

**ACTIVITES
DE L'OMS DANS LA
REGION AFRICAINE
2000**

**RAPPORT ANNUEL
DU DIRECTEUR REGIONAL**



**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de l'Afrique
Harare**

**ACTIVITES
DE L'OMS DANS LA
REGION AFRICAINE
2000**

**RAPPORT ANNUEL DU
DIRECTEUR REGIONAL**

A la cinquante et unième session
du Comité régional de l'Afrique
Brazzaville (République du Congo)
27 août - 1er septembre 2001

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de l'Afrique
Harare

AFR/RC51/2

©
Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
(2001)

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 les droits réservés.

Les désignations utilisées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Le fait de mentionner les produits de compagnies spécifiques ou de certains fabricants ne signifie pas qu'ils sont approuvés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres produits de nature analogue qui ne sont pas mentionnés. A l'exception des erreurs et des omissions, les noms des produits sont signalés par des majuscules au début du mot.

Imprimé à Harare, Zimbabwe.

SOMMAIRE

Paragrophes

| | |
|---|------------------|
| INTRODUCTION | 1 - 13 |
| PREMIERE PARTIE : MISE EN OEUVRE DES ACTIVITES DANS LA REGION AFRICAINE | 14 - 150 |
| REALISATIONS NOTABLES | 14 - 141 |
| Développement et direction d'ensemble des programmes | 14 - 31 |
| Développement des systèmes et services de santé | 32 - 53 |
| Lutte contre les maladies transmissibles | 54 - 72 |
| Lutte contre les maladies non transmissibles | 73 - 91 |
| Santé familiale et santé génésique | 92 - 119 |
| Milieux favorables à la santé et développement durable | 120 - 134 |
| Administration et Finances | 135 - 142 |
| FACTEURS AYANT FACILITE OU ENTRAVE LA MISE EN OEUVRE DU BUDGET PROGRAMME | 143 - 150 |
| Au niveau régional | 144 - 146 |
| Au niveau des pays | 147 - 151 |
| DEUXIEME PARTIE : RAPPORT D'ACTIVITE SUR LA MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS ADOPTEES PAR LE COMITE REGIONAL | 152 - 193 |
| Stratégie régionale de la santé mentale | 152 - 161 |
| Surveillance intégrée des maladies | 162 - 166 |
| Initiative pour l'éradication de la poliomyélite | 167 - 171 |
| Elimination de la lèpre dans la Région africaine | 172 - 178 |
| Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) | 179 - 180 |
| Stratégie régionale pour les opérations d'urgence et l'action humanitaire | 181 - 185 |
| Médicaments essentiels dans la Région africaine | 186 - 193 |
| TROISIEME PARTIE : SITUATION DU BUREAU REGIONAL DE L'OMS A BRAZZAVILLE | 194 - 202 |
| CONCLUSION | 203 - 208 |

ANNEXES

Page

| | |
|--|----|
| Exécution du Budget Programme 2000-2001 (Bureau régional) à la date du 31 décembre 2000 | 69 |
| Exécution du Budget Programme 2000-2001 (Pays) à la date du 31 décembre 2000 | 71 |

INTRODUCTION

1. Le Directeur régional a l'honneur de soumettre le présent rapport sur l'année 2000 au Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Ce rapport tient compte des changements en cours à l'OMS en général et dans la Région africaine en particulier. Beaucoup a été accompli en dépit de la persistance des problèmes socio-politiques, macro-économiques et de santé publique. Le Bureau régional a pu obtenir des résultats notables grâce à des partenariats efficaces et au dévouement de tout le personnel de l'OMS.
2. La Région africaine continue à être confrontée à des problèmes de santé pressants. La situation en ce qui concerne le VIH/SIDA est alarmante. Les groupes défavorisés et les pauvres sont sans cesse plus nombreux. Nombre de pays connaissent l'agitation civile et politique, de graves difficultés économiques ou des catastrophes écologiques. L'OMS doit consentir un vaste effort pour aider les pays membres et leurs systèmes de santé à faire face à la complexité des problèmes santé.
3. Au cours de l'année écoulée, le Bureau régional a fait porter ses efforts sur les domaines prioritaires tels que définis lors de la quarante-neuvième session du Comité régional pour la période biennale : paludisme, lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose, survie de l'enfant, maternité sans risque, préparation aux situations d'urgence complexes et aux épidémies, santé mentale, réforme du secteur de la santé, promotion de la santé, réduction de la pauvreté.
4. Le Bureau régional a développé ses moyens et ses activités visant à réduire les problèmes liés à la santé en Afrique. Parmi ses principales réalisations, on peut citer : des progrès notables dans la détection des cas de poliomyélite en vue de l'éradication de cette maladie, les progrès de la lutte contre la tuberculose, 55 % des pays ayant amélioré de plus de 50 % le taux de mise en œuvre de la stratégie DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe), ainsi que l'introduction du programme Faire reculer le paludisme (RBM) au niveau du district dans la plupart des pays. Le budget ordinaire et les autres ressources ont connu une augmentation substantielle, passant de US \$176 000 000 en 1994-1995 à US \$374 000 000 en 2000-2001. L'augmentation des autres ressources témoigne de la confiance accrue des donateurs et d'une plus grande satisfaction des besoins de la Région en matière de santé.
5. Grâce au Fonds du Directeur régional pour le développement, le Bureau a pu soutenir directement plusieurs initiatives visant à améliorer les conditions sanitaires dans la Région, outre les activités prévues. Ses contributions ont porté sur les activités suivantes :
 - a) organisation au Sénégal d'ateliers nationaux sur la santé qui ont réuni des partenaires nationaux et internationaux;
 - b) parrainage d'une participation internationale au sixième congrès de la Société africaine d'obstétrique et de gynécologie;

- c) soutien au Centre médical de Saint Camille, au Burkina Faso, qui traite les malades du SIDA avec des plantes médicinales;
- d) réinstallation de personnes déplacées et de réfugiés de Kisangani, en République démocratique du Congo;
- e) micro-crédit organisé à Harare (Zimbabwe), spécialement pour la formation des participants à un atelier sur le SIDA;
- f) formation de formateurs en santé génésique;
- g) aide à l'orphelinat "Mother of Peace" de Mutoko (Zimbabwe), pour le rendre autosuffisant.

6. Il est extrêmement important de développer les capacités, que ce soit au Bureau régional ou dans les Etats Membres, pour améliorer les performances afin de répondre aux besoins sanitaires ou liés à la santé. Un programme de formation au leadership et à la gestion a été organisé pour aider les conseillers régionaux de l'OMS et ses représentants dans les pays à mieux s'acquitter de leurs tâches.

7. Le processus de restructuration en cours, énoncé par le Dr Gro Harlem Brundtland et basé sur la stratégie institutionnelle de l'OMS, a aussi eu un impact sur le fonctionnement du Bureau régional.

8. Conformément aux principes de la stratégie institutionnelle de l'OMS, le Bureau régional, en collaboration avec le Siège de l'Organisation, a préparé le Budget programme pour l'exercice 2002-2003 avec l'apport des pays membres. Cet apport s'inspire des quatre éléments de la stratégie institutionnelle de l'OMS, à savoir :

- a) réduire le surcroît de mortalité, de morbidité et d'incapacités, en particulier au sein des populations pauvres et marginalisées;
- b) promouvoir des modes de vie sains et réduire les risques potentiels pour la santé humaine qui résultent de facteurs environnementaux, économiques, sociaux et comportementaux;
- c) mettre en place des systèmes de santé qui favorisent une amélioration des prestations, répondent aux attentes légitimes des individus et soient financièrement viables;
- d) mettre en place un environnement politique et institutionnel propice dans le secteur de la santé, et donner une réelle dimension sanitaire aux politiques sociales, économiques, environnementales et de développement¹;

¹OMS, Stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS, EB105/3, 10 décembre 1999.

9. Des efforts ont été faits pour améliorer la collaboration et la coopération entre les différentes organisations du système des Nations Unies en matière de développement, l'OMS jouant le rôle de chef de file dans le secteur de la santé. Dans plusieurs pays membres, l'OMS a participé activement au Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF), à l'évaluation commune au niveau des pays (CCA) et à la préparation du document sur la stratégie de réduction de la pauvreté en vue de renforcer la capacité institutionnelle des pays.
10. Les programmes régionaux et nationaux de l'OMS ont été examinés en profondeur à la fin de l'année 2000, dans le cadre de l'examen à mi-parcours du Budget programme 2000-2001. Le présent rapport se fonde sur les conclusions de cette évaluation. Il décrit en détail les résultats obtenus dans les différents domaines d'activité définis dans le Budget programme 2000-2001.
11. Le rapport comporte trois parties. La première partie décrit les principales réalisations par domaine d'activité aux niveaux de la Région et des pays, ainsi que les principaux facteurs favorables et les principales contraintes.
12. La deuxième partie décrit le degré de mise en œuvre de quelques-unes des résolutions relatives à certains programmes adoptées lors des différentes sessions du Comité régional. Ces résolutions concernent : la stratégie régionale de la santé mentale, la surveillance intégrée des maladies, l'éradication de la poliomyélite, l'élimination de la lèpre dans la Région africaine, la stratégie régionale concernant les opérations d'urgence et l'action humanitaire, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et les médicaments essentiels dans la Région africaine.
13. La troisième partie rend compte de l'évolution de la situation du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique à Brazzaville.

PREMIERE PARTIE : MISE EN OEUVRE DES ACTIVITES DANS LA REGION AFRICAINE

REALISATIONS NOTABLES

Développement et direction d'ensemble des programmes

14. Le Bureau régional a entrepris la mise en œuvre du budget et de la réforme administrative de l'OMS dans la Région africaine. La préparation du Budget programme 2000-2001 marque un changement significatif par rapport aux pratiques antérieures. Elle reflète la première tentative d'incorporer les principes de la stratégie institutionnelle de l'OMS. Dans l'esprit de "l'unité de l'OMS", c'est la première fois que les groupes du Siège et le Bureau régional se lançaient dans un processus de planification conjointe. La vingt-quatrième Réunion régionale du Programme a permis aux Représentants de l'OMS dans les pays et au personnel du Bureau régional de débattre et de coordonner leur action. Les échanges de vues qui ont eu lieu à cette occasion ont contribué à améliorer le contenu et la forme des plans d'action.

15. Le domaine d'activité *Budget et Réforme administrative (BMR)* a été marqué par une amélioration du processus de surveillance et d'évaluation qui a été rendu plus critique et plus systématique. La mise en œuvre du Budget programme 1998-1999 a été soumise à une évaluation biennale, tandis que le Budget programme 2000-2001 faisait l'objet d'un suivi semestriel et d'un examen à mi-parcours. Le système de gestion des activités (AMS) a été adopté au Bureau régional pour faciliter la surveillance et l'évaluation du Budget programme.

16. La préparation du Budget programme 2002-2003 a été l'occasion d'une interaction sans précédent entre le Siège et le Bureau régional. La rédaction des lignes directrices pour la planification, le suivi et l'évaluation du Budget programme 2002-2003 au niveau des pays a été précédée de deux consultations mondiales réunissant la section BMR du Siège et les conseillers régionaux chargés de la planification, de la programmation et de l'évaluation dans les Régions de l'OMS. La deuxième consultation a eu lieu au Bureau régional pour l'Afrique.

17. Dans le domaine de la *Coopération technique avec les pays (TCC)*, un accent particulier a été mis sur le développement des capacités de l'OMS au niveau des pays, grâce à des programmes de formation au leadership et à la gestion pour les représentants (WR) et les chefs de bureau de liaison (WLO) de l'OMS, à l'appui accordé aux bureaux de pays de l'OMS pour l'organisation d'ateliers et séminaires sur l'amélioration des performances, à la compilation et à la mise en commun des meilleures méthodes en usage dans les bureaux de pays et à une délégation accrue des pouvoirs aux WR et WLO. Deux réunions relatives au programme régional ont été organisées avec la participation des WR, des WLO et de cadres du Bureau régional pour examiner la mise en œuvre du Budget programme en cours et la préparation du Budget programme 2002-2003, ainsi que pour trouver les moyens d'améliorer le travail de l'OMS dans et avec les pays, sur la base des stratégies de coopération.

18. L'élaboration des stratégies de coopération avec les pays imprimera une nouvelle approche au travail effectué dans les pays, approche qui renforcera la culture institutionnelle de l'OMS considérée dans son unité, tout en favorisant une pensée stratégique axée sur un nombre réduit de priorités et la nécessité de pallier les insuffisances du mécanisme de réponse de l'Organisation. Cela contribuera à mieux adapter le programme de coopération aux besoins spécifiques des pays, à harmoniser l'aide apportée par tous les échelons de l'OMS et à renforcer les partenariats pour le développement sanitaire.
19. Dans le domaine de la **Politique et Coopération en matière de recherche (RPC)**, le Bureau régional a souligné le rôle central de la recherche en santé dans la production d'informations fiables qui puissent orienter le processus de prise de décision en vue d'accroître l'efficacité de la prestation et du financement des soins de santé dans les États Membres. Compte tenu de son importance, tous les programmes régionaux ont été invités à inclure une composante recherche dans leurs plans d'action (POA) et dans leurs activités de programme.
20. La coordination de la recherche a été renforcée et le rôle du Comité consultatif africain pour la recherche et le développement sanitaire (CCARDS) a été revu pour lui permettre de donner des avis stratégiques au Directeur régional après s'être formé une opinion sur les sujets de recherche qui intéressent la Région. Le Bureau régional s'est employé activement à améliorer l'utilité des centres collaborateurs de l'OMS et des centres d'excellence et à encourager le recours à des groupes consultatifs d'experts dans le cadre des travaux de l'OMS dans la Région. Il a aussi encouragé le développement de moyens de recherche essentiels dans les États Membres, notamment par la mise à disposition de fonds de démarrage pour appuyer la recherche sur les problèmes de santé prioritaires.
21. En ce qui concerne les **Bases factuelles à l'appui des politiques de santé (GPE)**, des efforts ont été faits pour améliorer les capacités de création et d'utilisation de bases factuelles pour la prise de décisions au niveau de la Région et des pays. Les principaux résultats obtenus au cours de la période couverte par le rapport sont l'établissement d'une base de données régionale sur les informations relatives à la santé ou liées à la santé et la formation dans les bureaux de pays de l'OMS de 21 spécialistes pour l'évaluation économique, l'analyse des incidences économiques des problèmes de santé, la mesure de l'état de santé, l'analyse de la viabilité économique, les comptes nationaux relatifs à la santé et l'analyse de l'efficacité des services de santé. Des analyses de l'efficacité des services de santé ont été menées à bien dans deux pays, tandis que des outils ont été mis au point pour la collecte de données destinées à l'évaluation économique des interventions sanitaires, à l'examen des comptes de santé nationaux et à l'analyse de l'efficacité des services de santé.
22. Dans le domaine de la **Mobilisation des ressources (RMB)** et dans celui de la **Coopération extérieure et des partenariats (ECP)**, l'unité de **Mobilisation des ressources interorganisations (IRM)** a contribué à la rédaction et à la mise en application de documents ayant force de loi en ce qui concerne le financement extrabudgétaire et les partenariats au niveau des pays et de la Région. Elle a aussi établi un modèle normalisé pour la préparation des documents relatifs aux projets par le Bureau régional.

23. En outre, des efforts ont été faits pour améliorer la capacité de négociation des pays membres et du personnel du Bureau régional. Des ateliers nationaux sur la négociation se sont tenus au Togo, aux Seychelles et en République démocratique du Congo.

24. Une analyse des organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine de la santé et les domaines connexes dans la Région a été effectuée et ses résultats publiés. L'inventaire des recommandations contenues dans cette publication forme un ensemble utile de lignes directrices que les pays membres pourront adapter à leurs besoins ou utiliser pour élaborer leurs propres plans d'action.

25. Des réalisations importantes ont vu le jour dans le domaine de l'*Information du public*. L'unité d'information a augmenté de façon considérable la production et la diffusion de communiqués de presse et de matériel audiovisuel sur la santé à l'intention de la presse et des médias électroniques de la Région. Une nouvelle initiative a été la parution au cours de l'année d'un magazine de santé régional, l'Observatoire de la Santé en Afrique, pour améliorer la diffusion d'informations sur la santé et accroître la visibilité de l'action de l'OMS dans la Région.

26. En ce qui concerne les *Organes directeurs* de l'OMS, le Bureau régional a aidé les États Membres à participer aux réunions du Conseil exécutif de l'OMS et de l'Assemblée mondiale de la Santé. Des sessions d'information ont été organisées à l'intention des délégués au Conseil exécutif. Les documents de travail et les résolutions concernant les divers Organes directeurs ont été distribués aux pays membres. La 50^{ème} session du Comité régional de l'Afrique a eu lieu à Ouagadougou (Burkina Faso) en septembre 2000.



Source : RC50, Ouagadougou, 2000

Les délégués des pays à la 50^{ème} session du Comité régional de l'Afrique, qui s'est tenue à Ouagadougou (Burkina Faso) du 28 août au 2 septembre 2000, posent avec M. Blaise Compaoré, Président du Burkina Faso, et le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, après l'ouverture de la réunion.

Activités de l'OMS dans la Région africaine 2000

27. L'unité *Préparation aux situations d'urgence et action humanitaire (EHA)* a fait porter ses efforts sur l'élaboration des programmes de préparation, le renforcement de la capacité d'organisation des secours et le développement du rôle de l'OMS dans le contexte général de l'action commune des organisations du système des Nations Unies face aux situations d'urgence.

28. Les points focaux pour la *Préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours (EPR)* auprès des Ministères de la Santé et des bureaux OMS de 45 pays membres ont reçu une formation portant sur l'élaboration et l'application de programmes de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours au niveau des pays. Un projet de lignes directrices pour l'évaluation de la vulnérabilité des pays aux situations d'urgence a été rédigé et un cadre précisant tous les aspects de la politique de mise en œuvre du programme au niveau des pays établi. Vingt agents de santé de district de dix pays anglophones ont été formés à la gestion du processus complexe d'évaluation de la vulnérabilité des communautés aux catastrophes. Les pays de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) ont participé à un atelier OMS sur la préparation des hôpitaux aux situations d'urgence. Au titre de cette activité, qui s'est poursuivie dans les pays, 30 participants de six hôpitaux provinciaux du Swaziland ont reçu une formation et la Tanzanie a bénéficié d'une aide destinée spécialement à renforcer la préparation du secteur de la santé aux situations d'urgence, et sa capacité d'organiser des secours.

| 7 |

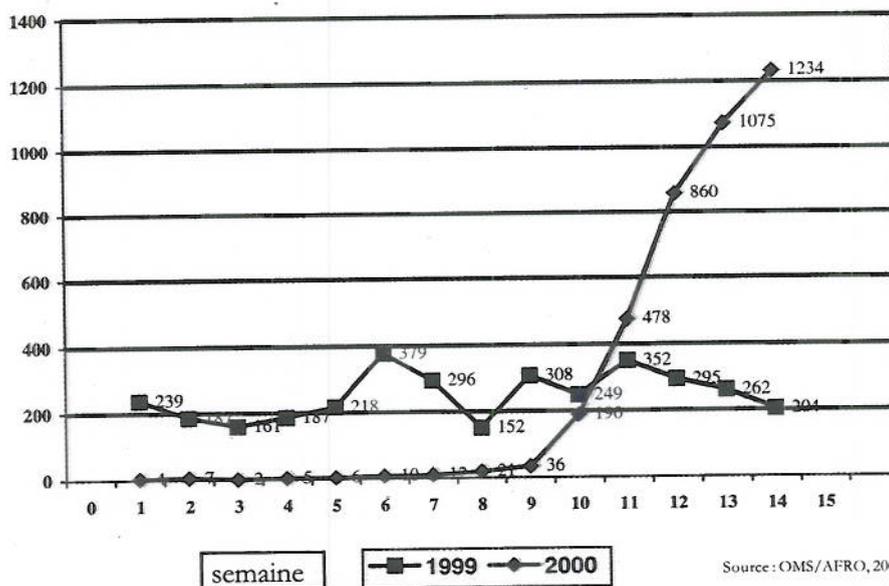
29. Le *programme EHA* a pris diverses mesures pour assurer une organisation rapide, techniquement appropriée et correctement financée des secours en présence de situations d'urgence dans la Région. A l'instigation de la SADC, il a contribué à la mise sur pied de structures inter-pays destinées à appuyer les programmes nationaux de préparation et d'organisation des secours aux situations d'urgence. Des trousse de premiers secours ont été fournies à certains pays pour leur permettre d'intervenir plus rapidement. Pour assurer la coordination interorganisations, un atelier a été organisé en collaboration avec le Siège sur la préparation de l'appel consolidé interinstitutions, qui est un outil du système des Nations Unies pour la planification, la mobilisation des ressources et l'évaluation de la situation dans les pays lors de catastrophes. Un appui a été fourni à l'Ouganda pendant l'épidémie de fièvre hémorragique virale, à la République démocratique du Congo pour l'organisation des journées nationales de vaccination (JNV) contre la poliomyélite, au Libéria pour lutter contre l'épidémie de fièvre jaune et au Mozambique lors des inondations.

LE FROID, L'HUMIDITE, LA FAIM ET LA MALADIE SONT LE LOT D'ENVIRON SEPT MILLIONS DE PERSONNES DEPLACEES EN AFRIQUE



Source : OMS/AFRO, 2000

Figure 1 : INCIDENCE HEBDOMADAIRE DE LA DIARRHEE AIGUE A MAPUTO (MOZAMBIQUE) EN 1999 (PAS D'INONDATIONS) ET EN 2000 (INONDATIONS)



30. Le graphique précédent montre les conséquences épidémiologiques spectaculaires d'une catastrophe naturelle sur une maladie particulière, la diarrhée, en milieu urbain.

L'unité Opérations d'urgence et action humanitaire (EHA) du Bureau régional estime que l'Afrique comptait environ 7 millions de personnes déplacées fin décembre 2000. Chassées de chez elles par la guerre, les inondations, la sécheresse, la famine ou les épidémies, près de 7 millions de personnes vivant dans 44 pays de la Région sont exposées à un environnement hostile, à la faim, à la violence physique ou sexuelle et aux maladies transmissibles. Les enfants et les femmes, qui se déplacent souvent seuls, sont particulièrement vulnérables. Pour apporter une aide rapide et efficace, les pays d'accueil et leurs partenaires doivent oeuvrer de concert afin d'offrir un minimum de services essentiels en ce qui concerne la santé, le logement, la nourriture et les vêtements. L'OMS soutient l'Appel consolidé des Nations Unies dans les situations d'urgence afin d'assurer une réponse coordonnée et efficace.

HABITANTS CHASSES PAR LES INONDATIONS : MOZAMBIQUE



Source : OMS/AFRO, 2000

31. Dans la Région africaine, on fait désormais face de manière systématique aux situations d'urgence. Nombre de pays mettent actuellement en place des dispositifs d'intervention homogènes et décentralisés comportant les volets suivants : prévention, atténuation des conséquences, préparation, intervention rapide, reconstruction et rénovation. Un programme en plusieurs phases a été convenu et la plupart des pays de la Région mettent au point leur programme de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours de façon ordonnée, avec l'appui technique du Bureau régional, en considérant successivement les points suivants :

- a) cadre juridique;
- b) évaluation de la vulnérabilité;
- c) planification des interventions en cas d'urgence;
- d) création de structures administratives;
- e) formation aux techniques de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours conduisant à la création d'une masse critique de personnel qualifié dans les pays.

SITUATIONS D'URGENCE DANS LE MONDE

La nécessité de faire face aux situations d'urgence est de plus en plus apparente; parallèlement, les demandes se font plus pressantes auprès des organisations internationales et des autorités nationales pour qu'elles prennent des mesures afin de minimiser les conséquences de ces situations sur les populations :

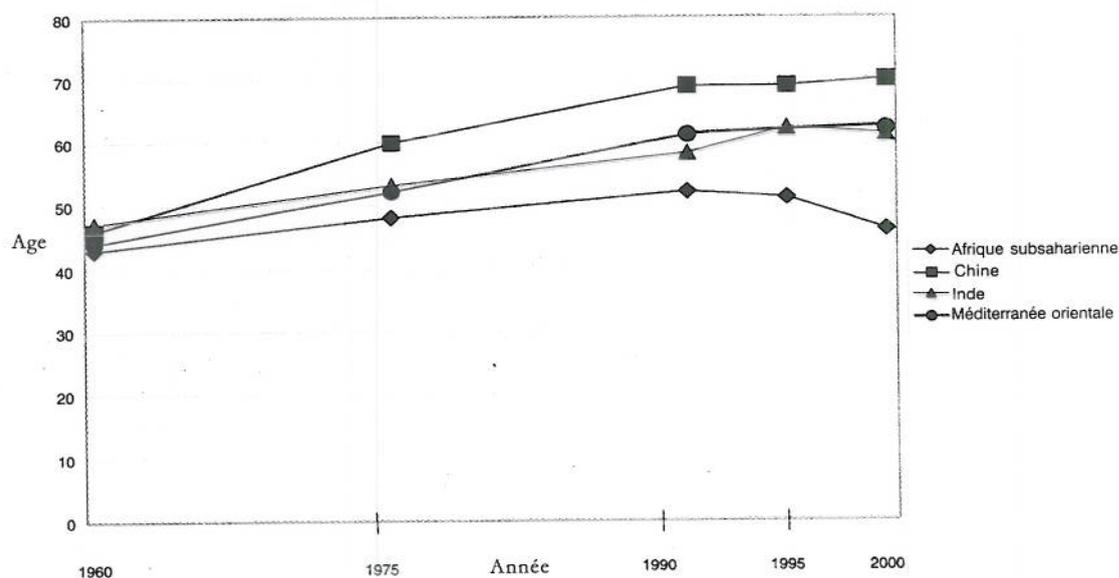
- Alors que l'OMS prévoit que la mortalité mondiale due aux pathologies maternelles, prénatales et nutritionnelles diminuera de 40 % entre 1990 et 2020, dans la même période, le nombre de décès par suite de blessures aura augmenté de 65 %.
- Le coût économique et social des catastrophes naturelles et des épidémies est énorme. Environ 20 millions de personnes ont dû fuir les inondations au Bangladesh en 1998. Il en a été de même pour deux millions de personnes au Mozambique en 2000. Les pertes économiques dues à l'épidémie de choléra de 1992 au Pérou et à l'épidémie de peste de 1994 en Inde ont été estimées respectivement à 770 millions et à 1,7 milliard de dollars des Etats-Unis.
- Les situations d'urgence complexes (guerre civile, effondrement de l'autorité de l'Etat) provoquent des dégâts qui vont bien au-delà des effets immédiats des blessures de guerre et de la destruction des bâtiments : sur 1,7 million de décès supplémentaires enregistrés pendant la guerre civile dans la République démocratique du Congo, la majorité d'entre eux étaient dus aux maladies courantes de l'enfance. Au cours des neuf années de situation d'urgence complexe qu'a connues la Sierra Leone, même certains districts épargnés par les combats ont perdu plus de 50 % de leurs centres de santé périphériques par suite des effets économiques et logistiques indirects de la guerre. Il est important de tenir compte de ces effets généraux lors de la préparation aux situations d'urgence et des interventions de secours. La communauté mondiale a réagi en multipliant par plus de 1000 le montant de l'aide humanitaire aux situations d'urgence, qui est passé de US \$3 millions en 1969 à US \$4 milliards en 1995 (soit plus de mille fois le montant de 1969). Toutefois :
- cet investissement massif est souvent mal coordonné, l'aide ne se mobilisant que lorsqu'une catastrophe est arrivée;
- l'OMS estime que, sur 100 dollars dépensés pour l'aide humanitaire, 4 seulement servent à se préparer aux situations d'urgence, à les prévenir lorsque c'est possible, ou à en atténuer les conséquences.

Chaque année, des tremblements de terre, des inondations ou des épidémies se produisent quelque part dans le monde. Il est temps de faire en sorte que chaque pays ait les moyens de prévenir les situations d'urgence, de s'y préparer et d'y faire face.

Développement des systèmes et services de santé

32. Le but ultime de tout système de santé est l'amélioration de l'état sanitaire de la population. Dans la Région africaine, l'espérance de vie, qui mesure le degré de réalisation de cet objectif, révèle un retard considérable par rapport aux autres Régions de l'OMS. Par exemple, selon le Rapport sur la santé dans le monde 2000, l'espérance de vie moyenne dans la Région des Amériques comme dans la Région européenne est de 76 ans, alors qu'elle est de 46 ans dans la Région africaine. Même dans la Région de la Méditerranée orientale, en Inde et en Chine, où l'espérance de vie en 1960 était à peu près la même qu'en Afrique actuellement, la situation s'est beaucoup améliorée. Avec les ravages du VIH/SIDA, si les tendances actuelles ne s'améliorent pas, l'espérance de vie en Afrique va encore diminuer. Les troubles civils généralisés, l'instabilité politique et la pauvreté sont d'autres facteurs qui contribuent au mauvais fonctionnement des systèmes de santé nationaux. Les effets de la mondialisation sont aussi à prendre en compte lorsqu'on cherche à prévoir le développement futur des systèmes de santé dans la Région.

Figure 2 : ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE - COMPARAISON ENTRE LA REGION AFRICAINE ET D'AUTRES REGIONS ET PAYS



Source: OMS/AFRO - Adapté du Rapport sur la santé dans le monde 1993, Rapport sur la santé dans le monde 1998 et Rapport sur la santé dans le monde 2000.

33. Moins de la moitié de la population de l'Afrique subsaharienne a régulièrement accès à des médicaments salvateurs. La situation est encore pire pour les médicaments contre des maladies relativement nouvelles comme le VIH/SIDA. La mauvaise qualité des médicaments, leur usage irrationnel, l'impact négatif sur l'accès aux médicaments des accords de commerce mondiaux et l'insuffisance des ressources sont autant de défis auxquels sont confrontés la plupart des systèmes de santé nationaux.

Activités de l'OMS dans la Région africaine 2000

34. La mission de la *Division du développement des systèmes et services de santé* au Bureau régional est de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour Tous en aidant les pays membres à renforcer leurs systèmes de santé.

35. La division est responsable de trois domaines d'activité : *Organisation des services de santé (OSD), Médicaments essentiels et Politique pharmaceutique (EDM), Sécurité transfusionnelle et Technologie clinique (BCT)*.

36. *L'Organisation des services de santé* couvre les programmes suivants : Systèmes de santé nationaux, Systèmes de santé de district, Systèmes d'information pour la santé, Recherche sur les systèmes de santé, Développement des ressources humaines.

37. Parmi les principales activités menées à bien au cours de la période couverte par le présent rapport figure la mise au point de la politique régionale de la Santé pour Tous au XXI^e siècle, adoptée par le Comité régional en septembre 2000. Neuf pays (Botswana, Burkina Faso, Gabon, Guinée, Mozambique, Niger, Rwanda, Seychelles, Swaziland) ont reçu une aide pour l'élaboration de leur politique nationale de la santé dans le contexte de la réforme du secteur de la santé. L'Ouganda, la République centrafricaine et la Zambie ont également bénéficié d'un appui pour la sensibilisation aux approches sectorielles (SWAp) et pour des visites d'études à l'étranger sur la réforme du secteur de la santé. Compte tenu du besoin évident de contrôler et d'évaluer systématiquement la réforme du secteur de la santé dans les pays membres, un outil a été mis au point à cet effet en collaboration avec la Banque mondiale.

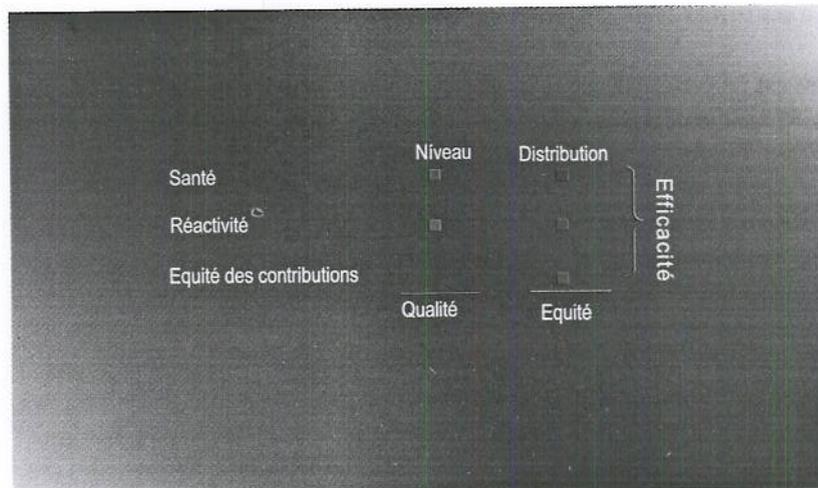
**POLITIQUE REGIONALE DE LA SANTE POUR TOUS DANS
LA REGION AFRICAINE POUR LE XXI^eME SIECLE : AGENDA 2020**

En tant que cadre de référence pour l'élaboration des politiques sanitaires nationales, le document aborde les directions stratégiques envisagées pour l'instauration de la santé pour tous au XXI^e siècle :

- a) *Créer et gérer des environnements favorables à la santé*
- b) *Réformer les systèmes de santé en s'inspirant des principes des soins de santé primaires*
- c) *Responsabiliser les populations et leur assurer un soutien aux niveaux individuel, familial et communautaire*
- d) *Créer les conditions nécessaires à la participation et au leadership des femmes dans le développement sanitaire, en leur permettant d'en bénéficier.*

38. Le Rapport sur la santé dans le monde 2000 a été publié par le Siège au cours de l'année. Il présente un nouveau cadre pour mesurer la performance des systèmes nationaux de santé en tenant compte des réalisations, tant en ce qui concerne le niveau que la distribution, pour chacun des trois objectifs que sont : la santé, la réactivité aux besoins et l'équité du financement. Des entretiens ont eu lieu avec huit pays membres (Afrique du Sud, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Mozambique, Sénégal, Tchad, Zimbabwe) sur l'application de ce nouveau cadre pour obtenir les données factuelles nécessaires à l'instauration d'un dialogue sur les politiques de santé et le choix des interventions. Au cours des années à venir, le processus sera étendu à un nombre croissant de pays de la Région.

Figure 3 : OBJECTIFS DU SYSTEME DE SANTE



Source : Rapport sur la santé dans le monde 2000

39. Les modalités d'évaluation du caractère opérationnel des **systèmes de santé de district** ont été publiées. La Guinée équatoriale, l'Ouganda et le Togo ont bénéficié d'un appui pour le choix des indicateurs de santé essentiels. La République du Congo, le Gabon et la Gambie ont également reçu de l'aide pour le développement de leur système d'information sanitaire. En outre, deux séries de lignes directrices importantes ont été rédigées : l'une pour l'évaluation de la performance générale des systèmes d'information sanitaire et l'autre sur l'utilisation des indicateurs de santé essentiels pour suivre les progrès au niveau des pays de la Région. Les réformes du secteur de la santé dans la Région restent principalement axées sur le district en tant qu'unité administrative.

40. Un outil pour l'établissement des **profils nationaux de recherche en santé** a été mis au point et transmis à tous les pays membres. Les lacunes et les domaines où la recherche doit être développée et soutenue ont été identifiés. En outre, deux réunions importantes ont été consacrées à la **recherche sur les systèmes de santé (HSR)** . La première, destinée aux points focaux HSR et aux analystes des politiques de santé, a eu lieu à Harare (Zimbabwe). Elle a défini les sujets de collaboration entre la recherche sur les systèmes de santé et l'élaboration et l'analyse des politiques, ainsi que le nouveau rôle et les nouvelles fonctions des points focaux et des unités HSR. La seconde réunion, qui s'est tenue à Pretoria (Afrique du Sud), a porté sur les questions prioritaires pour la recherche sur les systèmes de santé dans le domaine du VIH/SIDA. Onze pays parmi les plus touchés par le VIH/SIDA ont élaboré cinq cadres de travail pour faciliter le développement de la recherche.

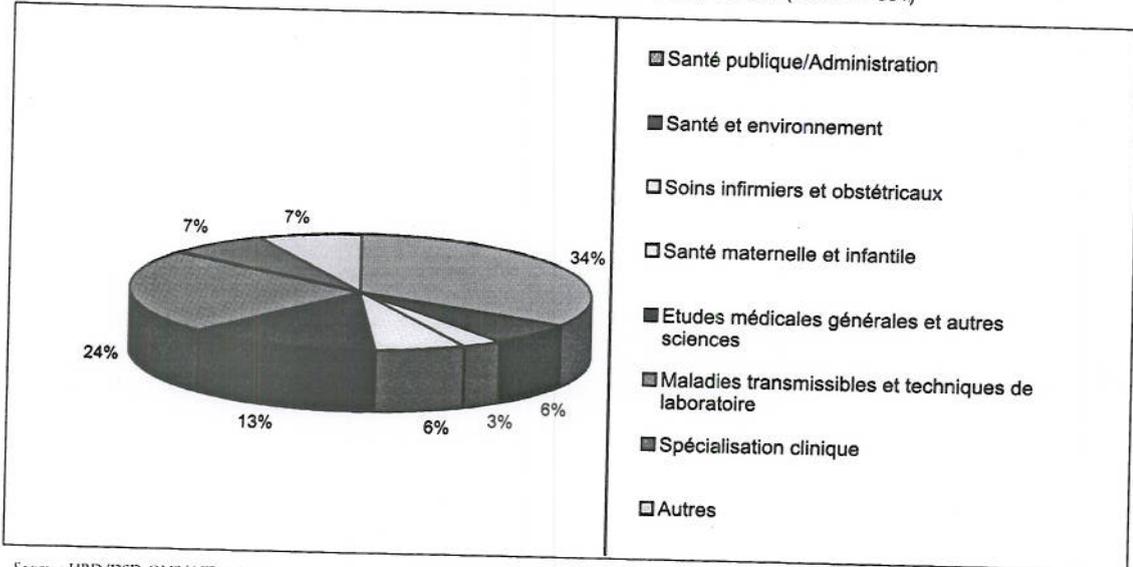
41. La stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé, adoptée par le Comité régional en 1998, a été le fil conducteur des travaux entrepris dans le domaine des **ressources humaines pour la santé (HRH)** . Les problèmes de ressources humaines qui se posent encore dans la plupart des pays montrent à l'évidence que la mise en œuvre de cette stratégie dans la Région se fait lentement.

42. Des responsables des ressources humaines de 24 pays francophones ont participé à un cours de formation sur le développement des capacités en Algérie. Un programme analogue a été organisé à l'intention des pays anglophones pour le début de 2001. Le Groupe consultatif pluridisciplinaire (MAG) sur les ressources humaines pour la santé a été créé et a tenu sa première réunion. Une des recommandations du MAG a été d'établir un ensemble de mesures de promotion pour HRH. Cela a été fait en collaboration avec l'université de Western Cape en Afrique du Sud et le dossier a été mis à la disposition des pays membres. Une analyse de la situation en matière de ressources humaines pour la santé, entreprise dans les cinq pays lusophones, a confirmé une grave pénurie de personnel de santé qualifié dans chacun de ces pays.

43. Dans le domaine des soins infirmiers et obstétricaux, on retiendra quatre réalisations importantes : i) des études de cas sur le renforcement des services infirmiers et obstétricaux ont été menées à bien et les secteurs à développer dans ce domaine ont été recensés ; ii) des lignes directrices ont été élaborées pour l'évaluation des programmes de formation en sciences de la santé ; iii) des aide-mémoire sur le VIH/SIDA à l'intention des infirmières et sages-femmes ont été préparés et diffusés ; iv) la revue africaine de soins infirmiers et obstétricaux (*African Journal for Nursing and Midwifery*) a été produite et distribuée dans tous les pays.

44. Un total de 351 bourses d'études ont été accordées en 2000; 133 autres dossiers étaient en cours d'examen.

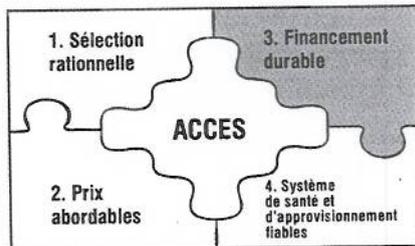
Figure 4 : OMS/AFRO : BOURSES PAR DOMAINE D'ETUDE, 2000 (TOTAL = 351)



Source : HRD/DSD, OMS/AFRO, 2000

Objectif 1. Politique

Le processus national en matière de politique pharmaceutique réunit tous les partenaires intéressés, en les encourageant à accorder attention politique, financement et ressources humaines sur l'amélioration du secteur pharmaceutique. La politique pharmaceutique nationale fournit ainsi un cadre d'action pour les produits pharmaceutiques à l'intérieur de la politique de santé nationale. Les buts d'une politique pharmaceutique nationale doivent donc correspondre aux objectifs de santé plus larges, et sa mise en œuvre doit aider à atteindre ces objectifs. L'OMS aidera les pays à mettre en œuvre leur politique pharmaceutique nationale et à suivre son impact. Les deux composantes de cet objectif sont la mise en œuvre et le suivi des politiques pharmaceutiques nationales et l'intégration des politiques et programmes de médicaments essentiels dans le développement des systèmes de santé.



Objectif 3. Qualité et innocuité

Les normes internationales sur la qualité des médicaments sont de plus en plus rigoureuses. Malgré tout, la qualité des médicaments que l'on trouve sur le marché demeure préoccupante pour la santé publique dans de nombreux pays. De même, d'importants efforts ont été fournis pour mieux réglementer les médicaments aux niveaux national et international, mais l'application des normes réglementaires dans les pays continue de poser problème. La mission de l'OMS au titre de l'objectif qualité et innocuité comprend quatre composantes : normes et directives applicables aux produits pharmaceutiques, réglementation pharmaceutique et système d'assurance de la qualité, appui à l'information sur la réglementation pharmaceutique, et orientation pour le contrôle et l'utilisation des substances psychotropes et des stupéfiants.

Objectif 2. Accès

L'accès aux médicaments essentiels est une priorité importante pour l'OMS. Quatre facteurs déterminants doivent être fermement établis pour faciliter et garantir un accès durable :

une sélection rationnelle basée sur l'élaboration d'une liste nationale de médicaments essentiels et de guides thérapeutiques

des prix abordables pour les gouvernements, les prestataires et usagers des services de santé

un financement durable par des mécanismes équitables, tels que le budget de l'État ou les caisses d'assurance maladie

des systèmes d'approvisionnement fiables associant services publics et privés.

Du point de vue du patient ou du consommateur, avoir accès aux médicaments essentiels signifie pouvoir les obtenir en parcourant des distances raisonnables (accessibilité géographique), qu'ils sont disponibles auprès des services sanitaires (accessibilité physique), et qu'ils sont à un prix abordable (accessibilité financière).

Objectif 4. Usage rationnel

Aujourd'hui, le concept des médicaments essentiels est adopté dans le monde entier. Un nombre croissant de pays, développés et en développement, l'ont utilisé pour améliorer l'usage des médicaments par les prescripteurs, les dispensateurs et les consommateurs, ainsi que pour limiter les dépenses pharmaceutiques. Le défi consiste maintenant à assurer un usage thérapeutiquement sûr et économiquement efficace des médicaments à tous les niveaux : du système de santé, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, par les professionnels de la santé et les consommateurs. L'action de l'OMS portera sur trois composantes : stratégie et suivi de l'usage rationnel des médicaments, usage rationnel des médicaments par les professionnels de la santé et usage rationnel des médicaments par les consommateurs.

Source : Stratégie pharmaceutique de l'OMS : 2000-2003 (WHO/EDM/2000.4)

45. Le programme **Médicaments essentiels et Politique pharmaceutique** englobe deux domaines d'activité : **Médicaments essentiels et Médecine traditionnelle.**

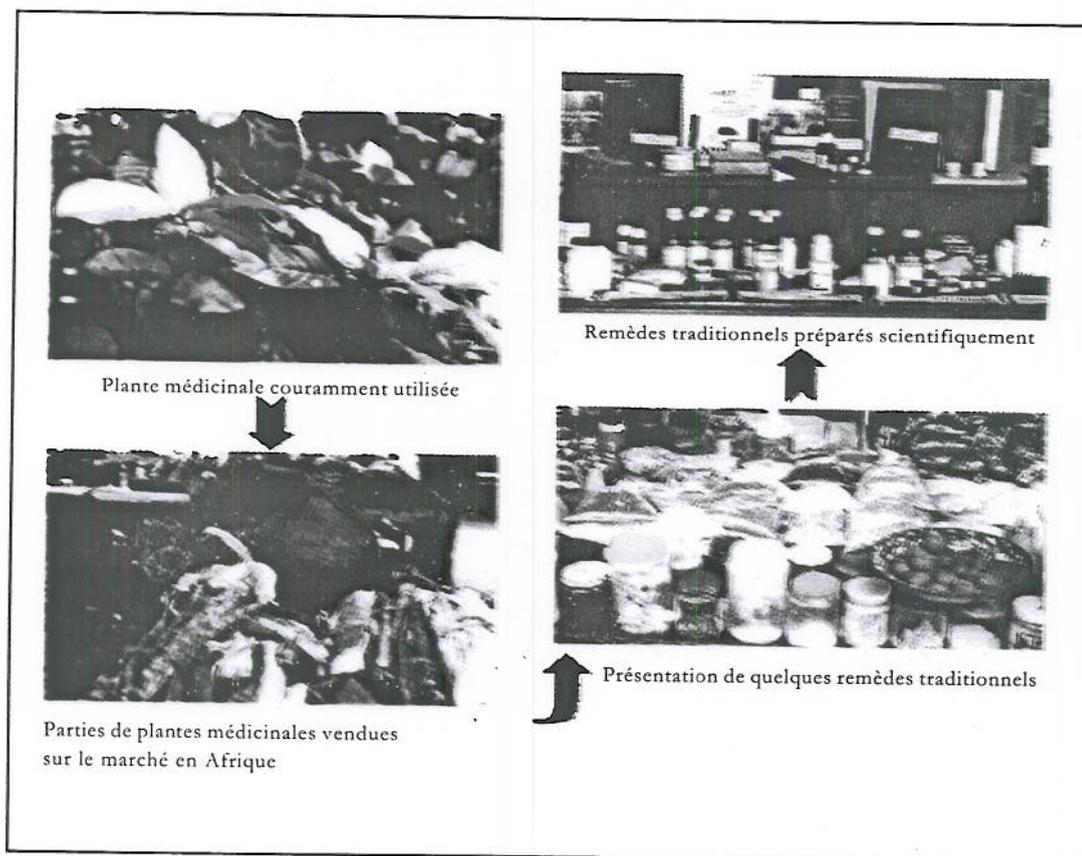
46. Le domaine des médicaments essentiels comprend quatre grands secteurs d'activité : grandes orientations, accès, qualité et innocuité, usage rationnel. Une des réalisations dans ce domaine a été la mise au point du manuel de formation à la gestion des médicaments dans les centres de santé. La deuxième édition de la liste AFRO des prix des médicaments essentiels a été établie et publiée conjointement avec le Centre collaborateur OMS pour la qualité des médicaments

à l'université de Potchefstroom en Afrique du Sud. Le Bureau a également préparé la troisième édition de la brochure sur les laboratoires de contrôle. Un cours de formation aux techniques de gestion de laboratoire et de chromatographie sur couche mince pour le criblage des médicaments antituberculeux a eu lieu en Afrique du Sud à l'intention des inspecteurs pharmaceutiques et des personnels de laboratoire.

47. La Guinée-Bissau, Sao Tomé et Príncipe et les Seychelles ont reçu une aide pour effectuer des analyses de situation qui ont conduit à la formulation de politiques pharmaceutiques nationales. Le Botswana, le Cameroun, le Lesotho, le Libéria, la Mauritanie et le Swaziland ont également bénéficié d'une assistance pour l'adoption de leur politique pharmaceutique nationale. La Namibie a obtenu de l'aide pour choisir les indicateurs de surveillance de sa politique pharmaceutique nationale. Une mission conjointe a été menée avec l'ONUSIDA au Swaziland pour examiner l'accès du pays aux médicaments contre le VIH/SIDA.

48. Trente-six participants ont suivi un cours sur l'usage rationnel des médicaments au Nigéria. Deux autres cours ont eu lieu, l'un en Algérie sur les principes rationnels de prescription, l'autre en Afrique du Sud sur la pharmacothérapie.

DES PLANTES MEDICINALES A LA PREPARATION SCIENTIFIQUE
DES REMEDES TRADITIONNELS



Source : OMS/AFRO - Division du développement des systèmes de santé (Médecine traditionnelle) 2000.

49. Le Comité régional a adopté à sa cinquantième session, en 2000, la stratégie régionale pour promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé. Cette stratégie a été élaborée à l'issue de larges consultations avec les pays membres et d'un forum africain sur la médecine traditionnelle. Un atelier qui s'est tenu à Antananarivo (Madagascar) a mis au point et adopté des protocoles génériques d'évaluation des médicaments traditionnels ainsi que des protocoles particuliers pour des études ethno-médicales et des essais cliniques de médicaments contre le VIH/SIDA et le paludisme. La Namibie et la Zambie ont reçu un appui technique pour élaborer une législation sur les médicaments traditionnels. Le Burkina Faso et le Zimbabwe ont également bénéficié d'une assistance pour entreprendre des études ethno-médicales sur les préparations d'herboristerie utilisées dans le traitement du VIH/SIDA.

50. Le domaine de la *Sécurité transfusionnelle et de la Technologie clinique* recouvre deux programmes, celui de la sécurité transfusionnelle et celui de la technologie clinique et de la qualité des soins. Un atelier a été organisé dans chacun de ces domaines d'activité : le premier, sur la sécurité du sang, à l'intention des directeurs des services nationaux de transfusion sanguine, à Harare (Zimbabwe), le deuxième, sur l'assurance de la qualité dans les laboratoires cliniques, à Dakar (Sénégal), le troisième, sur l'assurance de la qualité des soins, à Kampala (Ouganda). Les pays membres ont accepté de préparer des plans d'action pour mettre en œuvre des programmes d'assurance de la qualité.

SECURITE DU SANG : AFFICHE GAGNANTE DU CONCOURS ORGANISE DANS LES ECOLES
A L'OCCASION DE LA JOURNEE MONDIALE DE LA SANTE, LE 7 AVRIL 2000



Source : Avec cette affiche, Kokou Fétiba, élève au collège privé "Espoir" à Kara (Togo), a obtenu le premier prix du concours organisé dans les écoles à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé, en avril 2000, qui avait pour thème : "La sécurité du sang commence par moi".

51. Pendant très longtemps, on ne s'est pas suffisamment occupé de la sécurité transfusionnelle, comme le montre le fait que 16 pays membres seulement sur 46 ont une politique nationale en matière de transfusion sanguine. Malheureusement, même dans les pays où une telle politique existe, elle n'est pas appliquée intégralement. Dans beaucoup de pays, chaque hôpital institue sa propre banque du sang et parfois, faute de politique clairement définie, les patients finissent par recevoir du sang qui n'a pas été contrôlé.

52. La stratégie régionale pour la sécurité transfusionnelle a été établie et les outils d'évaluation nécessaires à l'analyse de la situation dans les pays membres ont été mis au point. Les moyens techniques du centre national de transfusion sanguine de Harare ont été renforcés. Le premier cours sur la gestion de la qualité en vue d'assurer la sécurité transfusionnelle a eu lieu dans ce centre. L'Algérie et la Côte d'Ivoire ont reçu une aide pour mettre en place des programmes de télé-enseignement sur la sécurité transfusionnelle. Un appui a été fourni à l'Angola, à la République démocratique du Congo et au Ghana pour effectuer des analyses de situation et préparer des plans d'action. La Gambie et le Swaziland ont finalisé leur politique nationale en matière de sécurité transfusionnelle et le Mali et la République centrafricaine ont élaboré et mis en œuvre leur programme d'assurance de la qualité avec l'aide du Bureau régional. Dans le cadre des activités prévues à l'occasion de la Journée mondiale de la santé, en avril 2000, dont le thème était "la sécurité du sang commence par moi", le Bureau régional a organisé un concours d'affiches pour les élèves des écoles primaires et secondaires et a produit une vidéo sur la sécurité transfusionnelle.

| 17 |

53. Le Bureau régional a apporté son soutien au renforcement des services de laboratoire au Niger et au Togo. Des directives ont été mises au point et seront prêtes à être diffusées en 2001 pour répondre aux besoins des pays membres qui souhaitent disposer d'un guide sur la formulation des politiques nationales relatives aux équipements de soins. A la suite d'une série d'ateliers inter-pays sur la question, des lignes directrices pour assurer la qualité des programmes de soins dans les pays ont été mises au point, de même que des outils d'évaluation pour les laboratoires.

Lutte contre les maladies transmissibles

54. Pour la période biennale 2000-2001, et en accord avec les priorités régionales, le programme de lutte contre les maladies transmissibles comporte cinq domaines d'activité :

- a) Maladies transmissibles : prévention et lutte (CPC)
- b) Maladies transmissibles : surveillance et action (CSR)
- c) Maladies transmissibles : éradication et élimination (ERD)
- d) Maladies transmissibles : recherche et développement (CDR)
- e) Vaccins et autres produits biologiques (VOB)

55. Le domaine d'activité **Prévention et lutte** recouvre six principaux programmes de lutte contre les maladies : VIH/SIDA (RPA), Tuberculose (TUB), Paludisme (MAL), Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), Autres maladies tropicales (OTD) et Trypanosomiase (TRY). Le domaine d'activité **Surveillance et action** comprend deux programmes : Surveillance intégrée des maladies (IDS) et Maladies émergentes et autres maladies transmissibles (EMC). Le domaine d'activité **Eradication et élimination** comprend les programmes suivants : Elimination de la lèpre (LEP), Eradication de la poliomyélite (POLIO), Eradication du ver de Guinée (GWE), Elimination de l'onchocercose (ONCHO), Elimination du tétanos néonatal (NNT) et Filariose lymphatique (LF).

56. Un plan stratégique pour accélérer l'aide aux pays dans le contexte du Partenariat international contre le SIDA en Afrique (IPAA) a été établi en tenant dûment compte du Programme régional de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Un appui a été fourni à la réunion des Ministres de la Santé de l'OUA sur le VIH/SIDA à Ouagadougou en mai 2000. La réunion au sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement à Lomé (Togo) en juillet 2000 a adopté une Déclaration qui propose une orientation politique pour accélérer la lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA dans la Région africaine. Un cadre de mise en œuvre de la stratégie régionale contre le VIH/SIDA a été élaboré et adopté par la cinquantième session du Comité régional en 2000. Des réunions inter-pays ont eu lieu sur la surveillance du VIH/SIDA et des IST, la prise en charge syndromique des IST, ainsi que les moyens de laboratoire nécessaires pour assurer un traitement antirétroviral sûr et la prise en charge intégrée de l'infection à VIH et de la tuberculose. Un appui technique a été fourni aux pays membres sous la forme de missions effectuées par des membres du personnel du Bureau régional et de consultants. Au Ghana, le bureau OMS a joué le rôle de catalyseur dans la création de la Commission du Ghana sur le SIDA, placée sous la présidence du Chef de l'Etat.

CITATIONS SUR LE VIH/SIDA

"Il n'y avait pas de raison pour que le VIH/SIDA dévaste notre continent à ce point. Nous n'aurions pas dû lui laisser atteindre ce stade et c'est donc à nous de retourner la situation. Je me suis efforcée de montrer qu'un diagnostic de séropositivité ne signifie pas la fin de la vie."

Charlotte Mjele, Sud-Africaine de 22 ans vivant avec le VIH/SIDA, au Forum africain 2000 sur le développement

"Unissons-nous pour exiger des systèmes de soins complets car, à eux seuls, les antirétroviraux ne sont pas la panacée. Unissons-nous pour négocier des prix abordables pour tous les médicaments nécessaires au traitement et à la prise en charge de nos populations."

Le Président Festus Mogae du Botswana, au Forum africain 2000 sur le développement

"C'est une bataille pour la survie du continent. Il ne s'agit pas d'une question de politique, mais de nous-mêmes, de nos familles, de nos communautés, de nos espoirs. Pour nous, ce moment est décisif."

M. K. L. Amaoko, Secrétaire exécutif, Commission économique pour l'Afrique, au Forum africain 2000 sur le développement.

Figure 5 : TENDANCES DE LA SEROPREVALENCE EN AFRIQUE
SUBSAHARIENNE, 1984-1999

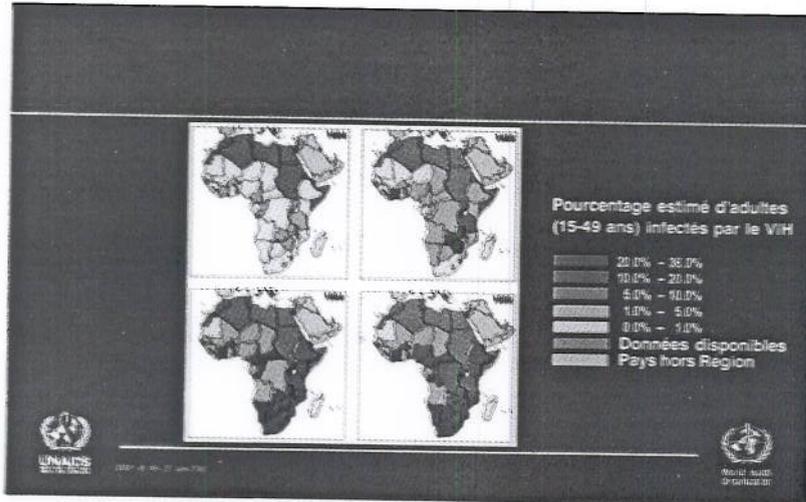
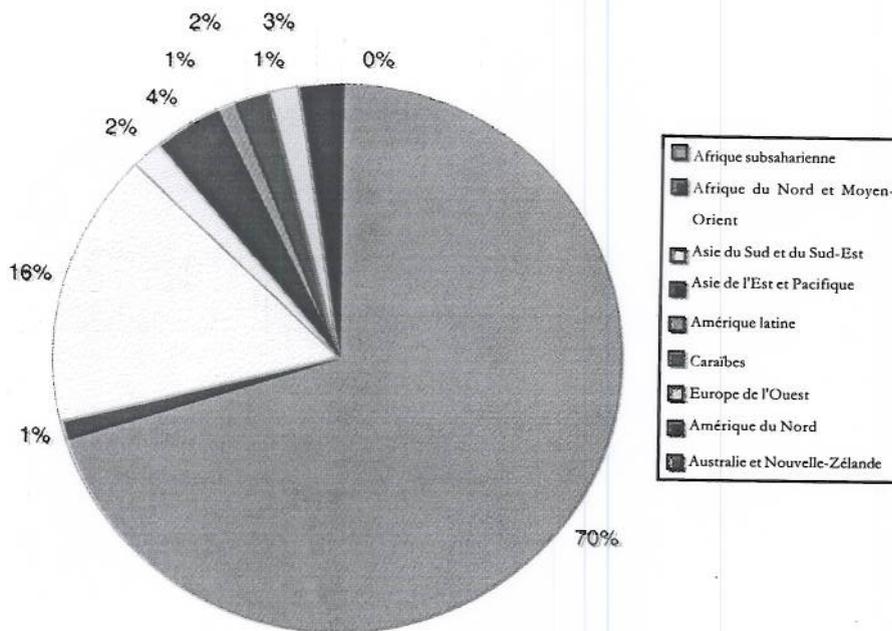


Figure 6 : REPARTITION MONDIALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA
A LA FIN DE L'AN 2000 - (TOTAL : 36,1 MILLIONS)

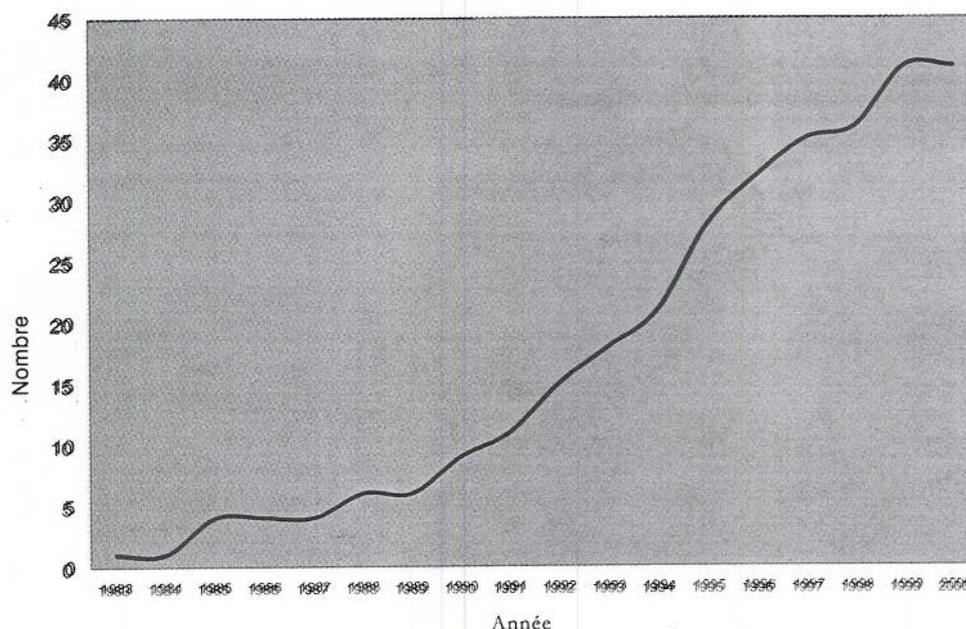


Source : Le point sur l'épidémie de SIDA; décembre 2000, ONUSIDA/OMS

57. Au cours de l'année 2000, *le Programme de lutte contre la tuberculose et l'ulcère de Buruli* a obtenu les résultats suivants :

- a) Dans 55 % des pays membres, la couverture du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) a augmenté de 50 %.
- b) 20 % des pays membres ont élaboré des plans d'action pour lutter contre la double épidémie de VIH/SIDA et de tuberculose.
- c) Une base de données régionale sur la tuberculose a été créée.
- d) A la lumière de l'expérience acquise avec les projets de soins communautaires antituberculeux organisés par le programme, des lignes directrices sont en cours d'élaboration sur les politiques à adopter pour intégrer ces soins dans la stratégie générale des programmes nationaux de lutte antituberculeuse.
- e) Les trois cinquièmes des pays d'Afrique de l'Ouest touchés par l'ulcère de Buruli ont élaboré des plans d'action quinquennaux pour lutter contre cette affection.

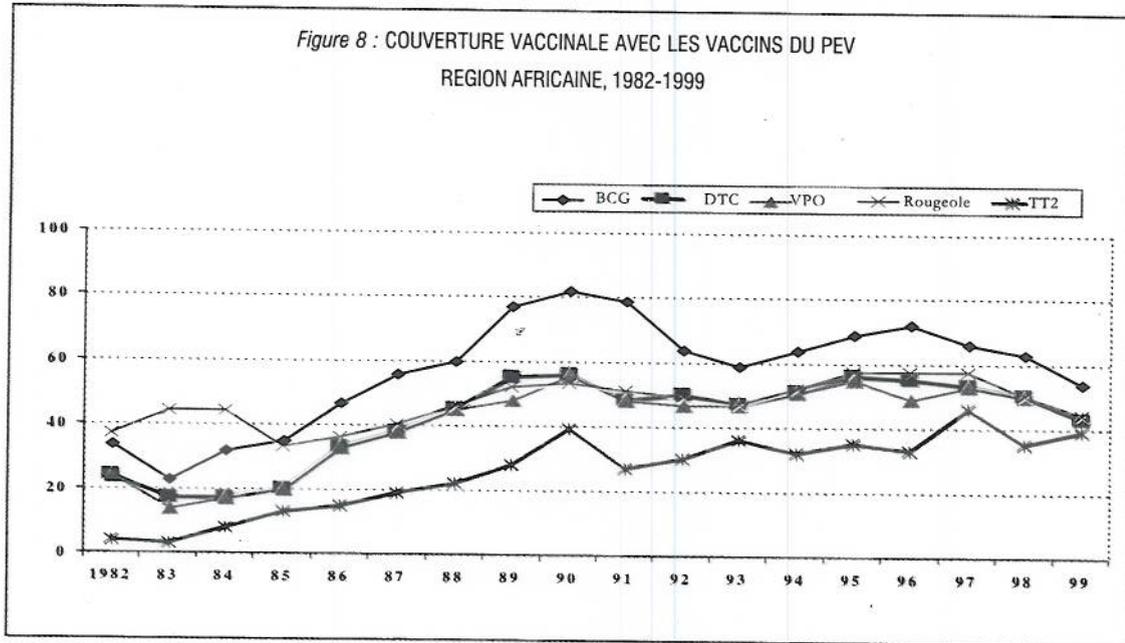
Figure 7 : NOMBRE DE PAYS AYANT ADOPTÉ LA STRATÉGIE DOTS DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS - COURBE DE TENDANCE (N = 46)



Source : OMS, Rapport mondial sur la tuberculose, 1999.

58. *Le Programme de lutte contre les maladies évitables par la vaccination (VPD)* a terminé l'élaboration du plan d'action stratégique régional de cinq ans visant à renforcer les services de vaccination systématique dans la Région. Il a établi le plan d'action régional de cinq ans aide pour la gestion des transports. Des opérations de sécurité des injections ont eu lieu dans

neuf pays ainsi que des cours sur la gestion des vaccins en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Sept pays ont bénéficié d'une assistance technique pour évaluer leur système de vaccination. Dans le cadre de l'appui au programme, 13 pays de la Région se sont qualifiés pour recevoir une subvention de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et du Fonds mondial pour les vaccins de l'enfance, avec l'introduction de nouveaux vaccins dans neuf de ces pays.

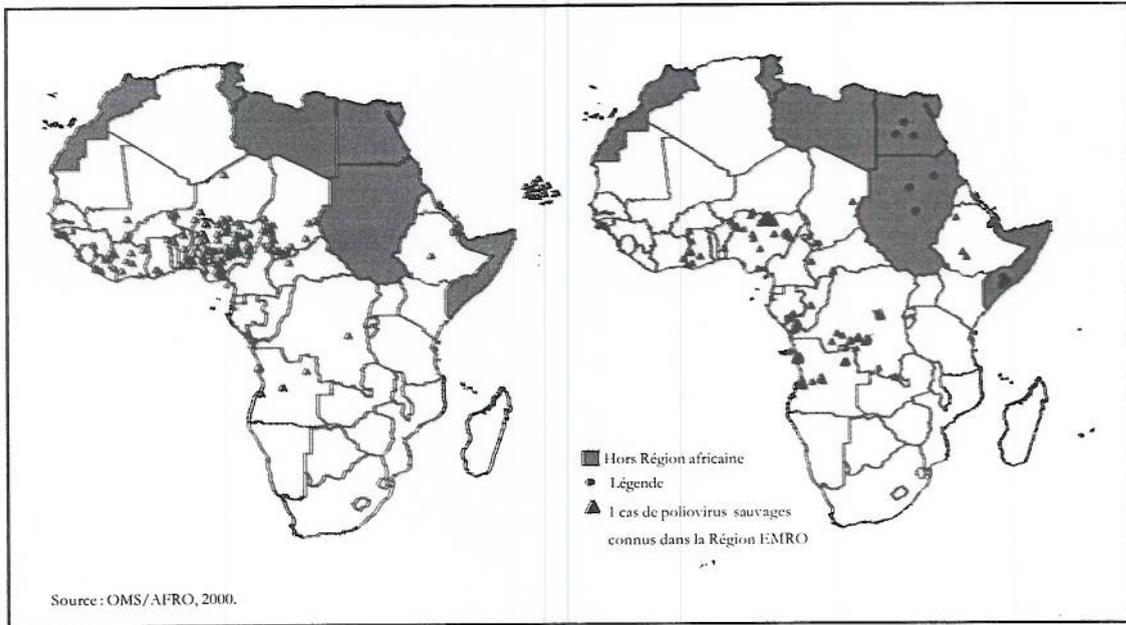


Source : OMS/AFRO, 2000.

59. L'analyse de la couverture vaccinale par bloc épidémiologique montre que certains pays, notamment le Nigéria et ceux qui sont reconnus en situation difficile, pèsent sur le niveau régional de couverture. Un des éléments de l'effort mondial en vue de l'éradication de la poliomyélite est la stratégie des journées nationales de vaccination, qui contribue notablement à l'amélioration de la couverture vaccinale dans la Région.

60. La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) a progressé, ce qui a conduit à une meilleure détection des cas (Ghana, Ethiopie, République démocratique du Congo, Angola, Cap-Vert). La lutte contre la poliomyélite a aussi fait des progrès et l'aide à cet effet doit être maintenue pour préserver les résultats acquis.

Figure 9 : POLIOVIRUS SAUVAGE EN AFRIQUE, 1999-2000



61. En 2000, le programme de *prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)* a aidé dix pays membres à lancer cette stratégie, portant à 37 le nombre de pays qui l'ont adoptée. Huit pays ont accéléré sa mise en œuvre, avec des approches innovantes concernant le développement des capacités, notamment en "sous-traitant" la formation et en faisant appel aux ONG et aux organismes privés bénévoles. Afin d'assurer sa pérennité, la stratégie de la PCIME a été inscrite dans les programmes de formation avant emploi de cinq autres pays et des études ont été menées sur son observance dans les centres d'orientation-recours et par les prestataires de soins. Les résultats de ces études sont en cours d'exploitation pour élaborer des stratégies visant à améliorer les systèmes de santé. Une réunion d'orientation inter-pays a été organisée à l'intention des pays lusophones, suivie de la formation de consultants lusophones aux méthodes de la PCIME, ce qui a contribué à étoffer l'équipe de consultants régionaux capables de venir en aide aux pays.

62. Devant l'incidence croissante du VIH/SIDA chez les jeunes enfants du fait de la transmission mère-enfant, la promotion de l'allaitement maternel et les conseils concernant l'alimentation des nourrissons font désormais partie du programme PCIME. La collaboration avec les partenaires a été renforcée, notamment en ce qui concerne le volet communautaire, qui a été introduit dans 23 pays membres. L'étroite collaboration avec le programme Faire reculer le paludisme (RBM) s'est poursuivie avec l'adoption d'un cadre de coopération, la généralisation de la mise en œuvre et la tenue d'une réunion du Groupe spécial commun.

"Même si l'allaitement maternel exclusif reste la meilleure forme d'alimentation des nourrissons, que la mère soit séropositive ou non, les femmes infectées par le VIH doivent être suffisamment informées pour décider en connaissance de cause de la façon de nourrir leurs enfants."

Consultation régionale sur le VIH/SIDA, Durban, août 2000

63. La lutte contre le **paludisme** est l'une des grandes priorités dans la Région africaine. Au cours de l'année le programme a élaboré le cadre de mise en œuvre de l'initiative Faire reculer le paludisme dans la Région africaine, adopté par le Comité régional à sa cinquantième session. Trente pays ont bénéficié d'une assistance pour mettre en œuvre les activités RBM. Des lignes directrices et des outils de collecte de données pour la surveillance et l'évaluation de ces activités ont été mis au point à l'intention des pays. Onze pays ont reçu une aide pour la promotion et l'utilisation de matériaux traités aux insecticides. Dix-neuf personnes ont reçu une formation portant sur la surveillance et la gestion de la résistance vectorielle. Un guide pour accélérer la mise en œuvre des activités RBM au niveau du district et un cadre pour la promotion et la mise en œuvre des interventions à base communautaire contre le paludisme ont été élaborés, ainsi que des cadres pour la collaboration entre les programmes PCIME et RBM et la mise en œuvre à grande échelle des deux programmes. Cent-huit centres sentinelles ont été établis dans 37 pays pour suivre l'efficacité des antipaludiques de première intention. Trois cours inter-pays destinés à renforcer les capacités nationales en matière de paludologie et de planification de la lutte contre le paludisme ont été organisés et ont permis de former 74 participants venus de 26 pays.

**SOMMET D'ABUJA SUR L'INITIATIVE FAIRE RECULER LE PALUDISME, AVRIL 2000
L'ENGAGEMENT DES CHEFS D'ETAT ET DE GOUVERNEMENT AFRICAINS**

Les Chefs d'Etat et de gouvernement des pays africains réunis à Abuja, au Nigéria, le 25 avril 2000, sont convenus de prendre des mesures appropriées et durables pour renforcer les systèmes de santé afin que, d'ici l'an 2005, au moins 60 % des paludéens aient accès à un traitement rapide, adéquat et abordable dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes; au moins 60 % des personnes à risque, surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, puissent bénéficier de la combinaison la plus appropriée de mesures de protection personnelle et communautaire telles que les moustiquaires traitées aux insecticides et autres interventions accessibles et abordables pour prévenir l'infection et la souffrance; au moins 60 % de toutes les femmes enceintes à risque, surtout les primipares, aient accès à la chimioprophylaxie ou à un traitement intermittent présumé.

64. Le programme **Autres maladies tropicales** a préparé un projet de stratégie régionale de lutte contre la schistosomiase dans la Région africaine. Le processus d'élaboration de la stratégie régionale en vue de l'élimination de la filariose lymphatique a été lancé. Un atelier de formation à la méthode de cartographie de la filariose lymphatique, organisé en collaboration avec le Siège, a réuni 27 participants venus de sept pays membres.

65. Une évaluation des systèmes nationaux de préparation et de réponse aux épidémies a été lancée dans 21 pays avec l'aide du programme **Maladies émergentes et autres maladies transmissibles**. Sur ces 21 pays, 11 ont formulé un plan d'action national. Des lignes directrices générales ont été rédigées pour aider les pays à appliquer leur plan national.



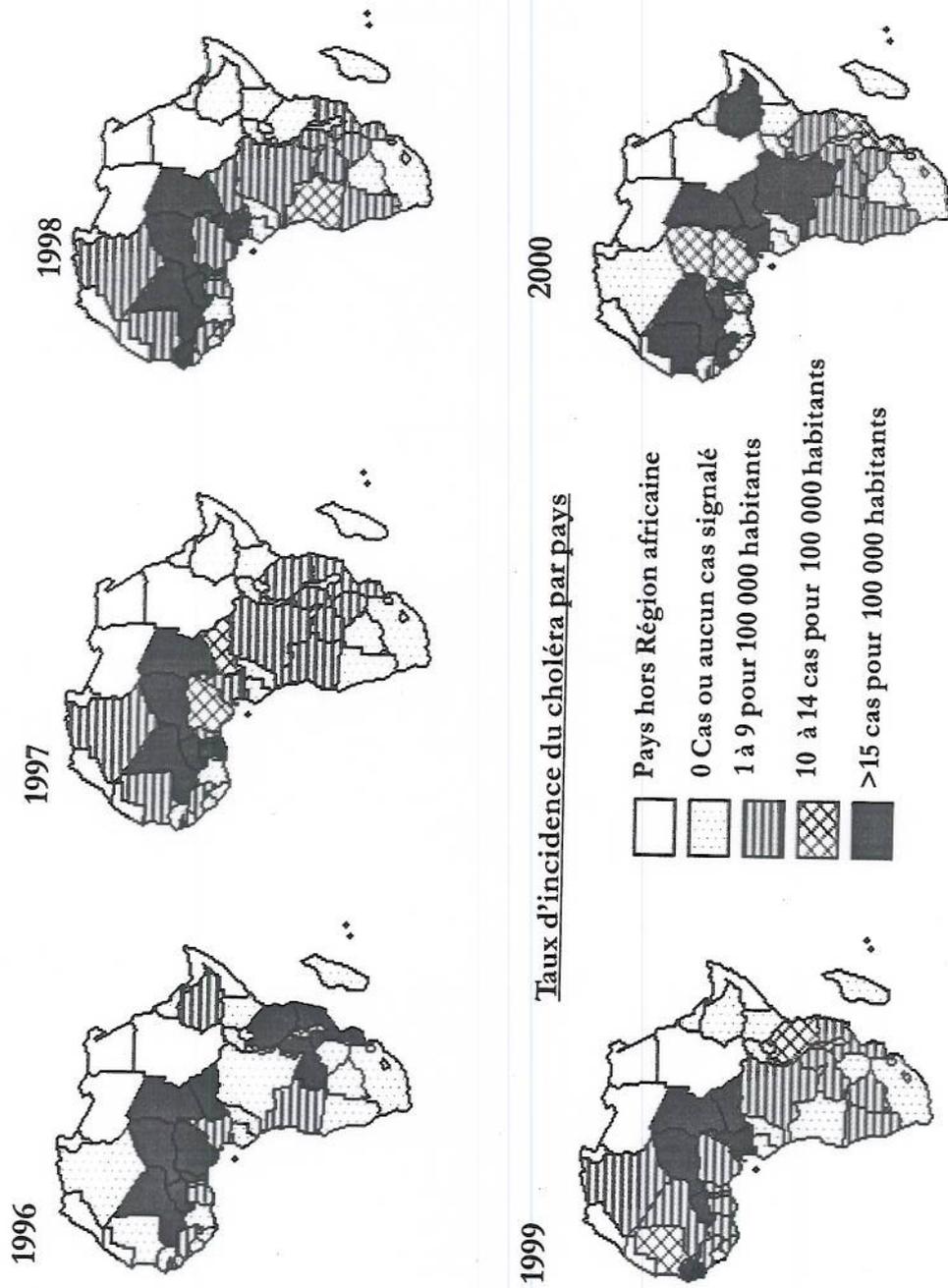
Source : Rapport annuel de l'OMS 2000 (Ouganda)

66. La présence d'équipes d'assistance technique inter-pays a été maintenue dans les cinq blocs épidémiologiques de la Région. Ces équipes, ainsi que le personnel du Bureau régional, ont apporté une aide technique aux pays victimes d'épidémies ou d'importantes flambées de maladies comme le choléra et la fièvre hémorragique d'Ebola.

67. Les données recueillies entre 1996 et 2000 montrent un glissement vers le sud de la zone où sévit la méningite. Toutefois, les données de certains pays révèlent que les épidémies de méningite cérébro-spinale sont en recul sur l'ensemble de la Région africaine et dans un pays en particulier, le Burkina Faso, qui est cité en exemple (*Figures 10 et 11*).

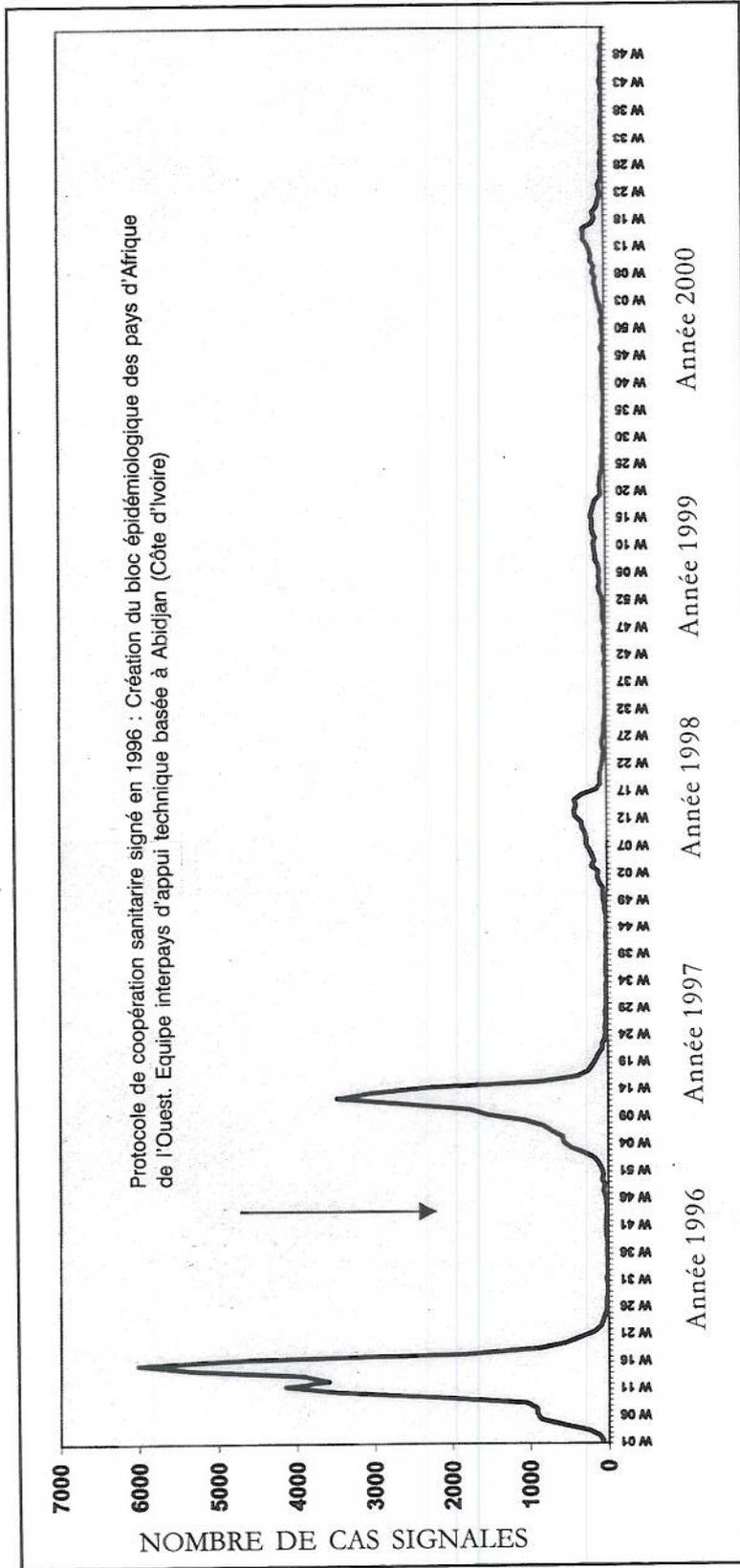
68. Au cours de la même période, le *choléra* semble avoir pris un caractère endémique en Afrique australe et dans les pays des Grands Lacs, ainsi qu'à Madagascar et aux Comores (*Figure 12*). Des efforts sont consentis pour inverser cette tendance.

Figure 10 : DONNEES COMMUNIQUEES A L'OMS SUR L'INCIDENCE DE LA MENINGITE
DANS LA REGION AFRICAINE DE 1996 A 2000



Source : Ministères de la Santé

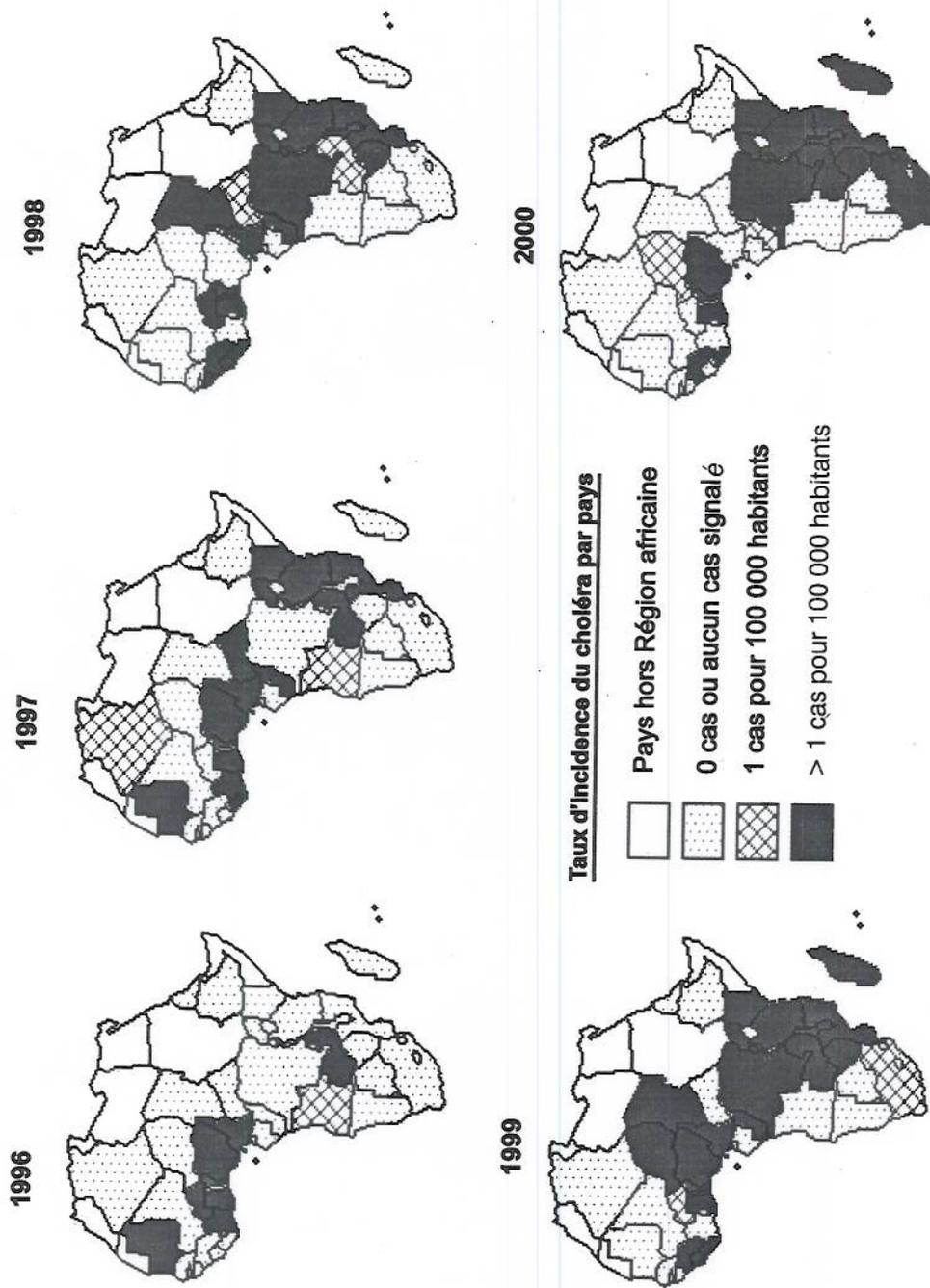
FIGURE 11 : DONNEES COMMUNIQUEES A L'OMS SUR LES TENDANCES DE LA MENINGITE CEREBROSPINALE AU BURKINA FASO DE 1996 A 2000



La méningite cérébro-spinale présente un pic d'incidence chaque année vers la 14^{ème} semaine. Noter la diminution spectaculaire de l'ampleur de ces épidémies saisonnières. A côté d'autres facteurs comme l'immunité collective consécutive aux années d'épidémie (1996-1997) et les campagnes de vaccination de masse, le protocole de coopération sanitaire d'août 1996, soutenu par l'OMS, peut avoir contribué à cette diminution. Des efforts doivent être faits pour que cette tendance se maintienne.

Source : Ministère de la Santé du Burkina.

Figure 12 : DONNEES COMMUNIQUEES A L'OMS SUR L'INCIDENCE DU CHOLERA
DANS LA REGION AFRICAINE DE 1996 A 2000

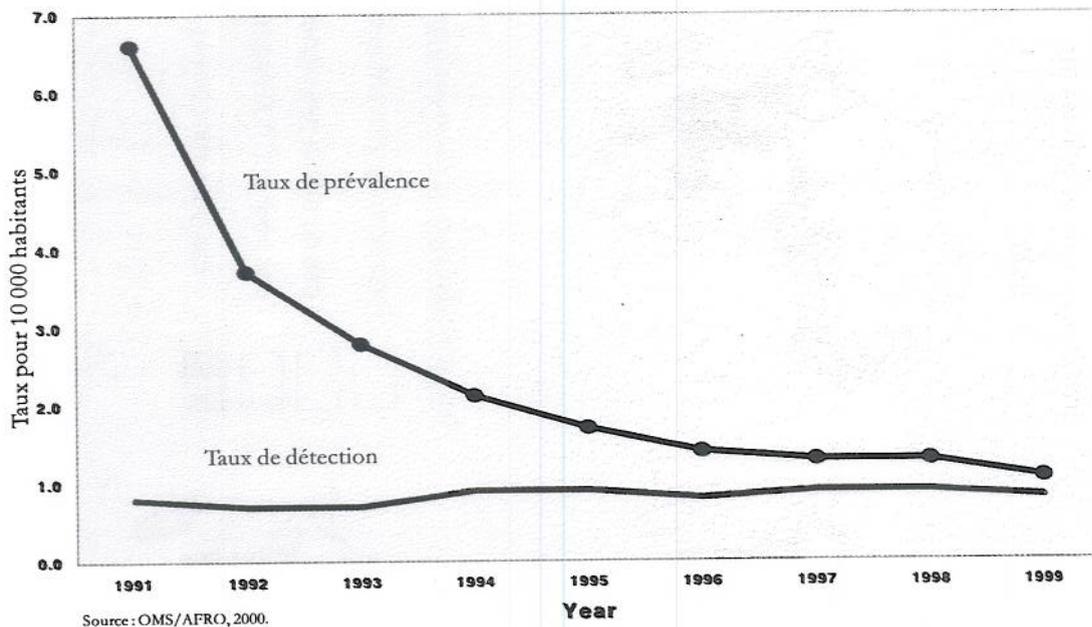


Source : Ministères de la Santé, Burkina Faso

69. Le programme de *Surveillance intégrée des maladies (IDS)* a obtenu des résultats importants qui se traduiront par la mise en œuvre effective de la stratégie IDS au niveau des pays. Dix-sept pays ont reçu de l'aide pour évaluer leur système de surveillance et des lignes directrices techniques ont été formulées à l'usage des pays membres. Du matériel pédagogique et des instructions d'application sont en cours d'élaboration. Au niveau régional, une base de données sur les maladies transmissibles prioritaires a été établie et un bulletin épidémiologique paraît régulièrement. L'équipe IDS du Bureau régional a été renforcée au cours de l'année. Le personnel de l'OMS et des consultants ont effectué des missions d'assistance technique dans les pays.

70. Le *Programme d'élimination de la lèpre (LEP)* a appuyé des interventions efficaces dans ce domaine, ce qui a entraîné une forte diminution de la prévalence et de l'incidence de cette maladie dans la Région africaine.

Figure 13 : DONNEES COMMUNIQUEES A L'OMS SUR LES TAUX DE PREVALENCE ET DE DETECTION DE LA LEPRE DANS LA REGION AFRICAINE, 1991-1999



71. Le programme de lutte contre la lèpre au Bureau régional a accompli 14 missions d'évaluation, de suivi ou de contrôle dans les pays membres durant l'année. Six réunions nationales de programme, cinq réunions de suivi, cinq évaluations de programmes nationaux, quatre programmes de planification et un programme de formation ont été organisés pour appuyer les équipes nationales. Sept campagnes d'élimination de la lèpre, cinq projets d'essais de traitement et un cours national de formation ont bénéficié d'une aide financière. Sept responsables de programmes nationaux ont aussi reçu une aide financière pour des activités de direction. Vingt pays membres ont demandé et reçu de l'OMS des médicaments pour une multithérapie. A la fin de 1999 :

- a) la prévalence de la lèpre était tombée de 82 022 cas (1,2/10 000 habitants) à 67 526 cas (1,06/10 000 habitants);
- b) le nombre de nouveaux cas détectés annuellement était passé de 56 521 à 51 963 cas; cette diminution n'est pas significative, mais si l'on considère les activités de détection entreprises dans le cadre des projets d'action spéciale pour l'élimination de la lèpre (SAPEL) et des campagnes contre la maladie, elle révèle que la maladie est de mieux en mieux maîtrisée dans les communautés;
- c) le nombre de pays qui ont atteint l'objectif de l'élimination est passé de 26 à 31.

72. Le *Programme d'éradication du ver de Guinée (GWE)* a apporté son concours à 12 pays au cours de l'année. De janvier à septembre, l'incidence globale de la maladie a diminué de 24 % : 17 290 cas signalés en 2000 contre 22 852 cas en 1999. Les pays qui ont réussi à interrompre la transmission, comme en témoigne l'absence de cas indigènes (Cameroun, Kenya, Sénégal, Tchad) ont bénéficié de l'assistance technique de l'OMS pour lancer ou poursuivre les activités de certification de l'éradication. La Commission internationale de certification a décerné un certificat d'éradication du ver de Guinée à quatre des neuf pays de la Région qui en ont fait la demande. Il convient donc de poursuivre les efforts en vue de l'éradication. Le Bureau de l'OMS au Ghana a facilité la création d'un comité inter-organisations pour donner un nouveau souffle à l'entreprise d'éradication de cette parasitose dans le pays.

Lutte contre les maladies non transmissibles

73. Dans le domaine de la *surveillance des maladies transmissibles (MNT)*, le Bureau régional a lancé une action de plaidoyer en organisant deux cours intensifs inter pays (en Ouganda, pour les pays anglophones, et au Bénin, pour les pays francophones) sur l'épidémiologie et la surveillance du diabète pris comme exemple de maladie non transmissible préoccupante en matière de santé publique.

MALADIES NON TRANSMISSIBLES DANS LA REGION AFRICAINE

Les maladies cardiovasculaires et le diabète constituent, avec le cancer, les maladies non transmissibles les plus prévalentes, et sont une menace de plus en plus sérieuse pour la santé publique. L'hypertension artérielle est le facteur de risque de maladie cardiovasculaire le plus important et le plus fréquent avec un nombre de patients estimé à plus de 20 millions dans la Région. Une prise en charge adéquate des cas permettrait de prévenir au moins 250 000 décès. L'hypertension est aussi la cause principale d'accidents vasculaires cérébraux qui comptent parmi les causes importantes de handicap. Les cardiopathies rhumatismales demeurent fréquentes (jusqu'à 15 pour mille chez les enfants) malgré la disponibilité de mesures préventives efficaces et peu coûteuses. Les cancers du col de l'utérus chez la femme et du foie chez l'homme (et le sarcome de Kaposi dans les zones de haute prévalence du VIH/SIDA) sont les cancers les plus importants dans la Région et sont au moins en partie évitables par la prévention.

74. De plus, le Bureau régional a contribué à une réflexion sur la méthodologie de préparation d'un rapport mondial sur les facteurs de risque des MNT. Ce rapport devrait être finalisé en 2002.

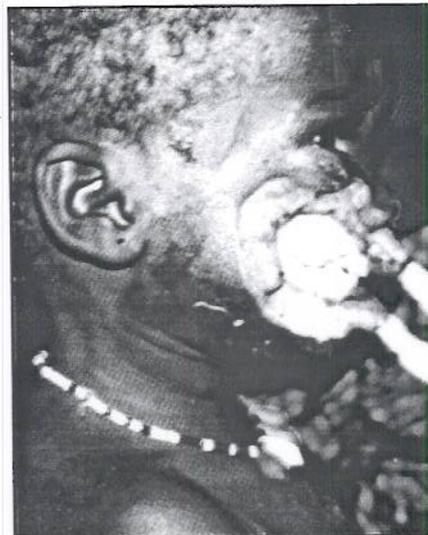
75. Pour les prochaines années, une attention particulière sera accordée à la mise en place de systèmes simplifiés de surveillance des MNT les plus fréquentes (maladies cardiovasculaires, diabète et cancer) et de leurs facteurs de risque, afin de mesurer l'efficacité des mesures de prévention et de prise en charge. Concrètement, il s'agit d'appuyer les pays dans la mise en place de programmes de dépistage précoce et de traitement de l'hypertension et du cancer du col de l'utérus, ainsi que de renforcer le programme de l'OMS de lutte contre la fièvre rhumatismale et les cardiopathies rhumatismales.

76. Dans le cadre de la préparation d'une approche intégrée de la prévention des MNT axée sur les communautés, une approche pour la collecte systématique de données déjà existantes dans les pays a débuté en 2000 et se poursuit.

77. Certains pays (Ghana, Nigéria, Zimbabwe) ont été appuyés dans l'organisation d'activités inhérentes à la prévention des maladies non transmissibles. Un partenariat accru avec les autres Régions de l'OMS et d'autres partenaires, dont l'Union Européenne, a été réservé dans le domaine des MNT et devrait contribuer au renforcement des capacités d'appui aux pays. Une collaboration accrue avec le Centre international de recherche sur le Cancer (CIRC) a permis d'organiser un atelier de formation sur la prévention et le dépistage du cancer du col utérin et de former des experts du Burkina Faso, du Congo, de Guinée, du Niger, sur la méthodologie relative au registre du cancer.

78. En ce qui concerne la **prise en charge des MNT**, des recommandations importantes ont été faites par le Comité régional qui a adopté en 2000 la Stratégie régionale de lutte contre les maladies non transmissibles. Certains pays ont déjà sollicité l'appui du Bureau régional pour la mise en oeuvre pratique de ces recommandations. L'élaboration de politiques et programmes de santé bucco-dentaire s'est poursuivie grâce à l'appui technique et financier fourni à quelques Etats Membres (Burundi, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Rwanda, Seychelles, Swaziland).

79. Les centres collaborateurs de l'OMS pour la **santé bucco-dentaire** ont été davantage impliqués que par le passé. Leur contribution dans le domaine de la recherche (notamment en matière de pratiques traditionnelles d'hygiène bucco-dentaire) et de l'élaboration de guides et autres documents de vulgarisation ont renforcé les capacités d'appui à tous les pays. Un accent particulier a été mis sur le noma, dont le programme est, depuis fin 2000, entièrement géré par le Bureau régional.



Source : Noma children hospital, Hôpital de Sokoto (Nigéria)

Le Noma (Cancrum oris) est une grave gangrène qui ronge les tissus tendres et durs de la bouche et du visage, notamment chez les enfants de 2-16 ans en Afrique subsaharienne. La responsabilité des activités relatives au Noma a été transférée du Siège au Bureau régional en janvier 2001

80. Une collaboration s'est instaurée avec l'ONG "HelpAge International" et l'OUA pour la mise en place d'une structure pour le développement de politiques nationales sur le vieillissement en Afrique. Une collaboration accrue avec le Siège a débouché sur l'application d'un protocole de recherche pour la définition d'un ensemble de données minimum sur le vieillissement et la situation des personnes âgées dans un pays donné. Ces travaux se poursuivent dans quatre pays de la Région (Afrique du Sud, Ghana, Tanzanie, Zimbabwe).

81. Le programme *Nutrition, Santé et Développement (NHD)* a appuyé quatre pays (Bénin, Burkina Faso, Mali et Togo) pour des études sur les carences en iode; le Groupe spécial africain sur les carences en micronutriments, réuni fin 1999, a constaté les progrès réalisés dans ce domaine. De nombreuses enquêtes montrent le recul de la carence en iode et la disponibilité de plus en plus généralisée de sel iodé. Dans tous les pays de la Région, la couverture en vitamine A des enfants de moins de cinq ans est assurée grâce aux journées nationales de vaccinations (JNV) auxquelles est intégrée la distribution de capsules de vitamine A. S'agissant de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, une formation de formateurs pour la mise en oeuvre de politiques nationales d'allaitement maternel a été organisée pour les cinq pays lusophones (Angola, Cap-Vert, Guinée-Bissau, Mozambique et Sao Tomé et Príncipe) et pour la Guinée équatoriale.

82. Le suivi de la Conférence internationale sur la Nutrition (CIN) a inclus l'organisation d'un atelier interpays qui a rassemblé les 25 pays francophones. Le même atelier est prévu pour les 21 pays anglophones en 2001 et un rapport faisant le point de la mise en oeuvre des plans nationaux d'action pour la nutrition sera préparé après cette réunion. Enfin, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a apporté un appui technique et financier au Mozambique, pour l'aider à faire face aux conséquences nutritionnelles des inondations de février 2000.

83. Les activités relatives à la *Promotion de la santé (HPL)* ont été menées dans un esprit de collaboration entre divisions et entre programmes, car ce programme se veut un outil d'appui des domaines prioritaires du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Dans ce cadre, un document de stratégie régionale a été préparé pour soumission à la présente session du Comité régional. Par ailleurs, les capacités des points focaux nationaux pour les programmes de promotion de la santé de 17 pays ont été renforcées grâce à un atelier interpays (Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Burundi, Gabon, Ghana, Guinée, Kenya, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, Sénégal, Swaziland, Togo, Zambie).

84. L'initiative "Ecoles-santé" a été renforcée à l'échelle nationale et la subdivision en réseaux sous-régionaux de ses différentes composantes a été encouragée par la tenue de deux consultations sous-régionales ayant regroupé 15 pays (Afrique du Sud, Bénin, Burundi, Gambie, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Maurice, Mauritanie, Namibie, Seychelles, Swaziland, Tchad, Togo). Le Bureau régional contribue activement à la réflexion et au développement conceptuel de la promotion de la santé dans les différents fora internationaux.

85. En dépit de ressources humaines et financières insuffisantes, le programme *Invalidité et réadaptation (DAR)* a appuyé le lancement, dans la Région, de l'Initiative mondiale "Vision 2020" sur la prévention de la cécité évitable. La Mauritanie a reçu un appui pour la mise en place d'un programme sur la prévention de la cécité évitable et l'Angola pour la mise en oeuvre d'un programme sur la prévention et la prise en charge des traumatismes.

86. La *Santé mentale (MEH)*

fait partie des priorités mondiales et constitue un domaine prioritaire du Budget Pro-gramme 2000-2001 et de la Stratégie institutionnelle de l'OMS. Les recommandations de la stratégie régionale de la santé mentale ont été largement diffusées grâce à différentes activités dont les ateliers inter-pays faisant participer les coordinateurs nationaux des programmes de santé mentale et les points focaux des bureaux pays de l'OMS, des ONG, des centres collaborateurs de l'OMS et d'autres partenaires. Un appui technique et financier direct a été fourni à quelques pays pour l'élaboration de politiques et programmes de santé mentale (Bénin, Burundi, Guinée équatoriale, Ghana, Liberia, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Zimbabwe).

Le Comité régional,

- *Conscient de l'ampleur et de l'importance pour la santé publique des problèmes de santé mentale, neurologique et psychosociale, aggravés par la stigmatisation qui s'y attache;*
- *Reconnaissant la nécessité de réexaminer les approches actuelles dans ce domaine et d'élaborer un cadre stratégique exhaustif pour la santé mentale et pour la prévention et la lutte contre les toxicomanies dans les pays de la Région africaine; (...)*

PRIE le Directeur régional :

- i) de fournir un appui technique aux Etats Membres pour qu'ils puissent élaborer des politiques et programmes nationaux concernant la santé mentale ainsi que la prévention et la lutte contre les toxicomanies;*
- ii) de prendre des mesures appropriées pour renforcer la capacité de l'OMS de fournir en temps opportun, aux niveaux régional et national, un appui technique efficace aux programmes nationaux relatifs à la santé mentale ainsi qu'à la prévention et à la lutte contre les toxicomanies;*
- iii) d'accroître l'appui à la formation de personnels sanitaires professionnels en santé mentale à différents niveaux et d'encourager le recours à la médecine traditionnelle, compte tenu des réalités africaines; ...*

RESOLUTION AFR/RC49/R3 DU COMITE REGIONAL SUR LA STRATEGIE REGIONALE DE LA SANTE MENTALE (Extrait)

87. Sous l'égide de la Campagne mondiale contre l'Epilepsie, les professionnels des secteurs de la santé et des sciences sociales des pays de la Région ont adopté la "Déclaration africaine sur l'Epilepsie" à Dakar, (Sénégal), en mai 2000.

88. Un groupe d'experts a été créé pour assister les Etats Membres dans la mise en oeuvre de la stratégie régionale. Un groupe de travail inter-Divisions a été créé pour la préparation de la Journée mondiale de la Santé 2001 qui a été consacrée à la santé mentale. Un appui technique et financier important a été apporté à tous les Etats Membres pour la préparation et la célébration de cette journée qui avait pour slogan "Non à l'exclusion - Oui aux soins". Une interaction systématique avec tous les pays de la Région a permis de recueillir des informations utiles qui ont servi à la préparation du rapport sur la Santé dans le monde 2001.

89. Dans le cadre du programme *Toxicomanies (SAB)* qui inclut l'Initiative pour un Monde sans Tabac, des activités de plaidoyer et d'information ont ciblé les points focaux nationaux et ceux de bureaux de l'OMS dans les pays chargés programmes de lutte contre le tabagisme et des programmes de prévention et de lutte contre les toxicomanies.

90. Un appui technique et financier a été apporté aux pays pour la commémoration des journées internationales (Journée mondiale sans tabac, 31 mai; Journée internationale contre l'abus des drogues et le trafic illicite, 26 juin). Une collaboration avec les parlementaires et les ONG a été établie pour renforcer les politiques de lutte contre le tabagisme et faciliter la contribution des pays de la Région au travail préparatoire de la convention-cadre pour la lutte antitabac.

91. Un appui technique a également été apporté à certains pays pour la formulation d'une législation antitabac (Botswana, Kenya, Lesotho, Ouganda et Zimbabwe). Deux pays sortant d'un conflit (le Libéria et la Sierra Leone) ont été assistés pour élaborer des projets de prévention et de lutte contre la toxicomanie chez les jeunes. Dans le cadre de l'Initiative mondiale OMS/PNUCID pour le Contrôle international des Drogues et la prévention de la toxicomanie chez les jeunes, trois pays (Afrique du Sud, Tanzanie et Zambie) ont bénéficié d'une aide pour la mise en place d'une approche communautaire intégrée visant à prévenir et à réduire la consommation de substances psychoactives par les jeunes.

DECLARATION AFRICAINE CONTRE L'EPILEPSIE, DAKAR, 6 MAI 2000

Des professionnels de la santé et des sciences sociales et des représentants d'universités de chaque région africaine ont adopté à l'unanimité la Déclaration suivante :

Considérant que :

- *l'épilepsie est la maladie neurologique chronique sévère la plus fréquente, touchant plus de 50 millions de personnes dans le monde, dont 10 millions en Afrique;*
- *toute épilepsie peut être traitée de manière efficace et peu coûteuse;*
- *l'épilepsie a un important retentissement physique, psychologique et social chez les personnes qui en souffrent et leurs familles;*
- *les causes évitables sont plus fréquentes en Afrique, notamment les infections, l'absence de surveillance des grossesses et des accouchements, les traumatismes crâniens et la consanguinité.*

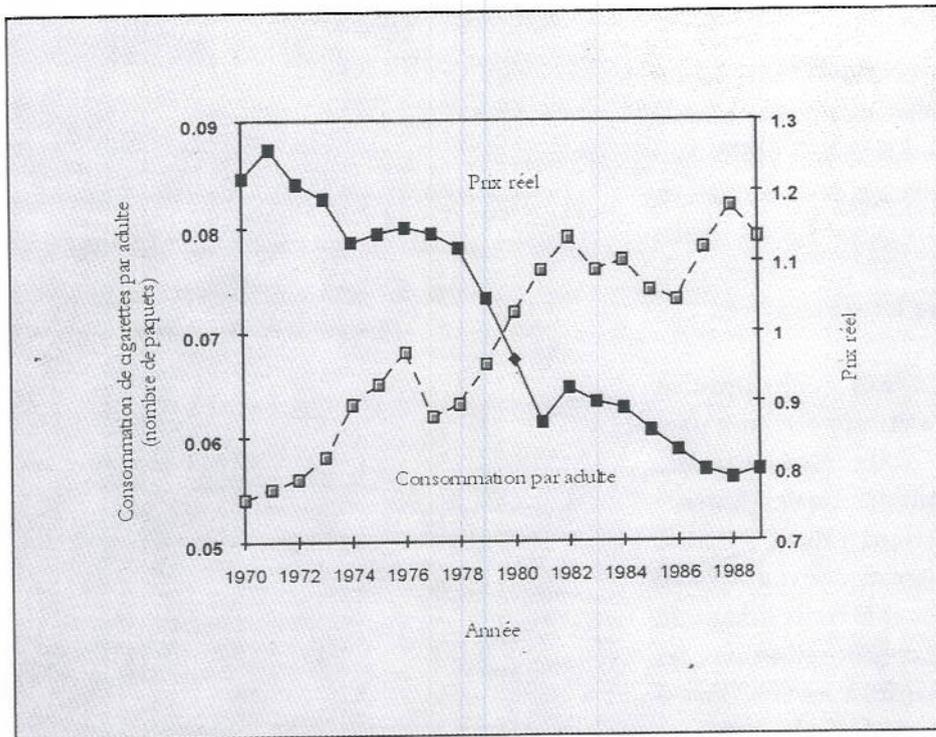
Nous proclamons :

Que l'épilepsie est une priorité de santé publique en Afrique et que les gouvernements doivent développer un programme national spécifique permettant :

- *de prendre en compte les besoins concernant l'épilepsie en matière d'accès au personnel qualifié, aux moyens diagnostiques modernes, aux médicaments anti-épileptiques et au traitement chirurgical, d'information et de communication, de prévention et d'insertion sociale;*
- *d'améliorer la formation des professionnels en matière d'épilepsie;*
- *d'insérer des actions de prévention et de traitement de l'épilepsie dans les autres programmes nationaux de santé et dans les programmes de réhabilitation à base communautaire;*
- *de favoriser les échanges avec les tradi-thérapeutes;*
- *d'instituer une Journée nationale contre l'épilepsie.*

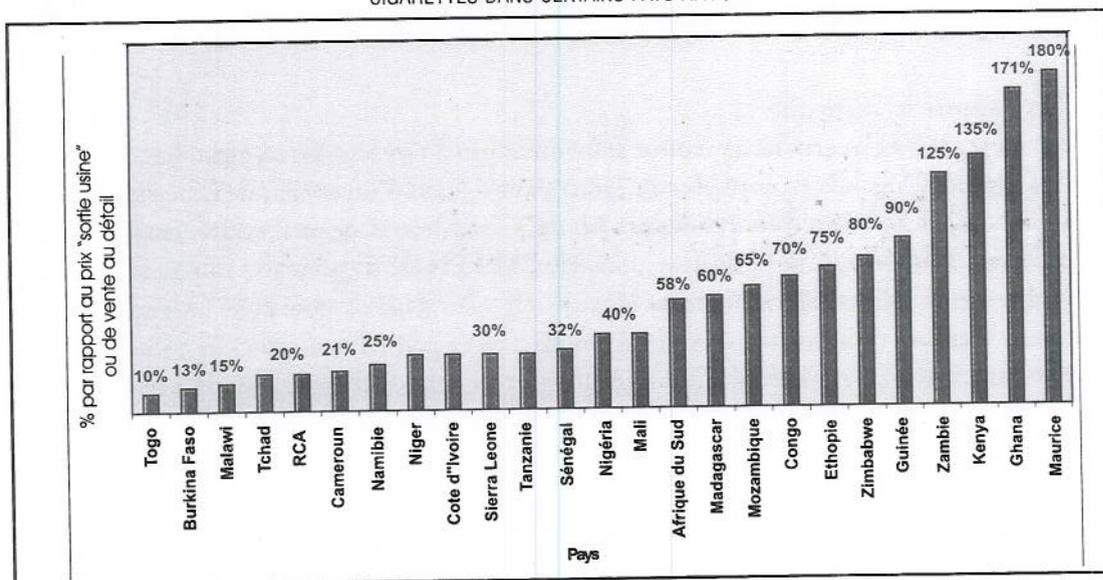
Sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de la Ligue internationale contre l'Epilepsie (LICE) et du Bureau international pour l'Epilepsie (BIE), dans le cadre de la Campagne mondiale Contre l'Epilepsie, une réunion "Epilepsie : Priorité de santé publique en Afrique" a été organisée à Dakar, Sénégal, les 5 et 6 mai 2000.

Figure 14 : LA HAUSSE DU PRIX DES CIGARETTES FAIT BAISSER LA CONSOMMATION
 Prix réel des cigarettes et consommation annuelle par adulte en Afrique du Sud, 1970-1989



Source : Banque mondiale. Curbing the Epidemic, Governments and Economics of Tobacco Control 1999.

Figure 15 : TAUX D'IMPOTS INDIRECTS PERCUS SUR LES
 CIGARETTES DANS CERTAINS PAYS AFRICAINS



Source : Banque mondiale. Curbing the Epidemic, Governments and Economics of Tobacco Control 1999.

92. La presque totalité des Etats Membres de la Région africaine ont entrepris des efforts pour améliorer la santé génésique de leurs populations. Le Bureau régional a par conséquent dégagé les besoins à satisfaire pour développer les programmes de santé génésique à l'échelle régionale et au niveau national. Ces besoins sont énumérés dans l'encadré ci-après.

93. L'une des principales réalisations dans le domaine de la **Santé et de la recherche génésiques** a été l'adjonction de 14 experts africains aux 12 agrées pour accélérer la mise en oeuvre de la Stratégie de la Région africaine en matière de santé génésique. Les membres de ce groupe professionnel multidisciplinaire travailleront en qualité de consultants pour faciliter le développement des activités portant sur la santé génésique dans leur pays et dans la Région.

94. Le Bureau régional a apporté un appui technique et financier au Burundi, au Libéria, à la République centrafricaine et à Sao Tomé et Príncipe pour leur permettre d'entamer l'évaluation de leurs besoins concernant la grossesse à moindre risque. Il a également aidé d'autres pays à mener à bien leur évaluation dans ce domaine. Le Burkina Faso, le Gabon, la Gambie et le Sénégal ont reçu un appui pour introduire l'ensemble de prestations portant sur le dossier mère-enfant au niveau du district et pour élaborer leur programme national de santé génésique.

95. Une étude de faisabilité relative à un Centre régional de formation et de recherche en santé génésique et familiale à Kigali (Rwanda) a été menée par une équipe de consultants du Programme international de formation en gynécologie et en obstétrique de l'Université John Hopkins (JHPIEGO). Cette étude visait à déterminer dans quelle mesure il serait possible de créer un centre de référence de haut niveau assurant les services suivants en matière de santé génésique : i) formation; ii) recherche et développement; iii) services de santé génésique de qualité; iv) services de consultants. Cette étude devait comprendre un cadre de planification stratégique indiquant les conditions et les ressources requises pour que le centre de Kigali devienne opérationnel pour la formation et la recherche. Elle devait également examiner le problème de la collecte des fonds pour assurer l'autonomie du centre. Un avant-projet de rapport établi à ce sujet propose une approche par étapes qui commencerait par une période transitoire de deux à trois ans au cours de laquelle le centre mènerait des activités à petite échelle pour répondre aux besoins locaux avant de les élargir progressivement.

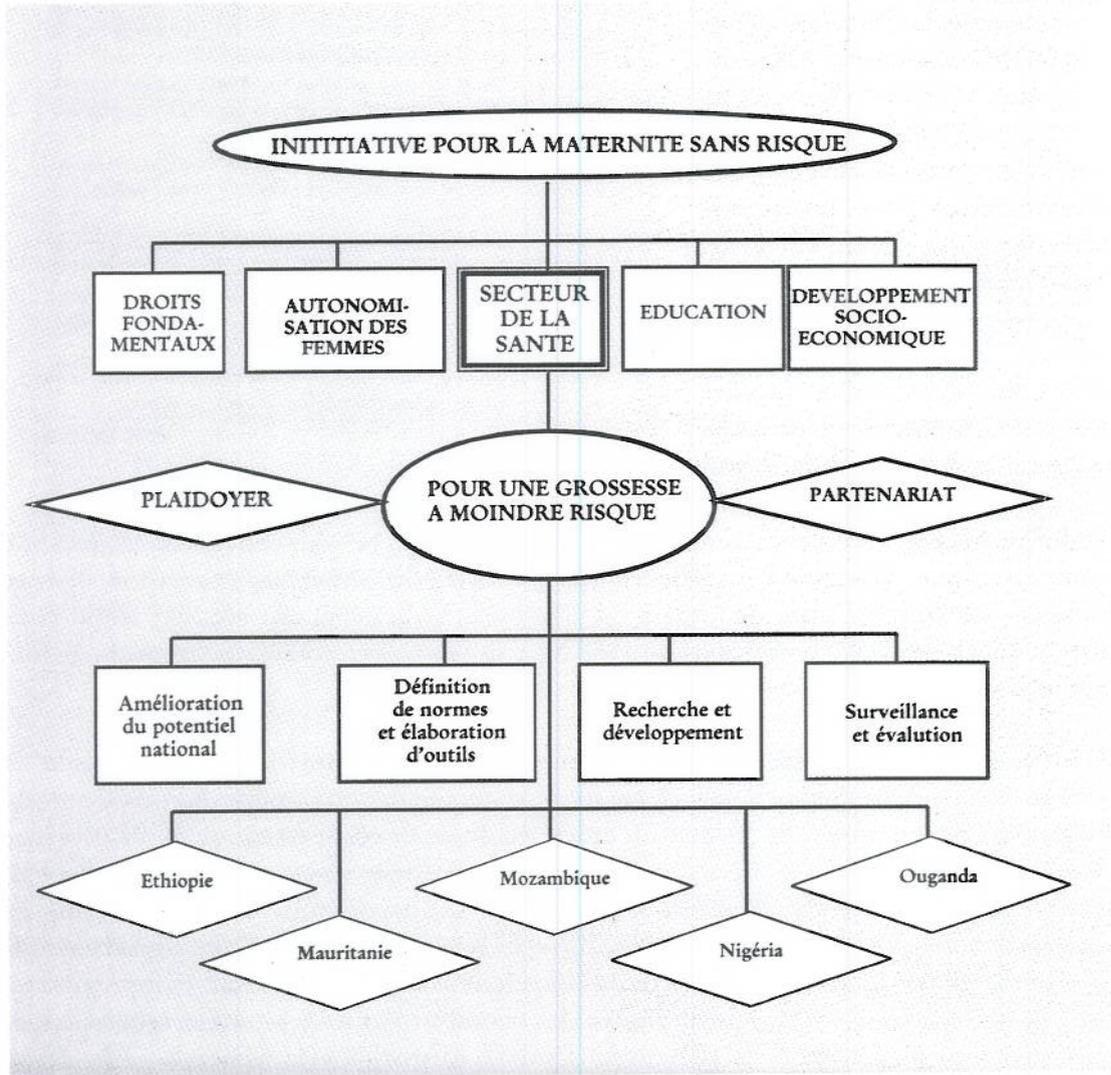
**BESOINS SUR LE PLAN DU DEVELOPPEMENT
DE LA SANTE GENESIQUE**

- *introduction du concept de santé génésique dans tous les pays par le biais d'une approche multisectorielle*
- *prestation de services de bonne qualité qui soient accessibles, d'un coût modique et adaptés aux besoins des individus, des familles et des communautés, notamment les groupes insuffisamment desservis*
- *réorientation des processus de planification en vue d'une approche plus pragmatique et plus participative permettant d'identifier les problèmes, les besoins et les environnements*
- *élimination de toutes formes d'obstacles à la santé génésique, tels qu'obstacles politiques, juridiques, socio-économiques, culturels, comportementaux ou fondés sur une discrimination sexuelle*
- *amélioration des connaissances et des aptitudes de chacun pour lui permettre d'agir de façon responsable sur le plan des rapports sexuels et de la procréation afin d'être mieux à même de promouvoir sa propre santé*
- *création d'un environnement favorable pour les prestataires de services*
- *reconnaissance et soutien du rôle des organes professionnels*
- *renforcement de la capacité institutionnelle du système national de santé pour lui permettre de répondre aux besoins en santé génésique.*

AFR/RC47/8

96. Dans sa phase initiale (2000-2001), l'Initiative *Pour une grossesse à moindre risque (MPS)* a d'abord été menée dans cinq pays : Ethiopie, Mauritanie, Mozambique, Nigéria et Ouganda. Une réunion conjointe a été organisée en novembre 2000 entre le Siège et le Bureau régional de l'OMS, d'une part, et des représentants de certains pays, d'autre part, à la suite de quoi un plan d'action a été dressé pour chaque pays. Toujours dans le cadre de l'Initiative Pour une grossesse à moindre risque, une mission préparatoire conjointe a été menée en Mauritanie par le Bureau régional et le Siège pour coïncider avec la réforme du secteur de la santé en cours, afin d'élaborer une stratégie nationale visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles.

Figure 16 : POUR UNE GROSSESSE A MOINDRE RISQUE



Source : OMS/AFRO, 2001

97. Les discussions techniques organisées à de la cinquantième session du Comité régional ont permis de recenser toute une gamme de facteurs qui contribuent à accroître ou à réduire la mortalité maternelle. Les six grandes priorités régionales proposées étaient les suivantes :

- a) les soins obstétricaux d'urgence, y compris la formation, le recyclage et la qualité des soins;
- b) la participation communautaire depuis le début du processus pour assurer la maîtrise des activités, leur durabilité et leur efficacité;
- c) la collecte de l'information pour s'assurer que les interventions sont fondées sur des bases factuelles;
- d) l'autopsie verbale des décès maternels au niveau de la communauté et aux différents niveaux des soins, et des travaux de recherche pour améliorer la performance;
- e) la participation des hommes à toutes les activités;
- f) la suppression des "trois retards" (énumérés ci-dessous), ce qui suppose des systèmes fonctionnels d'orientation-recours, avec communication par radio.

| SUPPRESSION DES "TROIS RETARDS" | |
|--|--|
| Les trois retards | Stratégies |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Retard dans la perception du problème maternel 2. Retard dans le transfert des cas liés à la maternité vers les formations sanitaires de recours 3. Retard dans la mise en place de soins obstétricaux d'urgence efficaces et efficaces | <ul style="list-style-type: none"> • Instaurer ou renforcer la prise de conscience des communautés sur la nécessité de soins d'urgence et leur participation à cet effet • Améliorer les services d'orientation-recours • Assurer des soins d'urgence et veiller à leur qualité |

98. Les activités suivantes ont été menées dans le cadre de la prévention du VIH/SIDA et la prise en charge des cas :

- a) révision des guides cliniques sur la prise en charge du VIH dans les maternités et élaboration de plans pour des essais sur le terrain et le renforcement des capacités au niveau des pays;
- b) révision du cadre stratégique pour la mise en oeuvre de projets visant à prévenir la transmission mère-enfant du VIH afin d'y inclure les données scientifiques et programmatiques les plus récentes;

- c) élaboration de modèles pour l'appui psychosocial à apporter aux femmes enceintes séropositives et à leur famille, et lancement du premier projet pilote au Zimbabwe;
- d) formation de ressortissants de cinq pays à l'utilisation des moyens de communication de masse à des fins éducatives, pour la promotion de la santé de la famille et la santé génésique ainsi que pour la prévention du VIH/SIDA.

99. Les progrès accomplis en ce qui concerne la **Santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent (CAH)** ont été très encourageants. Les principales réalisations ont porté sur la réduction et la prévention de la mortalité néonatale. Des outils ont été élaborés et adaptés en vue d'évaluer l'aptitude des formations sanitaires à prendre en charge les nouveau-nés et à leur dispenser des soins. Un calendrier de visites sur le terrain a été établi en vue d'évaluer la situation au Burundi, en Ethiopie, en Mauritanie, au Mozambique, en Namibie, au Nigéria, en Ouganda et au Swaziland. Cette évaluation a été menée en collaboration avec le programme Pour une grossesse à moindre risque (MPS).

100. En ce qui concerne les soins et la prise en charge du nouveau-né, le Burundi et le Swaziland ont demandé dans leur plan d'action une évaluation de la qualité des activités menées dans ce domaine. L'Angola a, quant à lui, élaboré un programme national sur la santé de l'enfant et formé 25 animateurs à cet effet.

101. Il faut toutefois signaler que le manque de soins et les abus sexuels dont sont victimes des enfants constituent désormais un sérieux problème de santé publique qui menace le bien-être des enfants et en particulier des fillettes. Afin de promouvoir le développement psychosocial des enfants et de les protéger contre le manque de soins et les abus, des participants venus de 15 pays ont suivi une formation en matière de prévention des abus sexuels commis sur des enfants et la prise en charge des victimes. A ce jour, des ressortissants de 28 pays africains (Afrique du Sud, Angola, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, République centrafricaine, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée, Kenya, Liberia, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Rwanda, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe) ont suivi une formation dans ce domaine. Les

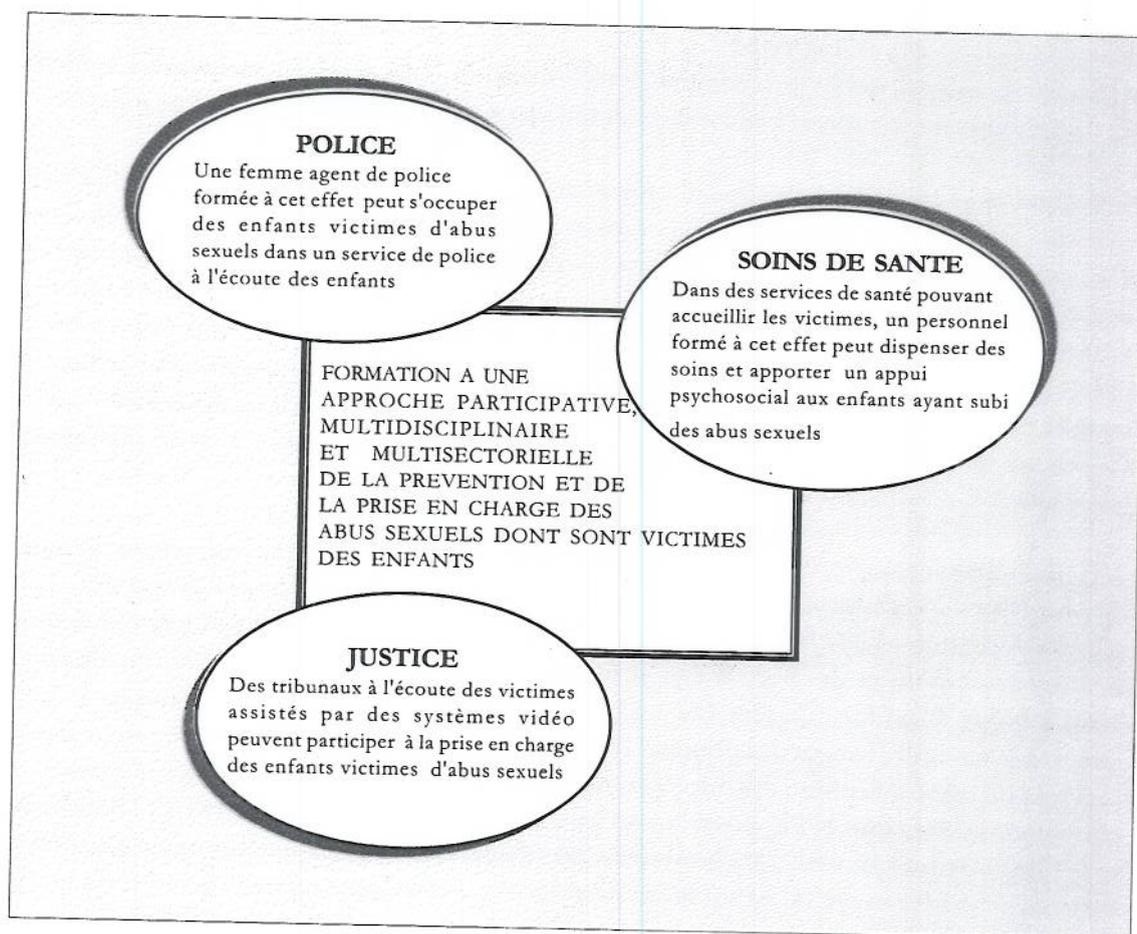
Tableau 1 : TYPES D'ABUS SEXUELS DONT SONT VICTIMES DES ENFANTS DANS LES 28 PAYS AFRICAINS PARTICIPANTS

| Types | Nbre de pays | % |
|---|--------------|----|
| - Viol, sodomie, attouchements | 22 | 79 |
| - Contrainte et harcèlement sexuels | 13 | 46 |
| - Mariage précoce/forcé | 11 | 39 |
| - Mutilations sexuelles féminines, interventions sur les organes génitaux | 11 | 39 |
| - Prostitution des enfants | 10 | 38 |
| - Exploitation sexuelle à des fins commerciales | 10 | 36 |
| - Inceste | 9 | 32 |
| - Pédophilie | 7 | 25 |
| - Vente, trafic interfrontalier | 5 | 18 |
| - Activités pornographiques | 4 | 14 |
| - Grossesse précoce/forcée | 2 | 7 |
| - Enlèvement et détournement sexuels | 2 | 7 |

participants ont notamment identifié à cette occasion les divers types d'abus sexuels commis sur des enfants dans leurs pays respectifs, et dont la liste figure dans l'encadré.

102. La formation inter-pays dispensée à ce sujet s'est appuyée sur une approche multidisciplinaire et multisectorielle de la prévention des abus sexuels commis sur des enfants et de la prise en charge des victimes. L'expérience du Zimbabwe dans la mise en place de services d'aide aux victimes a permis de souligner l'importance de la collaboration entre les principales institutions telles que police, justice et santé (Figure 17). Des lignes directrices pour l'adoption d'une approche systématique de la prévention des abus sexuels commis sur des enfants et de la prise en charge des victimes ont été élaborées en anglais et en français à l'intention des pays membres.

Figure 17 : APPROCHE PARTICIPATIVE MULTIDISCIPLINAIRE ET MULTISECTORIELLE DE LA PREVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE DES ABUS SEXUELS DONT SONT VICTIMES DES ENFANTS



Source : OMS/AFRO, 2001.

103. Parmi les réalisations en matière de la promotion d'un développement sain et de réduction de la mortalité et de la morbidité chez les adolescents, il convient de citer l'organisation de consultations et la collecte de fonds auprès des représentants de 17 pays (Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Mali, Nigéria, Rwanda, Sénégal et Sierra Leone) ayant participé à deux réunions d'experts sur l'élaboration d'une stratégie régionale relative à la santé de l'adolescent.

104. Sept pays se sont réunis pour examiner les approches visant à promouvoir la santé des jeunes et à les préparer à la vie active, dans le cadre du programme relatif à la **Santé des adolescents (ADH)**. Il s'agit de l'Afrique du Sud, du Kenya, du Lesotho, du Mozambique, du Swaziland, de la Zambie et du Zimbabwe. Ils ont souligné la nécessité d'élaborer une approche stratégique pour renforcer les interventions visant à promouvoir des comportements sains, à réduire les comportements à risque et à encourager des modes de vie sains pendant l'adolescence.

**PRINCIPAUX ELEMENTS A PRENDRE EN COMPTE
POUR LA SANTE DE L'ENFANT ET DE
L'ADOLESCENT**

- Il y a 1,7 milliard de jeunes dans le monde. Les jeunes (10-20) représentent 33 % de la population totale de la Région.
- Les loisirs, une alimentation adéquate et les aptitudes sociales font partie intégrante du développement sanitaire des jeunes.
- Il est important de faire participer les jeunes aux activités génératrices de revenus et aux efforts pour atténuer la pauvreté.
- Il est indispensable que les membres de la communauté soutiennent les activités portant sur la santé et le développement des jeunes et y participent.

105. Dans le cadre de la campagne mondiale de lutte contre le SIDA 2000-2001, onze pays (Afrique du Sud, Botswana, Ghana, Kenya, Mozambique, Nigéria, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe) ont participé à une évaluation de la santé des adolescents et des jeunes gens de sexes masculin ainsi que de leur rôle dans la santé génésique. Cette évaluation a été menée en collaboration avec le Siège, l'ONUSIDA, l'UNICEF, le "Population Council" et une ONG (Pathfinder). Elle a permis de constater qu'il était nécessaire de prendre en compte et d'aborder, lors de l'élaboration des programmes portant sur la santé de l'adolescent, l'influence des jeunes hommes dans la prise de décisions relatives à la sexualité et à la santé génésique.

106. Il faudrait, en outre, élaborer des programmes pour s'attaquer à une gamme plus étendue de problèmes et de comportements à risque tels que la consommation et l'abus d'alcool, de tabac et de drogues. Des chercheurs et des administrateurs de programmes Santé de l'adolescent de 14 pays (Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe) ont participé à une réunion pour échanger des données d'expérience et les résultats de leur recherche sur les services de santé à l'écoute des adolescents, en collaboration avec l'UNICEF, l'Agence de coopération allemande GTZ, l'African Medical Research Foundation (AMREF), Pathfinder et le "Population Council". Ils ont publié une déclaration sur les questions essentielles et formulé des recommandations sur la mise en place et le développement de services de santé à l'écoute des adolescents ainsi que sur l'appui à leur apporter dans la Région. Cette déclaration et ces recommandations constitueront une partie de la contribution du Bureau régional à la consultation mondiale sur les services de santé à l'écoute des adolescents, qui devait se tenir en mars 2001.

107. Un appui technique a été fourni à la Guinée, au Mali et au Sénégal pour la formation de formateurs à l'utilisation de modules de formation portant sur les services de santé destinés aux adolescents. Au Botswana, des agents de santé ont été familiarisés avec les dispositions à prendre pour que les services de santé soient à l'écoute des adolescents.

108. La formation des enseignants pour la prestation de services de santé dans les écoles s'est poursuivie au Ghana et des dispositions ont été prises pour coordonner l'action des Ministères de la Santé et de l'Education. Le Swaziland a formé 340 enseignants au développement psychosocial de l'enfant et la Côte d'Ivoire a intégré la santé de l'adolescent dans les programmes de santé.

109. Un certain nombre de pays ont élaboré des politiques de santé génésique comportant un volet santé des jeunes/adolescents (Burundi, Ghana, Zambie). D'autres ont adopté une politique générale pour la jeunesse comportant un volet santé (Seychelles, Zimbabwe). D'autres encore disposent d'une politique concernant la santé génésique des jeunes (Algérie, Botswana, Gambie). Quelques-uns d'entre eux ont une politique globale pour la santé des jeunes/adolescents. Ces politiques ont été élaborées dans beaucoup de pays grâce à une approche consultative et participative associant les principaux partenaires et acteurs. Nombre d'entre elles n'existent encore que sous forme de projets, en attendant d'être adoptées par les gouvernements.

110. La presque totalité des pays membres ont désigné un responsable chargé de la santé de l'adolescent au Ministère de la Santé. C'est une évolution positive, car les 10 - 24 ans constituent environ 33 % de la population totale dans la plupart des pays de la Région. La majorité des activités et des interventions portant sur la santé des adolescents sont par des ONG, en collaboration avec le gouvernement. Certaines de ces activités portent sur :

- a) la prévention du VIH/SIDA et des MST chez les jeunes (Gambie);
- b) la préparation des jeunes à la vie active et l'éducation par les pairs (Swaziland);

EXTRAITS TIRES DE DECLARATIONS FAITES PAR DES ADOLESCENTS AU COURS DE REUNIONS PORTANT SUR LA SANTE DE L'ADOLESCENT

- "Il faut tout faire pour que les jeunes Africains reçoivent une éducation de base" - Un participant du Zimbabwe
- "Il faut enseigner l'abstinence, qui semble avoir été oubliée dans les efforts faits pour promouvoir le préservatif" - Une jeune personne
- "Il est important de savoir qu'il faut du temps pour changer de comportement, et des sacrifices pour s'attacher à l'essentiel" - Un participant zambien
- "Les pères devraient apprendre à se montrer plus amicaux envers les jeunes. Lorsque le père rentre à la maison, les enfants s'enferment en silence dans leur chambre alors qu'auparavant ils bavardaient et riaient avec leur mère". - Un jeune participant
- "Les enfants victimes de maltraitance ont plus tard tendance à maltraiter les autres. Les enfants traumatisés ont tendance à se comporter comme leurs parents". - Un jeune participant
- "Les jeunes handicapés sont souvent oubliés dans les programmes de santé de l'adolescent alors qu'ils souffrent plus que les autres à cause de leur handicap". - Un participant kenyan.
- "Les changements s'opèrent grâce à une poignée de gens; les participants à la présente réunion devraient donc pouvoir opérer un réel changement". - Un spécialiste de l'OMS
- "On peut atteindre les jeunes pendant les vacances en organisant des camps de travail" - Un spécialiste de l'OMS
- "Les jeunes ne sont pas que source de problèmes. Ils savent résoudre leurs problèmes lorsqu'ils sont bien encadrés". - Un participant zambien
- "J'apprécie la compagnie de personnes plus âgées qui respectent mes opinions". - Un jeune participant.

- c) la mise en place de services d'aide aux adolescents (Botswana, Namibie, Nigéria, République du Congo).
- d) l'analyse de certains aspects de la santé des adolescents ou des problèmes connexes et sensibilisation de la communauté à la santé des adolescents (Cameroun, Libéria, Kenya, Ouganda);
- e) l'étude du comportement des adolescents face aux soins de santé (Maurice, Seychelles).

111. Les approches adoptées pour la mise en place de services d'aide aux adolescents sont encore à un stade expérimental et font appel à divers modes de prestation de services, dont le meilleur sera retenu. Mais il y a encore un certain nombre de contraintes liées aux longues consultations à mener avec les principaux acteurs avant que les projets pilotes ne démarrent. De plus, le coût de fonctionnement de ces services "modèles" est parfois élevé et l'absence de fonds extrabudgétaires pour mener à bien ce processus risque d'entraver les progrès.

112. La coopération entre l'OMS et les pays membres dans le domaine de la santé des jeunes et des adolescents sera facilitée par l'existence de coordonnateurs nationaux et par la bonne volonté qui anime les partenaires et les services publics concernés. Comme l'avait déclaré le dirigeant sud-africain Oliver Tambo, aujourd'hui disparu, "Un pays, un peuple ou une communauté qui ne s'occupe pas de ses enfants n'a aucun avenir".

113. Au cours de la période considérée, le programme *Santé et développement de la femme (WHD)* a surtout axé ses efforts sur la définition de son contenu et de ses activités. Une consultation des coordonnateurs régionaux et nationaux de la santé de la femme s'est tenue à Genève en octobre 2000 et a souligné la nécessité du plaidoyer, du partage de l'information et de la collaboration dans ce domaine. Elle a également insisté sur la nécessité de recenser les principales ONG régionales et internationales intervenant dans les problèmes liés à la santé de la femme et à la sexospécificité. Des activités ont été menées à cet effet et il a été demandé aux bureaux de pays de recenser les ONG susceptibles d'être retenues.

114. L'élaboration d'une stratégie régionale sur la santé de la femme est en cours. Une enquête a été confiée à une ONG très spécialisée d'Afrique du Sud pour évaluer les besoins dans ce domaine. Cette étude permettra de déterminer les principaux éléments à inclure dans la stratégie. Des consultations nationales et régionales seront ensuite organisées vers la fin de 2001 pour recueillir davantage d'informations et promouvoir un consensus sur l'élaboration et la mise en oeuvre de cette stratégie régionale.

115. En ce qui concerne les *questions liées à la sexospécificité*, trois ateliers ont été planifiés et seront organisés en 2001 pour sensibiliser le personnel de l'OMS et les coordonnateurs nationaux à l'importance d'une analyse et d'un suivi sexospécifiques des problèmes de santé. Un questionnaire a été adressé à ce sujet à tous les pays membres. En attendant, on est en train de réviser les modules de formation pour tenir compte des programmes prioritaires de l'OMS qui

ont une forte incidence sur les questions liées à la sexospécificité (IST/VIH/SIDA, sécurité transfusionnelle, paludisme, lutte contre la pauvreté). Les activités du programme WHD portant sur le cancer du col de l'utérus et la violence à l'égard des femmes seront également intégrées dans les modules de formation. Plusieurs pays membres ayant exprimé le besoin de mener une étude sur l'infécondité, le cancer du col de l'utérus et la violence à l'égard des femmes, le programme WHD a entrepris des recherches pratiques fondées sur une approche participative et collaborera à ce sujet avec la Division de la Lutte contre les maladies non transmissibles.

116. Le programme *Aspects sociaux de la santé de la famille et de la santé génésique* a recensé et documenté les diverses formes de violence à l'égard des femmes et leurs causes dans la Région africaine et formulé des recommandations pratiques sur les actions à mener au niveau national et régional.

117. En ce qui concerne la *Prévention et la prise en charge des pratiques traditionnelles néfastes (HTP)*, plusieurs pays ont formulé des politiques et adopté des lois pour prévenir les mutilations sexuelles féminines (MSF). Le nombre de pays mettant en oeuvre des programmes d'intervention pour prévenir les mutilations sexuelles féminines et autres pratiques traditionnelles néfastes a donc augmenté.

118. Au Nigéria, par exemple, cinq Etats ont adopté des lois contre les MSF. La Guinée, quant à elle, a récemment adopté une loi sur la santé génésique qui met l'accent sur la prévention des MSF. Le Kenya, le Mali, la Tanzanie et le Togo ont élaboré des plans d'action nationaux et régionaux pour accélérer l'élimination des MSF et d'autres pratiques culturelles nuisibles à la santé des femmes et des enfants et ont commencé à mettre en oeuvre les activités prévues dans ces plans.

BRAVO L'AFRIQUE !

(Vers une législation contre les MSF)

- *Interdisant toutes les formes de MSF : Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Sénégal, République centrafricaine.*
- *Imposant une peine d'emprisonnement et/ou une amende aux auteurs et aux personnes qui demandent, encouragent ou favorisent la pratique de l'excision sur une femme ou une fillette par la corruption, l'argent, des biens et/ou de toute autre manière : Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana.*
- *Autres lois interdisant des traumatismes susceptibles d'avoir un impact sur le fonctionnement de l'organisme tels que des traitements cruels et inhumains (Code pénal de la Guinée) et condamnant les agressions et les sévices corporels (code pénal du Mali).*

Source : DRH/OMS/AFRO

CONDITIONS A REMPLIR POUR QUE LES INTERVENTIONS VISANT A PREVENIR LES MSF REUSSISSENT

- *Respecter et tolérer les cultures et les traditions de la population*
- *Comprendre les origines des MSF*
- *Travailler avec la population au sein du système en place*
- *Identifier et exploiter les aspects positifs*
- *Sensibiliser et éduquer la population*
- *Chercher des solutions de rechange acceptables*
- *Mettre au point des stratégies de marketing appropriées*
- *Veiller à ce qu'il n'y ait pas de perdants*

119. Les enseignements tirés de l'expérience du Nigéria ont permis de constater que l'alphabétisation fonctionnelle et les activités génératrices de revenus contribuent à promouvoir la santé de la femme. Le Bureau régional a apporté, en collaboration avec le Siège, un appui financier au district de Bubi, dans la province du Matabeleland Nord (Zimbabwe), pour l'aider à exploiter les enseignements tirés du projet relatif à la santé des femmes de Chivi, dans la province de Masvingo, et visant à promouvoir la santé par l'alphabétisation. Les femmes et des actions intersectorielles.

Milieus favorables à la santé et développement durable

120. Cette division couvre trois domaines d'activité : *Protection de l'environnement humain, Salubrité des aliments et Santé et développement durable*. La mise en oeuvre des plans d'action se rapportant à ces domaines d'activité au niveau régional et au niveau des pays s'est poursuivie activement.

121. La *Protection de l'environnement humain* couvre les secteurs suivants : Eau, assainissement et santé; Evaluation et prise en charge des risques liés à l'environnement; Salubrité de l'environnement en milieu rural et urbain; Santé en milieu de travail.

122. Le rapport d'évaluation sur le secteur de l'eau et de l'assainissement dans la Région africaine de l'OMS au titre de l'an 2000 a été publié.

Tableau 2 : RESUME DES TENDANCES MONDIALES ET REGIONALES
DE LA COUVERTURE EN EAU ET ASSAINISSEMENT, 1970-1999

| Zone desservie | % de la population desservie | | | | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1970 | 1975 | 1980 | 1983 | 1985 | 1988 | 1990 | 1994 | 1999 |
| Monde | | | | | | | | | |
| Eau en zones urbaines | 65 | 74 | 73 | 74 | 75 | 83 | 95 | 82 | 94 |
| Eau en zones rurales | 13 | 20 | 32 | 39 | 42 | 57 | 66 | 70 | 71 |
| Total | - | 46 | - | 54 | 65 | 79 | 75 | 82 | - |
| Assainissement en zones urbaines | 54 | 50 | 49 | 52 | 59 | 67 | 81 | 63 | 86 |
| Assainissement en zones rurales | 9 | 11 | 13 | 14 | 16 | 19 | 35 | 18 | 38 |
| Total | - | - | 39 | - | 31 | 37 | 55 | 34 | 60 |
| Afrique | | | | | | | | | |
| Eau en zones urbaines | 66 | 68 | 66 | 61 | 78 | 83 | 81 | - | 83 |
| Eau en zones rurales | 13 | 21 | 22 | 26 | 25 | 31 | 36 | - | 42 |
| Assainissement en zones urbaines | - | - | 32 | - | 40 | 46 | 49 | - | 56 |
| Assainissement en zones rurales | 23 | 28 | 20 | 25 | 25 | 21 | 47 | - | 41 |
| Total | - | - | 28 | - | 38 | 30 | 56 | - | 55 |

Notes :

- 1) Couverture mondiale : données de 1970-1988 tirées des évaluations de l'OMS; données de 1990-1999 tirées des évaluations JMP de l'UNICEF/OMS.
- 2) Couverture régionale : concerne la Région africaine de l'OMS. Toutes les données relatives à 1970-1999 proviennent des évaluations de l'OMS.
- 3) (-) = aucun calcul effectué.

Source : Water supply and sanitation sector assessment 2000, African Region, Part 1

Activités de l'OMS dans la Région africaine 2000

123. Vingt pays : Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Erythrée, Ghana, Guinée, Lesotho, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Niger, Namibie, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe ont reçu un appui technique et financier pour la mise en oeuvre de microprojets d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans des districts touchés par le choléra, en appliquant l'approche consistant à améliorer l'hygiène et l'assainissement avec la participation des communautés (PHAST).

124. Le Bureau régional a élaboré et distribué aux pays membres des lignes directrices sur la coordination et la mise en place de réseaux pour les activités relatives à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement. Il a également fourni un appui à six pays (Ethiopie, Malawi, Togo, Swaziland, Zambie et Zimbabwe) pour la formulation de politiques relatives à la salubrité de l'environnement.

125. Le Ghana et l'Ouganda ont bénéficié d'un appui pour mener des projets pilotes sur la surveillance de la qualité de l'eau de boisson, tandis que l'Afrique du Sud, l'Erythrée, le Kenya, la Namibie, la Tanzanie et le Zimbabwe ont reçu une assistance pour mener des projets pilotes sur la gestion des déchets hospitaliers. Le Mali et la Tanzanie ont également bénéficié d'un appui pour mener des activités relatives à la sécurité chimique.

126. Il serait nécessaire de faire la cartographie des risques liés à l'insalubrité de l'environnement en Afrique aux niveaux régional, national et local. Cela faciliterait énormément l'adoption d'une approche plus préventive des problèmes de salubrité de l'environnement, notamment dans les domaines suivants :

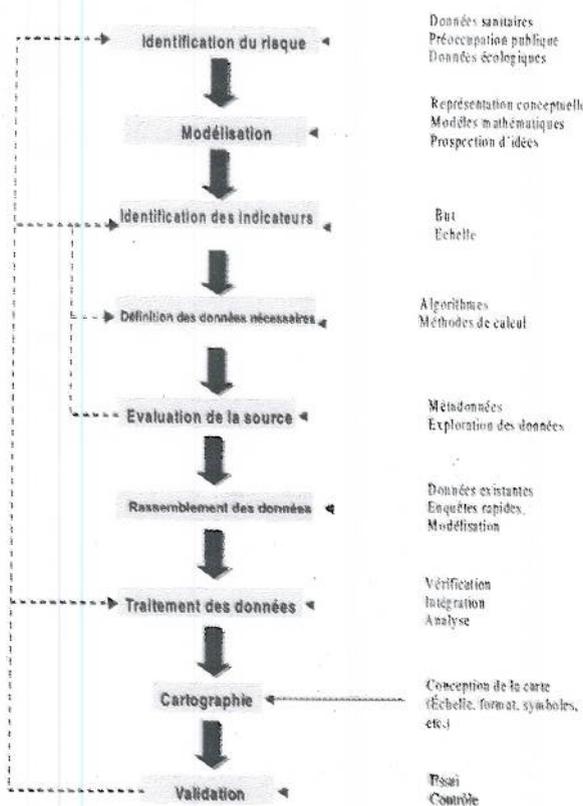
- préparation aux situations d'urgence et alerte précoce en cas de risques liés à l'environnement;
- évaluation stratégique des politiques, des programmes et des plans relatifs à la salubrité de l'environnement;
- planification à long terme pour la prévention, la réduction et la prise en charge des risques;
- sensibilisation et responsabilisation des communautés;

PROMOTION DE L'ENSEIGNEMENT DE L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT DANS LES ECOLES



Source : OMS/AFRO, 2000.

Figure 18 : ETAPES DE L'ETABLISSEMENT DE LA CARTE DES A L'INSALUBRITE DE L'ENVIRONNEMENT



Source : Environmental Health Hazard Mapping, OMS/AFRO, 2000

127. Le Bureau régional a distribué aux pays des lignes directrices concernant la cartographie des risques liés à l'environnement et l'évaluation de l'impact des projets sur la santé.

128. Pendant la période considérée, vingt pays francophones ont bénéficié d'un appui pour l'élaboration de leurs plans d'action relatifs à la **Salubrité de l'environnement en milieu rural et urbain (RUE)** et six pays (Cameroun, Congo, Ghana, Guinée Bissau, Ouganda, Tanzanie) ont reçu une assistance pour la mise en oeuvre de projets "villes-santé". Une réunion a été organisée entre des institutions de financement et des maires de villes francophones pour aider ces derniers à mobiliser des fonds en vue de leurs programmes "villes-santé".

129. Le programme **Santé en milieu de Travail** apporte actuellement un appui à des projets pilotes dans cinq villes de la Région (Yaoundé, Le Cap, Johannesburg, Dar-es-Salaam et Harare). L'effort conjoint OMS-OIT pour la santé et la sécurité en milieu de Travail a été lancé en collaboration avec le Siège, l'Organisation internationale du Travail (OIT) et des centres collaborateurs de l'OMS.

130. Les activités relatives à la **Salubrité des aliments** ont surtout porté sur l'identification des fonctions d'appui technique prioritaires et des partenaires. Le Bureau régional a participé à plusieurs réunions interpays et à plusieurs conférences internationales sur la vulnérabilité alimentaire, l'évaluation des risques liés à l'alimentation et l'étiquetage des produits alimentaires, ainsi que sur les normes de la Commission du Codex Alimentarius.

131. Le domaine d'activité relatif à la **Santé et au développement durable** couvre les éléments suivants : développement sanitaire à long terme; pauvreté et mauvaise santé; et gestion de l'information environnementale pour un développement durable. L'élaboration d'un certain nombre d'outils et l'organisation d'un certain nombre d'ateliers et de réunions ont permis d'accroître sensiblement la prise de conscience sur la nécessité d'un développement durable dans la toute la Région africaine de l'OMS.

132. Les lignes directrices relatives au de développement sanitaire à long terme ont été révisées par un groupe d'experts, puis publiées et diffusées auprès des pays membres.

133. Le programme **Pauvreté et mauvaise santé** a organisé à Harare (Zimbabwe) en juillet 2000 une consultation régionale sur la pauvreté et la santé qui a regroupé des participants venus de tous les horizons. Cette consultation a formulé un certain nombre de recommandations importantes à l'intention des gouvernements, de l'OMS et des partenaires de l'action de développement. Elle a encouragé les gouvernements à adopter une approche épidémiologique de la lutte contre la pauvreté. Compte tenu des rapports à double sens qui existent entre la pauvreté et la santé, les ministères de la santé ont été invités à jouer un rôle déterminant dans les efforts déployés pour lutter contre la pauvreté. Les participants ont par ailleurs demandé à l'OMS et aux autres partenaires de faire campagne pour une annulation totale de la dette, de recenser et de diffuser les meilleures pratiques et d'aider les ministères de la santé à renforcer leur aptitude à mener une action de plaidoyer auprès des autres secteurs sur les questions liées à la pauvreté.



Source :WHO/AFRO, 2000

Cet orphelinat situé à Mutoko (Zimbabwe) accueille 124 enfants démunis touchés par le SIDA. Il est dirigé par une organisation non gouvernementale dénommée "Mother of Peace Community". Ce centre communautaire a pour ambition de poser une base solide pour l'avenir des enfants touchés par le SIDA. Le personnel du Bureau régional de l'OMS et un certain nombre d'amis appuient ces efforts visant à réduire la pauvreté et à promouvoir un développement durable en apportant de généreuses contributions au centre pour lui permettre de devenir entièrement autonome.

134. Le Bureau régional a élaboré un cadre stratégique sur la pauvreté et la santé. Il a également mis en place un groupe spécial sur la pauvreté et la santé ainsi qu'un comité regroupant les points focaux chargés des questions liées à la pauvreté et à la santé dans toutes les divisions techniques du Bureau. Il a enfin tiré parti des réunions régionales du programme pour expliquer le programme de lutte contre la pauvreté aux Représentants de l'OMS travaillant dans la Région.

Tableau 3 : QUELQUES STATISTIQUES ESSENTIELLES SUR LA PAUVRETE EN AFRIQUE

| | |
|--|--|
| Population | 778,4 millions (1999) |
| Nombre de personnes totalement démunies | 240 millions (31 %) c'est-à-dire disposant de moins d'1 USD par jour |
| Nombre de pauvres | 387 millions (49 %) c'est-à-dire disposant de moins de 2 USD par jour |
| Pourcentage de pauvres en Afrique | 16 % de toute la population mondiale en 1985 et 29 % en 2000 |
| Croissance démographique (%) | 1999 : 2,4 |
| Croissance du PIB (%) | 1999 : 2,3 |
| Taux de mortalité infantile | 1998 : 91,8 pour 1000 |
| Espérance de vie à la naissance | 1998 : 50,4 ans |
| Taux de mortalité (des moins de 5 ans) | 1998 : 151 pour 1000 |
| Aide étrangère totale au développement par tête (en USD) | 1996 : 30,7 |
| Service total de la dette | 1998 : 20,6 |
| Dette à court terme | 1998 : 14,1 milliards USD (50 % des exportations) 1996 : 40,8 milliards USD (140 % des exportations) 1998 : 42,5 milliards USD (150 % des exportations - ce qui empêche les Gouvernements de consacrer de nouvelles ressources aux investissements et au développement humain, compte tenu du poids croissant de la dette à court terme) |

Sources : PNUD, BANQUE MONDIALE, DFID.

Administration et Finances

135. La division de *l'Administration et des Finances* comprend quatre grands domaines d'activité : Gestion et diffusion de l'information sanitaire, Ressources humaines, Gestion financière, Informatique et infrastructure. L'administration, la gestion et les finances exigent beaucoup de temps et d'ingéniosité, surtout en période de contraintes budgétaires. Le travail se poursuit normalement et la division a été en mesure de mettre en oeuvre la plupart des activités planifiées.

Gestion et diffusion de l'information sanitaire

136. La *Bibliothèque* du Bureau régional continue à développer ses fonctions, surtout en ce qui concerne la diffusion de l'information par des voies électroniques. Les visiteurs peuvent maintenant accéder plus facilement aux ressources dont elle dispose dans un bureau plus vaste. La section des *Publications* continue à accroître sa capacité de traduire et d'imprimer les publications de l'Organisation et d'assurer des services de traduction et d'interprétation pour les réunions de l'OMS.

Ressources humaines

137. D'importants postes de haut niveau ont été pourvus, ce qui permet à la division de répondre plus rapidement aux besoins de quelque 1300 membres du personnel titulaires de divers types de contrats. Les examens d'aptitude physique, qui retardent parfois les recrutements, seront bientôt assurés par le Bureau régional après qu'un conseiller médical aura été désigné et que les installations nécessaires auront été mises en place à cet effet. En ce qui concerne la formation, près de 100 fonctionnaires chargés de l'administration dans les bureaux de pays ont suivi un cours intensif de deux semaines. Une trentaine d'autres membres du personnel ont reçu une formation au bureau de l'OMS en République démocratique du Congo.

138. Bien que les services *du personnel* aient été suffisamment renforcés pour mieux répondre aux besoins de la Région, il faut encore mettre en place des systèmes et des pratiques modernes d'administration du personnel, dans le cadre du processus d'amélioration en cours.

Gestion financière

139. Les services financiers du Bureau régional ont été considérablement renforcés et apportent un appui utile aux programmes techniques. Dans le cadre du transfert en cours des fonctions administratives et financières aux divisions techniques concernées, une unité d'appui a été mise en place au sein du programme de lutte contre la poliomyélite et des postes d'administrateurs ont été créés dans chaque division. Ces mesures devraient permettre de renforcer et d'accélérer l'appui apporté aux programmes. Un projet visant à renforcer l'automatisation des fonctions financières est également en cours.

Informatique et infrastructure

140. Dans le domaine de l'informatique, tous les bureaux de l'OMS dans les pays sont accessibles par courrier électronique, par télécopie et par téléphone, ce qui accélère sensiblement la mise en oeuvre des programmes dans la Région. Le plus grand défi à relever maintenant consiste à renforcer la communication avec les pays membres, opération qui se poursuit sans relâche. Le réseau privé mondial (GPN) entre le Siège et les Bureaux régionaux de l'OMS est déjà opérationnel. Le prochain défi de taille à relever consistera à relier les bureaux de pays à ce réseau. Un autre défi consistera à faire en sorte que le système de gestion des activités (AMS) du Bureau régional soit plus convivial et mieux adapté aux besoins du personnel technique.

141. Le *service de l'Administration générale* a poursuivi ses efforts pour réduire le problème d'espace rencontré par le personnel du Bureau régional. À cet égard, une partie du Bureau a déménagé à Highlands dans des locaux gracieusement mis à disposition par le Gouvernement du Zimbabwe. Dans le même temps, des contacts étroits ont été maintenus avec les autorités congolaises au sujet des rénovations en cours au Bureau régional à Brazzaville (Congo).

142. Le *service des Approvisionnements* a continué, comme par le passé, à fournir et à livrer aux projets le matériel et les fournitures dont ils ont besoin, dans les meilleurs délais et aux meilleurs prix possibles.

FACTEURS AYANT FACILITE OU ENTRAVE LA MISE EN OEUVRE DU BUDGET PROGRAMME

143. Le Bureau régional a fait un examen à mi-parcours de la mise en oeuvre du budget programme 2000-2001 au cours de la première année de l'exercice biennal. Cet examen a mis en évidence les principaux facteurs qui ont facilité ou entravé la mise en oeuvre au niveau régional et à l'échelon des pays. Ces facteurs sont résumés ci-après.

Au niveau régional

Facteurs ayant facilité la mise en oeuvre

144. Le processus de planification conjointe appliqué pour la préparation du Budget Programme a été une occasion d'apprendre pour l'ensemble de l'OMS. Le contenu des plans d'action de la Région africaine pour l'exercice 2000-2001 s'est nettement amélioré. Le processus de planification commune a en outre contribué à renforcer la collaboration entre les diverses divisions du Bureau régional, de même que l'interaction entre le Siège et le Bureau régional. La participation des bureaux de pays au processus de planification a été limitée, essentiellement à cause des contraintes de temps, mais elle sera améliorée au cours du prochain exercice. Comme cela a été indiqué dans le rapport sur l'examen à mi-parcours, un meilleur esprit d'équipe a prévalu au sein des divisions et entre celles-ci et les bureaux de pays. Cela a facilité la mise en oeuvre des activités. Le rôle et la bonne volonté des experts de diverses disciplines ont également beaucoup contribué au fort taux de succès enregistré. Le recours accru aux télécommunications et aux moyens électroniques a facilité l'interaction entre les divers niveaux de l'Organisation ainsi qu'entre l'OMS, les pays membres et les partenaires.

Contraintes

145. Si le processus de planification du budget programme a amélioré la collaboration entre les divers niveaux de l'OMS, il a également mis en évidence la nécessité d'améliorer les mécanismes de coordination. Par ailleurs, de nombreux domaines d'activité ne disposent pas encore d'un personnel et de moyens financiers adéquats, ce qui entrave la mise en oeuvre des activités. Le Bureau régional est resté fortement tributaire de crédits provenant d'autres sources que le budget ordinaire et le problème des compétences et du temps nécessaires pour mobiliser suffisamment de fonds constitue une grande contrainte.

146. Les autres contraintes identifiées au cours de l'examen à mi-parcours étaient l'absence de données, la pénurie d'initiatives innovantes, et les retards dans la soumission des projets dont les pays sollicitent le financement. Le suivi des programmes devrait s'améliorer grâce au système de gestion des activités (AMS) et à l'établissement d'une liaison avec le système d'information comptable et financière (AFI). Il faudrait mettre en place un mécanisme approprié pour le rééchelonnement des activités qui ne sont pas mises en oeuvre à cause de contraintes budgétaires ou autres. Il faudrait également améliorer le système d'allocation ou de mobilisation des ressources pour que l'on dispose de crédits suffisants. Un suivi approprié devrait permettre de reprogrammer suffisamment à temps les activités qui ne peuvent pas être mises en oeuvre. Il importe en outre de préciser que des problèmes de sécurité ont, soit retardé la mise en oeuvre des activités, soit imposé des changements à cet égard dans la Région africaine au cours de l'année considérée. De nombreuses urgences complexes et de multiples catastrophes naturelles survenues sur le continent ont également entraîné le rééchelonnement de certaines activités.

Au niveau des pays

Facteurs ayant facilité la mise en oeuvre

147. La collaboration étroite instaurée entre l'OMS et les divers intervenants au niveau des pays a été l'un des principaux facteurs ayant facilité la mise en oeuvre des programmes. L'engagement et l'enthousiasme des agents de santé nationaux y ont également beaucoup contribué. à la mise en oeuvre des programmes. Les consultations et les négociations franches et sincères organisées régulièrement entre les gouvernements et les partenaires sur la mise en oeuvre des activités ont renforcé l'engagement de ces derniers. La collaboration et la mise en place de réseaux entre tous les acteurs, y compris les autorités nationales, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les institutions des Nations Unies ont contribué au succès des programmes. La coordination d'activités telles que les journées nationales de vaccination et l'existence d'organismes consultatifs ou de comités d'orientation sur certains programmes ont également facilité leur mise en oeuvre.

148. De nombreux facteurs ont été identifiés par les bureaux de pays comme ayant facilité la mise en oeuvre des programmes. On peut notamment citer à cet égard : l'appui approprié et la bonne gestion des programmes; les bonnes orientations données par les Représentants de l'OMS; la décentralisation des fonctions administratives (par exemple en ce qui concerne l'émission des numéros d'imputation budgétaire); l'appui financier apporté par le Bureau régional et l'envoi des crédits en temps voulu; la qualité de l'appui technique fourni par le Bureau régional et le Siège; la délégation de pouvoirs accordée par le Directeur régional aux Représentants de l'OMS; l'empressement du Directeur régional à donner suite aux demandes émanant des pays; l'élaboration et la diffusion à temps des documents d'information; les orientations appropriées données au personnel administratif et aux administrateurs des programmes de l'OMS; enfin l'existence de coordonnateurs dans les bureaux de pays.

Contraintes

149. Des problèmes d'ordre général tels que l'agitation politique, les catastrophes naturelles, la récession économique, l'absence de réformes sectorielles et la pénurie d'infrastructures routières et de communication efficaces ont gravement entravé la mise en oeuvre générale des programmes au niveau des pays. Les contraintes rencontrées au niveau des Ministères de la Santé ont été la pénurie de personnels qualifiés et la grande vitesse de rotation des cadres de gestion, l'absence de financements et de prise en main des activités, ainsi que l'insuffisance de la communication sur des questions de santé délicates. L'absence de principes directeurs pour la mise en oeuvre des activités a également entravé l'exécution des programmes.

150. Les chevauchements d'activités au niveau national et la multiplicité des activités supplémentaires ont exigé une coordination beaucoup plus étroite de la part des partenaires et une réactivité accrue aux besoins des pays. L'un des problèmes auxquels il faudra s'attaquer à l'avenir est l'inadéquation des capacités nationales de suivi et d'absorption des ressources financières.

151. La pénurie de ressources humaines ou financières a également entravé les activités des bureaux de l'OMS dans les pays. Les changements de Représentants de l'OMS, les lourdeurs administratives, les retards intervenant dans le recrutement des consultants ou dans la réception des informations techniques et financières, la brièveté des délais fixés pour le processus de budgétisation et l'absence de liaison avec le système financier du Bureau régional figurent parmi les contraintes signalées. Parfois aussi, l'approche programmatique appliquée par l'OMS allait à contre-courant de l'approche intégrée plus générale suivie au niveau des pays.

DEUXIEME PARTIE : RAPPORT D'ACTIVITE SUR LA MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS ADOPTÉES PAR LE COMITE REGIONAL

Stratégie régionale de la santé mentale

152. La *Stratégie régionale de la santé mentale 2000-2010* (document AFR/RC49/9), adoptée par le Comité régional lors de sa quarante-neuvième session, vise à renforcer la capacité des Etats Membres d'améliorer la qualité de vie de la population en favorisant des modes de vie sains et en luttant contre les troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux.

153. Dans la résolution AFR/RC49/R3, le Comité régional a prié le Directeur régional de faire rapport à la cinquante et unième session sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la stratégie de la santé mentale.

154. La diffusion de la stratégie et l'élaboration de plans opérationnels pour sa mise en oeuvre ont été menées par l'organisation d'ateliers interpays auxquels ont participé la plupart des Etats Membres (septembre 1999, Praia, pour les pays lusophones; novembre 1999, Nouakchott, pour un groupe de pays francophones; février 2000, Harare, pour un groupe de pays en situation de conflit ou de post-conflit; et mai 2000, pour les pays d'Afrique australe et les îles de l'Océan Indien). Les coordonnateurs nationaux et les responsables des programmes de santé mentale dans les bureaux OMS de pays ont participé à ces réunions.

155. Un cycle d'orientation sur l'évaluation des besoins et sur l'élaboration et la gestion des programmes a été organisé à l'intention de 18 experts africains en santé mentale, en collaboration avec le Département Santé mentale et Toxicomanies du Siège. Ce groupe aidera les pays à mettre en oeuvre la stratégie régionale.

156. Un appui a été apporté à un certain nombre de pays pour l'élaboration ou la révision de leur politique ou de leur programme de santé mentale, en consultation avec le bureau de l'OMS dans le pays et avec les autorités nationales. Le Bureau régional a également encouragé les pays à intégrer la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies dans les réformes du secteur de la santé en cours. Des mesures ont été prises pour renforcer la collaboration entre les diverses divisions du Bureau régional. Des groupes de travail ont été mis en place sur la violence à l'égard des femmes et des enfants, les victimes des mines antipersonnel et la préparation de la Journée mondiale de la Santé 2001 et d'autres activités (mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako actualisée, élaboration de la Stratégie relative à la santé de l'adolescent, mise en oeuvre de la Stratégie relative au VIH/SIDA. Le Directeur général a décidé de consacrer à la santé mentale la Journée mondiale de la Santé et le Rapport sur la Santé dans le monde 2001).

157. La formation du personnel dans le domaine de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies est l'une des priorités régionales. Certains pays ont profité du programme de bourses de l'OMS pour former des candidats dans diverses disciplines liées à la santé mentale. Le Bureau régional les encourage à utiliser les institutions de formation situées dans la Région. Il ressort de rapports émanant des pays que certains d'entre eux disposent de modules de formation en santé mentale à l'intention du personnel de santé général. Cette formation n'est pas dispensée de façon systématique dans certains pays, mais s'effectue en cours d'emploi.

158. En collaboration avec divers partenaires et en concertation avec les autorités nationales, le Bureau régional a apporté un appui technique et financier à un certain nombre de pays pour la mise en oeuvre de projets spécifiques tels que : l'Initiative mondiale pour la prévention de la toxicomanie chez les jeunes, Nations pour la santé mentale, l'Initiative pour "sortir l'épilepsie de l'ombre" et la Réadaptation psychosociale à base communautaire en situation de conflit et post-conflit.

159. Le Bureau régional a démarré, en collaboration avec le Siège et les autres Régions, un projet mondial sur l'Atlas électronique de santé mentale. La première phase du projet consistait à envoyer un questionnaire aux Etats Membres pour recueillir des informations sur les ressources disponibles dans les pays en matière de santé mentale. Au moment de l'élaboration du présent rapport, 42 pays (97 %) avaient déjà répondu à ce questionnaire. Cinquante-sept pour cent d'entre eux ont indiqué qu'ils disposaient d'une politique de santé mentale, soit en tant que stratégie distincte, soit en tant que composante de la politique de santé générale du pays. Soixante-seize pour cent ont indiqué qu'ils avaient des programmes nationaux de santé mentale, dont la plupart ont été mis en place au cours de ces cinq dernières années. Bien que la formation des agents de santé primaires en matière de santé mentale ne soit pas systématique dans certains pays de la Région, 76 % d'entre eux estiment qu'il serait important d'intégrer la santé mentale dans les soins de santé primaires.

160. Les principales contraintes ou faiblesses identifiées dans le développement des programmes relatifs à la santé mentale et à la prévention des toxicomanies sont : la méconnaissance de l'importance que revêt la santé mentale, partie intégrante de la santé, la pénurie de personnels qualifiés, l'insuffisance des ressources financières (dans la plupart des pays, il est difficile d'indiquer le pourcentage des ressources affectées à ce programme et dans d'autres, ces ressources n'atteignent pas 1 %) et l'impossibilité d'accéder aux médicaments psychotropes, ce qui contribue à creuser le déficit thérapeutique pour ce qui est des affections neurologiques et mentales dans la Région.

161. Pour favoriser un suivi régulier de la situation, le Bureau régional recommande que le prochain rapport d'activité sur la mise en oeuvre de la stratégie régionale de la santé mentale 2000-2010 soit inscrit à l'ordre du jour de la cinquante-troisième session du Comité régional.

Stratégie régionale de surveillance intégrée des maladies

162. Le Comité régional a adopté lors de sa quarante-huitième session la résolution AFR/RC48/R2 sur la stratégie régionale de surveillance intégrée des maladies. Cette résolution priait le Directeur régional de faire rapport tous les deux ans au Comité régional sur la mise en oeuvre de la stratégie.

163. Le Bureau régional a créé une unité chargée de la surveillance intégrée des maladies pour coordonner la mise en oeuvre de la stratégie. Cette unité continue à être renforcée pour mieux aider les pays dans ce domaine. Le Bureau régional a organisé des réunions au niveau régional et à l'échelle inter-pays pour sensibiliser les Etats Membres et les partenaires. Il a également diffusé la stratégie de surveillance intégrée des maladies dans les Etats Membres.

164. Le Bureau régional a élaboré, en collaboration avec le Siège et des partenaires tels que les Centres de lutte contre la maladie d'Atlanta (Etats-Unis d'Amérique), des matériels et des lignes directrices génériques pour aider les pays à mettre en oeuvre la surveillance intégrée des maladies. Il élabore actuellement des matériels didactiques. Les étapes à suivre pour la mise en oeuvre de la stratégie ont été définies.

| 55 |

165. Un groupe spécial a été mis sur pied pour conseiller le Bureau régional sur la mise en oeuvre de la stratégie de surveillance intégrée des maladies dans la Région africaine. Vingt des 46 pays de la Région ont déjà achevé l'évaluation de leurs systèmes nationaux de surveillance ainsi que de préparation aux épidémies et d'organisation des secours, y compris la composante laboratoire, afin de faire le point de la situation et de recenser les domaines qui doivent être renforcés. Treize pays ont déjà élaboré un plan d'action quinquennal sur la surveillance intégrée des maladies, la préparation aux épidémies et l'organisation des secours et le renforcement des laboratoires sur la base des conclusions et des recommandations de cette évaluation.

166. Les principaux défis à relever pour mener à bien la surveillance intégrée des maladies consistent à garantir un appui efficace en matière de laboratoire et à mettre en place des partenariats à tous les niveaux. Le nombre de partenaires qui se sont engagés à apporter leur appui s'accroît et continuera probablement à le faire au fur et à mesure que la surveillance intégrée des maladies prendra pied et commencera à porter ses fruits dans la Région.

Initiative pour l'éradication de la poliomyélite

167. Le Comité régional a adopté, en 1995, la résolution AFR/RC45/R5 sur l'éradication de la poliomyélite. Il a également prié le Directeur régional de faire rapport chaque année sur les progrès accomplis vers la réalisation de cet objectif. Initialement fixée à l'an 2000, la date limite pour la réalisation de cet objectif a été repoussée à 2005, compte tenu du retard intervenu dans l'interruption de la transmission dans certains pays de l'Asie du Sud-Est, de la Corne de l'Afrique, de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale.

168. On a réalisé des progrès substantiels vers l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine depuis le lancement des journées nationales de vaccination (JNV) en 1996. De telles journées ont été organisées dans tous les 32 pays d'endémie dans la Région africaine. Le nombre de pays ayant notifié une circulation endémique du poliovirus sauvage est tombé de 32 en 1995 à 17 en 1999 et à 11 en 2000.

169. Le Bureau régional a coordonné, en 2000, la réalisation des premières journées nationales de vaccination (JNV) synchronisées dans dix-sept pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale en utilisant essentiellement la stratégie du porte-à-porte pour administrer le vaccin antipoliomyélite (associé à la vitamine A dans certains pays). Il a assuré à cet effet le recrutement de plus de 150 experts internationaux et de 320 spécialistes nationaux (y compris des épidémiologistes, des logisticiens, des spécialistes de la mobilisation sociale et du personnel administratif) pour aider les gouvernements à réaliser cette opération au niveau central et au niveau opérationnel. Ce recrutement a été facilité par la création d'une unité spéciale d'appui administratif au Bureau régional. Il a fallu en outre acquérir quelque 160 véhicules supplémentaires, 200 motocyclettes et plus de 100 canots à moteur pour mener à bien cette opération dans les pays.

170. En ce qui concerne la surveillance de la poliomyélite, le Bureau régional a aidé les pays à étendre leurs activités dans ce domaine en leur affectant du personnel, en finançant certaines activités et en les aidant pour la gestion des données. Les taux de dépistage de la paralysie flasque aiguë (PFA) sont passés à 1,3 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, soit un taux supérieur à la cible mondiale de 1 pour 100 000. Le nombre de cas de paralysie flasque aiguë confirmés par l'examen de deux échantillons de selles prélevés dans un délai de 14 jours avoisine désormais 60 %. Tous les pays ont accès à un laboratoire accrédité pour la poliomyélite.

171. Il faut continuer à intensifier les efforts pour améliorer l'organisation des JNV dans les pays qui abritent des réservoirs de virus. Il faut également étendre la surveillance pour que les indicateurs de la surveillance puissent être suivis au niveau des provinces et des districts. Il faudrait par ailleurs renforcer davantage le réseau de laboratoires participant à la lutte contre la poliomyélite pour répondre à l'accroissement de la demande, tout en s'efforçant de retenir le personnel.

Elimination de la lèpre dans la Région africaine

172. Le Comité régional de l'Afrique, dans sa résolution AFR/RC44/R5, avait demandé aux Etats Membres d'éliminer la lèpre dans la Région avant l'an 2000. On entend par élimination de la lèpre la réduction du taux de prévalence à moins d'un cas pour 10 000 personnes.

173. La Région africaine comptait 113 650 cas notifiés de lèpre lorsque cette résolution a été adoptée en 1994. Le taux de prévalence était alors de 2,1 pour 10 000 personnes et la maladie était encore endémique dans plus de la moitié des pays. A la fin de l'an 2000, le nombre de cas était tombé à 64 381 (soit 1,0 cas pour 10 000 personnes). L'objectif de l'élimination était donc atteint au niveau régional.

Tableau 4 : EVOLUTION DE LA PREVALENCE DE LA LEPRE ET DU NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DETECTES DANS LA REGION AFRICAINE (1994 - 2000)

| | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|--------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Cas notifiés | 113 650 | 95 901 | 82 758 | 81 920 | 82 022 | 67 526 | 64 381 |
| Nouveaux cas | 47 900 | 46 516 | 46 489 | 56 515 | 56 521 | 51 963 | 55 628 |

174. Ce but a pu être atteint grâce à la mise en oeuvre de programmes nationaux de lutte contre la lèpre dans tous les pays d'endémie et à l'application de la polychimiothérapie (PCT) préconisée par l'OMS pour le traitement des malades. Avec l'engagement politique des pays et l'appui soutenu des partenaires, l'OMS a fourni à cet effet suffisamment de plaquettes thermoformées à tous les pays qui en avaient fait la demande et a apporté un appui technique aux programmes nationaux pour la planification, l'organisation et l'évaluation des activités menées en vue de l'élimination de cette maladie. Le nombre de malades enregistrés couverts par la PCT est passé à 100 %. Depuis 1991, environ 645 000 cas de lèpre ont été guéris par la PCT, avec un taux de rechute inférieur à 1 %. Le renforcement des compétences à divers niveaux du système de santé grâce à des activités de formation et de supervision d'une part, et la sensibilisation des communautés, d'autre part, ont permis de maintenir un bon niveau de dépistage des cas. Les campagnes pour l'élimination de la lèpre (CEL) et les Projets d'action spéciale pour l'élimination de la lèpre (SAPEL) lancés en 1997 ont permis de diagnostiquer des cas de lèpre masqués. Le nombre de cas détectés est passé de 49 700 en 1994 à 56 515 en 1997 et est resté supérieur à 50 000 au cours des années suivantes.

| 57 |

175. Mais ces résultats prometteurs au niveau régional cachent des disparités entre pays. Même si 31 pays de la Région ont atteint le seuil de l'élimination, les 15 pays restants doivent encore intensifier leurs activités en vue d'atteindre l'objectif fixé. Sept pays africains ayant un taux de prévalence supérieur à 2 cas pour 10 000 personnes figurent parmi les 12 pays d'endémie les plus touchés dans le monde.

176. Les difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre des activités visant à éliminer la lèpre dans la Région africaine et surtout dans les 15 pays d'endémie restants sont les suivantes :

- a) persistance de conflits armés dans les pays, ce qui a empêché l'extension des activités de santé et la généralisation de la PCT;

- b) faible couverture sanitaire et intégration insuffisante des activités axées sur l'élimination de la lèpre dans les services généraux de santé, de sorte que la PCT reste inaccessible à certaines communautés;
- c) participation insuffisante des communautés, faute d'une sensibilisation appropriée au problème de la lèpre et à l'existence de la PCT, et à cause de l'ostracisme qui continue à s'attacher à cette maladie;
- d) diminution de la participation des pays à la lutte contre la lèpre, en raison des multiples problèmes de santé dans la Région, dus pour la plupart à la pauvreté.

177. Une stratégie visant à intensifier les efforts pour accélérer l'élimination de la lèpre dans les 15 pays d'endémie restants a été définie et adoptée au cours de la troisième Conférence internationale sur l'élimination de la lèpre qui s'est tenue à Abidjan en novembre 1999. Cette conférence a débouché sur la mise en place d'une Alliance mondiale pour l'élimination de la lèpre. Cette alliance regroupe les 12 pays d'endémie les plus touchés, les partenaires et l'OMS en vue d'éliminer la lèpre d'ici 2005.

178. Lors d'une réunion organisée par l'OMS à Maputo (Mozambique) en septembre 2000, les sept pays d'endémie les plus touchés de la Région africaine ont proposé des plans d'action visant à intensifier les efforts en vue d'éliminer cette maladie. L'OMS et les autres partenaires qui assistaient à cette réunion ont approuvé ces plans et se sont engagés à aider les pays à les mettre en oeuvre.

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

179. A sa quarante-neuvième session, le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC49/R4 approuvant le *Plan stratégique régional sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)*, tel que ce plan avait été défini dans le document AFR/RC49/10. Il s'agit d'aider à réduire la morbidité et la mortalité ainsi que de promouvoir la croissance et le développement des enfants de moins de cinq ans.

180. En décembre 2000, 37 pays avaient déjà adopté la stratégie de la PCIME et se trouvaient à diverses étapes de sa mise en oeuvre. Les progrès enregistrés dans ce domaine ont été les suivants :

- a) *Renforcement des capacités* : Le Bureau régional a fourni à 10 pays des administrateurs recrutés sur le plan national (Ethiopie, Ghana, Kenya, Mali, Malawi, Mozambique, Ouganda, Tanzanie, République démocratique du Congo, Zambie) pour les aider à accélérer la mise en oeuvre. Plus de cent consultants régionaux ont également suivi une formation et apportent actuellement leur concours aux pays pour la mise en oeuvre de la PCIME. Le Bureau régional et les équipes interpays ont bénéficié d'un renfort et un médecin interpays a été recruté pour les pays de l'Afrique centrale et des Grands Lacs. Au niveau national, plus de 6500 agents de santé de premier niveau

ont été formés et appliquent la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Plus de 70 % de ces agents de santé ont, dans leurs formations sanitaires, fait l'objet d'un suivi destiné à renforcer leurs compétences techniques et résoudre les problèmes liés à la mise en oeuvre de la PCIME dans le système de santé. Des activités de promotion et de conseils ont été menées en ce qui concerne l'allaitement maternel et une formation a été dispensée dans 5 pays sur l'allaitement au sein des nourrissons dont la mère est séropositive. Le volet communautaire de cette activité a été introduit dans 23 pays et est déjà mis en oeuvre dans 9 d'entre eux. Le Bureau régional a également élaboré des lignes directrices pour la mise en place du volet communautaire dans les pays ainsi qu'un module d'information à l'intention des consultants.

- b) *Pérennisation de la PCIME* : Huit pays s'emploient actuellement à intégrer la PCIME dans leurs programmes de formation préalable (dans les domaines médical, paramédical et des soins infirmiers) pour pérenniser sa mise en oeuvre. Ces pays ont déjà formé et évalué plus de 600 étudiants dans ce domaine. Une enquête a été menée en Ouganda et en Zambie sur la disponibilité des médicaments : les résultats de cette enquête servent actuellement à élaborer des stratégies régionales pour améliorer la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires de premier niveau.
- c) *Renforcement des partenariats* : Des partenariats destinés à mobiliser des ressources pour la mise en oeuvre des programmes ont été renforcés au niveau régional et au niveau des pays. Des organismes tels que le Département pour le développement international (DFID, Royaume-Uni), l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et le Fonds des Nations Unies ont fourni des subventions pour renforcer l'appui aux pays de la Région. Les principaux partenaires intervenant au niveau des pays sont l'UNICEF, l'USAID, le Fonds des Nations Unies et la Banque mondiale.
- d) *Promotion de la recherche opérationnelle* : Des activités de recherche opérationnelle ont été menées pour trouver des solutions à des problèmes de mise en oeuvre tels que l'orientation-recours des malades et l'observance du traitement. Les résultats de cette recherche sont utilisés pour améliorer les soins et les systèmes d'orientation-recours en Ouganda, au Niger et en Tanzanie. Des recherches sont également faites pour améliorer la qualité des soins dispensés aux enfants dans les formations sanitaires de recours et pour valider leur adaptation aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Stratégie régionale pour les opérations d'urgence et l'action humanitaire

181. Depuis l'adoption de cette stratégie, la coopération de l'OMS avec les Etats Membres s'est considérablement renforcée dans le domaine des opérations d'urgence et de l'action humanitaire.

182. L'année 2000 a vu se constituer un réseau de points focaux dans 44 pays de la Région, réseau qui permettra d'élaborer des programmes de prévention, de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours dans les pays. Un soutien a déjà été apporté à certains pays pour la première phase d'élaboration de ce programme, qui consiste à analyser la vulnérabilité des pays aux catastrophes.

183. La sensibilisation grandissante des autorités nationales, au niveau central ou provincial, aux conséquences humaines des catastrophes qui ont touché certains pays a considérablement facilité la réalisation des objectifs communs.

184. Le Bureau régional a apporté son appui aux pays confrontés à des situations d'urgence. Des ressources financières et des compétences techniques ont été mobilisées aux niveaux régional et mondial pour reconstituer les capacités sanitaires des Etats concernés et réduire les souffrances humaines.

185. Le Bureau régional a également organisé et coordonné une opération de solidarité menée par les personnels de santé des pays lusophones pour soutenir leurs collègues du Mozambique, victimes des inondations qui ont frappé ce pays.

Médicaments essentiels dans la Région africaine

186. La mission de l'OMS dans le domaine des médicaments essentiels est de permettre aux pays de sauver des vies et d'améliorer la santé en comblant le fossé entre le potentiel offert par les médicaments et la triste réalité qui veut que ces médicaments restent inaccessibles et inabordables pour des millions de personnes. La stratégie pharmaceutique de l'OMS vise quatre objectifs : grandes orientations, accès, qualité et innocuité, usage rationnel. Ces objectifs sont énoncés dans le programme intensifié pour les médicaments essentiels qui a été adopté à la quarante-neuvième session du Comité régional, qui a invité le Bureau régional de l'OMS à élaborer une stratégie complète sur les médicaments traditionnels. La résolution AFR/RC49/R5 priait notamment le Directeur régional d'aider les Etats Membres à entreprendre des recherches sur les plantes médicinales et à promouvoir leur utilisation dans le système de prestation de soins et à faire rapport à la cinquante et unième session du Comité régional sur les progrès réalisés et les difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre du programme intensifié pour les médicaments essentiels.

187. *Elaboration, mise en oeuvre et surveillance des politiques et des programmes* : Un appui a été fourni aux Seychelles, à la Guinée-Bissau et à São Tomé et Príncipe pour leur permettre d'analyser la situation et de formuler des politiques pharmaceutiques nationales. Trente-sept pays disposent maintenant d'une politique de ce type, contre 33 en 1988. Le Botswana, le Lesotho, le Swaziland, la Mauritanie, le Libéria et le Cameroun sont en train d'adopter les leurs, tandis que la Namibie a bénéficié d'une assistance pour la sélection des indicateurs. L'OMS soutiendra la mise en oeuvre du volet pharmaceutique du projet de reconstruction des services de santé en

Sierra Leone, projet financé par la Banque africaine de Développement (BAD). Le document intitulé "Guide pour la formulation, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation des politiques pharmaceutiques nationales 2000" a été finalisé.

188. *Législation, qualité et innocuité* : Un examen préliminaire des législations pharmaceutiques a révélé que certains pays exigent que les médicaments soient enregistrés et conditionnés par un personnel agréé par l'Etat. Soixante-dix-huit agents travaillant dans les organismes de réglementation pharmaceutique de 21 pays ont reçu une formation, avec le concours du Réseau africain d'organismes de réglementation pharmaceutique. Cette formation a été financée par le Gouvernement irlandais. Le Bureau régional a fourni un appui pour l'harmonisation des réglementations pharmaceutiques dans la sous-région de la SADC. Des agents chargés de l'assurance de qualité dans 16 pays (y compris le Yémen, qui appartient à la Région OMS de la Méditerranée orientale) ont suivi une formation sur la gestion des laboratoires. Des techniciens de laboratoire de huit pays ont également été formés au contrôle des médicaments antituberculeux.

| 61 |

189. *Accès aux médicaments essentiels* : Un manuel de formation sur la gestion des médicaments au niveau du centre de santé a été finalisé ainsi que la deuxième édition de l'Indicateur des prix des médicaments essentiels dans la Région africaine de l'OMS. Un examen de la situation relative à la production locale de médicaments essentiels dans certains pays a révélé que 50 % seulement des usines concernées utilisent plus de la moitié de leur capacité installée. Quinze pays ont bénéficié d'une formation sur les bonnes pratiques de fabrication. Une enquête a été menée sur le respect de ces bonnes pratiques par la Société pharmaceutique du Lesotho en vue d'une homologation de ses produits pour la vente à l'étranger.

190. L'Association des centrales d'achat des médicaments poursuit ses initiatives d'achats groupés de médicaments et l'initiative d'achats groupés de médicaments antituberculeux se poursuit dans les pays de la SADC. Une étude visant à intégrer les médicaments destinés à des programmes verticaux dans le système d'approvisionnement général a été menée en Tanzanie. Les activités réalisées dans les autres pays sont suivies de près car il s'agit de voir comment le processus d'intégration se poursuit.

191. *Usage rationnel des médicaments* : Un cours sur l'usage rationnel des médicaments organisé au Nigéria a regroupé 36 participants originaires de divers pays de la Région. Deux pays ont publié leur liste nationale des médicaments essentiels, portant ainsi à 43 le nombre total de pays qui disposent d'une telle liste. Cinq pays ont publié leurs directives normalisées de traitement, portant ainsi à 33 le nombre total de pays qui ont publié de telles directives. On a organisé des cours sur la prescription rationnelle des médicaments et la pharmacothérapie en Algérie et en Afrique du Sud respectivement. La Mauritanie et les Seychelles ont bénéficié d'un appui pour renforcer leurs centres nationaux d'information sur les médicaments.

192. *Médecine traditionnelle* : Un forum africain sur le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé a été organisé au Zimbabwe. Une consultation a également été organisée dans ce même pays pour actualiser le projet de stratégie régionale sur le rôle de la médecine traditionnelle

dans les systèmes de santé. Cette stratégie a ensuite été adoptée par le Comité régional à sa cinquantième session. Un plan de mise en oeuvre a déjà été mis en place à cet effet. Des protocoles génériques pour l'évaluation des remèdes traditionnels et des protocoles spécifiques pour des études ethno-médicales ainsi que des essais cliniques sur les médicaments contre le VIH/SIDA et le paludisme ont été arrêtés au cours d'un atelier régional qui a eu lieu à Madagascar. Une base de données sur les médicaments traditionnels a été mise à jour.

193. Le Bureau régional a élaboré des lignes directrices pour la formulation et la mise en oeuvre d'une politique nationale sur les médicaments traditionnels, un cadre juridique pour la pratique de la médecine traditionnelle et un document sur l'analyse de la situation relative à la production locale de médicaments traditionnels. Des institutions nationales du Ghana, du Kenya, de Madagascar, du Nigéria et d'Afrique du Sud ont fait l'objet d'une évaluation en vue de leur désignation éventuelle comme centres collaborateurs de l'OMS. Le Bureau régional a apporté un appui à la Guinée équatoriale, à la Namibie et à la Zambie pour l'élaboration de leur politique nationale sur la médecine traditionnelle et d'un cadre juridique pour sa mise en oeuvre. Il a également fourni un appui au Burkina Faso et au Zimbabwe pour des recherches sur les préparations à base de plantes utilisées pour le traitement du paludisme et du VIH/SIDA. Le Bureau régional a en outre apporté un soutien à l'Ethiopie et au Swaziland pour l'organisation d'ateliers sur la médecine traditionnelle et aidé le Swaziland à mettre en place un centre de recherche sur les plantes médicinales.

TROISIEME PARTIE : SITUATION DU BUREAU REGIONAL DE L'OMS A BRAZZAVILLE (CONGO)

194. Après l'éclatement des hostilités en République du Congo, le Bureau régional de l'OMS a fermé ses portes le 7 juin 1997 et le dernier groupe de fonctionnaires a quitté Brazzaville le 17 juin 1997. Le Représentant de l'OMS en République du Congo, qui s'était replié à Kinshasa, est revenu à Brazzaville en octobre 1997.

Evolution de la situation jusqu'à la quarante-neuvième session du Comité régional

195. Les principaux événements survenus de novembre 1997 à septembre 1998 et dont le Directeur régional a déjà rendu compte à la quarante-neuvième session du Comité régional ont été les suivants :

- a) La première mission conjointe (d'établissement des faits) menée par le Siège et le Bureau régional de l'OMS s'est rendue à Brazzaville en novembre 1997 et a préparé un rapport qui a incité le Conseil exécutif à décider le 13 janvier 1998 de transférer temporairement le Bureau régional de Brazzaville à Harare.
- b) La deuxième mission conjointe (d'évaluation de la situation), qui s'est rendue à Brazzaville en juin 1998, a recommandé au Directeur régional d'entreprendre un retour par étapes à Brazzaville, peu après la réunion du Comité régional, en septembre 1998.
- c) Après la troisième mission chargée de clarifier un certain nombre de questions avec le Gouvernement de la République du Congo en juillet 1998, et en prévision du retour progressif du Bureau régional à Brazzaville, le Directeur régional a ordonné à tout le personnel du Bureau régional recruté localement encore présent à Brazzaville d'y reprendre le travail à partir du 1er août 1998.
- d) Dans le cadre de la mise en oeuvre de la résolution AFR/RC48/R6, des dispositions ont été prises pour renvoyer à Brazzaville, avant le mois de décembre 1998, le personnel de la Bibliothèque et de l'Unité de Duplication et d'Impression dont les moyens matériels laissés à Brazzaville ne pouvaient être reconstitués à Harare.
- e) La reprise des hostilités entre décembre 1998 et janvier 1999 a non seulement ajourné les dispositions prises mais également empêché d'entreprendre une deuxième mission d'évaluation qui devait contribuer à l'établissement d'un plan pour le retour progressif du Bureau régional à Brazzaville.
- f) Le rapport de la deuxième mission d'évaluation, finalement entreprise en juillet 1999, a permis d'actualiser les informations que l'OMS avait transmises à sa compagnie d'assurance, tout en fournissant également une meilleure base au Gouvernement congolais pour mener son action de remise en état de l'infrastructure, des installations et du matériel du Bureau régional.

196. Conformément à la résolution AFR/RC48/R6 adoptée par le Comité régional et à l'invitation du Gouvernement de la République du Congo, le Directeur régional a mené une mission à Brazzaville en octobre 1999, au cours de laquelle le Président de la République du Congo a réaffirmé sa volonté de réparer les dégâts occasionnés au Bureau régional de l'Afrique.

197. On a constaté à l'occasion de cette mission que l'ampleur des dégâts subis par le Bureau régional était beaucoup plus grande qu'on ne l'avait signalé jusque-là.

198. Etant donné que le Gouvernement congolais avait fait de grands progrès dans la remise en état du Bureau régional en décembre 1999, une troisième mission d'évaluation s'est rendue à Brazzaville en mars 2000. Selon les projections, les travaux de remise en état devaient être très avancés en juillet 2000. On s'attendait donc qu'ils soient achevés et que les locaux soient livrés avant la fin du mois de décembre 2000. Dès lors, il devait être possible d'envisager le retour progressif du personnel dans le respect des normes de sécurité des Nations Unies.

| 64 |

199. Pour évaluer à nouveau la situation, une mission ministérielle s'est rendue à Brazzaville du 31 juillet au 2 août 2000. Elle était dirigée par le Dr Libertina Amathila, Président de la quarante-neuvième session du Comité régional et Ministre de la Santé et des Services sociaux de la Namibie, et comprenait le Professeur Marina d'Almeida Massoungbodji, Ministre de la Santé du Bénin, et des hauts fonctionnaires du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Dans le rapport qu'elle a présenté à la cinquantième session du Comité régional, cette mission a déclaré que la situation générale du pays semblait se normaliser et a noté l'engagement politique du Gouvernement à fournir les fonds et déployer les efforts nécessaires pour remettre en état le Bureau régional. Les travaux de rénovation du Bureau régional progressaient : les 46 villas avaient été renovées à 90 %, mais il restait encore beaucoup à faire concernant les 78 appartements. La rénovation du Bureau régional se poursuivait, une bonne partie des travaux étant achevés au troisième étage, y compris le Bureau du Directeur régional ainsi que la bibliothèque et le restaurant. La mission a noté que le Gouvernement s'était donné jusqu'au mois de décembre 2000 pour l'achèvement des travaux.

200. Le Comité régional a pris note du rapport de la mission, y compris des options consistant à faire rentrer progressivement le personnel à Brazzaville comme cela avait été envisagé au départ par le Comité régional ou à le faire revenir en une seule fois le moment venu. En attendant, les activités du Bureau régional au service des 46 Etats Membres de la Région devaient se poursuivre; par conséquent, l'offre généreuse faite par le Gouvernement du Zimbabwe de mettre gracieusement à la disposition du Bureau régional un troisième lieu capable d'accueillir environ 50 % du personnel a été acceptée avec gratitude.

Evolution de la situation après la cinquantième session du Comité régional

201. Le 9 février 2001, le Directeur régional a rendu une visite officielle à Son Excellence le Président de la République du Congo pour l'assurer que Brazzaville demeure le siège officiel du Bureau régional et que le personnel reviendra une fois que le Bureau régional et les logements du personnel auront été entièrement rénovés et que la phase de sécurité sera redescendue au moins au niveau II, conformément aux normes de sécurité des Nations Unies. Le Directeur régional a néanmoins exprimé sa préoccupation devant le fait que les travaux n'avançaient pas comme prévu et que la date limite fixée par le Gouvernement, à savoir décembre 2000, n'avait pas été respectée. Le Directeur régional a accepté une nouvelle invitation du Gouvernement du Congo à retourner à Brazzaville en avril 2001 pour évaluer les progrès accomplis à la concession du Djoué, siège du Bureau régional.

202. Du 10 au 12 février 2001, une équipe ministérielle d'évaluation s'est rendue à Brazzaville, en application de la décision No 10 adoptée par le Comité régional à sa cinquantième session. Cette équipe était composée du Dr Libertina Amathila, Ministre de la Santé et des Services sociaux de la Namibie (Chef d'équipe), M. Pierre J. E. Tapsoba, Ministre de la Santé du Burkina Faso, le Dr Pascal Dossou-Togbé, Secrétaire permanent de la Santé, représentant le Ministre de la Santé du Bénin, et de hauts fonctionnaires du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Dans la première partie de son rapport, l'équipe d'évaluation ministérielle a recommandé, compte tenu de la situation qui prévalait au moment de sa mission, que la cinquante et unième session du Comité régional se tienne à Brazzaville (Congo). La deuxième partie du rapport présentait un compte rendu succinct de la situation du Bureau où les travaux se poursuivaient au Bureau régional mais n'avaient pas encore démarré dans les 78 appartements. L'équipe a noté que le nouveau délai fixé par le Gouvernement pour l'achèvement total des travaux de remise en état du Bureau régional et des logements du personnel était le mois d'avril 2001.

CONCLUSION

203. L'année 2000 a été très dynamique et très productive pour le Bureau régional. Les activités et les effectifs ont doublé. La performance du Bureau s'est améliorée grâce à de bonnes orientations, à des pratiques gestionnaires saines, ainsi qu'à la qualité et au dévouement du personnel.

204. Conformément à la stratégie institutionnelle de l'OMS, l'interaction entre les divers niveaux de l'Organisation s'est améliorée. L'apprentissage en commun a renforcé l'ardeur au travail du personnel pour la mise en oeuvre des programmes. Les interactions et les échanges entre le personnel du Siège, du Bureau régional et des bureaux de pays se sont beaucoup intensifiés. Les lignes directrices élaborées par le Bureau régional pour la planification, le suivi et l'évaluation ont été très utiles pour l'examen de la mise en oeuvre du budget programme 2000-2001.

205. Le renforcement des partenariats entre diverses institutions des Nations Unies, le secteur privé et les ONG a permis d'accroître les financements extrabudgétaires ainsi que la qualité et le volume des activités menées.

206. Compte tenu du cadre politique adopté, le Bureau régional a joué un rôle important dans l'action de plaider et le renforcement des capacités à l'échelle régionale et au niveau des pays et apporté un appui technique direct aux pays qui en avaient fait la demande. Cet appui a été rendu possible par la collaboration instaurée avec des experts et des chercheurs africains travaillant dans leurs institutions et pays respectifs. Le Bureau régional poursuivra cette politique à l'avenir.

207. Ces actions ont eu pour principaux résultats :

- a) une meilleure prise de conscience de l'importance d'un bon leadership au Bureau régional et dans les bureaux de pays, ainsi que de la nécessité de renforcer les compétences administratives et gestionnaires du Bureau régional; le programme de perfectionnement en cours devrait entraîner une nette amélioration des activités de l'OMS dans toute la Région;
- b) une plus grande cohérence dans le choix des priorités aux trois niveaux de l'Organisation et dans la réaffectation ultérieure des crédits en faveur de la Région africaine;
- c) une participation plus active des membres africains du Conseil exécutif aux travaux de cet organe.

208. Le Bureau régional de l'Afrique tire sa force de ses compétences techniques et continuera à exceller au fil des ans. L'OMS ne peut accomplir sa mission dans la Région africaine sans l'immense contribution de ses Etats Membres. Elle a donc besoin de l'appui de tous.

ANNEXES

EXECUTION DU BUDGET PROGRAMME 2000-2001 (BUREAU REGIONAL)
A LA DATE DU 31 DECEMBRE 2000

| Division/Unité | Domaine d'activité | | Budget ordinaire | | | | Autres fonds | | | |
|------------------|--------------------|------|-------------------|-------------------|------------|------------------|-------------------|-------------------|------------|-------------------|
| | Numéro | Code | Disponible | Exécuté | Taux | Reliquat | Disponible | Exécuté | Taux | Reliquat |
| DAF | 07.2.01 | IMD | 4,161,000 | 3,970,000 | 95% | 191,000 | - | - | - | - |
| DAF | 09.2.01 | HRS | 2,186,000 | 1,806,000 | 83% | 380,000 | 1,453,000 | 708,000 | 49% | 745,000 |
| DAF | 09.3.01 | FNS | 3,460,000 | 2,932,000 | 85% | 528,000 | 2,205,000 | 1,475,000 | 67% | 730,000 |
| DAF | 09.4.01 | IIS | 11,993,000 | 11,792,000 | 98% | 201,000 | 5,380,000 | 2,895,000 | 54% | 2,485,000 |
| Total DAF | | | 21,800,000 | 20,500,000 | 94% | 1,300,000 | 9,038,000 | 5,078,000 | 56% | 3,960,000 |
| DDC | 01.1.01 | CSR | 771,000 | 712,000 | 92% | 59,000 | 5,212,000 | 2,271,000 | 44% | 2,941,000 |
| DDC | 01.2.01 | CPC | 3,895,000 | 3,736,000 | 96% | 159,000 | 10,763,000 | 6,495,000 | 60% | 4,268,000 |
| DDC | 01.3.01 | CEE | 252,000 | 94,000 | 37% | 158,000 | 674,000 | 497,000 | 74% | 177,000 |
| DDC | 01.4.01 | CRD | 511,000 | 124,000 | 24% | 387,000 | - | - | - | - |
| DDC | 03.2.01 | CAH | 595,000 | 400,000 | 67% | 195,000 | 3,275,000 | 3,324,000 | 101% | (49,000) |
| DDC | 06.2.01 | VAB | 461,000 | 541,000 | 117% | (80,000) | 51,612,000 | 41,160,000 | 80% | 10,452,000 |
| Total DDC | | | 6,485,000 | 5,607,000 | 86% | 878,000 | 71,536,000 | 53,747,000 | 75% | 17,789,000 |
| DES | 04.1.01 | HSD | 1,596,000 | 1,084,000 | 68% | 512,000 | 271,000 | 13,000 | 5% | 258,000 |
| DES | 04.3.01 | PHE | 2,865,000 | 2,272,000 | 79% | 593,000 | 109,000 | 1,000 | 1% | 108,000 |
| Total DES | | | 4,461,000 | 3,356,000 | 75% | 1,105,000 | 380,000 | 14,000 | 4% | 366,000 |
| DNC | 02.1.01 | NCS | 1,268,000 | 881,000 | 69% | 387,000 | 495,000 | 29,000 | 6% | 466,000 |
| DNC | 02.2.01 | NCP | 236,000 | 191,000 | 81% | 45,000 | 378,000 | 128,000 | 34% | 250,000 |
| DNC | 02.3.01 | NCM | 230,000 | 172,000 | 75% | 58,000 | - | - | - | - |
| DNC | 04.2.01 | NHD | 794,000 | 442,000 | 56% | 352,000 | 264,000 | 2,000 | 1% | 262,000 |
| DNC | 05.1.01 | HPR | 532,000 | 1,000,000 | 188% | (468,000) | 5,000 | (2,000) | -40% | 7,000 |
| DNC | 05.2.01 | DPR | 306,000 | 31,000 | 10% | 275,000 | - | - | - | - |
| DNC | 05.3.01 | MNH | 1,061,000 | 530,000 | 50% | 531,000 | 89,000 | 85,000 | 96% | 4,000 |
| DNC | 05.4.01 | SAB | 373,000 | 271,000 | 73% | 102,000 | 23,000 | 3,000 | 13% | 20,000 |
| Total DNC | | | 4,800,000 | 3,518,000 | 73% | 1,282,000 | 1,254,000 | 245,000 | 20% | 1,009,000 |

EXECUTION DU BUDGET PROGRAMME 2000-2001 (BUREAU REGIONAL)
A LA DATE DU 31 DECEMBRE 2000

| Division/Unité | Domaine d'activité | | Budget ordinaire | | | | Autres fonds | | | |
|----------------------|--------------------|------|-------------------|-------------------|------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------|-------------------|
| | Numéro | Code | Disponible | Exécuté | Taux | Reliquat | Disponible | Exécuté | Taux | Reliquat |
| DPM | 04.4.01 | EHA | 1,106,000 | 1,232,000 | 111% | (126,000) | 165,000 | 6,000 | 4% | 159,000 |
| DPM | 07.1.01 | GPE | 445,000 | 163,000 | 37% | 282,000 | - | - | - | - |
| DPM | 07.3.01 | RPC | 796,000 | 718,000 | 90% | 78,000 | 5,000 | 1,000 | 20% | 4,000 |
| DPM | 08.1.01 | GBS | 1,467,000 | 993,000 | 68% | 474,000 | 39,000 | 21,000 | 54% | 18,000 |
| DPM | 08.2.01 | RMB | 350,000 | 182,000 | 52% | 168,000 | - | - | - | - |
| DPM | 08.3.01 | ECP | 3,402,000 | 1,666,000 | 49% | 1,736,000 | 1,423,000 | 861,000 | 61% | 562,000 |
| DPM | 09.1.01 | BMR | 526,000 | 236,000 | 45% | 290,000 | - | - | - | - |
| Total DPM | | | 8,092,000 | 5,190,000 | 64% | 2,902,000 | 1,632,000 | 889,000 | 54% | 743,000 |
| DRH | 03.2.01 | CAH | 379,000 | 382,000 | 101% | (3,000) | - | - | - | - |
| DRH | 03.3.01 | RHR | 5,494,000 | 3,380,000 | 62% | 2,114,000 | 3,414,000 | 848,000 | 25% | 2,566,000 |
| DRH | 03.4.01 | WMIH | 566,000 | 642,000 | 113% | (76,000) | 48,000 | 37,000 | 77% | 11,000 |
| Total DRH | | | 6,439,000 | 4,404,000 | 68% | 2,035,000 | 3,462,000 | 885,000 | 26% | 2,577,000 |
| DSD | 06.1.01 | EDM | 1,170,000 | 1,183,000 | 101% | (13,000) | 28,000 | 15,000 | 54% | 13,000 |
| DSD | 06.3.01 | BCT | 1,700,000 | 847,000 | 50% | 853,000 | - | - | - | - |
| DSD | 07.4.01 | OSD | 6,578,000 | 4,421,000 | 67% | 2,157,000 | 1,437,000 | 559,000 | 39% | 878,000 |
| Total DSD | | | 9,448,000 | 6,451,000 | 68% | 2,997,000 | 1,465,000 | 574,000 | 39% | 891,000 |
| RD | 10.1.01 | DGO | 1,005,000 | 826,000 | 82% | 179,000 | - | - | - | - |
| RD | 10.3.01 | DDP | 698,000 | 462,000 | 66% | 236,000 | - | - | - | - |
| Total RD | | | 1,703,000 | 1,288,000 | 76% | 415,000 | - | - | - | - |
| Total général | | | 63,228,000 | 50,314,000 | 80% | 12,914,000 | 88,767,000 | 61,432,000 | 69% | 27,335,000 |

EXECUTION DU BUDGET PROGRAMME 2000-2001 (PAYS)

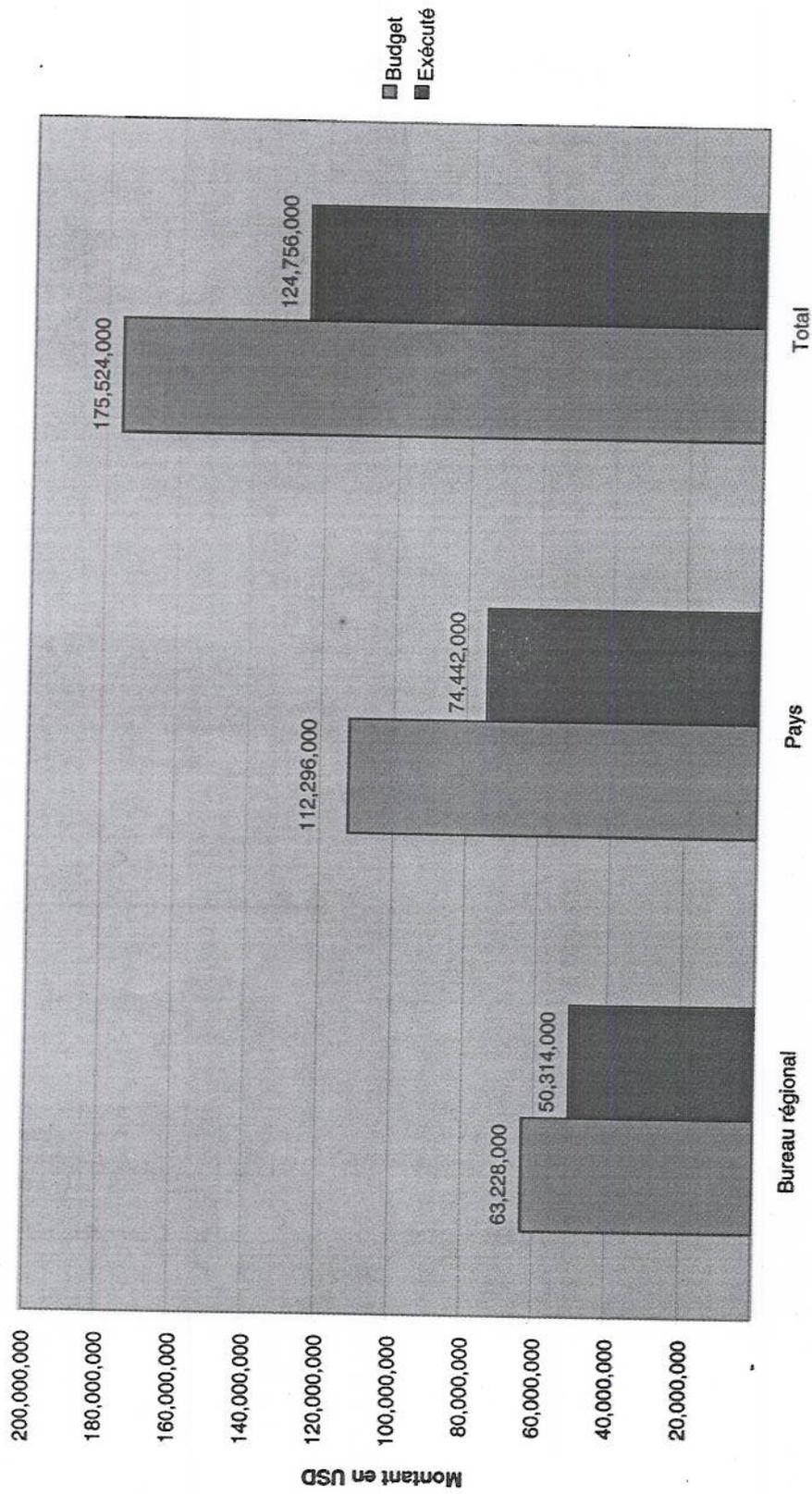
A LA DATE DU 31 DECEMBRE 2000

| Pays | Budget ordinaire | | | Autres fonds | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------|------|--------------|------------|-----------|------|-----------|
| | Disponible | Exécuté | Taux | Reliquat | Disponible | Exécuté | Taux | Reliquat |
| Algérie | 1,820,000 | 1,232,000 | 68% | 588,000 | 90,000 | 42,000 | 47% | 48,000 |
| Angola | 2,752,000 | 1,554,000 | 56% | 1,198,000 | 6,327,000 | 4,346,000 | 69% | 1,981,000 |
| Bénin | 2,347,000 | 1,419,000 | 60% | 928,000 | 648,000 | 215,000 | 33% | 433,000 |
| Botswana | 1,951,000 | 1,605,000 | 82% | 346,000 | 178,000 | 81,000 | 46% | 97,000 |
| Burkina Faso | 2,627,000 | 1,641,000 | 62% | 986,000 | 1,630,000 | 1,083,000 | 66% | 547,000 |
| Burundi | 2,794,000 | 2,064,000 | 74% | 730,000 | 490,000 | 239,000 | 49% | 251,000 |
| Cameroun | 2,189,000 | 1,292,000 | 59% | 897,000 | 2,892,000 | 583,000 | 20% | 2,309,000 |
| Cap-Vert | 2,034,000 | 1,328,000 | 65% | 706,000 | 43,000 | 6,000 | 14% | 37,000 |
| République centrafricaine | 2,649,000 | 1,675,000 | 63% | 974,000 | 273,000 | 104,000 | 38% | 169,000 |
| Tchad | 2,789,000 | 1,960,000 | 70% | 829,000 | 1,035,000 | 626,000 | 60% | 409,000 |
| Comores | 2,370,000 | 1,314,000 | 55% | 1,056,000 | 273,000 | 42,000 | 15% | 231,000 |
| Congo | 2,147,000 | 1,821,000 | 85% | 326,000 | 1,010,000 | 545,000 | 54% | 465,000 |
| Côte d'Ivoire | 1,856,000 | 1,153,000 | 62% | 703,000 | 1,797,000 | 956,000 | 53% | 841,000 |
| République dém. du Congo | 2,906,000 | 2,305,000 | 79% | 601,000 | 8,977,000 | 6,719,000 | 75% | 2,258,000 |
| Guinée équatoriale | 1,511,000 | 1,143,000 | 76% | 368,000 | 80,000 | 9,000 | 11% | 71,000 |
| Erythrée | 2,045,000 | 1,963,000 | 96% | 82,000 | 307,000 | 163,000 | 53% | 144,000 |
| Ethiopie | 4,126,000 | 2,473,000 | 60% | 1,653,000 | 9,498,000 | 7,126,000 | 75% | 2,372,000 |
| Gabon | 1,688,000 | 1,246,000 | 74% | 442,000 | 165,000 | 125,000 | 76% | 40,000 |
| Gambie | 1,979,000 | 1,637,000 | 83% | 342,000 | 599,000 | 290,000 | 48% | 309,000 |
| Ghana | 2,143,000 | 1,413,000 | 66% | 730,000 | 2,220,000 | 1,266,000 | 57% | 954,000 |
| Guinée | 2,700,000 | 1,740,000 | 64% | 960,000 | 561,000 | 173,000 | 31% | 388,000 |
| Guinée-Bissau | 2,251,000 | 1,410,000 | 63% | 841,000 | 343,000 | 168,000 | 49% | 175,000 |
| Kenya | 2,386,000 | 1,788,000 | 75% | 598,000 | 3,181,000 | 2,211,000 | 70% | 970,000 |
| Lesotho | 2,398,000 | 1,067,000 | 44% | 1,331,000 | 125,000 | 108,000 | 86% | 17,000 |
| Libéria | 2,624,000 | 2,006,000 | 76% | 618,000 | 695,000 | 449,000 | 65% | 246,000 |

EXECUTION DU BUDGET-PROGRAMME 2000-2001 (PAYS)
A LA DATE DU 31 DÉCEMBRE 2000

| Pays | Budget ordinaire | | | | Autres fonds | | | |
|-----------------------------|--------------------|-------------------|------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------|-------------------|
| | Disponible | Exécuté | Taux | Reliquat | Disponible | Exécuté | Taux | Reliquat |
| Madagascar | 2,232,000 | 1,428,000 | 64% | 804,000 | 1,960,000 | 659,000 | 34% | 1,301,000 |
| Malawi | 2,385,000 | 1,590,000 | 67% | 795,000 | 607,000 | 264,000 | 43% | 343,000 |
| Mali | 3,032,000 | 1,986,000 | 66% | 1,046,000 | 853,000 | 505,000 | 59% | 348,000 |
| Mauritanie | 2,453,000 | 1,609,000 | 66% | 844,000 | 1,334,000 | 436,000 | 33% | 898,000 |
| Maurice | 1,559,000 | 677,000 | 43% | 882,000 | 180,000 | 79,000 | 44% | 101,000 |
| Mozambique | 2,749,000 | 1,752,000 | 64% | 997,000 | 1,948,000 | 1,155,000 | 59% | 793,000 |
| Namibie | 2,003,000 | 1,333,000 | 67% | 670,000 | 320,000 | 143,000 | 45% | 177,000 |
| Niger | 3,078,000 | 1,979,000 | 64% | 1,099,000 | 3,197,000 | 2,601,000 | 81% | 596,000 |
| Nigéria | 3,855,000 | 2,268,000 | 59% | 1,587,000 | 12,968,000 | 10,762,000 | 83% | 2,206,000 |
| Réunion | 196,000 | 35,000 | 18% | 161,000 | - | - | - | - |
| Rwanda | 2,985,000 | 2,200,000 | 74% | 785,000 | 1,386,000 | 632,000 | 46% | 754,000 |
| Sainte Héleine | 144,000 | - | 0% | 144,000 | - | - | - | - |
| Sao Tomé & Principe | 1,762,000 | 1,531,000 | 87% | 231,000 | 118,000 | 81,000 | 69% | 37,000 |
| Sénégal | 2,350,000 | 1,388,000 | 59% | 962,000 | 353,000 | 240,000 | 68% | 113,000 |
| Seychelles | 1,422,000 | 664,000 | 47% | 758,000 | 26,000 | (2,000) | -8% | 28,000 |
| Sierra Leone | 2,192,000 | 1,500,000 | 68% | 692,000 | 3,359,000 | 1,813,000 | 54% | 1,546,000 |
| Afrique du Sud | 3,683,000 | 1,838,000 | 50% | 1,845,000 | 498,000 | 184,000 | 37% | 314,000 |
| Swaziland | 1,977,000 | 1,189,000 | 60% | 788,000 | 104,000 | 64,000 | 62% | 40,000 |
| Togo | 2,206,000 | 1,305,000 | 59% | 901,000 | 675,000 | 387,000 | 57% | 288,000 |
| Ouganda | 2,594,000 | 1,867,000 | 72% | 727,000 | 4,043,000 | 2,221,000 | 55% | 1,822,000 |
| République Unie de Tanzanie | 2,494,000 | 2,016,000 | 81% | 478,000 | 4,820,000 | 2,575,000 | 53% | 2,245,000 |
| Zambie | 2,947,000 | 2,128,000 | 72% | 819,000 | 683,000 | 217,000 | 32% | 466,000 |
| Zimbabwe | 2,916,000 | 1,910,000 | 66% | 1,006,000 | 3,625,000 | 2,065,000 | 57% | 1,560,000 |
| Totaux | 112,296,000 | 74,442,000 | 66% | 37,854,000 | 86,494,000 | 54,756,000 | 63% | 31,738,000 |

Exécution du Budget ordinaire



Exécution du budget alimenté par d'autres sources

