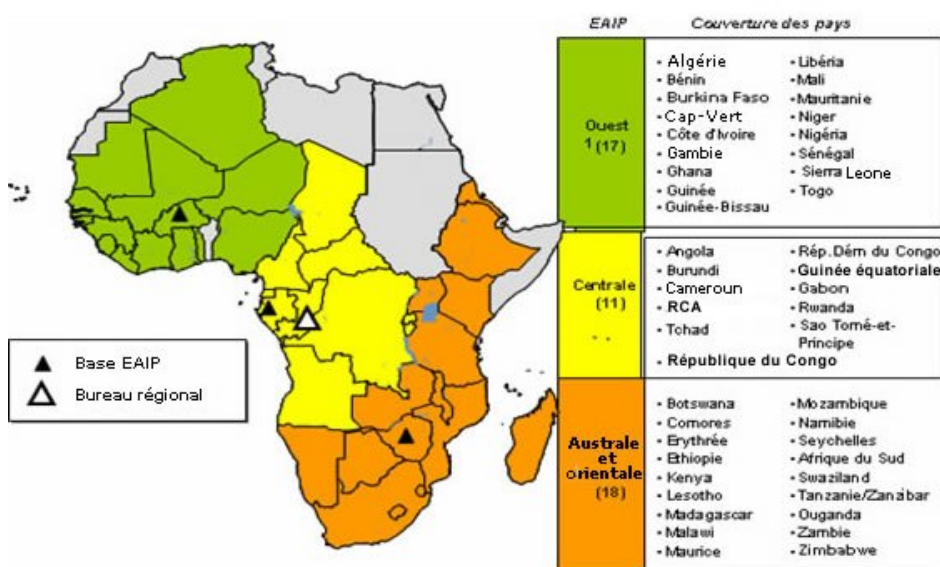
vi) de promouvoir la recherche et l'éthique en matière de santé; et vii) de renforcer les capacités des pays à produire une information sanitaire de qualité et à l'utiliser.

7. Au cours de la première année de la période biennale, des efforts ont été déployés pour mettre en œuvre la politique de décentralisation de l'OMS et les *Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine, 2005–2009*, arrêtées par le Bureau régional. Les sections suivantes décrivent les principaux résultats obtenus dans la réalisation des produits et la prestation des services prévus par les divers domaines d'activités.

Directeur général, Directeur régional et fonctions indépendantes (DGO)

8. Afin de fournir un meilleur appui aux pays, trois équipes d'appui inter pays ont été établies à Harare, Libreville et Ouagadougou. Chaque équipe d'appui inter pays (EAIP) couvre un groupe spécifique de pays (Figure 1). La création des EAIP a été l'un des changements les plus profonds intervenus dans les activités du Secrétariat dans la Région africaine de l'OMS au cours de ces dernières années. Des lignes directrices ont été produites pour donner des orientations appropriées aux équipes qui ont, toutes, été mises en place.

Figure 1: Répartition des pays par équipe d'appui inter pays (EAIP)



9. Des missions de plaidoyer de haut niveau ont été entreprises et ont contribué à placer les problèmes sanitaires prioritaires au premier rang des préoccupations des Chefs d'État et des dirigeants des principales institutions de financement telles que la Banque mondiale et la Banque africaine de Développement. L'OMS et ses partenaires ont conjugué leurs efforts lors du Sommet tenu en juin 2006 à Abuja (Nigéria), qui a abouti au renouvellement de l'engagement pris par les Chefs d'État d'accélérer l'accès universel aux soins, au traitement et à la prévention du paludisme, du VIH/SIDA et de la tuberculose. Un appui supplémentaire a été obtenu de la Banque mondiale et de la Banque africaine de Développement pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

10. La participation à des partenariats de haut niveau a témoigné du grand intérêt que l'OMS porte aux partenariats et de sa disposition à y participer pour s'attaquer à des problèmes de santé majeurs comme le paludisme, tel que cela ressort des discussions d'une réunion de la *Presidential Malaria Initiative* tenue à Washington DC. La menace d'une pandémie de grippe aviaire a déclenché une alerte permanente dans la Région. Le Directeur régional a organisé plusieurs réunions, et des engagements ont été pris à un haut niveau, notamment l'adoption de la Déclaration de Libreville sur la grippe aviaire. Au Nigéria, qui est également l'un des pays de la Région qui a connu des flambées de grippe aviaire, autorités et responsables nationaux de haut niveau ont accordé la priorité à l'éradication de la poliomyélite et s'y sont attaqués, sans plus attendre.

11. La réforme des Nations Unies a fait l'objet d'analyses portant sur sa faisabilité et son impact sur le fonctionnement de l'OMS dans la Région africaine. Des contributions ont été fournies au titre des perspectives de l'OMS pour la réforme des Nations Unies, dont la coordination est assurée par le Siège de l'OMS.

12. La fermeture du Bureau régional auxiliaire à Harare et le transfert subséquent du personnel et des activités à Brazzaville a été l'un des événements les plus importants de l'année. Au nom de l'OMS, le Directeur régional de l'OMS a rendu hommage au Président, au Gouvernement et au peuple du Zimbabwe pour l'hospitalité et l'appui accordés durant la période pendant laquelle le Bureau régional a fonctionné dans ce pays. Le transfert du personnel de Harare à Brazzaville s'est déroulé d'une manière harmonieuse, en dépit des très sérieuses préoccupations qui subsistaient au sujet de la logistique, des locaux à usage de bureaux et des logements du personnel.

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

13. S'agissant du processus de restructuration des bureaux de pays de l'OMS, le Directeur régional a donné des orientations pour aider spécialement les pays à relever les défis auxquels ils étaient confrontés. Tous les 46 bureaux de pays ont engagé le processus de restructuration et 33 d'entre eux ont soumis leur rapport final à ce sujet. Dorénavant, l'appui régional à la mise en œuvre de programmes émanera essentiellement du niveau sous-régional, ce qui représente un changement majeur par rapport aux modalités de fonctionnement précédentes.

14. Pour s'assurer que les meilleurs candidats représentent l'Organisation au niveau des pays, les postes de Représentant de l'OMS font l'objet d'une large publicité, et les candidats subissent des tests écrits et passent un entretien, avant que l'on procède aux nominations. Huit nouveaux Représentants de l'OMS ont ainsi passé un entretien en 2006. En outre, une session d'orientation formelle et de renforcement des capacités est maintenant organisée pour les nouveaux Représentants, et 16 Représentants ont bénéficié de cette innovation au cours de l'année.

15. Une attention particulière a été accordée aux affections et problèmes sanitaires particuliers de certains pays de la Région. À cet égard, le Bureau régional a tenu compte de la suggestion du Ministre de la Santé des Seychelles de tenir une réunion consacrée aux problèmes particuliers des petits États insulaires en développement. La réunion a été très constructive et a abouti à l'adoption de la Déclaration des Seychelles. Le suivi de la Déclaration des Seychelles a débuté, et deux des États insulaires ont commencé à accélérer la surveillance des maladies non transmissibles et la lutte contre celles-ci.

16. Le Directeur régional a rendu visite à 11 pays au cours de la période couverte par le rapport. Ces visites ont permis au Directeur régional de mieux apprécier les problèmes de santé publique de ces pays et de mieux comprendre les liens complexes entre le niveau de développement général des pays et le niveau de développement sanitaire. Le Directeur régional a pu se rendre compte de la façon dont les déterminants essentiels de la santé varient d'un pays à l'autre. À chaque occasion, le Directeur régional a saisi l'occasion de sa visite pour plaider en faveur d'un accroissement des investissements dans la santé, à l'échelon le plus élevé des gouvernements et auprès des partenaires.

17. Lors de ses visites dans les bureaux de pays, le Directeur régional a mis l'accent sur les problèmes complexes liés aux capacités de ces bureaux, notamment au regard des orientations stratégiques dans le secteur de la santé au niveau national. Le Directeur régional a également profité de ses visites dans les pays pour consolider les bonnes relations existant entre l'OMS et les autres membres des équipes-pays des Nations Unies, tout en soulignant l'avantage comparatif de l'OMS dans le domaine de la santé publique. En ce qui concerne les partenaires bilatéraux, les visites ont contribué à promouvoir le plaidoyer en faveur de l'harmonisation, de l'alignement et de la coopération, conformément aux priorités des pays. Les partenaires ont été invités instamment à investir davantage dans la santé qui est la trame du développement.

Relations extérieures (REC)

18. Compte tenu de la diminution du budget ordinaire, il est nécessaire de rechercher de nouveaux partenariats et de nouvelles sources de financement. Les bureaux de pays et les divisions du Bureau régional ont renforcé leurs activités de mobilisation de ressources, et divers domaines d'activités techniques du Bureau régional ont formé 30 membres du personnel à la mobilisation de ressources et aux techniques de négociation. Le Bureau régional a signé 27 accords de financement avec les partenaires suivants : Banque africaine de Développement (BAD); *Department for International Development* du Royaume-Uni (DFID); Banque mondiale; Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires humanitaires (OCHA); Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD); *United States Agency for International Development* (USAID); Programme du Golfe arabe pour les Organisations de Développement des Nations Unies; et Gouvernements de la Belgique, de la France, du Grand Duché du Luxembourg et du Portugal. Des ressources supplémentaires ont été mobilisées au titre de certains projets relatifs à la grippe aviaire dans des pays à haut risque, auprès de sources telles que les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), l'USAID, la BAD, et le projet de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination relatif à la fièvre jaune.

19. Le Bureau régional a renforcé la santé de l'enfant et de l'adolescent en nouant des partenariats avec l'Union africaine, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, la Banque mondiale, le DFID, l'USAID, la Fondation Bill et Méline Gates et la Fondation Ford. Le Bureau a également établi ou renforcé des partenariats avec les *Centers for Disease Control and Prevention* (projet au Kenya) et les centres collaborateurs suivants : *National Institute for Communicable Diseases* (NICD) d'Afrique du Sud; Institut Pasteur de Dakar (Sénégal); Institut Pasteur de Madagascar; Centre international de Recherche médicale de Franceville (Gabon); Bureau international des Ressources animales; Commission de l'Océan Indien de Maurice; et Coopération française.

20. Les domaines d'activités techniques ont fourni un appui à la Communauté sanitaire régionale de l'Afrique orientale, centrale et australe pour élaborer un plan stratégique et des orientations sur le paludisme pendant la grossesse. L'examen, au niveau mondial, de la Déclaration conjointe OMS/UNICEF/FNUAP sur les mutilations sexuelles féminines (MSF) a fourni à l'OMS l'occasion de réitérer sa volonté d'éliminer ces mutilations. Le Bureau régional a apporté son concours à la *Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ) dans l'élaboration de son plan d'action pour s'attaquer aux mutilations sexuelles féminines chez les femmes migrantes et réfugiées. La matrice d'analyse de genre a fourni à six Communautés économiques régionales de meilleures compétences en planification, programmation, plaidoyer et renforcement des capacités. En collaboration avec l'Union africaine, les pays et les partenaires ont harmonisé la Stratégie régionale africaine de la nutrition avec le document d'orientation du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) sur la nutrition.

21. Le personnel du Bureau régional a également organisé un certain nombre de réunions sur le partenariat ou y a pris part. Il s'agit, entre autres, des réunions suivantes : la réunion régionale sur la grippe pandémique; l'atelier régional sur le renforcement des capacités de production locale des médicaments essentiels, y compris les antirétroviraux; la réunion consultative continentale sur l'accélération de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/SIDA en

Afrique; la réunion des Nations Unies sur la situation de la grippe aviaire en Afrique; la réunion consultative OMS-BAD; l'atelier des Communautés économiques régionales sur le financement de la santé; et la conférence régionale sur la santé dans les pays de la Corne de l'Afrique.

22. Cinq organisations (OMS, UNICEF, FNUAP, Banque mondiale et BAD) ont pris des mesures pour établir un partenariat et fournir conjointement un appui technique aux pays de la Région. Leur action s'inscrivait dans le cadre du suivi des discussions du Forum de haut niveau préconisant la fourniture d'un appui technique accru pour promouvoir l'harmonisation et l'alignement, conformément à la Déclaration de Paris.

23. En 2006, le Bureau régional a renforcé les relations avec les médias régionaux et internationaux, en veillant au retentissement et à la publicité des activités, réunions, conférences, ateliers et manifestations organisés par l'OMS. L'Unité Information a veillé à ce que le public ait accès en permanence à l'information, par la diffusion de dossiers d'information et de matériels de presse, dont 58 communiqués de presse, 30 programmes radio, 18 vidéos et la revue *Observatoire de la santé en Afrique*.

24. Le thème de la Journée mondiale de la Santé 2006 a été «Travailler ensemble pour la Santé». Les États Membres ont célébré avec succès cette journée avec le lancement, au niveau régional, du *Rapport sur la santé dans le monde 2006*, qui a eu lieu à Lusaka (Zambie).

25. Le développement et la consolidation de nouveaux liens sur le site web du Bureau régional de L'OMS pour l'Afrique ont renforcé la publication électronique. Ces liens ont permis l'accès du public aux principales activités, réunions, manifestations, messages du Directeur régional et aux textes intégraux de publications telles que les *Activités de l'OMS dans la Région africaine, 2004-2005* et le *Rapport sur la santé dans la Région africaine 2006*.

Organes directeurs (GBS)

26. Les relations avec les organes directeurs se sont nettement améliorées. En particulier, l'interaction régulière avec le Bureau régional a facilité et renforcé la contribution des États Membres de la Région africaine aux travaux du Conseil exécutif.

27. En 2006, les États Membres prenant part aux réunions des organes directeurs ont été confrontés à un nouveau défi. Pour la première fois, ils ont eu à faire face au décès d'un Directeur général en fonction, le Dr Jong-Wook Lee, et à déterminer le processus de sa succession. L'Assemblée mondiale de la Santé a finalement élu Directeur général le Dr Margaret Chan, lors d'une session extraordinaire tenue en novembre 2006. Un délégué de la Région africaine a présidé l'Assemblée mondiale de la Santé durant ces délibérations couronnées de succès.

28. Le cadre pour le renforcement de la préparation et de la riposte aux pandémies de grippe, y compris l'application des Règlement sanitaire international (2005), et la stratégie et le plan d'action mondiaux pour promouvoir l'innovation dans le domaine de la santé publique ont bénéficié d'une grande attention au cours de l'année. Le Comité régional s'est dit préoccupé par la pauvreté et la santé, la survie de l'enfant, l'approche des soins de santé primaires, la conservation continue de stocks de virus variolique et la recherche pour la santé. Les discussions portant sur ces sujets ont montré, entre autres, la corrélation croissante entre les travaux des différents organes directeurs. L'ordre du jour et le programme de travail ont tous deux fait ressortir une amélioration sensible de la gestion du temps.

Planification, coordination et contrôle des ressources (BMR)

29. Le budget programme 2006-2007 met davantage l'accent sur la planification, la coordination et le contrôle en vue d'améliorer le niveau de réalisation des résultats escomptés. Toutefois, il est indispensable de relever un certain nombre de défis pour obtenir les résultats escomptés, 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 et de la budgétisation conjointes.

30. La Région a participé activement à toutes les étapes de la préparation du onzième programme général de travail 2006–2015, du plan stratégique à moyen-terme 2008–2013 et du parachèvement du cadre pour la gestion de l'OMS fondée sur les résultats. Le Bureau régional a été associé à l'affinement du Système global de gestion, notamment pour ce qui est des exigences, des définitions, de l'analyse et des tests préliminaires des applications cibles, et à la conception du futur modèle de traitement. La Région africaine a été choisie en même temps que le Siège pour la mise en œuvre de la première phase du système, qui vise à améliorer la supervision et la responsabilité de la gestion en ce qui concerne le suivi des programmes techniques. Le succès de la mise en œuvre améliorera l'efficacité administrative, consolidera la mise en œuvre de la gestion fondée sur les résultats, appuiera la décentralisation et la délégation de pouvoirs en cours, et repoussera à jamais les frontières géographiques.

31. Sur la base des éléments clés du cadre de gestion fondée sur les résultats, deux réunions des coordinateurs de la planification des bureaux de pays ont été organisées. Ces réunions leur ont permis de renforcer leurs capacités dans les domaines de la planification opérationnelle, du suivi et de l'évaluation des performances. Tous les 46 pays de la Région africaine ont bénéficié de cette activité.

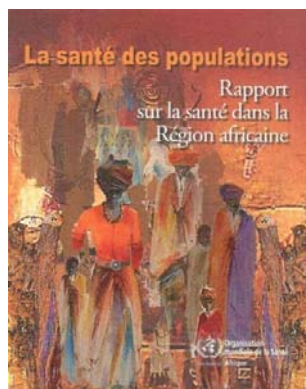
Information sanitaire, bases factuelles et recherche (IER)

32. Le lien entre la recherche, l'élaboration de politiques et la prise de décisions est demeuré faible en 2006. Des efforts soutenus ont été déployés pour accélérer la mise en œuvre des systèmes de gestion de l'information sanitaire en vue de promouvoir la production et l'utilisation de bases factuelles à l'appui de la prise de décisions. L'OMS a réagi en fournissant des orientations stratégiques et un appui approprié aux pays pour leur permettre d'améliorer la base de connaissances et de données factuelles pour la prise de décisions en matière de santé, par la synthèse et la publication de l'information existante; la facilitation de la production de connaissances dans des domaines qui requièrent une attention particulière; et la mise en place de mécanismes au niveau des pays pour traduire la recherche en politiques et actions concrètes. Le Bureau régional a également recherché la participation active des centres collaborateurs de l'OMS pour renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé.

33. Avec le concours du Siège, le Bureau régional a produit et diffusé le rapport intitulé *La Santé des populations: Rapport sur la santé dans la Région africaine* (Figure 2) auprès des États Membres et des partenaires. Le rapport fournit une vue d'ensemble de la situation de la santé publique dans les 46 États Membres. Le domaine d'activité a également produit une brochure sur les indicateurs essentiels, intitulée "Analyse de la situation sanitaire: Indicateurs de base, 2006". Cette brochure fournit des statistiques exhaustives sur la situation actuelle de la santé publique et des systèmes de santé dans les pays. Les préparatifs de l'enquête régionale sur la recherche et les connaissances en santé ont été lancés.

34. Le Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires a tenu sa vingt-troisième session en septembre. Huit pays ont mis en place, en mars, le Réseau de bases factuelles à l'appui des politiques, lors d'un atelier organisé à l'intention des décideurs et chercheurs de haut rang du domaine de la santé. Dans le cadre de la préparation de la Conférence mondiale sur la Recherche pour la Santé 2008, le domaine d'activité a produit un document sur le programme d'action de la Région africaine pour la recherche en santé. Il a présenté ce document, pour adoption, à la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique tenue en août.

Figure 2 : Le Rapport sur la Santé dans la Région africaine a été lancé à l'échelle mondiale en novembre 2006



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

35. Pour mobiliser un appui en faveur de la gestion des connaissances dans les États Membres, le domaine d'activité a présenté un document de stratégie régionale, intitulé «Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques», et la résolution y afférente à la cinquante-sixième session du Comité régional. Le Bureau régional a également établi des partenariats avec l'Union africaine, le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique, l'Union européenne, la Banque africaine de Développement et le *Department for International Development*. L'objectif visé était d'élaborer des projets visant à faciliter l'utilisation de la cybersanté pour renforcer les systèmes de santé.

36. À la fin de l'année, la base de données de la bibliothèque du Bureau régional comptait 2200 documents (<http://afrolib.afro.who.int>). Le centre multimédia, qui dispose de 19 postes de travail, a permis un large accès à l'Internet, notamment pour les utilisateurs extérieurs. La compilation de l'Index Medicus africain s'est poursuivie avec des matériels sur l'information sanitaire et biomédicale africaine, y compris des publications sur la recherche médicale en Afrique. L'Index Medicus africain est accessible sur l'Internet au site : <http://indexmedicus.afro.who.int>. La bibliothèque a mis à disposition en ligne environ 85 périodiques médicaux et thèses de médecine de la Région.

37. La bibliothèque a publié un bulletin d'information mensuel intitulé *Infodigest*. Les Bibliothèques bleues et la Bibliothèque du SIDA à l'appui des districts de santé de la Région africaine sont restées en circulation. La bibliothèque a contribué aux activités de la Bibliothèque mondiale de la Santé en aidant les pays à élaborer leurs propres portails d'information sanitaire.

38. La bibliothèque a continué de coopérer avec l'Association pour l'Information et les Bibliothèques de Santé en Afrique et a fait un don de US \$35 000 pour la tenue du dernier congrès de cette association. La bibliothèque a également appuyé des programmes de formation dans les États Membres, y compris la formation-vulgarisation à l'utilisation de l'Interréseau-Santé Initiative d'Accès aux Recherches. Des bibliothécaires du Bureau régional ont animé des sessions de formation au Sénégal pour des utilisateurs de Côte d'Ivoire, de Gambie et du Sénégal, et au Mali pour des utilisateurs du Burkina Faso, de Guinée et du Mali. Le Bureau régional a mis en œuvre cette activité en collaboration avec l'Unité Cybersanté du Siège et l'*Information Training and Outreach Center for Africa* d'Afrique du Sud.

39. Pour promouvoir le multilinguisme dans les activités de l'Organisation, l'Unité Publications a fourni des services d'interprétation pour les réunions, et assuré la révision, la traduction et l'impression des documents pour les diverses unités techniques. Elle a également imprimé et distribué les documents pour les réunions des organes directeurs dans les trois langues officielles de la Région.

DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES ET SERVICES DE SANTE

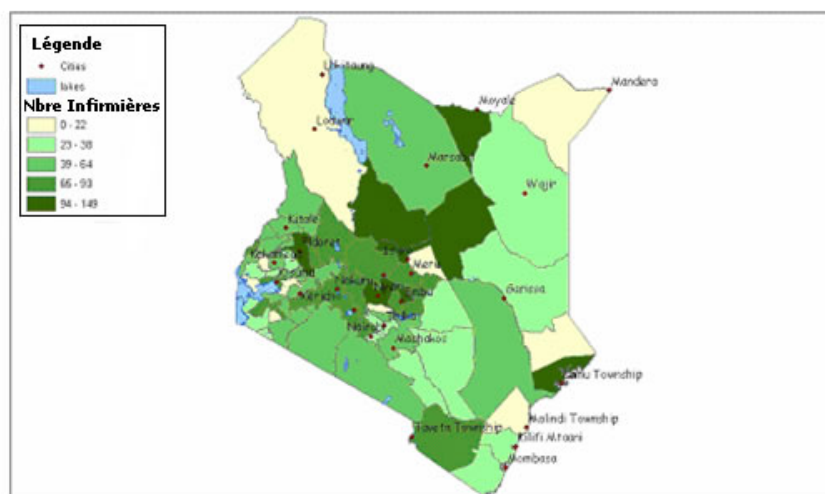
40. La Division Développement des Systèmes et Services de Santé s'est attaquée aux questions relatives au développement des systèmes de santé. Cinq domaines d'activités ont fourni un appui aux États Membres pour élaborer des politiques et des plans stratégiques; renforcer les ressources humaines pour la santé; recueillir et analyser des données à l'appui de la prise de décisions fondées sur des bases factuelles; et promouvoir la qualité des soins par l'élaboration de normes et de lignes directrices.

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

41. Neuf pays ont élaboré leurs politiques nationales de santé et leurs plans stratégiques ou les ont révisés avec l'appui de l'OMS. Le Kenya, le Malawi, l'Ouganda et la Zambie ont revu la structure de la gestion de leur secteur de la santé. La République démocratique du Congo a entrepris une réforme du secteur de la santé pour renforcer les systèmes de santé au niveau du district. À l'occasion d'une réunion organisée par l'OMS, dix pays ont examiné le rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé, partagé les bonnes pratiques et fait des recommandations pour renforcer les hôpitaux. Ces dix pays se sont associés en un réseau pour continuer de partager leurs données d'expérience.

42. Le domaine d'activité a amélioré le renforcement des capacités de production et d'utilisation de l'information sanitaire pertinente. Le partenariat avec le réseau de métrique sanitaire a entrepris des activités dans 20 pays pour renforcer leurs systèmes nationaux d'information sanitaire. Le Bureau régional a formé plus de 60 personnes à l'utilisation du réseau de métrique sanitaire et de l'outil d'évaluation de l'information sanitaire. Le Kenya (voir Figure 3), l'Ouganda, le Rwanda, la Tanzanie et la Zambie ont achevé la cartographie des services de santé disponibles, et neuf autres pays ont engagé ce processus.

Figure 3: Nombre d'infirmières pour 100 000 habitants dans les districts de santé du Kenya, 2004



43. Le domaine d'activité a présenté à la cinquante-sixième session du Comité régional un document intitulé «Revitaliser les systèmes de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine». Ce document a été adopté, tout comme la résolution y afférente. L'évaluation du projet financé par la Norvège pour renforcer les systèmes de santé au niveau du district dans huit pays¹ a abouti à l'établissement de divers rapports. Des délégués de ces pays ont pris part à une réunion interpays pour partager des données d'expérience émanant des pays concernés et d'autres pays.

Financement de la santé et protection sociale (HFS)

44. Au cours de l'année 2006, le renforcement des capacités des pays à assurer un financement durable de la santé s'est poursuivi. Le Nigéria a préparé une politique complète de financement de la santé. Six pays² ont mené des activités ayant trait aux comptes nationaux de la santé. Maputo a accueilli un atelier interpays pour former 15 ressortissants de cinq pays³ à la détermination des coûts et à l'analyse de faisabilité des mécanismes de financement de la santé. Des ateliers tenus à Bamako et à Brazzaville ont permis de former 30 ressortissants des pays à la confection et à l'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé.

45. Le domaine d'activité a produit quatre documents techniques: «Financement de la santé: Une stratégie pour la Région africaine», adopté lors de la cinquante-sixième session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique; «Vue d'ensemble des modes de financement de la santé et perspectives dans la Région africaine de l'OMS»; «Efficience technique des dispensaires aux Seychelles»; et «Coût de l'exode des professionnels de la santé au Kenya». En étroite collaboration avec des partenaires de la Banque mondiale, des Communautés économiques régionales, du Comité consultatif africain sur l'Économie de la Santé, de l'OIT et de l'UNICEF, le Bureau régional a élaboré la stratégie de financement de la santé.

¹ Érythrée, Éthiopie, Malawi, Mozambique, Ouganda, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

² Botswana, Malawi, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Tanzanie et Zimbabwe.

³ Burkina Faso, Ghana, Mozambique, Nigéria et Tanzanie.

Médicaments essentiels (EDM)

46. La mise en œuvre des plans stratégiques régionaux visant à garantir la disponibilité, la qualité, l'innocuité et l'utilisation appropriée des médicaments essentiels à un coût modique s'est poursuivie en 2006. Onze pays⁴ ont élaboré des politiques nationales sur les médicaments traditionnels, des cadres juridiques pour l'exercice de la médecine traditionnelle, des codes d'éthique et des plans stratégiques. Cinq autres pays (République du Congo, Érythrée, Kenya, République centrafricaine et Rwanda) ont révisé leurs listes nationales des médicaments essentiels et leurs lignes directrices normalisées pour le traitement, afin de promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments.

47. Le domaine d'activité a revu le manuel de formation à la gestion des médicaments au niveau des centres de santé pour y inclure un chapitre sur la gestion des antirétroviraux et sur la prise en charge du VIH/SIDA. Il a mis au point un logiciel (Manadrugs) pour compléter ce manuel. Le personnel a préparé le document intitulé, «Autorités de réglementation pharmaceutique: Situation actuelle et perspectives», pour la cinquante-sixième session du Comité régional.

48. Aux fins de l'harmonisation des réglementations et des politiques nationales et de la mise en œuvre des plans de travail, le domaine d'activité a fourni un appui technique et financier aux Communautés économiques régionale suivantes : Communauté de l'Afrique de l'Est; Communauté économique et monétaire d'Afrique centrale; Communauté de Développement de l'Afrique australe; et Union économique et monétaire ouest-africaine.

Sécurité transfusionnelle et technologie clinique (BCT)

49. Le Bureau régional a déployé des efforts pour développer les services de laboratoires cliniques, l'imagerie diagnostique et la sécurité des patients. L'unité technique a lancé un programme régional d'assurance qualité externe des laboratoires cliniques (hématologie et pathologie chimique). Le Bureau régional a réactivé les centres d'excellence pour la formation continue dans le domaine de l'imagerie diagnostique au Cameroun et au Kenya, en vue d'améliorer la qualité des services de radiologie diagnostique, et a mis sur pied un réseau régional pour appuyer la sécurité des patients. Le Kenya et l'Afrique du Sud ont mené des études sur les incidents pouvant survenir lors de la prestation de soins médicaux dans les secteurs public et privé.

50. L'utilisation clinique appropriée du sang est essentielle pour protéger les stocks limités disponibles et garantir la qualité des services et la sécurité des patients. L'Angola, la République démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Libéria et la Sierra Leone ont entrepris des analyses de la situation de la sécurité transfusionnelle pour produire de l'information à des fins d'évaluation et de planification. Sept pays ont formulé leurs politiques nationales de transfusion sanguine ou les ont révisées. La Gambie, la Guinée-Bissau et Sao Tomé et Príncipe ont élaboré des plans stratégiques pour la mise en œuvre. L'Éthiopie et la Namibie ont élaboré des lignes directrices nationales pour l'utilisation appropriée du sang, et formé 227 cliniciens, infirmiers et laborantins.

51. Le Bureau régional a organisé deux ateliers régionaux de formation à l'intention des agents chargés du recrutement des donneurs de sang au Ghana et au Mozambique, en collaboration avec la Fondation *Safe Blood for Africa*. Onze pays ont formé des personnels d'assurance qualité à la gestion de la qualité. Neuf pays ont formé des personnels de laboratoire au fonctionnement de la chaîne de froid pour le sang. Le Bureau régional a fourni un appui pour l'élaboration de matériels, de normes, de lignes directrices pour les exigences minimales auxquelles doivent satisfaire les services nationaux de transfusion sanguine, et d'indicateurs pour le suivi de ces services.

⁴ Cameroun, République du Congo, Gambie, Ghana, Kenya, Malawi, République démocratique du Congo, Rwanda, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

Ressources humaines pour la santé (HRH)

52. En 2006, la disponibilité accrue de bases factuelles plus objectives a permis de mieux apprécier le rôle des ressources humaines fonctionnelles dans le développement sanitaire et de mettre davantage en relief la crise des ressources humaines dans la Région africaine. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé*, consacré au thème des ressources humaines pour la santé, a contribué dans une large mesure à sensibiliser les différentes parties prenantes et les partenaires. La Zambie a lancé la Journée mondiale de la Santé, le 7 avril, avec diverses notes d'orientation sur les politiques, et la République démocratique du Congo a célébré ladite journée en reconstituant, par le texte et l'image, l'histoire des héros méconnus du combat pour la santé.

53. Pour faire face à la crise des ressources humaines pour la santé, le Bureau régional a fourni 158 bourses à 22 pays et finalisé le rapport sur la situation des ressources humaines pour la santé. Le domaine d'activité a procédé à la conception du site web de l'Observatoire africain des Ressources humaines pour la Santé et tenu une réunion régionale consultative pour élaborer une stratégie régionale de renforcement des services de soins infirmiers et obstétricaux. Le Bureau régional a créé la Plate-forme africaine des Ressources humaines pour la Santé, composée des différentes parties prenantes à l'échelle régionale et des organisations de la société civile, et a fourni un appui pour la tenue des réunions de son Comité de pilotage, l'administration, la mobilisation de ressources et la diffusion de documents et rapports.

54. L'Alliance mondiale des professionnels de santé a accordé US\$ 300 000 à chacun des pays suivants : Angola, Bénin, Cameroun, Ouganda et Zambie. Cet appui visait à accélérer les mesures ciblant le développement des ressources humaines pour la santé et à produire des exemples d'approches conduites par les pays eux-mêmes, que d'autres pays pourraient reprendre. Douze pays ont entrepris des analyses en profondeur de la situation et ont révisé ou élaboré et mis en œuvre leurs politiques et plans. L'unité technique a apporté son concours au Nigéria et à l'Ouganda pour la révision de leurs politiques. Le Bureau régional a fourni un appui à des écoles de médecine et des écoles d'infirmières et/ou de sages-femmes dans neuf pays pour les aider à évaluer et à élaborer leurs programmes de formation. Le domaine d'activité a défini les compétences essentielles que doivent posséder les personnels qualifiés pour l'assistance à l'accouchement, en vue d'améliorer la maternité sans risque ainsi que les soins post-natals et infantiles.

PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

55. À l'heure actuelle, la Région africaine ne dispose pas de toutes les capacités requises, en termes de services efficaces de diagnostic, de prévention ou de traitement, face aux nombreuses maladies infectieuses auxquelles elle est confrontée. En dépit des ressources et des efforts que l'on ne cesse de consacrer à la prévention, les maladies infectieuses, surtout le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, persistent et représentent la majeure partie de la charge de morbidité que supporte la Région. En 2006, les maladies transmissibles ont continué à entraver le développement social et économique, et à toucher d'une manière disproportionnée les populations pauvres et marginalisées, demeurant ainsi un obstacle majeur à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Le Bureau régional a renforcé les partenariats pour accélérer la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, en collaboration avec l'Union africaine, l'ONUSIDA, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale, entre autres.

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

56. Le VIH et le SIDA sont demeurés les principaux défis de santé publique dans la Région africaine. Selon les estimations, 2,8 millions d'adultes et d'enfants ont été infectés par le VIH en 2006, soit plus que dans le reste du monde, toutes autres régions confondues. L'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui s'est amélioré, mais son niveau reste bien en deçà de la demande. L'insuffisance des ressources humaines et les faiblesses des systèmes de santé ont été les principaux facteurs expliquant cette situation. Le Bureau régional a fourni des orientations normatives

et un appui technique aux pays pour les aider à élaborer et à adapter des politiques et outils; à renforcer les capacités; à mobiliser des ressources techniques et financières pour accélérer la prévention de l'infection à VIH; à intensifier la prestation de soins complets; et à fournir des antirétroviraux.

57. À sa cinquante-sixième session, le Comité régional a adopté le document intitulé «Prévention du VIH dans la Région africaine: Stratégie d'intensification et d'accélération» et la résolution y afférente. Le domaine d'activité a mené, durant toute l'année, une campagne régionale intensive de plaidoyer en faveur de l'accélération de la prévention de l'infection à VIH. Cette campagne a été officiellement lancée par l'Union africaine à Addis-Abeba, le 11 avril 2006, avec des cérémonies simultanées de lancement au niveau interpays à Johannesburg, Khartoum et Ouagadougou. Entre avril et décembre, 45 pays ont officiellement lancé la campagne au niveau national et ont commencé à élaborer des plans pour l'accélération de la prévention et la mobilisation des ressources nécessaires à cette fin. Le plaidoyer s'est poursuivi à la consultation continentale de Brazzaville sur l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/SIDA, ainsi qu'au Sommet spécial d'Abuja sur le SIDA, la tuberculose et le paludisme. L'OMS, l'ONUSIDA et d'autres partenaires ont tenu des réunions conjointes sur la prévention de l'infection à VIH et l'accès universel aux soins. Toutes ces activités entraient dans le cadre de l'Année pour l'Accélération de la Prévention du VIH dans la Région africaine et visaient à promouvoir une approche multiorganisationnelle de la mise en œuvre de la stratégie.

58. Avec l'appui de l'OMS, 43 pays ont élaboré des plans d'action pour renforcer la qualité des services nationaux de laboratoire, et cinq pays ont mis au point des protocoles nationaux d'assurance qualité pour les services de dépistage du VIH/SIDA. L'accent a été également mis sur la surveillance de la pharmacorésistance du VIH, et trois pays ont préparé des protocoles pour entreprendre une surveillance de la pharmacorésistance du VIH.

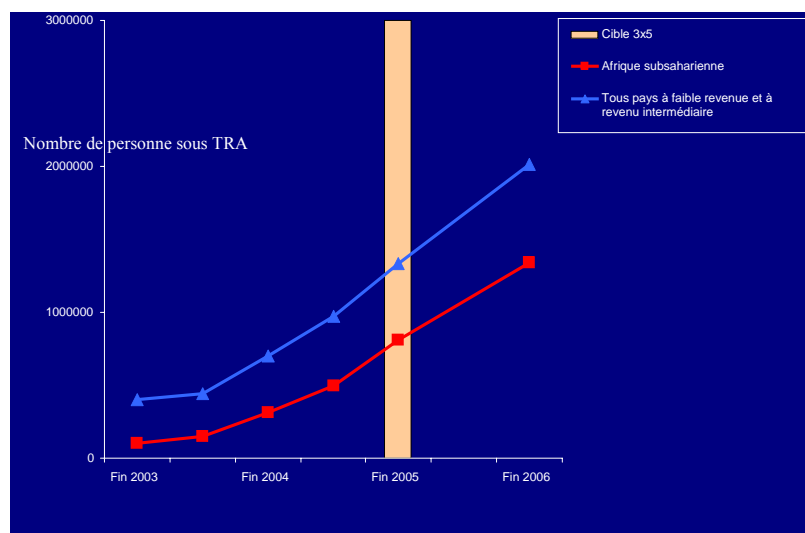
59. Le domaine d'activité a élaboré des lignes directrices régionales et des manuels de formation en matière de dépistage du VIH et de conseils. Avec l'appui du Bureau régional, 14 pays ont préparé des lignes directrices nationales pour le dépistage du VIH et les conseils; 16 pays ont formé des conseillers; et cinq pays ont intensifié leurs activités de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), y compris l'amélioration de l'accès à la thérapie antirétrovirale pour les femmes enceintes vivant avec le VIH. Treize pays ont formé 34 agents de santé à l'intégration de la PTME dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile.

60. L'OMS a également accordé un appui aux pays pour les aider à élaborer des politiques et outils, à renforcer les capacités et à mobiliser des ressources techniques et financières. Le Bureau régional a fourni à 23 pays des lignes directrices pour des services intégrés et complets, afin d'intensifier les interventions, notamment la fourniture des antirétroviraux. Onze États Membres ont élaboré des plans spécifiques pour promouvoir l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins. Le processus d'adaptation et la formation à la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) se sont poursuivis dans 23 pays.

61. Le Bureau régional a fourni un appui à 12 pays au titre de la surveillance de deuxième génération et du renforcement de leurs systèmes de suivi et d'évaluation de la riposte du secteur de la santé au VIH/SIDA. Des personnels de santé de ces pays ont pris part à un atelier de formation consacré au suivi de la thérapie antirétrovirale (TAR), et 13 pays ont élaboré des propositions pour mobiliser davantage de ressources financières au titre de la sixième reconstitution des ressources du Fonds mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Des laboratoires sous-régionaux et nationaux ont procédé à des contrôles de la qualité des antirétroviraux et des préservatifs.

62. Tous ces efforts ont eu des résultats positifs. Par exemple, au mois de décembre, environ 28 % (24 % à 33 %) des personnes qui en avaient besoin (plus de 1 300 000 personnes) bénéficiaient de la thérapie antirétrovirale, contre 17 % à la fin de 2005 (voir Figure 4). Huit pays⁵ ont réalisé des progrès significatifs en procédant à une intensification des interventions. Cependant, la demande dans l'ensemble de la Région n'était toujours pas satisfaite, en raison de l'insuffisance des ressources humaines et des faiblesses des systèmes de santé, ce qui s'est traduit par une limitation de l'accès à la thérapie antirétrovirale et de l'approvisionnement en matériel de base.

Figure 4: Couverture par la thérapie antirétrovirale en Afrique subsaharienne



Source: OMS, ONUSIDA et UNICEF, Vers l'accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé. Rapport de situation, Genève, avril 2007.

63. En 2006, même si la Région africaine supportait encore la charge de morbidité liée au VIH la plus élevée dans le monde, l'épidémie a montré des signes de régression ou de stabilisation dans de nombreux pays d'Afrique orientale et d'Afrique de l'Ouest, tandis qu'en Afrique australe, le Zimbabwe enregistrait un déclin du taux de prévalence du VIH, au niveau national, ce qui témoigne clairement de l'efficacité des outils utilisés actuellement pour combattre la pandémie et fait de l'accès universel une nouvelle dynamique et une lueur d'espoir pour consolider les tendances et les inverser.

Tuberculose (TUB)

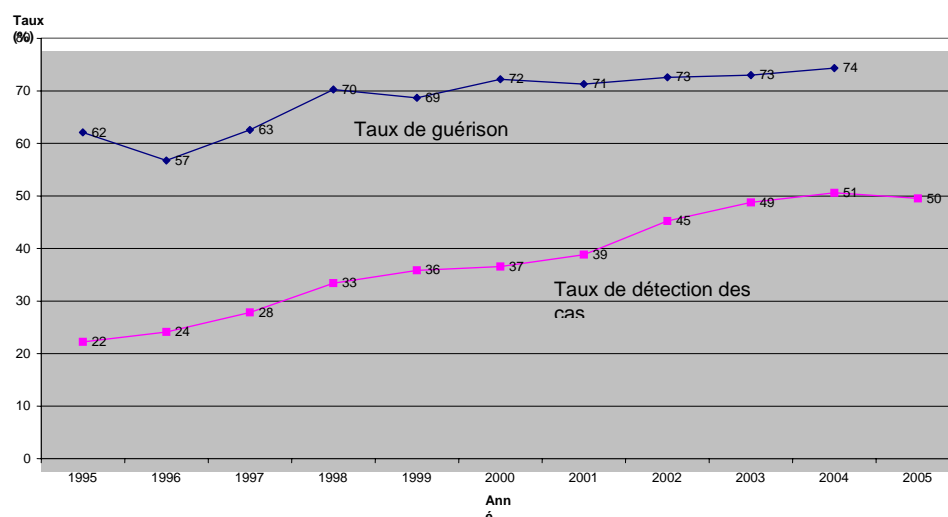
64. En 2006, la Région africaine a continué d'avoir les taux les plus élevés de tuberculose par habitant. La situation s'est aggravée en raison des faiblesses dans la gestion des programmes, de l'accès limité aux services de lutte et de l'insuffisance des ressources humaines et financières pour accélérer les interventions de lutte. Les taux de guérison ont légèrement augmenté, passant de 72 % en 2000 à 74 % en 2004, et les taux de détection des cas ont stagné à 50 % entre 2003 et 2005 (Figure 5). Les résultats thérapeutiques défavorables évitables, notamment les taux d'abandon et de transfert, ont été supérieurs à 15% dans plusieurs pays en 2006. La mortalité liée à la co-infection tuberculose/VIH a été élevée. En 2006, l'unité technique a signalé, pour la première fois, l'existence, dans la Région, de souches du bacille de la tuberculose résistantes aux antituberculeux de seconde intention.

⁵ Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Malawi, Namibie, Rwanda, Ouganda et Zambie.

65. Le domaine d'activité a élaboré deux nouvelles stratégies régionales pour la lutte contre la tuberculose et pour le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale. Avec l'appui du Bureau régional, 21 pays, y compris les 13 qui ont proclamé la tuberculose, urgence sanitaire nationale, ont élaboré des plans pour intensifier les interventions de lutte contre la tuberculose. Deux pays qui n'avaient pas mis en œuvre auparavant la stratégie DOTS, l'ont adoptée et l'ont mise en œuvre. L'unité technique a fourni un appui à une nouvelle série de 12 pays pour les aider à mettre en œuvre des interventions combinées ciblant à la fois la tuberculose et le VIH, en commençant par le dépistage volontaire et les conseils. Une fois confirmé le diagnostic de la tuberculose, la collaboration avec les interventions VIH débutera; 33 pays ont mis en œuvre de telles interventions combinées. Le Service de santé de la Communauté de Développement de l'Afrique australe a élaboré un plan à l'échelon communautaire pour la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante.

66. Grâce à l'appui dont ils ont bénéficié, 16 pays ont élaboré des propositions à soumettre au Fonds mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP) et 34 pays ont préparé des propositions pour bénéficier de dons du Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux. Il conviendrait de noter que la soumission de ces propositions n'a pas toujours abouti aux résultats désirés. Bien que de nombreux pays aient bénéficié de montants substantiels du FMSTP et d'autres initiatives des donateurs pour compléter leurs efforts de lutte contre la tuberculose, le financement de la lutte antituberculeuse, en particulier, a continué d'être insuffisant face à l'ampleur du problème. Même si l'OMS s'attendait à ce que les États Membres s'attaquent avec ardeur à la maladie, moins de la moitié d'entre eux ont répondu à l'appel leur demandant de proclamer la tuberculose, urgence sanitaire nationale, comme cela avait été convenu au cours de la cinquante-cinquième session du Comité régional en 2005. Ce manque de volonté des pays a ralenti l'élan en faveur de l'appui extérieur.

Figure 5: Tendence des taux de détection des cas de tuberculose et des taux de guérison dans la Région africaine, 1995–2005



Source: Compilé à partir des données annuelles de surveillance des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, 1995–2005.

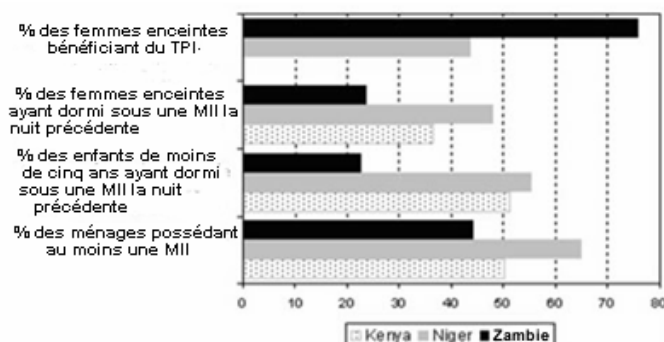
Paludisme (MAL)

67. Au cours de l'année 2006, l'OMS a fourni un appui technique pour aider les pays à intensifier les paquets complets d'interventions de lutte contre le paludisme; à améliorer la prestation de services intégrés, par le biais de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, des soins prénatals et du programme élargi de vaccination; à renforcer la surveillance de la maladie, l'efficacité des médicaments, le suivi de la résistance aux insecticides; et à renforcer le suivi, l'évaluation et la planification fondée sur des bases factuelles.

68. La distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) s'est considérablement étendue (Figure 6). Onze pays, notamment le Cameroun, le Gabon, la Guinée équatoriale et la Sierra Leone, ont distribué plus de neuf millions de moustiquaires traitées. Les centres prénatals et les campagnes de vaccination intégrant la lutte antipaludique ont été des canaux de distribution populaires. En réponse aux demandes des États Membres, l'OMS a préparé une note sur l'emploi du DDT aux fins de la pulvérisation intradomestique d'insecticides à effet rémanent, laquelle a été adoptée par des États Membres. L'Angola, le Burundi, le Ghana, l'Ouganda et la Tanzanie ont lancé des opérations de pulvérisation. En 2005 et 2006, 20 pays ont procédé à des pulvérisations sur plus de cinq millions de structures physiques, ce qui a permis de protéger plus de 20 millions de personnes. La couverture opérationnelle moyenne a été de 84 %, variant de 65 % au Botswana à 98 % à Madagascar.

69. Pour ce qui est de l'élaboration des politiques et stratégies, la Région a créé le Comité consultatif d'experts sur le paludisme, au niveau du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, en tant que structure de dialogue, appelée à donner des avis scientifiques et des conseils sur la mise en œuvre des recommandations. Le Mali, le Niger et le Sénégal ont établi des liens de collaboration entre leurs programmes nationaux de lutte contre le paludisme et leurs services météorologiques, en vue de la prévision des épidémies de paludisme. La République du Congo, la Guinée équatoriale, la Mauritanie et le Zimbabwe ont adopté des politiques en faveur des associations thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT); 38 pays ont adopté les ACT; et 22 pays ont commencé à mettre en œuvre ces politiques. Le Bénin, le Kenya, l'Ouganda et le Sénégal ont mis en place des systèmes d'assurance qualité des médicaments et de pharmacovigilance pour les ACT.

Figure 6 : Possession de MII dans les foyers, couverture par les MII et utilisation du TPI contre le paludisme dans des pays sélectionnés, 2006



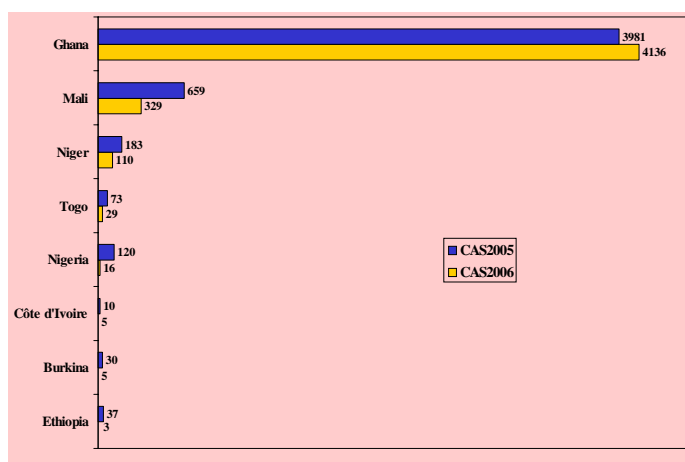
Sources: Kenya, 2006, Enquête après la campagne de distribution de MII; Niger, 2006, Enquête après la campagne de distribution de MII; Zambie, 2006, Enquête sur les indicateurs du paludisme.

70. En 2006, la lèpre, la draconculose, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la trypanosomiase, l'ulcère de Buruli, la schistosomiase, l'helminthiase intestinale et la leishmaniose ont continué de toucher les populations les plus pauvres d'entre les pauvres. La plupart de ces maladies entraînant une stigmatisation sociale aux effets négatifs, et des ressources sont rarement allouées pour les combattre. C'est la raison pour laquelle ces maladies sont appelées *maladies tropicales négligées*.

71. En 2006, l'OMS s'est employée à aider les pays à s'attaquer à ces problèmes en fournissant aux pays touchés un appui technique et financier pour l'élaboration de stratégies et de plans d'action appropriés pour la lutte, le suivi et l'évaluation des programmes, et le plaidoyer aux niveaux national, régional et mondial.

72. Plus spécifiquement, le Bureau régional a fourni un appui à quatre pays supplémentaires pour leur permettre d'organiser des programmes de lutte contre l'ulcère de Buruli. Au total, 14 pays sont en train de mettre en œuvre des activités de lutte contre cette maladie. L'incidence annuelle de la draconculose dans la Région a baissé, passant de 5105 cas notifiés en 2005 à 4 635 cas notifiés en 2006. Le Ghana comptait le plus grand nombre de cas en 2006, soit 4 136 (Figure 7). Une équipe d'évaluation externe a confirmé l'interruption de la transmission locale de la draconculose au Bénin et en Mauritanie. Le Cameroun, la République centrafricaine, la Guinée, le Libéria, la Sierra Leone et le Tchad ont présenté des rapports nationaux en vue de la certification de l'éradication de la draconculose.

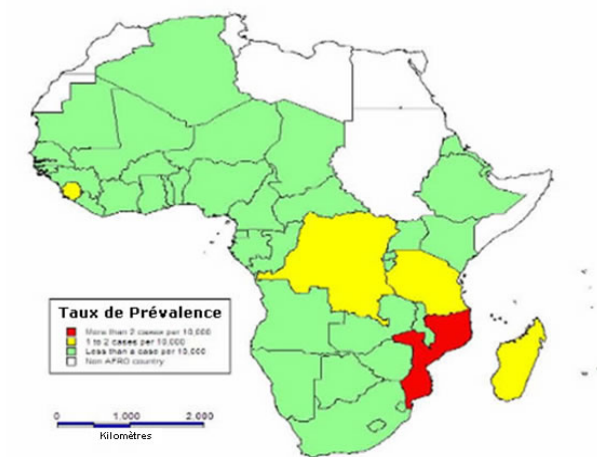
Figure 7: Cas de draconculose notifiés dans des pays sélectionnés, 2005 et 2006



Source: L'Ouganda a notifié 9 cas en 2005 et 2 en 2006, tous importés du Soudan en 2005

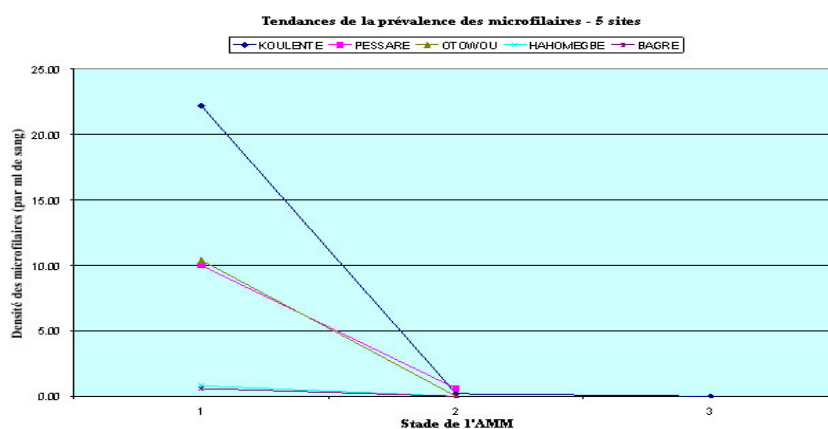
73. Plus d'un million de cas de lèpre ont été détectés et guéris dans la Région au cours des 10 dernières années. Avec l'assistance de la Fondation Novartis pour le développement durable, l'OMS a fourni aux pays des médicaments contre la lèpre. Avec l'appui complémentaire de la Fondation Sasakawa, 42 pays ont atteint l'objectif de l'élimination de la lèpre. La prévalence de la lèpre à l'échelle régionale atteignait 43 382 cas, soit un taux de 0,63 cas pour 10 000 habitants (Figure 8).

Figure 8 : Résultats des efforts d'élimination de la lèpre dans la Région africaine, 2006



74. Il existe dans la Région africaine une documentation appropriée sur la situation de la trypanosomiase humaine africaine. Les données disponibles font ressortir une tendance à la baisse de l'incidence annuelle de la maladie au cours de ces dernières années. Avec l'appui du Bureau régional, 16 pays d'endémie sur 21 ont mis en œuvre des activités de lutte dans des zones prioritaires. Ces pays ont atteint une performance de 100 % pour ce qui est du traitement des cas détectés. De la même manière, 11 des 39 pays d'endémie ont procédé, sur une base annuelle, à une administration massive de médicaments pour l'élimination de la filariose lymphatique. Quatre pays sont parvenus à une couverture complète de la population à risque, et 30 millions de personnes ont reçu un traitement au cours de l'année considérée. Le Togo a interrompu la transmission de la filariose lymphatique, en ramenant la microfilarémie à 0 % (Figure 9).

Figure 9: Interruption de la filariose lymphatique au Togo, 2006



75. Six des 40 pays d'endémie de schistosomiase ont mis en place des programmes nationaux de traitement de la schistosomiase et des géo-helminthes. Quatre de ces programmes ont atteint une échelle nationale. Quatre pays ont élaboré des plans d'action intégrés pour la lutte contre les maladies tropicales négligées; 16 pays d'endémie de géo-helminthes ont mis en œuvre des programmes de traitement vermifuge dans les écoles. Certains de ces pays ont intégré le traitement vermifuge à l'apport en vitamine A, aux campagnes de vaccination et à d'autres interventions de santé infantile.

76. L'onchocercose, encore appelée cécité des rivières, est une maladie associée à la pauvreté et touchant les communautés vulnérables des zones reculées. La cécité des rivières a un impact négatif sur la production agricole et la croissance économique en Afrique subsaharienne.

77. En 2006, le Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC) a formé 31 000 agents de santé et 350 000 distributeurs communautaires au traitement par l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC) (voir Figure 10). En partenariat avec le personnel des systèmes de santé, les distributeurs communautaires ont traité plus de 5 millions de personnes dans 15 pays.

78. Au cours de la même année, les activités opérationnelles de l'APOC ont permis de préserver 850 000 AVCI. Pour tous les 97 projets distribuant l'ivermectine, les taux moyens de couverture géographique et de couverture thérapeutique étaient de 90 % et de 69 %, respectivement. Dans les pays où la situation sociale est stable, les projets ont permis de maintenir les taux de couverture thérapeutique à un niveau élevé variant entre 78 % et 85 %. Les acquis de l'élimination du vecteur de la maladie dans deux foyers à Itwara (Ouganda) et à Bioko (Guinée équatoriale) ont été préservés. En Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, les partenaires ont tenu des réunions de portée transfrontalière pour examiner les activités de traitement dans les zones transfrontalières.

79. La stratégie TIDC a également permis de fournir de nombreuses autres prestations, en même temps que le traitement à l'ivermectine, aux communautés des zones reculées. Au total, 16 millions de personnes dans cinq pays ont bénéficié, au titre de 61 projets de TIDC, de prestations supplémentaires telles que des médicaments contre le paludisme, la filariose lymphatique et la schistosomiase; l'apport en vitamine A; et les MII.

80. Lors d'une réunion tenue en septembre à Yaoundé (Cameroun) avec les partenaires, les Ministres africains de la Santé ont réaffirmé leur engagement à accélérer l'élimination de la cécité des rivières en tant que problème de santé publique et d'une importance socioéconomique dans tous les pays. Ils ont invité instamment les pays d'endémie à allouer des fonds pour la lutte contre l'onchocercose, au titre des budgets annuels. La Déclaration de Yaoundé a contribué à soutenir les efforts de l'APOC pour transférer la responsabilité de la lutte contre l'onchocercose aux pays concernés.

81. En décembre 2006, les pays et les partenaires de développement sont convenus d'étendre les activités de l'APOC de 2010 à 2015. L'APOC a reçu mandat de jouer un plus grand rôle dans la lutte contre les maladies tropicales négligées, d'étendre sa stratégie pour inclure la lutte antipaludique et d'aider les pays à réaliser les OMD. Un compte rendu plus complet des activités de l'APOC sera fourni en 2007, à la fin de la période biennale.

Figure 10 : Un distributeur communautaire d'ivermectine mesure la taille d'un enfant à l'aide d'une toise pour déterminer la bonne dose



Maladies transmissibles : recherche (CRD)

82. Les activités de recherche visaient à maintenir et à renforcer les capacités des pays dans le domaine de la recherche par la formation et la conduite de projets de recherche. Le Bureau régional a également exploré de nouvelles possibilités de collaboration et de travail avec le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR), mis en place par l'OMS.

83. Le Bureau régional a parachevé l'élaboration d'une stratégie pour la recherche sur les maladies non transmissibles; cette stratégie a servi de base au document intitulé «Recherche en santé : Programme d'action de la Région africaine de l'OMS», adopté à la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Le Bureau a actualisé les bases de données sur les institutions de recherche et les chercheurs de la Région, et les a partagées avec les parties prenantes intéressées.

84. Le domaine d'activité a organisé deux réunions de haut niveau sur la recherche en santé pour identifier les questions essentielles et les perspectives africaines en ce qui concerne la recherche pour la santé. Les réunions ont abouti à une nouvelle vision pour les dix prochaines années et à une stratégie pour la recherche sur les maladies tropicales. Cette stratégie sera la base de la position africaine à la Conférence mondiale sur la recherche pour la santé qui se tiendra à Bamako (Mali) en 2008. En raison de l'engagement et de la participation actifs du Bureau régional aux groupes de travail et aux réunions sur la recherche concernant les maladies tropicales, des institutions et des individus de 18 pays ont bénéficié de 33 subventions de recherche et de formation. Des discussions se sont poursuivies activement sur l'institution d'un régime de petites subventions AFRO-TDR, qui cible les pays recevant des fonds du Fonds mondial de Lutte contre le VIH/SID, la Tuberculose et le Paludisme. Le Bureau régional a pris l'initiative des efforts visant à accroître les ressources humaines pour la recherche, afin de fournir un meilleur appui aux pays au titre du renforcement des capacités et des moyens de recherche.

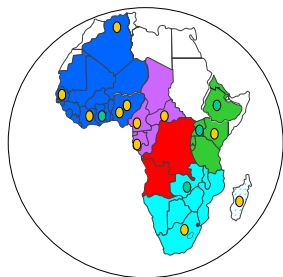
Alerte et action en cas d'épidémie (CSR)

85. Le Bureau régional a continué à faire face aux défis associés à l'alerte et à l'action en cas d'épidémie, tels qu'identifiés dans le programme de travail biennal. Au nombre de ces défis, l'on pourrait citer le renforcement et le maintien des 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 des laboratoires à confirmer les agents responsables des flambées de maladies, y compris le suivi de la résistance aux antimicrobiens.

86. La survenue de la grippe aviaire chez les volailles au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Niger et au Nigéria a constitué un défi majeur pour la Région en 2006. Le domaine d'activité du Bureau régional a participé activement à la fourniture d'un appui technique pour l'évaluation des risques; l'élaboration de plans nationaux de préparation et de riposte; et la formation des personnels de santé pour actualiser les compétences. En outre, le personnel technique a rédigé et diffusé le plan régional de préparation et de riposte à la grippe pandémique. L'unité a tenu des réunions régionales et sous-régionales; organisé des ateliers de formation des formateurs de 42 pays; entrepris des missions conjointes avec d'autres institutions des Nations Unies.

87. Le succès de la mise en œuvre de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte au niveau des pays a considérablement contribué à la détection précoce et à la maîtrise rapide des épidémies; à la production d'une information fondée sur des bases factuelles; et à l'évaluation des interventions. Les laboratoires de référence en santé publique ont activement étayé la confirmation des agents responsables des flambées de maladies en 2006. L'assurance qualité externe des laboratoires nationaux de référence a été maintenue, en collaboration avec le *National Institute for Communicable Diseases* d'Afrique du Sud, et 72 laboratoires de 46 pays ont participé à ce processus. La mise en œuvre du *Règlement sanitaire international* (2005) a été une priorité.

Figure 11: Réseau de laboratoires de la grippe de la Région africaine



88. Le Bureau régional a continué à apporter en temps voulu un appui technique aux pays faisant face à de fortes flambées de choléra. En 2006, 31 pays⁶ ont déclaré un total cumulé de 172 813 cas, dont 4 680 décès, soit un taux de létalité général de 2,7% (Figure 12). L'Angola a déclaré le plus grand nombre de cas et de décès (67 257 cas, dont 2 722 décès), suivi de la République démocratique du Congo (12 049 cas, dont 269 décès) et de l'Éthiopie (42 953 cas, dont 455 décès), ce qui représente

⁶ Angola, Bénin, Burundi, Cameroun, République du Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

une importante proportion (71%) de la charge due au choléra. Quatre pays (Burkina Faso, Kenya, Niger et Ouganda) ont déclaré des cas de méningite à méningocoques, et cinq pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali et Togo) ont signalé des cas de fièvre jaune. Parmi les autres flambées déclarées, l'on pourrait citer la peste en République démocratique du Congo ; la fièvre de la Vallée du Rift au Kenya ; et le *chikungunya* (une des multiples fièvres virales) aux Comores, à Madagascar, à Maurice et aux Seychelles. Le domaine d'activité Alerte et action en cas d'épidémie a collaboré avec Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (EHA) et avec Santé et environnement (PHE), en vue d'apporter un appui coordonné aux pays touchés.

Figure 12: Incidence du choléra dans la Région africaine de l'OMS, 2006



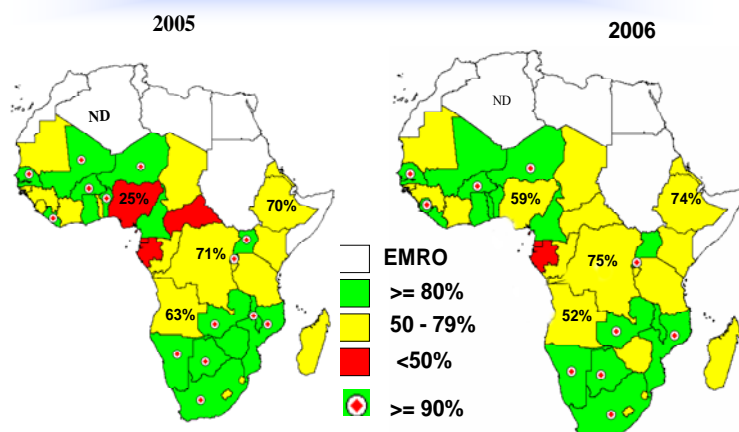
89. En 2006, le Centre de Surveillance pluripathologique de Ouagadougou a concentré l'attention sur la surveillance de la méningite et de l'onchocercose, en fournissant un appui technique à six pays⁷ dans le domaine de la surveillance et de la riposte contre la méningite. Le Centre a procédé à la formation des personnels de santé; à la conduite d'analyses de données sur la méningite couvrant une période de 20 ans au Burkina Faso, au Mali et au Niger; et à l'élaboration d'un plan stratégique décennal (2008-2016). Le laboratoire de biologie moléculaire a analysé plus de 400 000 échantillons de simule prélevés dans plusieurs pays de la Région, afin de déterminer l'infectiosité du parasite de l'onchocercose chez cette mouche. Les taux d'infectivité ont constitué la base de l'enquête épidémiologique.

Vaccination et mise au point de vaccins (IVD)

90. La couverture systématique par le DTC₃ s'est considérablement améliorée, passant de 73 % en 2005 à 82 % en 2006 (Figure 13). Tous les pays, à l'exception de l'Angola, du Gabon et de la Guinée équatoriale, ont réalisé des taux de couverture par le DTC₃ supérieurs à 50% au niveau national, alors que quatre pays n'avaient pas pu atteindre cette cible en 2005. Le Nigéria est le pays qui a accompli les progrès les plus remarquables, le taux de couverture passant de 25 % en 2005 à 77 % en 2006. Ces progrès peuvent être attribués à l'adoption et à l'intensification de l'approche «Atteindre chaque district».

⁷ Burkina Faso, Niger, Nigéria, République centrafricaine, Tchad et Togo.

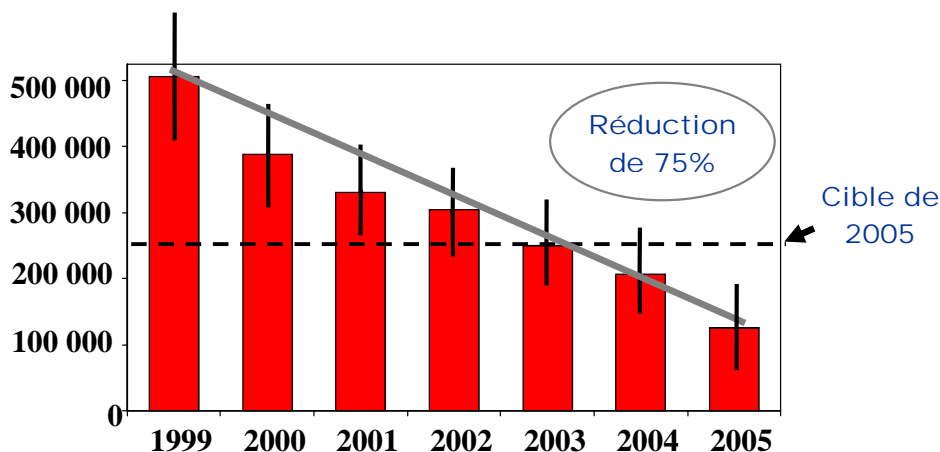
Figure 13: Couverture par le DTC3 signalée dans la Région africaine de l’OMS, 2005 et 2006



Source: OMS, Programme élargi de Vaccination, Rapport mensuel, Brazzaville, Bureau régional de l’Afrique, 2006

91. Des flambées limitées de rougeole ont été signalées dans 11 pays. Elles étaient dues pour la plupart à une couverture insuffisante par la vaccination systématique. Les résultats de la vaccination contre la rougeole étaient autrement très positifs. Au total, 35 pays ont mis sur pied une surveillance de la rougeole basée sur les cas, et 54 % des districts ont mené des investigations sur au moins un cas suspect de rougeole. Plus de 75,7 millions d’enfants dans 20 pays ont tiré parti d’une deuxième chance de vaccination contre la rougeole, au titre des activités de vaccination supplémentaires, ce qui a permis de réduire le nombre estimatif des décès imputables à la rougeole dans la Région de 75 %, supérieur à la cible fixée pour 2005 (Figure 14). Les activités de vaccination supplémentaires ont été complémentaires aux autres interventions en faveur de la survie de l’enfant.

Figure 14: Estimation de la baisse du taux de mortalité imputable à la rougeole dans la Région africaine, tous âges confondus, 1999–2005



92. Grâce à l'appui dont ils ont bénéficié, 26 pays ont mis sur pied des plans de renforcement des capacités institutionnelles des autorités nationales de régulation. Le domaine d'activité a élaboré deux prototypes de programmes pour les enseignements à dispenser sur le programme élargi de vaccination dans les écoles de médecine et de formation des infirmiers; portant sur le programme élargi de vaccination; adopté un plan d'action régional pour la formation initiale; organisé deux cours inter pays pour les cadres moyens ; et organisé dix cours nationaux pour les cadres moyens.

93. Au total, 1 091 cas de polio ont été déclarés en 2006, contre 629 en 2005. La majorité des cas étaient géographiquement concentrés dans le nord du Nigéria qui restait le seul pays d'endémie de poliomyélite. Cependant, des pays tels que l'Angola, le Cameroun, l'Éthiopie, le Kenya, la Namibie, le Niger et la République démocratique du Congo, qui étaient jusque-là exempts de polio, ont enregistré des importations du poliovirus sauvage (Figure 15).

94. Les activités de vaccination supplémentaires contre la polio ont été menées dans 15 pays et ont ciblé plus de 73 millions d'enfants. Le Nigéria a organisé des Journées de Vaccination Plus. Jusqu'à 25% d'enfants supplémentaires ont pu recevoir le vaccin dans les États à haut risque, tels que Kaduna, Kano, Katsina et Zamfara. À travers la Région, 41 pays ont atteint les normes de surveillance de la paralysie flasque aiguë requises pour la certification. La Commission régionale de certification de l'éradication de la poliomyélite en Afrique a accepté les dossiers soumis pour la certification de l'éradication de la polio par les pays suivants : Afrique du Sud, Burundi, Maurice, Ouganda et Seychelles.

Figure 15: Comparaison des cas de poliovirus sauvage dans la Région africaine, 2005 et 2006

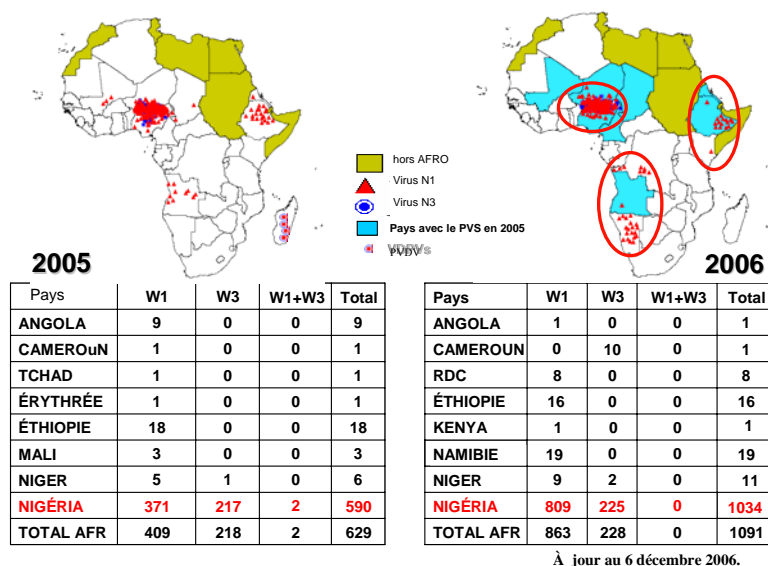
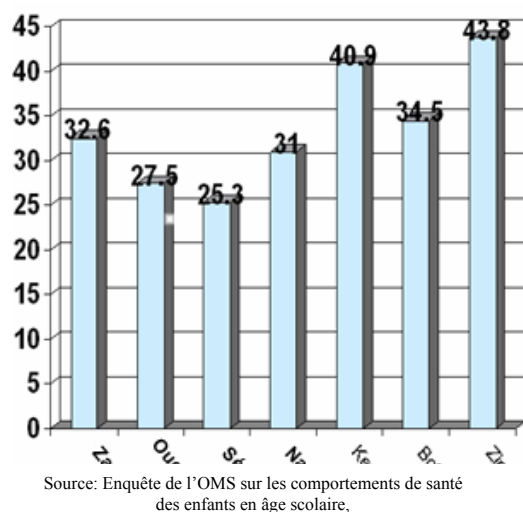


Figure 17: Pourcentage d'élèves âgés de 13 à 15 ans qui consacrent trois heures ou plus par jour à des activités sédentaires dans des pays sélectionnés de la Région africaine de l'OMS, 2006



98. Le Bureau régional a facilité un cadre pour l'élaboration de programmes nationaux de prise en charge de la drépanocytose. Ce cadre, qui a été sollicité par les États Membres lors de la cinquante-sixième session du Comité régional, a été examiné par le troisième congrès scientifique sur la drépanocytose tenu à Dakar (Sénégal). L'OMS a organisé une réunion spéciale regroupant cinq petits États insulaires (Cap-Vert, Comores, Maurice, Sao Tomé et Príncipe et Seychelles) en vue d'examiner la situation des maladies non transmissibles dans ces pays. Un appui a été fourni à des pays tels que la Côte d'Ivoire, l'Érythrée, Madagascar et le Mozambique, pour les aider à élaborer des programmes intégrés de lutte.

99. Le Cameroun et la République démocratique du Congo ont commencé à actualiser leurs programmes de lutte contre le diabète. L'Angola, le Cap-Vert, la République du Congo, la Guinée-Bissau et la Mauritanie ont élaboré des programmes nationaux de lutte contre la cécité évitable, et 39 pays ont préparé des plans nationaux de prévention de la cécité et ont participé aux ateliers Vision 2020. Certains pays tels que l'Éthiopie, le Kenya, l'Ouganda, le Rwanda et la Tanzanie ont renforcé les capacités des districts en matière de planification, au titre de l'initiation Vision 2020.

100. Un manuel intitulé *Writing oral health policy* et relatif à l'élaboration de politiques de santé bucco-dentaire a été publié et diffusé dans la Région africaine. Le Lesotho, l'Ouganda et le Rwanda ont finalisé leurs politiques nationales de santé bucco-dentaire. Grâce à l'appui dont ils ont bénéficié, 33 pays ont créé des points focaux nationaux pour la santé bucco-dentaire au sein des ministères de la santé. Suite à l'intégration de la santé bucco-dentaire dans la surveillance des maladies non transmissibles, le domaine d'activité a défini une liste d'indicateurs fondamentaux de santé bucco-dentaire. Au total, 23 pays⁸ ont déclaré des cas de noma. Le Bureau régional a renforcé le partenariat

⁸ Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Comores, République du Congo, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

noyé avec la Fondation *Winds of Hope* sur le noma. Cette fondation a fourni un appui à six pays dans la mise en œuvre de leurs programmes nationaux de lutte contre le noma.

Santé mentale et abus de substances psychoactives (MNH)

101. Les conséquences des conflits civils et politiques, des guerres et des catastrophes, notamment les déplacements de populations, ont compromis les progrès réalisés dans la prévention et le traitement des maladies transmissibles et non transmissibles. Dans ce contexte, la charge due aux troubles mentaux et neurologiques, ainsi qu'aux problèmes psychosociaux liés à l'usage nocif de l'alcool et des drogues illicites, en particulier chez les jeunes qui représentent environ 45% de la population en Afrique, s'est accrue au cours de l'année considérée.

102. Au titre du suivi de la résolution WHA58.26 de l'Assemblée mondiale de la Santé relative aux problèmes de santé publique causés par l'usage nocif de l'alcool, le Bureau régional a formé 28 professionnels de 16 pays à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies appropriées. La formation était axée sur l'identification, la prise en charge, le traitement et la prévention des conséquences sociales et sanitaires de l'usage de l'alcool et des autres substances psychoactives.

103. En 2006, le domaine d'activité a établi la cartographie des compétences dans la Région africaine. Tous les 46 pays ont recueilli des données sur les personnels infirmiers spécialisés en santé mentale, dans le cadre d'une enquête qui a permis d'identifier les besoins en ce qui concerne la formation, le renforcement des capacités et l'amélioration du cadre et des conditions de travail. Des problèmes se sont également posés pour ce qui est de la mise en œuvre d'interventions appropriées de santé mentale aux différents niveaux des systèmes de soins de santé dans les pays, en particulier au niveau des soins de santé primaires.

104. Douze experts de dix pays de la Région ont examiné et sélectionné les domaines et les niveaux d'intervention prioritaires pour intégrer la santé mentale dans les services de soins de santé primaires. Ils ont accordé la priorité aux affections associées à l'épilepsie, à la psychose, à la dépression et à l'abus de substance psychoactives. Avec l'appui du Bureau régional, le Ghana et Maurice ont formé des experts à l'élaboration et à la révision de la législation nationale sur la santé mentale. La Gambie a élaboré une politique de santé mentale et un plan d'action quinquennal. Le Bénin, la République centrafricaine et la République du Congo ont engagé un processus participatif similaire d'élaboration de politiques de santé mentale, en mettant l'accent sur la protection des droits humains fondamentaux, notamment pour les personnes vivant dans des conditions difficiles. Le Cap-Vert, le Gabon et la Namibie ont mis au point du matériel audiovisuel pour promouvoir la sensibilisation.

Tabac (TOB)

105. Le Bureau régional a créé une banque de données sur les taux de prévalence de l'usage du tabac dans 90% des pays de la Région africaine. Au cours de l'année considérée, l'usage du tabac est resté encore relativement élevé en Algérie (12,8 %), en République du Congo (14,4 %), à Madagascar (20 %), au Mozambique (18,7 %) au Zimbabwe (12,1 %). L'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes a montré que la consommation régulière de tabac commence tôt chez les jeunes garçons présentant des troubles de l'attention. Les raisons expliquant les niveaux élevés des taux de consommation de tabac chez les personnes présentant des troubles mentaux et des troubles du comportement n'étaient pas évidentes. L'exposition à la fumée du tabac d'autrui demeurait un problème dans les pays africains où les mesures interdisant la consommation de tabac dans les lieux publics restaient insuffisantes. Les enfants représentaient une importante tranche de la population victime de la consommation passive de tabac.

106. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a été ratifiée par 30 pays. La première Conférence des Parties s'est tenue avec succès en février 2006 à Genève. Elle a enregistré la participation de 16 pays à faible revenu de la Région africaine. Le Bureau régional a élaboré des lignes directrices pour la mise en œuvre de cette convention, à l'intention des Parties contractantes.

Certains pays ont élaboré et ont commencé à appliquer la législation sur la lutte contre le tabac. Grâce à l'appui qui leur a été fourni, dix nouveaux pays ont formé les personnels de santé à la préparation et à la conduite de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes. Au cours des ateliers de formation, les participants issus de 18 pays ont été initiés à l'analyse des données.

Promotion de la santé (HPR)

107. En 2006, Le Bureau régional a entrepris le renforcement des capacités, en réponse à l'accent mis sur les divers déterminants sous-jacents de la santé. Le renforcement des capacités a permis aux équipes des pays de mettre en œuvre des politiques, actions et interventions novatrices complètes de promotion de la santé, et d'entreprendre la collecte et la diffusion de données. Avec l'appui du Bureau régional, les pays ont formé des experts à la révision des politiques nationales de promotion de la santé. L'Érythrée, la Guinée-Bissau, le Malawi, le Mozambique, le Sénégal et le Swaziland ont commencé à étendre leurs politiques. D'autres pays ont élaboré de nouvelles politiques pour faciliter l'intensification et l'extension de la collaboration intersectorielle dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie. L'Institut régional de Santé publique du Bénin et l'*Iringa Primary Health Care Institute* de Tanzanie ont amorcé l'élaboration de nouveaux modules d'enseignement pour la promotion de la santé. Ces modules visent l'acquisition de compétences. Les personnels de santé ayant suivi avec succès la formation basée sur ces modules pourront faciliter la mise en œuvre d'interventions intégrées de lutte contre les maladies à forte prévalence et émergentes.

108. Après un séminaire interpays organisé par le Bureau régional, 14 pays de la Communauté de Développement de l'Afrique australe ont engagé un processus à long terme de renforcement de leurs infrastructures de promotion de la santé, de leurs politiques et de leurs mécanismes de financement. L'Afrique du Sud a mis en œuvre, dans deux provinces, des projets communautaires interactifs de prévention des maladies non transmissibles. Les projets utilisaient à la fois les ressources locales et nationales.

109. Grâce à l'appui dont ils ont bénéficié, le Mozambique, la Namibie et le Zimbabwe ont mis en œuvre des interventions complètes visant à permettre aux jeunes de lutter contre le VIH, le SIDA, l'abus des substances psychoactives, l'inactivité physique, la mauvaise alimentation et d'autres problèmes de santé. L'OMS a collaboré avec *Education International* pour aider 14 pays⁹ à mobiliser les enseignants pour les amener à prendre des mesures de prévention de l'infection à VIH et à soutenir ceux de leurs collègues vivant avec le VIH et le SIDA. La mise en œuvre de modèles d'intervention en faveur de la santé en milieu scolaire s'est poursuivie au Bénin et en Zambie. L'Afrique du Sud, l'Algérie, Maurice, la Namibie et les Seychelles ont continué à mettre en œuvre l'initiative pour la promotion de la santé en milieu scolaire.

110. L'Afrique du Sud, le Cameroun, le Ghana, Maurice et les Seychelles ont lancé ou poursuivi des activités ciblant les modes de vie, au titre de la lutte contre les maladies non transmissibles. À cet égard, l'activité physique et la bonne alimentation ont été les principaux domaines d'intervention. Le grand intérêt manifesté par les points focaux, les experts régionaux et les administrateurs des programmes de l'OMS pour la promotion de la santé a permis de renforcer et d'utiliser la promotion de la santé dans la Région, mais le manque de personnels hautement qualifiés et les faiblesses des infrastructures des pays ont constitué des handicaps majeurs.

Violence, traumatismes et incapacités (INJ)

111. Dans de nombreux pays, les inondations ont été une cause courante de décès, mais ceux-ci étaient rarement reconnus, car ils intervenaient dans la plupart des cas avant l'arrivée à l'hôpital. En 2006, parmi les autres causes importantes de traumatismes, l'on pourrait citer les chutes et les

⁹ Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Lesotho, Mali, Mauritanie, Namibie, Niger, Swaziland, Togo, Zambie et Zimbabwe.

brûlures. Les incapacités, notamment la cécité, ont aussi été un grave problème de santé. Les accidents de la circulation ont provoqué le plus grand nombre de décès non naturels et se sont maintenus parmi les cinq principales causes de décès et d'incapacité chez les personnes âgées de 5 à 44 ans.

112. En octobre 2005, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution sur la sécurité routière (A/60/5). Cette résolution reconnaissait la nécessité de susciter en permanence une prise de conscience et invitait les Commissions économiques régionales des Nations Unies et l'OMS à organiser conjointement la première Semaine mondiale des Nations Unies sur la Sécurité routière. En 2006, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a noué des partenariats avec la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique et des ONG internationales pour préparer la Conférence de haut niveau sur la sécurité routière en Afrique, qui aura lieu en 2007.

113. Les traumatismes causés par les conflits armés, les violences interpersonnelles, les suicides et les violences à l'encontre des enfants sont restés d'un niveau important. À la suite du plaidoyer soutenu mené par le Bureau régional, un certain nombre de pays de la Région ont accordé la priorité aux traumatismes et à la violence dans leurs programmes d'action. En avril, l'Afrique du Sud a abrité la huitième Conférence mondiale sur la Violence et les Traumatismes. Cette dernière a enregistré la participation de délégués de 11 pays.

114. L'élaboration du *Rapport sur la violence et la santé en Afrique* a commencé. Ce rapport sera lancé en 2007. Il sera utilisé par les pays, les communautés et la société civile pour faire campagne en faveur des interventions de prévention de la violence et pour mettre ces interventions en œuvre. L'Éthiopie a élaboré une politique de prévention de la violence et des traumatismes, en recourant à cet effet à un processus complet de consultations multisectorielles. Le Ghana a élaboré et lancé une politique sur les incapacités et la réadaptation.

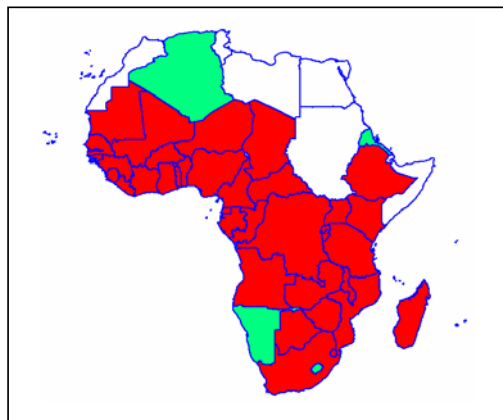
SANTÉ FAMILIALE ET GÉNÉSIQUE

115. En 2006, la Division de la Santé familiale et génésique et ses cinq domaines d'activités ont fourni un appui aux États Membres pour les aider à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement 3, 4, 5 et 6. L'appui fourni a permis de continuer à promouvoir la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; la prévention et la prise en charge de la violence sexuelle et sexospécifique ; et la prévention de la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant. En outre, les programmes de nutrition et de santé maternelle ont aidé les pays à lutter contre la malnutrition et les maladies émergentes ayant des effets ravageurs sur les groupes vulnérables.

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

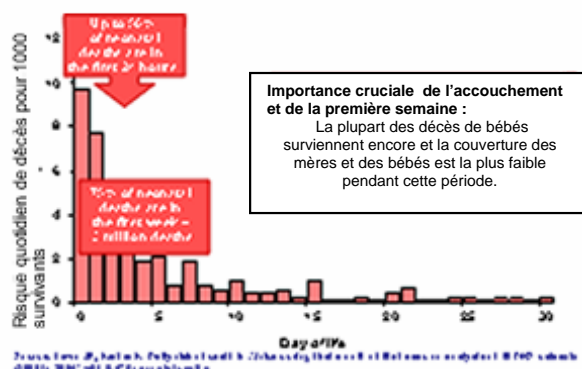
116. Selon les estimations, environ 4,6 millions d'enfants de moins de cinq ans décèdent chaque année dans la Région africaine, des suites d'affections évitables et traitables. La plupart des pays présentent des taux de mortalité des moins de cinq ans supérieurs à 90 pour 1 000 naissances vivantes (voir Figure 18). Préoccupés par cette situation, les Ministres de la Santé ont adopté la Stratégie de Survie de l'Enfant et la résolution y afférente, élaborées conjointement par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale, lors de la cinquante-sixième session du Comité régional tenue en 2006. Par la suite, le Bureau régional a fourni à certains pays un appui pour les aider à élaborer des stratégies nationales et d'autres mesures en faveur de la survie de l'enfant, afin de promouvoir la santé néonatale.

Figure 18 : Les 37 pays africains présentant les taux de mortalité infantile les plus élevés



117. Compte tenu du fait que la mortalité néonatale est plus élevée au cours des 24 premières heures de vie (Figure 19), des pays tels que l'Érythrée, la Gambie, le Malawi et le Mozambique ont adapté les lignes directrices pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), afin de garantir des soins appropriés et en temps voulu au nouveau-né. Le Cap-Vert et la Côte d'Ivoire ont organisé leurs premières sessions de formation à la PCIME au niveau national. Le Libéria, le Rwanda et la Sierra Leone ont revu et adapté les lignes directrices pour la PCIME. Le Gabon, la Guinée et la République centrafricaine ont adopté la formation initiale à la PCIME. L'Afrique du Sud et la République démocratique du Congo ont entrepris des évaluations de la PCIME.

Figure 19: Mortalité néonatale en Afrique



118. La Tanzanie et la Zambie ont entrepris des évaluations des soins au nouveau-né. La recherche opérationnelle en Zambie a établi un tableau de comparaison des compétences des agents de soins de santé primaires dans le domaine de la prise en charge des enfants malades. Les chercheurs de Zambie ont analysé l'efficacité des cours de formation à la PCIME d'une durée de 11 jours et de ceux d'une durée de six jours. Une décision politique a ensuite été prise de recourir aux cours d'une durée de six jours pour la formation des agents de soins de santé primaires à la PCIME.

119. Le Ghana, le Mali et le Sénégal ont entrepris des évaluations de la qualité des soins dans les hôpitaux de référence. Le Nigéria a organisé des cours de formation au triage, à l'évaluation et au traitement. Il a aussi diffusé les normes pour les soins aux enfants malades dans les hôpitaux de référence.

120. Avec l'appui du Bureau régional, l'Éthiopie, le Nigéria, l'Ouganda et la Zambie ont organisé des ateliers de formation à la prise en charge du VIH/SIDA pédiatrique, sur la base de l'approche de la PCIME, et 16 autres pays ont bénéficié de sessions de mise à niveau pour la prise en charge des maladies diarrhéiques et pour la prévention, le traitement et les soins du VIH/SIDA pédiatrique. Le Gabon, la Guinée-Bissau et la Mauritanie ont élaboré des plans nationaux pour la PCIME au sein des communautés. Madagascar et le Niger ont élaboré des matériels de formation à la prise en charge des maladies de l'enfant au sein des communautés. Le Ghana, Madagascar, l'Ouganda et la Zambie ont organisé des semaines de la santé infantile qui offraient un paquet intégré d'interventions en matière de santé et de nutrition.

121. Au cours de l'année considérée, 38 pays ont systématiquement mis en œuvre des programmes de santé et de développement de l'adolescent. Le Burkina Faso, le Malawi et le Swaziland ont lancé des services de santé tenant compte de l'adolescent. Le Lesotho, le Sénégal et la Tanzanie ont étendu leurs services. Le Mozambique, la Namibie et le Zimbabwe ont renforcé l'approche basée sur l'alliance entre parents, adolescents et communautés. Le domaine d'activité a documenté et diffusé les leçons apprises.

Santé génésique (RHR)

122. Face aux problèmes et défis qui se posaient, le domaine d'activité Santé génésique a fourni un appui technique aux pays pour leur permettre de renforcer leurs capacités de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des services de santé génésique ; encouragé l'utilisation de pratiques fondées sur des bases factuelles dans la mise en œuvre des interventions ; promu la recherche et les résultats de la recherche en vue de l'amélioration des programmes de santé sexuelle et génésique, ainsi que de la prestation de services.

123. Avec l'appui du Bureau régional, le Burkina Faso, le Ghana et le Sénégal ont procédé à l'évaluation des centres de recherche en santé génésique, afin de renforcer leurs capacités de recherche et de formation, et ont élaboré des plans de collaboration avec ces centres. L'Angola, le Cap-Vert, la Guinée-Bissau, le Mozambique et Sao Tomé et Príncipe ont formé 25 administrateurs de programmes de l'OMS et des ministères de la santé dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile. L'Érythrée, le Kenya, le Mozambique, la Tanzanie et le Zimbabwe ont formé 16 administrateurs de programmes et gestionnaires de données à l'utilisation d'outils intégrés de suivi et de supervision. Dans le contexte du suivi de l'Initiative Vision 2010 des Premières Dames d'Afrique de l'Ouest, la première réunion du Groupe de travail sur la santé maternelle, néonatale et infantile, organisée en octobre, est parvenue à un consensus sur la liste régionale des indicateurs de santé maternelle et néonatale.

124. Six pays¹⁰ ont mis en œuvre des projets de démonstration de la faisabilité et de l'acceptabilité de l'intégration du dépistage du cancer du col de l'utérus dans les services de santé génésique. Onze pays¹¹ ont diffusé des lignes directrices et des matériels de formation pour la santé maternelle, la planification familiale et les infections sexuellement transmissibles. Onze pays ont encouragé l'utilisation des résultats de la recherche opérationnelle pour améliorer la qualité des soins. À cet égard, l'on pourrait citer l'exemple de l'étude sur l'utilisation du partogramme en Guinée.

¹⁰ Madagascar, Malawi, Nigeria, Ouganda, Tanzanie et Zambie.

¹¹ Afrique du Sud, Bénin, Cameroun, Guinée, Kenya, Madagascar, Nigeria, Rwanda, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

125. L'unité technique a élaboré un cadre régional pour l'intégration de la planification familiale, de la prévention de la transmission (du VIH) de la mère à l'enfant, du paludisme pendant la grossesse, et de la nutrition dans les services de santé maternelle et infantile. Le Bureau régional a fourni un appui pour la formulation de la stratégie de la Communauté de Développement de l'Afrique australe en matière de santé génésique. La révision de l'instrument de plaidoyer en faveur de la planification familiale a commencé au cours de l'année 2006 et sera parachevée en 2007.

Pour une grossesse à moindre risque (MPS)

126. La mortalité maternelle est restée élevée dans la Région africaine en 2006. En plus de l'absence de personnels qualifiés pour l'assistance à l'accouchement, l'infection à VIH et le paludisme chez les femmes enceintes ont considérablement contribué à la mortalité maternelle et aux modestes résultats obtenus sur le plan de la santé néonatale. Le domaine d'activités Pour une grossesse à moindre risque a œuvré de concert avec d'autres domaines d'activités à l'élaboration d'un projet de cadre pour l'intégration des services de santé maternelle, néonatale et infantile.

127. Le Bureau régional a fourni une aide à 25% des pays de la Région africaine pour leur permettre d'élaborer des feuilles de route nationales pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Le Burkina Faso, le Mali, la Mauritanie, le Sénégal et le Togo ont formé 16 animateurs à l'utilisation de l'outil REDUCE/ALIVE, ce qui a abouti à l'adoption de politiques nationales prévoyant des prestations gratuites pour les femmes enceintes. Neuf pays d'Afrique de l'Ouest ont renforcé les capacités de 30 journalistes à faire des reportages sur la santé maternelle et néonatale. L'Érythrée, le Kenya, le Mozambique, la Tanzanie et le Zimbabwe ont formé 14 administrateurs de programmes à l'utilisation des outils informatiques mis au point par l'OMS pour le suivi et la supervision des activités de santé maternelle, néonatale et infantile.

128. Plusieurs pays ont dispensé une formation dans le domaine des interventions de prévention de l'infection à VIH, notamment la prévention de la transmission (du VIH) de la mère à l'enfant, et dans celui des soins, du traitement et du soutien pour combattre le VIH pédiatrique. Le Cameroun, l'Érythrée, la Gambie, la Guinée équatoriale et la République centrafricaine ont révisé leurs politiques et programmes de lutte contre le paludisme pendant la grossesse. Le Bureau régional a fourni un appui technique à la Communauté sanitaire régionale de l'Afrique orientale, centrale et australe pour l'aider à élaborer des notes d'orientation sur les politiques et un plan stratégique sur le paludisme pendant la grossesse.

Genre et santé de la femme (WMH)

129. En 2006, bon nombre de femmes africaines ne bénéficiaient pas encore de la couverture universelle et n'avaient pas accès à des soins de santé sexuelle et génésique complets et de qualité. Une étude conduite par l'OMS sur la santé de la femme et la violence a signalé une prévalence élevée de la violence sexuelle et sexospécifique. En Afrique, plus de trois millions de filles subissent des mutilations sexuelles féminines (MSF) chaque année. Le Bureau régional a poursuivi la mise en œuvre de la Stratégie de la santé de la femme, élaborée en 2003. Au cours de l'année, l'accent a été mis sur les voies et moyens d'aborder trois grandes questions : la sensibilisation aux besoins sanitaires des femmes, la violence sexuelle et sexospécifique, et les mutilations sexuelles féminines.

130. Avec l'appui du Bureau régional, le Kenya, le Nigéria, l'Ouganda et la Tanzanie ont partagé leurs expériences et formé des professionnels de la santé à l'analyse et à l'intégration des questions de genre. Ces mêmes pays ont utilisé la trousse genre et santé, les lignes directrices pour l'intégration du genre et la matrice d'analyse de genre pour réviser leurs plans de travail sur le VIH et le SIDA, le paludisme, et la morbidité et la mortalité maternelles. L'OMS a mené le plaidoyer en faveur de l'utilisation de la matrice d'analyse de genre pour garantir la disponibilité de données ventilées par sexe. À la suite de ce plaidoyer, les Communautés économiques régionales ont recouru à l'analyse de genre pour améliorer la planification et la programmation.

131. L'Union africaine, l'Union parlementaire africaine et l'Association internationale des Femmes Médecins ont fait appel à l'expertise de l'OMS pour revoir et établir leurs programmes sur les MSF et la violence sexuelle et sexospécifique. En collaboration avec le Bureau régional de l'OMS et FORWARD, le Kenya a accueilli une réunion à laquelle ont pris part l'Afrique du Sud, le Burkina Faso, la Mauritanie et le Nigéria. Cette réunion était chargée d'examiner les aspects juridiques des MSF et les questions connexes liées aux mauvais traitements infligés aux enfants et à la protection des enfants. Au total, 25 pays ont participé à une session de télé-médecine sur les MSF. Les journées nationales d'information organisées au Mali et au Sénégal ont contribué à renforcer l'engagement en faveur de l'éradication des MSF. Le Bureau régional a aidé la GTZ à élaborer son plan d'action pour les MSF chez les femmes migrantes et réfugiées.

Nutrition (NUT)

132. Dans la Région africaine, l'alimentation inadéquate du nourrisson et du jeune enfant et les carences nutritionnelles sont demeurées des facteurs importants de mortalité et de morbidité. Une proportion de plus de 50% de la mortalité et de la morbidité chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans était imputable à la malnutrition. En outre, l'obésité, le diabète, certains cancers liés au régime alimentaire et les maladies cardiovasculaires représentaient 28% de la morbidité et 35% de la mortalité.

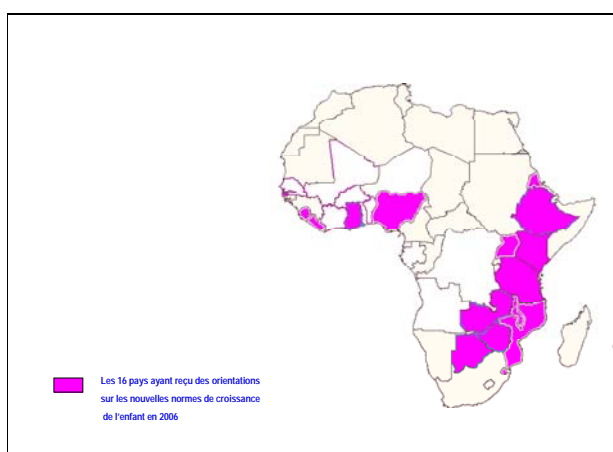
133. Le Bureau régional a élaboré un plan d'action pour mettre en œuvre la stratégie de nutrition, et 23 pays se sont engagés à lutter contre la malnutrition en Afrique en utilisant une approche multisectorielle. Le Bénin, le Mali, le Niger, le Togo et la Zambie ont élaboré leurs stratégies nationales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le Bureau régional a aussi élaboré des cadres pour l'intégration de la nutrition dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile, et pour la prise en compte des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les propositions soumises au Fonds mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. L'OMS a renforcé les partenariats noués avec les autres organisations et avec les principaux acteurs pour rationaliser la nutrition et mobiliser des ressources pour les interventions aux niveaux régional et national.

134. Huit pays ont bénéficié d'un appui qui leur a permis de réviser leurs politiques de lutte contre la sous-nutrition de la mère et de l'enfant. Le Botswana, l'Érythrée, la Guinée, le Kenya et le Malawi ont parachevé leurs politiques et plans sur l'alimentation et la nutrition, tandis que 11 pays ont élaboré des plans de mise en œuvre de l'Initiative pour des hôpitaux plus accueillants pour les bébés, dans le contexte de la lutte contre le VIH/SIDA. Afin d'intégrer la nutrition dans les feuilles de route nationales pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, 22 pays ont élaboré des plans d'action pour la promotion d'une croissance et d'un développement optimaux du fœtus. Le Nigéria a procédé à la mise en forme définitive d'un manuel de formation consacré au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, tandis que la Gambie et la Zambie ont fait de ce code des lois nationales.

135. Le Botswana, Madagascar, le Niger et la Tanzanie ont organisé des cours de formation à l'élaboration de lignes directrices nationales pour la prise en charge des cas graves de malnutrition dans les formations sanitaires. Huit pays¹² ont utilisé le cours intégré sur les conseils pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, à des fins de formation des formateurs. Le domaine d'activité a donné des orientations à 16 pays sur les nouvelles normes de l'OMS en matière de croissance de l'enfant (Figure 20) et sur la redynamisation du système de surveillance de la nutrition en vue de suivre la situation de la nutrition dans la Région.

¹² Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Nigeria, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

Figure 20 : Pays de la Région africaine ayant reçu des orientations sur les nouvelles normes de l'OMS en matière de croissance de l'enfant, 2006



MILIEUX FAVORABLES À LA SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DURABLE

136. En 2006, le Bureau régional s'est attaqué à certains des défis associés aux milieux favorables à la santé et au développement durable, grâce à la contribution des quatre domaines de travail de la Division Milieux favorables à la Santé et Développement durable : 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)

137. En 2006, la pauvreté, les conflits et les risques associés à la contamination de l'eau et des aliments, l'inadéquation de l'assainissement et l'insalubrité de l'environnement demeuraient les principaux déterminants de la santé en Afrique. Il restait moins de huit ans pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). L'intérêt suscité pour les progrès accomplis vers la réalisation des OMD constituait un facteur incitatif dans bon nombre de pays. Les *Orientations de l'action de l'OMS dans la Région africaine, 2005-2009* ont affiné les priorités de la Région face aux principaux déterminants de la santé.

138. L'appui financier fourni par l'intermédiaire du programme de partenariat UE-OMS a permis à six pays de la Région d'accorder l'attention voulue aux OMD. Le Bureau régional a fait établir un rapport passant en revue les progrès accomplis par les pays vers la réalisation des OMD, et il ressort des données préliminaires que peu de pays de la Région africaine assuraient le suivi des OMD. Compte tenu de la rareté des données disponibles, il était nécessaire d'entreprendre une évaluation plus détaillée. Le défi à relever par l'OMS consistait à aider les pays à assurer le suivi et l'évaluation des progrès accomplis. L'OMS a continué à préparer des cadres et des lignes directrices pour aider les pays à élaborer et à mettre en œuvre des politiques et stratégies permettant de réduire les inégalités et d'accroître les investissements sanitaires bénéficiant aux pauvres.

139. Le Bureau régional a préparé un projet de cadre pour les déterminants sociaux de la santé. Il a organisé une réunion à l'intention d'animateurs de la société civile africaine en vue d'élaborer un plan de travail qui garantisse la participation de la société civile africaine à la Commission des

Déterminants sociaux de la Santé (CDSS) de l'OMS. Le Secrétariat de la CDSS a fourni un appui pour la conduite d'études sur l'accès équitable aux services de soins de santé dans plusieurs pays.

140. Le Kenya a abrité la cinquième réunion de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS à Nairobi et a décidé de créer une commission nationale des déterminants sociaux de la santé. Pour promouvoir les questions relatives au commerce, à la pauvreté et à la santé au service du développement durable, le personnel technique a préparé un document qui a été soumis à l'examen des États Membres au cours de la cinquante-sixième session du Comité régional. À l'issue de l'examen de ce document, les États Membres ont adopté une résolution par laquelle ils se sont engagés à promouvoir l'équité dans les questions liées au développement sanitaire.

Santé et environnement (PHE)

141. En 2006, entre 60% et 70% des maladies infectieuses et parasitaires dans la Région africaine étaient imputables à des facteurs environnementaux. Ces facteurs étaient associés principalement à une urbanisation anarchique caractérisée par des structures mal construites. Au sein des ménages et des communautés, l'insuffisance de l'approvisionnement en eau potable, le manque d'assainissement et les comportements peu sains ont considérablement contribué au mauvais état de santé. Bon nombre des maladies susmentionnées auraient pu être évitées si des ressources suffisantes avaient été disponibles et si l'on avait fait preuve de volonté politique en faveur des changements. Il était également amplement établi que les changements climatiques contribuaient sensiblement à l'augmentation des taux de transmission des maladies.

142. Au cours de l'année, les Comores, le Gabon, la Guinée, le Kenya et le Rwanda ont commencé à élaborer des politiques nationales sur l'hygiène du milieu. La Gambie et le Swaziland ont mis l'accent sur la promotion de la santé du travail. Au total, 18 pays ont élaboré des plans d'action spécifiques pour la gestion des déchets. Cinq pays ont renforcé leurs activités de suivi de la qualité de l'eau de boisson. La Guinée-Bissau, Sao Tomé et Príncipe et le Zimbabwe ont amélioré l'assainissement grâce à l'aménagement de puits et de latrines. Le Cameroun, le Kenya, le Mali et le Mozambique ont documenté les milieux scolaires, la sécurité sanitaire des aliments et les conditions d'hygiène. Avec l'appui technique du Bureau régional, la Côte d'Ivoire a géré la crise du déversement de déchets toxiques sur son territoire.

143. Le Kenya a lancé un projet visant à réduire la vulnérabilité aux risques pour la santé liés à la variabilité du climat et aux changements climatiques. Le Cameroun et la République du Congo ont préparé leurs profils entomologiques du paludisme, tandis que l'Éthiopie, le Nigéria et la République démocratique du Congo lançaient la préparation de ces profils. Grâce à l'appui qui leur a été fourni par le Bureau régional, l'Angola, le Cameroun, le Kenya, le Mali et le Mozambique ont procédé à l'évaluation des besoins des établissements scolaires dans les domaines de la sécurité sanitaire des aliments et de l'hygiène du milieu.

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

144. En 2006, des situations d'urgence sanitaire résultant de conflits civils, de mauvaises récoltes, de sécheresses et d'inondations ont continué à créer des défis dans la Région africaine. Les problèmes de gouvernance ont affecté les activités agricoles, entraînant l'insécurité alimentaire dans certains pays d'Afrique australe, tandis que les sécheresses et inondations continuaient de coexister dans la Corne de l'Afrique. Le Bureau régional a lancé une enquête sur l'action sanitaire en cas de crise au niveau mondial. Les résultats de cette enquête serviront de base pour l'appui aux pays dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours. Toutefois, les capacités disponibles à cette fin demeuraient bien faibles.

145. La Région a recruté trois nutritionnistes supplémentaires qui ont été affectés aux trois équipes d'appui interpays, de même que six autres points focaux, ce qui a porté l'effectif du domaine d'activité en 2006 à 21 fonctionnaires. Pour poursuivre l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action, la Région a également recruté des administrateurs professionnels nationaux. Le Bureau régional a fourni à 23 pays un appui technique, matériel et financier pour les aider à entreprendre leurs activités dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours. Grâce à l'appui dont ils ont bénéficié, le Mozambique et Sao Tomé et Príncipe ont participé à une formation organisée au Brésil à l'intention des hauts responsables des questions relatives à la préparation aux situations d'urgence et à l'organisation des secours. Des ressortissants du Bénin, de la Côte d'Ivoire, de la République démocratique du Congo, du Sénégal et du Togo ont participé à un séminaire organisé par l'Institut de Santé publique du Bénin.

146. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ont ouvert un centre de collaboration dans la Corne de l'Afrique. Ce centre est établi à Nairobi (Kenya) et vise à faire face aux catastrophes naturelles et aux crises chroniques dans cette partie du continent. Les efforts déployés dans la Région par les domaines d'activités Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (Bureau régional) et Action sanitaire en cas de crise (Siège), tout comme le succès de l'exécution des projets financés par l'OCHA, ont facilité l'obtention de dons du Fonds central d'intervention d'urgence en faveur de 11 pays africains, beaucoup d'entre eux bénéficiant de plus de deux dons.

Sécurité sanitaire des aliments (FOS)

147. En 2006, les aliments et l'eau contaminés ont continué à causer jusqu'à cinq épisodes de diarrhée par enfant par an et ont entraîné au total le décès de quelque 700 000 personnes en Afrique, tous âges confondus. Plusieurs flambées d'origine alimentaire sont survenues dans la Région, et les taux de létalité de l'aflatoxicose aiguë ont atteint 40%. Les autres préoccupations en matière de sécurité sanitaire des aliments concernaient les menaces nouvelles et émergentes de contaminants chimiques tels que les pesticides, la contamination nucléaire et les toxines microbiennes. Le financement disponible pour garantir la sécurité sanitaire des aliments demeurait insuffisant. La plupart des systèmes nationaux de contrôle des aliments continuaient de relever de plusieurs organismes sectoriels, avec des mandats pas suffisamment définis, des lois inadéquates sur l'alimentation, des infrastructures de laboratoire inadéquates, et des activités de surveillance présentant des faiblesses.

148. En se basant sur les orientations de la résolution AFR/RC33/R5 sur la salubrité des aliments, le Bureau régional a concentré ses activités au cours de l'année sur le renforcement des capacités de surveillance des maladies d'origine alimentaire ; l'amélioration de la participation des pays à la Commission du Codex Alimentarius ; l'élaboration de politiques et stratégies de sécurité sanitaire des aliments ; la formation du personnel aux implications des mycotoxines dangereuses présentes dans les aliments ; et l'éducation dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments.

149. Le Bureau régional a parachevé les lignes directrices pour la surveillance des maladies d'origine alimentaire et le contrôle des aliments, ainsi que les lignes directrices pour les politiques et la législation régissant la sécurité sanitaire des aliments. Le Kenya a révisé sa politique sur la sécurité sanitaire des aliments, et l'Algérie a lancé un plan d'action national pour la sécurité sanitaire des aliments. Le Bureau régional a fourni un appui au Kenya lors des flambées d'aflatoxicose survenues dans ce pays ; au Botswana pour faire face à la diarrhée infantile ; et à l'Éthiopie pour combattre la diarrhée aqueuse aiguë. Le Sénégal a mis en place un système de surveillance des maladies d'origine alimentaire.

Figure 21 : Produits périmés saisis au cours d'une campagne de sécurité sanitaires des aliments au Lesotho

150. Des participants venus du Cameroun et du Ghana ont pris part à l'atelier organisé en octobre par Total sur la formation dans le domaine du régime alimentaire, ce qui leur a permis d'acquérir des compétences en suivi des produits chimiques dans les aliments. Des délégués de l'Afrique du Sud, du Botswana, du Lesotho, de la Namibie, de la Zambie et du Zimbabwe ont participé à un atelier conjoint OMS/FAO sur le renforcement de la sécurité sanitaire des aliments dans les entreprises alimentaires petites et moins développées. Le Bureau régional a procédé, à titre pilote, à l'essai du document sur les orientations FAO/OMS pour l'application de l'analyse des risques-points critiques pour leur maîtrise dans les entreprises alimentaires petites et moins développées, et a préparé des propositions invitant l'Organisation mondiale du Commerce à fournir des fonds pour financer des projets au Bénin et en Tanzanie.



151. Le Bureau régional a présenté un rapport sur les activités de renforcement des capacités à la vingt-neuvième session de la Commission du Codex Alimentarius et au Comité de Coordination du Codex pour l'Afrique. Le Fonds d'affection spéciale du Codex a fourni un appui à 22 pays africains pour faciliter leur participation à diverses réunions du Codex. La République du Congo et le Lesotho ont réactivé leurs comités nationaux du Codex. La République démocratique du Congo et la République du Congo ont pris part à un cours de formation organisé par l'OMS et la FAO sur le Codex. Des participants du Cameroun, de la République du Congo, de la Guinée, du Lesotho, du Mali et du Tchad ont lancé des projets d'éducation dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments en utilisant les Cinq Clés de l'OMS pour des aliments plus sûrs.

ADMINISTRATION ET FINANCES

152. Le succès de la mise en œuvre des programmes techniques de l'OMS au niveau des pays dépend en partie de la prestation efficace de services d'appui par la Division de l'Administration et des Finances. En 2006, l'accent placé par la Division sur la prestation de services a été dominé par la mise en place des équipes d'appui interpays (EAIP) dans trois pays (Burkina Faso, Gabon et Zimbabwe); la réaffectation et la nomination de membres du personnel au Bureau régional à Brazzaville; et la fermeture du Bureau régional auxiliaire de Harare. Pour appuyer et poursuivre la mise en œuvre du processus de restructuration, la Division a placé un plus grand accent sur les prestations des domaines d'activités suivants : Infrastructure et logistique; Gestion des ressources humaines à l'OMS; et budget et gestion financière.

Infrastructure et logistique (IIS)

153. En 2006, le Bureau régional a mis en œuvre la décision des États Membres de faire revenir toutes les fonctions et tous les personnels à son lieu initial de Brazzaville. Toutefois, les locaux à usage de bureaux disponibles au sein du complexe du Bureau régional demeuraient très limités, par rapport aux besoins. Il n'était pas non plus possible de loger tous les membres du personnel recrutés sur le plan international dans l'enceinte du Bureau régional. En conséquence, le personnel réaffecté à Brazzaville a été encouragé à louer des logements privés hors de l'enceinte de l'OMS. Au Gabon, le Gouvernement a mis un bâtiment à la disposition de l'équipe d'appui interpays. Des travaux de rénovation ont commencé pour que ce bâtiment réponde aux normes requises.

154. Le processus de passation de marchés pour les fournitures et services, sur la base des procédures d'appel d'offres approuvées, s'est considérablement amélioré aussi bien au niveau du Bureau régional qu'au niveau des pays, en partie à la suite de l'installation d'une base de données actualisée sur les fournisseurs et de la mise en place d'un système d'enregistrement des données statistiques.

155. S'agissant de la sécurité sur le terrain, le domaine d'activité a installé la base de données sur le système intégré de services en vue de la rationalisation des opérations. Ce système était disponible sur l'intranet du Bureau régional, et les membres du personnel pouvaient y accéder en actionnant la fonction self-service. Le système a été étendu pour couvrir tous les 46 bureaux de pays de la Région africaine. L'achat de matériel photographique a contribué à faciliter l'identification des membres du personnel par les services de sécurité compétents.

Gestion des ressources humaines à l'OMS (HRS)

156. À la fin de 2006, l'effectif total de l'OMS dans la Région africaine était de 2 547 fonctionnaires, dont 436 au Bureau régional. Le Bureau régional a recruté huit nouveaux Représentants de l'OMS dans les pays, à l'issue de tests et d'entretiens. Le Bureau régional a collaboré étroitement avec les divisions techniques, les bureaux de pays et le Siège pour parachever la stratégie régionale de perfectionnement du personnel et d'apprentissage. Il a également élaboré un plan de décentralisation de certaines fonctions de ressources humaines vers les équipes d'appui interpays. Dans le contexte de la réforme du système de contrats, le domaine d'activité a créé plus de 500 postes en convertissant les postes temporaires en postes de durée déterminée. Une formation a été dispensée dans le domaine du renforcement des capacités à 11 Représentants de l'OMS dans les pays, occupant ce poste pour la première fois. Le Programme mondial de gestion et de leadership a organisé des ateliers régionaux à l'intention des hauts responsables. Le domaine d'activité a appuyé le processus de restructuration tant au Bureau régional auxiliaire que dans les bureaux de pays, et a apporté son concours à la fermeture du Bureau régional auxiliaire de Harare. Le nombre limité de personnels de la catégorie professionnelle disponibles pour traiter les nombreux dossiers en instance et la demande croissante de services de ressources humaines sont demeurés des contraintes majeures.

Budget et gestion financière (FNS)

157. Pour la période biennale 2006-2007, un montant total de US \$203,6 millions a été approuvé au titre du budget ordinaire, ce qui représentait 21,4% des ressources budgétaires effectivement requises. Il était prévu qu'un montant de US \$746,8 millions soit reçu de sources autres que le budget ordinaire. Au mois de décembre 2006, les dépenses totales, au titre du budget approuvé, s'élevaient à US \$360,4 millions, soit 37,9% des projections totales pour la période biennale. Au cours de réunions récentes, l'exécution du budget a fait l'objet de discussions exhaustives, et les fonds ont été réaffectés en fonction des besoins.

158. Au cours de l'année, les fonctions budgétaires et financières ont été consolidées à Brazzaville. Le Bureau régional est également passé du système bancaire électronique au système de cyberbanque (web banking) pour les transferts internationaux effectués en vue du réapprovisionnement des comptes subsidiaires des bureaux de pays, ce qui a permis de réduire considérablement les délais de transfert de fonds aux bureaux de pays et d'accélérer ainsi la mise en œuvre des opérations et des activités.

159. Une partie des fonctions de gestion financière a été décentralisée lorsque certains fonctionnaires des finances ont été affectés aux équipes d'appui interpays. Il est envisagé de décentraliser des fonctions supplémentaires lorsque le Système global de gestion deviendra opérationnel dans la Région.

160. Le processus de délégation de pouvoirs aux bureaux des pays et aux EAIP permettra de placer un plus grand accent sur les fonctions de supervision du Bureau régional et entraînera une augmentation du nombre de rapports établis au titre du suivi du budget. Ce processus entraînera également une augmentation des activités relatives à l'évaluation et à la formation du personnel au niveau des bureaux de pays. Toutefois, le nombre restreint de cadres de niveau intermédiaire limitera considérablement la supervision directe des activités et entravera les efforts visant à améliorer le contrôle interne, la conformité et le suivi. Des améliorations sont nécessaires à cet égard, avant la mise en place d'un système efficace de suivi et d'un système de gestion financière fondé sur une plus grande prudence.

FACTEURS AYANT FAVORISÉ OU LIMITÉ LA MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME

Facteurs favorables

161. Plusieurs facteurs ont contribué aux résultats obtenus en 2006. Les pays ont fait preuve d'un grand esprit de coopération, et le personnel des bureaux de pays d'un haut degré de professionnalisme. Pour bon nombre de programmes, la présence d'homologues (administrateurs professionnels nationaux) dans certains bureaux de pays a contribué à améliorer les activités de mise en œuvre et de suivi.

162. La mise en place très rapide des équipes d'appui interpays a montré l'efficacité de l'approche consistant à rapprocher l'appui des pays. Entre autres, la disponibilité des équipes d'alerte et riposte en cas d'épidémie au niveau interpays et l'utilisation des membres du Réseau régional de riposte rapide ont été d'excellents exemples de fourniture de l'appui technique en temps voulu. Le Réseau a facilité la mise en œuvre des activités visant à améliorer la détection des flambées et leur notification rapide à l'OMS.

163. L'étroite collaboration avec certains domaines d'activités des différentes divisions a permis d'obtenir des résultats positifs. La collaboration entre programmes s'est révélée cruciale pour l'efficacité des interventions de promotion de la santé. La collaboration avec les collègues du Siège et des bureaux des pays, les ministères de la santé et les autres principaux partenaires nationaux et internationaux a également facilité les progrès. Le personnel du Bureau régional a fait preuve d'un grand esprit d'initiative et de collaboration. L'excellente interaction régnant entre le Siège et le domaine d'activité Directeur général, Directeur régional et fonctions indépendantes (DGO) a été très utile. L'enseignement peut-être le plus important tiré de l'expérience de l'année écoulée a été que les visites du Directeur régional dans les pays sont irremplaçables.

164. Sur le plan interne, au sein du Bureau régional, les réunions du Comité de direction et du Comité de développement de la gestion, qui se sont tenues sur une base régulière, ont été l'occasion de partager des informations stratégiques et d'harmoniser les vues sur les orientations stratégiques. La communication positive entre les deux comités a joué un rôle très important dans l'obtention des résultats escomptés et de la plupart des produits désirés.

165. Les niveaux accrus d'appropriation et de leadership par les pays, ainsi que la collaboration et la planification conjointes avec les autres agences des Nations Unies ont facilité l'obtention de nombreux résultats. Le Bureau régional a maintenu une étroite collaboration avec l'Union africaine, la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, et les Communautés économiques régionales. Il a renforcé ses relations de travail positives avec diverses agences des Nations Unies, la Banque mondiale, le Fonds monétaire international, les donateurs bilatéraux et les secteurs public et non gouvernemental.

166. Certains domaines d'activités ont tiré parti de la disponibilité de fonds volontaires pour intensifier leurs interventions. Plusieurs programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ont bénéficié de l'aide fournie par le Fonds mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le

Paludisme, et la disponibilité d'antituberculeux de qualité, fournis à titre gratuit par le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux, a considérablement facilité les interventions de lutte contre la tuberculose. S'agissant de la poliomyélite, le financement fourni par les donateurs pour enrayer la transmission du poliovirus sauvage, l'appui de la GAVI en faveur de la vaccination systématique et celui du Partenariat contre la rougeole ont permis de mobiliser des ressources pour entreprendre les activités de vaccination et intégrer les interventions en faveur de la survie de l'enfant dans les activités de vaccination supplémentaires.

167. Pour renforcer la collaboration avec les principaux partenaires et fournir un appui aux pays dans la mobilisation des fonds, le personnel du Bureau régional a participé à diverses réunions au nombre desquelles l'on pourrait citer : la réunion du Département de l'Aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO) à Bruxelles, au sein de la délégation du domaine d'activité Action humanitaire en cas de crise du Siège ; deux réunions du Groupe du scénario mondial à Bogota et Genève ; des réunions tenues au Caire et à Nairobi pour les pays de la Corne de l'Afrique ; et la réunion de coordination du Groupe de la santé en Afrique de l'Ouest, dans la région des Grands Lacs et dans la Corne de l'Afrique.

168. En s'appuyant sur le succès de la gestion du réapprovisionnement des comptes subsidiaires en recourant au système de cyberbanque du web, le domaine d'activité Budget et gestion et financière déploiera des efforts soutenus pour explorer la possibilité d'étendre cette application à toutes les opérations bancaires liées à la paie et au règlement des factures. Les défis à relever à cet égard consistent à s'assurer que le système cyberbanque est compatible avec la plateforme de paiement du Système global de gestion.

Facteurs limitatifs

169. Les retards dans le décaissement des fonds et la soumission tardive par les pays des demandes d'appui technique étaient quelques-unes des principales contraintes entravant la mise en œuvre des activités. En outre, certains domaines d'activités n'ont pas bénéficié des contributions volontaires prévues, ce qui a affecté la mise en œuvre du budget programme.

170. Les faibles capacités de certains domaines d'activités, de certains bureaux de pays et de la plupart des ministères de la santé, en termes de ressources humaines, demeurent des contraintes majeures. Les domaines d'activités jouent un rôle crucial en cette période de transition, et les problèmes liés au caractère limité des ressources budgétaires et des fonds destinés aux investissements sont parmi les principales contraintes qu'il convient de surmonter si l'on veut maintenir la dynamique actuelle en matière de prestation de services. Il a été signalé que les insuffisances au niveau de l'administration générale et de la coordination constituaient des obstacles à l'intensification des principales interventions en faveur de la santé maternelle et néonatale aux échelons régional, interpayes et national.

171. Certains programmes spécifiques ciblant des maladies non transmissibles sont confrontés à des contraintes majeures telles que la rareté des ressources, la sensibilisation insuffisante des populations et des décideurs. La situation est compliquée par le manque de données, ce qui nécessite une intensification des interventions. La faible priorité accordée aux maladies non transmissibles au niveau des pays s'explique par le fait que les effets négatifs croissants de ces maladies sur la santé publique ne sont pas reconnus. Une autre contrainte persistante a trait au fait que les priorités concurrentes, telles que la nécessité de faire face à des flambées de grande envergure, empêchent le personnel de mettre en œuvre les activités prévues. S'agissant des maladies transmissibles, les facteurs limitatifs ont été la couverture par la vaccination systématique, qui n'est pas optimal, ce qui se traduit par des importations du poliovirus sauvage et des flambées de rougeole, et les faiblesses des systèmes de santé, en termes de prestation de services de vaccination de haute qualité.

3. PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DES RÉOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL

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

172. Le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, à sa cinquante-quatrième session, a adopté une résolution (AFR/RC54/R5) se félicitant de la stratégie «3 millions d'ici 2005» arrêtée par l'OMS et l'ONUSIDA pour mobiliser les ressources dans le monde et aider les pays en développement à placer 3 millions de personnes sous thérapie antirétrovirale d'ici la fin de décembre 2005.

173. Depuis le lancement de l'Initiative «3 x 5», le taux de couverture par la thérapie antirétrovirale (TAR) a considérablement augmenté, passant de moins de 1 % en décembre 2003 à 17 % en décembre 2005, puis à 28 % en décembre 2006. À la fin de 2005, le Botswana, la Namibie et l'Ouganda avaient atteint des taux de couverture de 50 %. À la fin de 2006, les taux de couverture au Botswana, en Namibie et au Rwanda étaient déjà supérieurs à 50 %, et 11 autres pays de la Région avaient atteint des taux de couverture variant entre 30 % et 49 %. À la fin de décembre 2006, les taux de couverture étaient de 13 % pour la TRA chez les enfants, 11 % pour les services de PTME, et 12 % et 10 % pour les services de conseil et de dépistage du VIH chez les hommes et les femmes, respectivement.

174. Le Directeur régional a convoqué une réunion des Directeurs régionaux des agences des Nations Unies pour élaborer un plan conjoint pour la prévention de l'infection à VIH et l'accès universel au traitement. L'OMS a organisé conjointement avec l'ONUSIDA trois ateliers sous-régionaux sur l'accès universel, dans le cadre du plaidoyer en faveur de l'accès universel aux services de prévention, de soins, de traitement et de soutien anti-VIH.

175. Le Bureau régional a élaboré des lignes directrices et des manuels de formation pour les services de conseil et de dépistage du VIH. Par la suite, il a actualisé ces lignes directrices en y intégrant la nouvelle approche de dépistage et de conseil à l'initiative du dispensateur de soins. Tous les pays ont bénéficié d'un appui qui leur a permis d'élaborer des plans pour mettre la TRA à l'échelle. Le Bureau régional a établi deux pôles sous-régionaux de connaissances qui sont chargés de fournir un appui technique pour la formation des agents de santé aux soins et au traitement du VIH, en utilisant l'approche de la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte.

176. Le Secrétariat a organisé deux ateliers de formation à l'élaboration de propositions au titre de la septième reconstitution des ressources du FMSTP. Au total, 25 pays qui avaient déjà élaboré des propositions au titre des cinquième et sixième reconstitutions des ressources du FMSTP ont bénéficié d'un appui pour élaborer des propositions au titre de la septième reconstitution des ressources du Fonds. Le Directeur général de l'OMS et le Directeur régional ont aidé à mobiliser des ressources auprès des CDC, de l'ACDI, du DFID, du Gouvernement de l'Angola, de la GTZ, de l'Initiative italienne et du FODI, afin d'améliorer l'accès à la thérapie antirétrovirale.

177. Grâce à l'appui qui leur a été fourni, 23 pays ont élaboré des plans pour le renforcement des capacités institutionnelles de leurs systèmes de réglementation des vaccins, afin de promouvoir la recherche et la mise au point de vaccins contre le VIH. Le Bureau régional a constitué un groupe consultatif régional sur la réglementation, qui fournira un appui aux pays pour les aider à développer et à renforcer leurs capacités en matière de réglementation, afin d'être à même d'approuver et de suivre les essais cliniques des vaccins contre le SIDA et d'évaluer les données y afférentes.

178. Bien que l'accès à la prévention, aux soins et au traitement du VIH se soit amélioré dans la Région africaine, l'objectif de l'accès universel n'a pas encore été atteint. Il est nécessaire de continuer à accélérer l'intensification des efforts. Il est également nécessaire de mettre à l'échelle les soins et le traitement du VIH pédiatrique. Bien que les prix des médicaments aient baissé, il faudrait

poursuivre le plaidoyer en faveur d'une réduction plus significative encore de ces prix, en particulier pour les régimes thérapeutiques de deuxième intention. Les systèmes de santé devraient être davantage renforcés.

Accélération des efforts de prévention du VIH dans la Région africaine

179. En août 2005, le Comité régional a adopté à Maputo la résolution AFR/RC56/R6. Cette résolution déclare 2006 Année de l'Accélération de la Prévention du VIH dans la Région africaine et invite instamment les États Membres à intensifier les efforts de prévention du VIH. En outre, elle prie le Directeur régional d'élaborer une stratégie pour l'accélération de la prévention du VIH; d'apporter un soutien technique aux États Membres pour l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action visant à accélérer les interventions de prévention du VIH; de mobiliser un appui international à long terme; d'assurer un leadership efficace et une bonne coordination des efforts de prévention du VIH, en collaboration avec l'ONUSIDA; de suivre les progrès réalisés dans l'intensification des efforts de prévention du VIH dans la Région; et d'en faire rapport au Comité régional tous les deux ans.

180. En août 2006, le Comité régional, à sa cinquante-sixième session tenue à Addis Abéba, a adopté la stratégie d'intensification et d'accélération de la prévention du VIH dans la Région africaine, ainsi que la résolution AFR/RC56/R3 y afférente. Cette stratégie vise à mettre à l'échelle les interventions de prévention de l'infection à VIH menées par le secteur de la santé et à intégrer la prévention de l'infection à VIH dans les services de traitement, de soins et de soutien, afin d'en garantir un impact significatif.

181. Le Bureau régional a procédé au lancement officiel de la campagne d'accélération de la prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine à Addis Abéba, en avril 2006, sous les auspices de l'Union africaine, avec des manifestations connexes au niveau sous-régional à Johannesburg, Khartoum et Ouagadougou. En décembre 2006, avec l'appui technique et financier de l'OMS et le concours d'autres institutions des Nations Unies, tous les pays de la Région, à l'exception d'un seul, ont officiellement lancé les campagnes nationales d'accélération de la prévention de l'infection à VIH, sous l'égide des autorités nationales dont des Chefs d'État et de Gouvernement et des Premières Dames, et avec la participation de tous les principaux acteurs au niveau national.

Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : Une stratégie pour la Région africaine

182. La résolution AFR/RC55/R3 du Comité régional demande instamment aux États Membres dont les communautés sont touchées d'élaborer des politiques, stratégies et plans nationaux pour la mise en œuvre des programmes de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (THA) et la mouche tsé-tsé. Elle prie le Directeur régional de fournir un appui technique aux pays et de faire rapport à la cinquante-septième session du Comité régional et par la suite tous les deux ans.

183. Au titre de la mise en œuvre de cette résolution, 16 pays d'endémie ont entrepris des activités de lutte contre la THA dans les zones prioritaires et tous ces pays ont traité 100 % des cas détectés. L'Angola et le Kenya ont élaboré des propositions de projets relatifs à la mobilisation de fonds et à l'élaboration de plans stratégiques pour l'élimination de la THA, et le Bureau régional a élaboré les projets de lignes directrices pour la lutte contre la THA causée par *T.B. rhodesiense*. L'Angola, le Bénin, le Gabon, le Malawi, le Nigéria, l'Ouganda, la République démocratique du Congo et la Tanzanie ont renforcé leurs capacités nationales en formant 80 agents de santé au diagnostic et au traitement de la THA, ainsi qu'à l'analyse de la situation et à l'élaboration de plans d'action pour l'intensification des activités de lutte.

184. Le Bureau régional collabore avec le programme TDR, l'initiative Médicaments pour les maladies négligées et les instituts nationaux de recherche pour promouvoir les essais cliniques de thérapies de combinaison en Angola, en République du Congo, en Ouganda et en République démocratique du Congo où s'est développée une résistance aux trypanocides utilisés. Pour ce qui est de la mobilisation des ressources, le Bureau régional a noué des partenariats avec l'Agence japonaise

de Coopération internationale en Guinée; avec l'Institut français de Recherche pour le Développement au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et en Guinée; et avec les projets financés par la BAD au Burkina Faso, au Ghana, au Kenya, au Mali et en Ouganda, au titre de la Campagne panafricaine d'éradication de la mouche tsé-tsé et de la trypanosomiase.

185. Au nombre des principales contraintes entravant la lutte contre la THA, l'on pourrait citer l'insuffisance des fonds destinés aux programmes; les lenteurs dans la mise en œuvre des activités de lutte au niveau des pays ; et les difficultés d'accès aux zones touchées par l'insécurité et les troubles sociopolitiques. L'appui reçu des partenaires du secteur privé et des agences de coopération bilatérale, ainsi que la planification conjointe avec les pays constituent en revanche d'importants facteurs positifs qu'il convient de pérenniser.

186. Les perspectives d'avenir portent notamment sur l'intensification de la détection des cas sur une base annuelle dans tous les foyers et le plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources, afin d'améliorer sensiblement la couverture des populations à risque.

Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique

187. Le Comité régional, par sa résolution AFR/RC54/R9, a prié le Directeur régional de fournir un appui technique aux États Membres pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des feuilles de route nationales; d'élaborer des outils et des principes directeurs; et d'aider les pays à entreprendre des campagnes très dynamiques en vue d'organiser des programmes de formation des agents de santé de niveau intermédiaire aux soins obstétricaux.

188. Dans ce contexte, l'OMS et les autres partenaires pertinents ont fourni un appui financier et technique à 31 pays pour les aider à élaborer leurs feuilles de route nationales. En outre, l'OMS a formé un noyau de 40 consultants pour accroître la disponibilité de l'assistance technique au niveau des pays pour l'élaboration et la mise en œuvre des feuilles de route nationales.

189. Pour renforcer la prestation de services de santé maternelle et néonatale, le Bureau régional a élaboré un cadre pour l'intégration des services de santé maternelle et néonatale, et a fourni aux pays des orientations pour l'intégration des différentes interventions clés en vue d'améliorer la qualité des services. Il a aussi diffusé les outils de prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Par ailleurs, dix pays ont reçu des orientations pour la supervision et le suivi intégrés des services de santé maternelle, néonatale et infantile.

190. Les participants à une consultation régionale sont parvenus à un consensus sur les compétences essentielles minimales que doit avoir un agent de santé qualifié pour l'assistance à l'accouchement. Ces compétences ont servi de base à l'élaboration d'un programme d'enseignement adéquat pour la formation des agents de santé de niveau intermédiaire aux soins obstétricaux d'urgence.

191. Le ferme engagement politique manifesté, l'augmentation des ressources et l'intérêt accru des partenaires pour des interventions conjointes au niveau des pays ont facilité l'élaboration et la mise en œuvre de la Feuille de route. L'insuffisance du personnel du domaine d'activité Pour une grossesse à moindre risque a par contre été la principale contrainte. L'insuffisance des ressources techniques et l'inadéquation de l'infrastructure ont aussi entravé les efforts visant à améliorer l'accès aux prestations d'assistance à l'accouchement assurées par des agents de santé qualifiés et à mettre à l'échelle les interventions clés ciblant la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales.

Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d'action

192. À sa cinquante-troisième session, le Comité régional, par sa résolution AFR/RC53/R3, a prié le Directeur régional de fournir aux pays des lignes directrices et d'autres instruments pour le plaidoyer et l'action; d'aider les États Membres à mobiliser les ressources nécessaires pour la prévention des traumatismes et de la violence, et de bâtir des réseaux et des partenariats; de promouvoir la recherche aux niveaux national et régional sur les causes, les facteurs et les conséquences des traumatismes et de la violence; de documenter et diffuser des exemples de bonnes pratiques en matière de prévention des traumatismes et de la violence; et d'aider les États Membres à se doter de systèmes d'information adéquats et à en surveiller le fonctionnement.

193. Le Bureau régional a fourni aux États Membres les instruments suivants: lignes directrices pour la conduite d'enquêtes sur les traumatismes et la violence au sein des communautés (2004); lignes directrices pour les soins essentiels en traumatologie (2004); systèmes de soins préhospitaliers en traumatologie (2005); et lignes directrices pour les soins médico-légaux aux victimes de violence sexuelle (2004). La préparation du rapport sur la violence et la santé en Afrique a commencé, et le lancement dudit rapport devrait avoir lieu à la fin de 2007. Le rapport identifiera les principales causes et les principaux facteurs de risque, proposera les mesures de prévention et œuvrera à la promotion des meilleures pratiques. Le Bureau régional a déployé conjointement des efforts avec les partenaires pour organiser des événements de plaidoyer à un haut niveau ou a au moins fourni un appui technique aux États Membres pour les aider à organiser de tels événements au nombre desquels l'on pourrait mentionner la consultation ministérielle sur la violence et les traumatismes, tenue à Durban (Afrique du Sud) en avril 2004, et la table-ronde ministérielle sur la sécurité routière, tenue à Accra (Ghana) en février 2007.

194. Le Bureau régional a également fourni un appui technique et financier au Cameroun, à l'Éthiopie, au Kenya, au Mozambique, au Nigéria et à l'Ouganda pour les aider à entreprendre des recherches sur la sécurité routière, ainsi qu'au Cameroun, à l'Érythrée, à l'Éthiopie, au Mozambique et à l'Ouganda pour leur permettre de se doter de systèmes d'information sur les traumatismes et la violence ou d'améliorer les systèmes existants. En outre, le Bureau régional a organisé un atelier sur le renforcement des capacités, auquel ont pris part le Bénin, le Burundi, le Cameroun, la République démocratique du Congo et le Rwanda. L'objectif de l'atelier était de promouvoir une meilleure intégration des traumatismes et de la violence dans la prévention et la lutte contre les maladies, par le biais d'un programme d'enseignement spécial. D'autres ateliers similaires sont prévus pour couvrir finalement tous les pays.

195. Le Bureau régional a pris l'initiative de mettre en place un réseau de points focaux basés dans les ministères de la santé et chargés des questions relatives à la prévention de la violence et des traumatismes. Ce réseau est relié aux réseaux internationaux pour faciliter le renforcement des capacités dans ce domaine au niveau des pays. En partenariat avec la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, l'Union africaine et la Banque mondiale, le Bureau régional a pris l'initiative de l'établissement et du renforcement des liens multisectoriels au niveau des pays pour le traitement des questions de sécurité routière.

Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives

196. À sa cinquante-cinquième session, le Comité régional, par sa résolution AFR/RC55/R4, a prié le Directeur régional d'apporter un appui technique pour l'élaboration de politiques et programmes nationaux; d'accroître l'appui à la formation de professionnels de la santé dans les États Membres; de prévenir et combattre les maladies cardiovasculaires, y compris le suivi et l'évaluation des programmes de lutte; et de mobiliser des ressources supplémentaires pour la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte contre les maladies cardiovasculaires.

197. Pour établir des bases factuelles en vue d'étayer la prise de décisions, le Bureau régional a dispensé à tous les États Membres une formation à la méthodologie STEPS à la fin de juin 2006, ce qui a fait de la Région africaine la première région à achever la formation à la conduite d'enquêtes sur la base de la méthodologie STEPS. Grâce à l'appui dont ils ont bénéficié, 15 pays⁶ ont mis en œuvre l'approche STEPwise.

198. Les Comores, Sao Tomé et Príncipe et la Tanzanie ont organisé des ateliers nationaux sur les maladies non transmissibles. L'Érythrée a utilisé les informations disponibles pour élaborer une politique sur les maladies non transmissibles. La Côte d'Ivoire, l'Érythrée et Madagascar ont entrepris des activités de promotion de la santé, avec un accent particulier sur la maîtrise des facteurs de risque de maladies non transmissibles.

199. Le Bureau régional a mis en œuvre les interventions prioritaires pour réduire la charge de maladies cardiovasculaires. Un atelier interpays sur l'utilisation de l'exercice physique et du régime alimentaire comme points d'entrée de la prévention des maladies non transmissibles s'est tenu à Kampala, avec la participation de 27 délégués des pays suivants : Botswana, Érythrée, Ghana, Kenya, Maurice, Ouganda, Seychelles et Zimbabwe. Des fonctionnaires du Siège, du Bureau régional et du Bureau de l'OMS en Ouganda, ainsi que des représentants de partenaires tels que *Right to Play* et l'UNICEF ont également pris part à cet atelier. L'objectif général de l'atelier était de contribuer à la prévention des maladies non transmissibles par la promotion de l'exercice physique et d'autres interventions appropriées, notamment le régime alimentaire. Ses objectifs spécifiques étaient de discuter des raisons de consentir des investissements en faveur des programmes relatifs à l'exercice physique et au régime alimentaire aux niveaux national et local; d'identifier les principales tendances, couches de la population et parties prenantes, y compris les acteurs intervenant dans l'exercice physique et les autres interventions pertinentes; d'examiner les principales approches pour s'attaquer aux problèmes liés à l'exercice physique; et de convenir des mécanismes de création de réseaux entre les différentes parties prenantes.

200. Afin de réduire la co-morbidité liée aux maladies cardiovasculaires, le Bureau régional a élaboré, à l'intention des États Membres, un plan-cadre d'action national pour prévenir et combattre la drépanocytose. Le plan-cadre sert de guide et de base pour mettre en place des programmes et plans nationaux de prévention et de contrôle de la drépanocytose. Un atelier a été organisé à Bamako sur les systèmes de prise en charge du diabète dans la Région africaine. Des délégués de huit pays¹⁴ ont pris part à cet atelier.

4. PERSPECTIVES POUR 2007

Gestion d'ensemble des actions menées par le Secrétariat

201. En 2007, une des plus importantes tâches à entreprendre dans la Région africaine de l'OMS consistera à mettre solidement en place les équipes d'appui interpays. Les lignes directrices pour rendre opérationnelles ces équipes seront davantage renforcées, afin de permettre au Bureau régional d'étoffer ses effectifs au niveau interpays et d'être à même de consacrer plus de temps, à son propre niveau, au travail normatif, à la planification, au suivi et à l'évaluation.

202. Les bureaux de pays de l'OMS seront davantage renforcés pour garantir l'alignement sur les orientations et axes stratégiques. La mise en place des équipes d'appui interpays permettra d'intensifier les activités de suivi et de contrôle des efforts déployés pour atteindre les cibles et les objectifs sanitaires convenus sur les plans national et international, tels que les OMD. Le Bureau

⁶ Afrique du Sud, Botswana, Comores, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée équatoriale, Mali, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, Tanzanie et Zimbabwe.

¹⁴ Bénin, Burkina Faso, République du Congo, Côte d'Ivoire, Mali, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Sénégal.

régional facilitera le partage des meilleures pratiques entre pays. Il poursuivra ses efforts visant à mettre à la disposition des pays les meilleurs personnels techniques, tout en s'appuyant sur la base actuelle des ressources humaines dont les capacités seront renforcées en recourant à des supports électroniques et à d'autres supports

203. Pour ce qui est de l'utilisation des connaissances et des bases factuelles pour étayer la prise de décisions, les principales orientations en 2007 porteront sur l'établissement de meilleurs liens entre l'information sanitaire, la recherche et la gestion des connaissances. La préparation de la Conférence mondiale sur la recherche pour la santé qui se tiendra à Bamako en 2008, le renforcement du réseau EVIPNet et l'extension de l'impact des centres collaborateurs de l'OMS se poursuivront.

204. La préparation des plans de travail pour la période biennale 2008-2009 sera une des principales activités à entreprendre en 2007. Les efforts en cours pour mettre en place le Système global de gestion seront axés sur la conception fonctionnelle et technique, la personnalisation, la préparation à la conversion et l'essai du système, entre autres activités.

Développement des systèmes et services de santé

205. La planification conjointe entre le Siège, le Bureau régional et les bureaux de pays de l'OMS, et la collaboration avec les principales parties prenantes seront renforcées. La fourniture d'un appui technique intégré aux pays devrait permettre d'accroître l'efficacité.

206. L'OMS continuera à fournir un appui aux pays pour les aider à élaborer ou à réviser des politiques et des plans stratégiques de mise en œuvre, afin de faire face à la situation au niveau local. À cette fin, il sera nécessaire de procéder à une analyse approfondie de la situation, ainsi qu'à l'identification et au partage des meilleures pratiques documentées. La mobilisation de ressources sera renforcée et des efforts seront déployés pour promouvoir une plus grande collaboration entre le Siège, les divisions du Bureau régional et les principaux partenaires.

Prévention et lutte contre les maladies transmissibles

207. La mise à l'échelle de la prévention de l'infection à VIH sera accélérée, en s'appuyant sur les progrès réalisés dans l'amélioration de l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien anti-VIH, en vue de parvenir à l'accès universel. Un plus grand accent sera mis sur l'appui à l'extension d'un noyau d'interventions du secteur de la santé visant à prévenir l'infection à VIH et axées sur le dépistage et les conseils, en privilégiant l'approche du dépistage et des conseils à l'initiative du dispensateur des soins. L'attention voulue sera accordée à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, à la prévention et à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, et à la circoncision des hommes, tandis que les partenariats noués pour une participation multisectorielle plus efficace seront renforcés, et la thérapie antirétrovirale mise à l'échelle pour en garantir un impact maximum. Les systèmes efficaces de suivi et d'évaluation seront renforcés, et les partenariats promus à tous les niveaux.

208. S'agissant du paludisme, le Bureau régional fournira aux pays un appui pour les aider à entreprendre la planification stratégique et l'élaboration de programmes; la mise en œuvre complète et correcte des politiques sur les associations thérapeutiques à base d'artémisinine; l'intensification de la prise en charge à assise communautaire et des principales interventions de prévention du paludisme telles que les MII, les PIDER et le TPI pour les femmes enceintes; l'amélioration de la préparation aux épidémies, de la surveillance, du suivi et de l'évaluation.

209. Au titre de la lutte antituberculeuse, le Bureau régional fournira aux pays un appui approprié pour leur permettre d'augmenter les taux de détection de cas; de mettre pleinement en œuvre la stratégie DOTS; d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques de lutte contre la double épidémie tuberculose/VIH; et de prévenir et gérer la pharmacorésistance.

210. Pour ce qui est des maladies tropicales négligées, l'approche intégrée de la mise en œuvre des activités de lutte, le plaidoyer en faveur de l'engagement de tous les partenaires et l'élaboration de plans de mobilisation de ressources seront les principales orientations en 2007. Un accent particulier sera mis sur le plaidoyer et l'intégration des interventions de lutte. S'agissant de la recherche, tout sera mis en œuvre pour garantir la viabilité des médicaments, technologies et interventions disponibles, tout en veillant à mettre au point de nouveaux médicaments, technologies et interventions pour remplacer ceux qui ne sont plus appropriés. La priorité sera accordée au renforcement des capacités des pays à documenter la recherche et à en diffuser les résultats pour en garantir une meilleure application aussi bien sur le plan des politiques que sur celui des pratiques.

211. L'extension des partenariats et l'intensification de la mise en œuvre des activités de surveillance intégrée de la maladie et riposte, de manière à atteindre tous les districts, se poursuivront et seront consolidées pour garantir la viabilité des activités d'alerte en cas d'épidémie. La préparation à la mise en œuvre du *Règlement sanitaire international* (2005), notamment l'évaluation des capacités, sera améliorée pour appuyer les États Membres. Les États Membres bénéficieront également d'un appui dans la constitution de stocks minimums d'urgence pour faire rapidement face à toute flambée de maladie. L'appui fourni en faveur de la mise en œuvre des plans nationaux de préparation et de riposte contre la grippe pandémique sera intensifié encore et sera rationalisé, en collaboration avec les autres organisations du système des Nations Unies et les partenaires.

212. S'agissant de la vaccination et des vaccins, les domaines d'intervention prioritaires seront notamment la mise en place de mesures pour limiter la transmission du poliovirus sauvage dans les pays d'endémie restant; l'arrêt de la propagation du poliovirus sauvage dans les pays où il a été importé; le maintien d'une surveillance de la qualité requise pour la certification dans tous les États Membres; l'accélération de la réalisation des objectifs de la lutte contre la rougeole; et le renforcement des systèmes de vaccination.

Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles

213. En 2007, le Bureau régional œuvrera de concert avec les États Membres à l'élaboration de lois, politiques et plans d'actions nationaux pour lutter contre les principales maladies non transmissibles, et notamment à l'élaboration de programmes de lutte anti-tabac, de santé mentale, de promotion de la santé, de lutte contre le noma, de prévention des traumatismes et de promotion de la santé bucco-dentaire. L'accent sera mis sur le renforcement des capacités de pays sélectionnés et sur la collaboration avec les principales institutions de formation de la Région en vue du lancement d'un programme de formation à la promotion de la santé, qui s'appuie sur les acquis en matière d'information, d'éducation et de communication, ainsi que de cours d'éducation sanitaire. Cette collaboration commencera avec l'Institut régional de Santé publique du Bénin. Le Bureau régional élaborera des cadres pour la promotion de la participation communautaire aux programmes prioritaires de l'OMS ainsi qu'à la préparation à la riposte contre les épidémies, sur la base d'approches fondées sur la promotion de la santé.

214. S'agissant de la surveillance, un appui sera fourni à certains pays pour leur permettre d'entreprendre les enquêtes STEPS, la lutte anti-tabac et la promotion de la santé en milieu scolaire, s'il y a lieu, et à d'autres pays pour les aider à intégrer la santé bucco-dentaire et le noma dans la surveillance et la lutte contre les maladies non transmissibles. Le domaine d'activité Santé mentale assurera la coordination de la collecte de données sur la santé mentale et la toxicomanie, aux niveaux national et régional.

215. Les pays bénéficieront d'un appui pour les aider à documenter les activités de réadaptation à assise communautaire. Les programmes et le plaidoyer en faveur d'un plus grand appui politique à la prévention et à la lutte contre les maladies non transmissibles, notamment en faveur du maintien de la dynamique imprimée à la lutte anti-tabac et à la promotion de la santé mentale, seront maintenus. Un appui sera fourni à certains pays pour leur permettre d'améliorer les données sur la cécité et de renforcer leurs capacités à prévenir et à soigner la cécité.

Santé familiale et génésique

216. En 2007, le Bureau régional intensifiera ses efforts visant à accélérer la réalisation des OMD relatifs à la santé maternelle, néonatale, infantile et génésique, et au genre et santé de la femme dans les pays de la Région africaine. À cette fin, le Bureau régional fournira aux pays un appui pour les aider à accélérer la mise en œuvre d'interventions intégrées en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile, dans le cadre de la Stratégie de survie de l'enfant adoptée par la cinquante-sixième session du Comité régional et de la Feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Il contribuera au renforcement des systèmes de santé et des structures communautaires pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Le Bureau régional renforcera également les partenariats et le plaidoyer en faveur de l'augmentation des ressources en vue de la réalisation de la couverture universelle par des services de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile de qualité, ainsi que de l'accès universel à ces services.

Milieus favorables à la santé et développement durable

217. Le Bureau régional continuera à fournir aux États Membres un appui technique pour leur permettre de renforcer leurs capacités à s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé, notamment en menant le plaidoyer en faveur d'une meilleure intégration du développement sanitaire dans les stratégies de réduction de la pauvreté qui tiennent compte des droits humains et de la réalisation des OMD. Pour que l'analyse des politiques et les interventions visant à promouvoir l'équité en santé soient appropriées, il est nécessaire de disposer de données ventilées de manière à mettre au point des indicateurs pertinents en ce qui concerne l'exclusion sociale. Le Bureau régional fournira un appui en vue du renforcement des capacités des pays dans ce domaine.

218. Par ailleurs, étant donné que 24 % de la charge mondiale de morbidité et 23 % de tous les décès sont dus à des facteurs environnementaux, et que les principaux contributeurs en sont le paludisme, la diarrhée et les infections des voies respiratoires basses, le Bureau régional continuera à œuvrer de concert avec les États Membres à la sensibilisation des décideurs sur les liens existant entre l'environnement et la santé pour influencer sur les politiques nationales du secteur de la santé et d'autres secteurs; faciliter le renforcement des capacités des services de santé et d'hygiène du milieu; appuyer les initiatives locales ciblant les milieux-santé.

219. Le Bureau régional fournira également un appui aux États Membres et œuvrera de concert avec eux à l'adoption de l'approche basée sur les risques en matière de sécurité sanitaire des aliments et de nutrition; à l'élaboration de politiques, normes et standards de sécurité sanitaire des aliments et de nutrition; au renforcement de la surveillance de la nutrition et des maladies d'origine alimentaire et zoonotique; à la promotion de la santé; et à la promotion de partenariats et de la collaboration entre les différents acteurs. Le Bureau régional continuera d'apporter un appui aux pays qui sont confrontés à des situations d'urgence pour atténuer les effets que de telles situations et d'autres crises courantes dans la Région peuvent avoir sur la santé.

Administration et finances

220. En 2007, les efforts de développement des ressources humaines seront axés sur l'appui aux fonctions liées aux ressources humaines et à leur rationalisation; la décentralisation de ces fonctions vers les équipes d'appui interpays et les bureaux de pays; et la mise en œuvre du plan et de la stratégie de perfectionnement et d'apprentissage du personnel. En outre, la Division de l'Administration et des Finances continuera à appuyer le processus de restructuration, la mise en place du Système global de gestion (GSM) et la mise en œuvre de la réforme du système des contrats. Un plus grand accent sera également mis sur la planification des ressources humaines.

221. La priorité sera accordée à la conclusion d'arrangements concernant l'infrastructure définitive des équipes d'appui interpays dans leurs trois bases respectives. Les travaux de construction d'un bâtiment à Ouagadougou pour abriter l'équipe d'appui interpays de l'Afrique de l'Ouest et garantir sa mise en place harmonieuse seront achevés à temps, et un appui supplémentaire sera fourni aux équipes basées à Harare et Libreville, afin de créer des conditions de travail qui favorisent les activités de ces équipes. Les installations de conférence du Bureau régional seront renforcées pour mieux répondre aux besoins liés à la tenue d'un plus grand nombre de réunions à Brazzaville. L'exécution des projets du Fonds immobilier approuvés au titre du renforcement de l'infrastructure et des équipements du Bureau régional bénéficiera d'une attention plus soutenue.

222. Les fonctions de supervision seront renforcées, compte tenu de l'élargissement des pouvoirs délégués aux bureaux de pays et aux divisions du Bureau régional. À cet égard, le contrôle de l'exécution du budget sera amélioré et un plus grand nombre de missions seront dépêchées dans les pays pour l'évaluation et la formation du personnel.

223. Dans le cadre de la préparation au Système global de gestion, des ressources accrues seront allouées aux activités de nettoyage des données pour en faciliter le transfert qui pourra ainsi se faire avec une plus grande exactitude. L'attention voulue sera accordée à la formation et au fonctionnement des pilotes des salles de conférence, avant la mise en place du nouveau système.

224. En s'appuyant sur le succès de la gestion du réapprovisionnement des comptes subsidiaires sur la base du système de cyberbanque, le Bureau régional explorera activement la possibilité d'étendre cette application en réponse aux besoins bancaires concernant la paie et le règlement des factures, d'une manière compatible avec la plateforme du GSM. Dès réception du modèle définitif GSM de prestation de services et du cadre général pour la délégation de pouvoirs, il sera procédé à une nouvelle restructuration de plusieurs unités de la Division de l'Administration et des Finances, à des fins d'adaptation au nouveau modèle opérationnel.

DOMAINES DE TRAVAIL

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 humaine 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 technologie 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

Annexe 1

Tableau 1 : Mise en œuvre du budget, 2006, toutes sources et tous niveaux (en US \$)

No de série	Domaine d'activité	Budget approuvé par WHA et EB	Ajustements/reprogrammation	Montants prévus dans les plans de travail (3 - 4)	Fonds disponibles au 31.12.06	Dépenses	Taux de réalisation par rapport au (x)	
							Budget approuvé (7/3)	Fonds disponibles (7/6)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
01.1.01	CAH	27,500,000	490,000	27,010,000	15,791,651	6,459,701.32	23%	41%
01.1.02	CPC	59,179,000	187,000	58,992,000	8,729,356	5,305,141.12	9%	61%
01.1.03	EHA	34,988,000	341,000	34,647,000	38,578,207	26,606,247.04	76%	69%
01.1.04	CSR	45,000,000	877,000	44,123,000	28,236,989	10,643,749.54	24%	38%
01.1.05	HIV	135,597,000	-283,000	135,880,000	53,566,422	32,351,805.03	24%	60%
01.1.06	IVD	234,680,000	54,000	234,626,000	221,289,860	143,885,539.00	61%	65%
01.1.07	MPS	14,816,000	588,000	14,228,000	18,460,489	4,607,341.33	31%	25%
01.1.08	MAL	59,000,000	471,000	58,529,000	29,405,630	19,174,675.94	32%	65%
01.1.09	MNH	4,680,000	152,000	4,528,000	2,911,185	754,931.97	16%	26%
01.1.10	RHR	8,193,000	176,000	8,017,000	5,308,217	2,270,594.28	28%	43%
01.1.12	NCD	8,500,000	459,000	8,041,000	8,295,205	2,757,393.79	32%	33%
01.1.12	TUB	30,000,000	143,000	29,857,000	14,716,474	8,253,356.77	28%	56%
02.1.01	BCT	4,118,000	158,000	3,960,000	4,176,643	1,677,257.78	41%	40%
02.1.02	EDM	11,500,000	213,000	11,287,000	11,282,126	3,692,800.09	32%	33%
02.1.03	HFS	5,174,000	46,000	5,128,000	1,676,577	1,043,803.90	20%	62%
02.1.04	IER	13,904,000	52,000	13,852,000	3,189,103	1,345,689.03	10%	42%
02.1.05	HSP	30,826,000	442,000	30,384,000	14,232,820	7,644,375.18	25%	54%
02.1.06	HRH	28,233,000	651,000	27,582,000	13,873,840	6,659,427.75	24%	48%
02.1.07	HSD	6,549,000	303,000	6,246,000	4,865,944	1,515,674.40	23%	31%
03.1.01	CRD	2,585,000	34,000	2,551,000	1,129,769	596,490.44	23%	53%
03.1.02	FOS	4,000,000	-331,000	4,331,000	2,007,079	446,357.77	11%	22%
03.1.03	WMH	3,000,000	78,000	2,922,000	1,746,334	342,996.33	11%	20%
03.1.04	PHE	9,000,000	145,000	8,855,000	6,328,386	2,240,257.81	25%	35%
03.1.05	HPR	6,598,000	309,000	6,289,000	5,646,466	3,096,173.54	47%	55%
03.1.06	NUT	4,500,000	155,000	4,345,000	2,926,837	631,744.78	14%	22%
03.1.07	TOB	5,000,000	187,000	4,813,000	3,939,002	735,103.82	15%	19%
03.1.08	INJ	1,997,000	46,000	1,951,000	1,592,368	785,736.45	39%	49%
04.1.01	FNS	10,058,000	202,000	9,856,000	8,976,000	7,689,241.75	76%	86%
04.1.02	DGO	2,128,000	-145,000	2,273,000	2,672,996	1,627,289.29	76%	61%
04.1.04	GBS	3,142,000	78,000	3,064,000	2,364,000	1,053,693.81	34%	45%
04.1.05	HRS	6,400,000	138,000	6,262,000	7,587,377	5,297,341.72	83%	70%
04.1.06	IIS	24,000,000	604,000	23,396,000	20,453,000	14,833,836.45	62%	73%
04.1.07	KMI	15,000,000	345,000	14,655,000	8,181,266	6,686,516.70	45%	82%
04.1.08	BMR	2,768,000	88,000	2,680,000	2,217,000	1,130,042.69	41%	51%
05.1.01	SCC	76,580,000	3,837,000	72,743,000	66,180,510	34,393,062.35	45%	52%
06.1.01	ERH	-	0	0				
06.1.02	ITF	-	0	0				
06.1.03	REF	4,770,000	0	4,770,000	452,648	40,983.11	1%	9%
06.1.04	SEF		0					
	Total	949,453,000	12,224,000	937,229,000	646,839,331	370,923,266.28	39%	57%

Formatted: Normal, Space After: 7,5 pt

Formatted: Font: 12 pt, French (France)

Formatted: Font: 7 pt, French (France)

Tableau 2 : Mise en oeuvre du budget, 2006, par source de fonds (en US \$)

Budget ordinaire							Fonds d'autres sources				
No de série	Domaine d'activité	Budget approuvé par WHA et EB add.1	Fonds disponibles	Dépenses	Taux de réalisation par rapport au (x)		Budget approuvé par WHA et EB add.1	Fonds disponibles	Dépenses	Taux de réalisation par rapport au (x)	
					Budget approuvé	Fonds disponibles				Budget approuvé	Fonds disponibles
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
01.1.01	CAH	8,168,000	7,678,000.00	2,109,896.83	26%	27%	19,332,000.00	8,113,651.00	4,349,804.49	23%	54%
01.1.02	CPC	3,130,000	2,943,000.00	1,718,946.24	55%	58%	56,049,000.00	5,786,356.00	3,586,194.88	6%	62%
01.1.03	EHA	2,236,000	1,895,000.00	739,289.41	33%	39%	32,752,000.00	36,683,207.00	25,866,957.63	79%	71%
01.1.04	CSR	14,617,000	13,740,000.00	3,624,908.70	25%	26%	30,383,000.00	14,496,989.00	7,018,840.84	23%	48%
01.1.05	HIV	4,662,000	4,811,000.00	2,109,163.00	45%	44%	131,069,000.00	48,755,422.00	30,242,642.03	23%	62%
01.1.06	IVD	902,000	848,000.00	363,091.88	40%	43%	233,778,000.00	220,441,860.00	143,522,447.12	61%	65%
01.1.07	MPS	9,778,000	9,190,000.00	2,243,253.91	23%	24%	5,038,000.00	9,270,489.00	2,364,087.42	47%	26%
01.1.08	MAL	2,020,000	1,549,000.00	1,140,566.70	56%	74%	56,980,000.00	27,856,630.00	18,034,109.24	32%	65%
01.1.09	MNH	2,530,000	2,378,000.00	618,617.51	24%	26%	2,150,000.00	533,185.00	136,314.46	6%	26%
01.1.10	RHR	2,925,000	2,749,000.00	1,168,259.17	40%	42%	5,268,000.00	2,559,217.00	1,102,335.11	21%	43%
01.1.12	NCD	7,641,000	7,182,000.00	2,090,608.86	27%	29%	859,000.00	1,113,205.00	666,784.93	78%	60%
01.1.12	TUB	2,371,000	2,228,000.00	603,322.50	25%	27%	27,629,000.00	12,488,474.00	7,650,034.27	28%	61%
02.1.01	BCT	2,647,000	2,489,000.00	851,695.66	32%	34%	1,471,000.00	1,687,643.00	825,562.12	56%	49%
02.1.02	EDM	3,556,000	3,343,000.00	1,060,275.69	30%	32%	7,944,000.00	7,939,126.00	2,632,524.40	33%	33%
02.1.03	HFS	755,000	709,000.00	601,914.62	80%	85%	4,419,000.00	967,577.00	441,889.28	10%	46%
02.1.04	IER	864,000	812,000.00	328,518.70	38%	40%	13,040,000.00	2,377,103.00	1,017,170.33	8%	43%
02.1.05	HSP	7,358,000	6,916,000.00	4,288,070.63	58%	62%	23,468,000.00	7,316,820.00	3,356,304.55	14%	46%
02.1.06	HRH	11,258,000	10,607,000.00	5,476,373.60	49%	52%	16,975,000.00	3,266,840.00	1,183,054.15	7%	36%
02.1.07	HSD	3,414,000	3,111,000.00	760,592.69	22%	24%	3,135,000.00	1,754,944.00	755,081.71	24%	43%
03.1.01	CRD	553,000	519,000.00	210,295.30	38%	41%	2,032,000.00	610,769.00	386,195.14	19%	63%
03.1.02	FOS	1,595,000	1,926,000.00	415,216.34	26%	22%	2,405,000.00	81,079.00	31,141.43	1%	38%
03.1.03	WMH	1,320,000	1,242,000.00	323,354.46	24%	26%	1,680,000.00	504,334.00	19,641.87	1%	4%
03.1.04	PHE	6,210,000	6,065,000.00	2,046,443.99	33%	34%	2,790,000.00	263,386.00	193,813.82	7%	74%
03.1.05	HPR	5,169,000	4,860,000.00	2,721,197.91	53%	56%	1,429,000.00	786,466.00	374,975.63	26%	48%

Tableau 2 (suite)

Budget ordinaire							Fonds d'autres sources				
No de série	Domaine d'activité	Budget approuvé par WHA et EB add.1	Fonds disponibles	Dépenses	Taux de réalisation par rapport au (x)		Budget approuvé par WHA et EB add.1	Fonds disponibles	Dépenses	Taux de réalisation par rapport au (x)	
					Budget approuvé	Fonds disponibles				Budget approuvé	Fonds disponibles
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
03.1.06	NUT	2,589,000	2,434,000.00	329,422.39	13%	14%	1,911,000.00	492,837.00	302,322.39	16%	61%
03.1.07	TOB	3,113,000	2,926,000.00	440,420.07	14%	15%	1,887,000.00	1,013,002.00	294,683.75	16%	29%
03.1.08	INJ	751,000	705,000.00	279,542.63	37%	40%	1,246,000.00	887,368.00	506,193.82	41%	57%
04.1.01	FNS	3,372,000	3,170,000.00	1,555,057.75	46%	49%	6,686,000.00	5,806,000.00	6,134,184.00	92%	106%
04.1.02	DGO	1,536,000	1,444,000.00	734,105.12	48%	51%	829,000.00	1,228,996.00	893,184.17	108%	73%
04.1.03	REC	2,257,000	1,694,000.00	653,103.56	29%	39%	2,862,000.00	2,157,555.00	1,993,788.65	70%	92%
04.1.04	GBS	1,287,000	1,209,000.00	421,344.81	33%	35%	1,855,000.00	1,155,000.00	632,349.00	34%	55%
04.1.05	HRS	2,287,000	2,149,000.00	1,107,473.13	48%	52%	4,113,000.00	5,438,377.00	4,189,868.59	102%	77%
04.1.06	IIS	10,029,000	9,425,000.00	4,389,044.45	44%	47%	13,971,000.00	11,028,000.00	10,444,792.00	75%	95%
04.1.07	KMI	5,753,000	5,408,000.00	2,555,413.34	44%	47%	9,247,000.00	2,773,266.00	4,131,103.36	45%	149%
04.1.08	BMR	1,459,000	1,371,000.00	612,783.69	42%	45%	1,309,000.00	846,000.00	517,259.00	40%	61%
05.1.01	SCC	63,515,000	59,678,000.00	32,050,270.00	50%	54%	13,065,000.00	6,502,510.00	2,342,791.57	18%	36%
06.1.01	ERH		0.00				0.00				
06.1.02	ITF		0.00				0.00				
06.1.03	REF		0.00				4,770,000.00	452,648.00	40,983.08	1%	9%
06.1.04	SEF										
	Total	203,627,000	191,403,000.00	82,741,855.24	41%	43%	745,826,000.00	455,436,331.00	288,181,410.23	39%	63%

Annexe 3

Tableau 3 : Mise en oeuvre du budget, 2006, par niveau (en US \$)

Pays							Bureau régional				
No de série	Domaine d'activité	Budget approuvé par WHA et EB	Fonds disponibles	Dépenses	Taux de réalisation par rapport au (x)		Budget approuvé par WHA et EB	Fonds disponibles	Dépenses	Taux de réalisation par rapport au (x)	
					Budget approuvé (5/3)	Fonds disponibles (5/4)				Budget approuvé (10/8)	Fonds disponibles (10/9)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
01.1.01	CAH	8,388,000	6,881,330.00	1,201,833.92	14%	17%	19,112,000	8,910,321.00	5,257,867.40	28%	59%
01.1.02	CPC	25,646,000	4,233,317.00	2,214,203.32	9%	52%	33,533,000	4,496,039.00	3,090,937.80	9%	69%
01.1.03	EHA	30,132,000	32,863,590.00	23,438,512.03	78%	71%	4,856,000	5,714,617.00	3,167,735.01	65%	55%
01.1.04	CSR	17,881,000	16,663,358.00	4,575,591.58	26%	27%	27,119,000	11,573,631.00	6,068,157.96	22%	52%
01.1.05	HIV	97,325,000	25,577,170.00	18,267,309.08	19%	71%	38,272,000	27,989,252.00	14,084,495.95	37%	50%
01.1.06	IVD	108,104,000	98,906,084.00	62,064,025.54	57%	63%	126,576,000	122,383,776.00	81,821,513.46	65%	67%
01.1.07	MPS	6,476,000	11,274,324.00	2,626,270.95	41%	23%	8,340,000	7,186,165.00	1,981,070.38	24%	28%
01.1.08	MAL	25,468,000	12,678,553.00	8,283,111.58	33%	65%	33,532,000	16,727,077.00	10,891,564.36	32%	65%
01.1.09	MNH	3,050,000	1,299,894.00	233,826.84	8%	18%	1,630,000	1,611,291.00	521,105.13	32%	32%
01.1.10	RHR	4,502,000	2,436,159.00	1,180,883.47	26%	48%	3,691,000	2,872,058.00	1,089,710.81	30%	38%
01.1.12	NCD	4,140,000	3,908,538.00	357,628.08	9%	9%	4,360,000	4,386,667.00	2,399,765.71	55%	55%
01.1.12	TUB	11,984,000	8,783,916.00	5,504,008.61	46%	63%	18,016,000	5,932,558.00	2,749,348.16	15%	46%
02.1.01	BCT	1,661,000	1,334,000.00	283,169.67	17%	21%	2,457,000	2,842,643.00	1,394,088.11	57%	49%
02.1.02	EDM	8,124,000	2,469,339.00	608,800.01	7%	25%	3,376,000	8,812,787.00	3,084,000.08	91%	35%
02.1.03	HFS	2,668,000	342,247.00	554,828.04	21%	162%	2,506,000	1,334,330.00	488,975.86	20%	37%
02.1.04	IER	12,893,000	677,025.00	335,968.02	3%	50%	1,011,000	2,512,078.00	1,009,721.01	100%	40%
02.1.05	HSP	17,164,000	8,891,093.00	5,427,175.51	32%	61%	13,662,000	5,341,727.00	2,217,199.67	16%	42%
02.1.06	HRH	18,110,000	8,751,280.00	4,427,289.82	24%	51%	10,123,000	5,122,560.00	2,232,137.93	22%	44%
02.1.07	HSD	4,138,000	2,871,804.00	709,401.81	17%	25%	2,411,000	1,994,140.00	806,272.59	33%	40%
03.1.01	CRD	208,000	215,000.00	20,141.00	10%	9%	2,377,000	914,769.00	576,349.44	24%	63%
03.1.02	FOS	1,292,000	1,147,000.00	53,943.97	4%	5%	2,708,000	860,079.00	392,413.80	14%	46%
03.1.03	WMH	1,199,000	609,059.00	77,788.65	6%	13%	1,801,000	1,137,275.00	265,207.68	15%	23%
03.1.04	PHE	4,632,000	3,908,437.00	1,031,257.42	22%	26%	4,368,000	2,419,949.00	1,209,000.39	28%	50%
03.1.05	HPR	4,825,000	4,531,001.00	2,583,953.97	54%	57%	1,773,000	1,115,465.00	512,219.57	29%	46%

Formatted: Justified, Tabs: Not at 1,9 cm

Tableau 3 (suite)

Pays							Bureau régional				
No de série	Domaine d'activité	Budget approuvé par WHA et EB	Fonds disponibles	Dépenses	Taux de réalisation par rapport au (x)		Budget approuvé par WHA et EB	Fonds disponibles	Dépenses	Taux de réalisation par rapport au (x)	
					Budget approuvé (5/3)	Fonds disponibles (5/4)				Budget approuvé (10/8)	Fonds disponibles (10/9)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
03.1.06	NUT	1,866,000	1,665,474.00	54,137.44	3%	3%	2,634,000	1,261,363.00	577,607.34	22%	46%
03.1.07	TOB	1,867,000	1,427,787.00	56,150.30	3%	4%	3,133,000	2,511,215.00	678,953.52	22%	27%
03.1.08	INJ	1,331,000	482,811.00	269,379.48	20%	56%	666,000	1,109,557.00	516,356.97	78%	47%
04.1.01	FNS		0.00				10,058,000	8,976,000.00	7,689,241.75	76%	86%
04.1.02	DGO		0.00				2,128,000	2,672,996.00	1,627,289.29	76%	61%
04.1.03	REC	395,000	351,000.00	20,896.57	5%	6%	5,095,000	3,500,555.00	2,625,995.64	52%	75%
04.1.04	GBS		0.00				3,142,000	2,364,000.00	1,053,692.81	34%	45%
04.1.05	HRS		0.00				6,400,000	7,587,377.00	5,297,341.72	83%	70%
04.1.06	IIS		0.00				24,000,000	20,453,000.00	14,833,836.45	62%	73%
04.1.07	KMI	1,007,000	261,000.00	553.36	0%	0%	13,993,000	7,920,266.00	6,685,963.34	48%	84%
04.1.08	BMR	493,000	0.00		0%		2,275,000	2,217,000.00	1,130,042.69	50%	51%
05.1.01	SCC	74,583,000	63,276,890.00	33,405,161.38	45%	53%	1,997,000	2,903,620.00	987,900.97	49%	34%
06.1.01	ERH		0.00					0.00			
06.1.02	ITF		0.00					0.00			
06.1.03	REF		0.00				4,770,000	452,648.00	40,983.08	1%	9%
06.1.04	SEF		0.00					0.00			
	Total	501,552,000	328,718,480.00	179,867,201.42	36%	55%	447,901,000	318,120,851.00	191,056,063.83	43%	60%