

Rapport biennal du Directeur régional

A la cinquante-deuxième session du
Comité régional de l'Afrique
Brazzaville (République du Congo)
8-12 octobre 2002

activités de
l'OMS dans la
Région africaine
2000-2001

©

Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
(2002)

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 en République d'Afrique du Sud

Le Directeur régional a l'honneur de présenter au Comité régional le rapport d'activités de l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ dans la Région africaine durant la période allant du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2001.



Dr Ebrahim M. Samba
Directeur régional



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1-5
PREMIERE PARTIE: Exécution du budget programme 2000-2001	6-238
REALISATIONS NOTABLES	6-230
Développement et direction d'ensemble des programmes	6-38
Développement des systèmes et services de santé	39-63
Lutte contre les maladies transmissibles	64-96
Lutte contre les maladies non transmissibles	97-158
Santé de la famille et santé génésique	159-191
Milieus favorables à la santé et développement durable	192-207
Administration et Finances	208-230
FACTEURS AYANT FACILITE OU ENTRAVE LA MISE EN OEUVRE DU BUDGET PROGRAMME	231-238
Facteurs ayant facilité la mise en oeuvre du budget programme	231-235
Facteurs ayant entravé la mise en oeuvre du budget programme	236-238
DEUXIEME PARTIE: Rapport d'activités sur la mise en oeuvre des résolutions adoptées par le Comité régional	239-281
Stratégie régionale pour promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé	239-244
Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine	245-248
Faire reculer le paludisme dans la Région africaine	249-252
Stratégie régionale pour les situations d'urgence et l'action humanitaire	253-256
Surveillance épidémiologique intégrée des maladies: Stratégie régionale pour les maladies transmissibles	257-260
Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé	261-265
Stratégie de promotion de la recherche en santé dans la Région africaine de l'OMS	266-270
Réforme du secteur de la santé dans la Région africaine de l'OMS: Situation de la mise en oeuvre et perspectives	271-275
Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako	276-281
CONCLUSION	282-287



ANNEXES

	Pages
Annexe 1: Exécution du budget programme ordinaire de l'OMS dans la Région africaine (Bureau régional)	75
Annexe 2: Exécution du budget programme ordinaire de l'OMS dans la Région africaine (Pays)	76
Annexe 3: Exécution du budget de l'OMS alimenté par des fonds provenant d'autres sources dans la Région africaine	77

LISTE DES FIGURES

Figure 1: – Accès aux médicaments essentiels dans la Région africaine	13
Figure 2: – Dépenses de santé totales par habitant (en US\$) dans la Région africaine	14
Figure 3: – Nombre de bourses accordées et Régions OMS de placement des boursiers	15
Figure 4: – Principaux indicateurs d'impact 2B: Tendances de la mortalité due au paludisme sur la base de données provenant des établissements sélectionnés dans certains pays (1998-2000)	22
Figure 5: – Usage actuel des produits du tabac chez les enfants d'âge scolaire (12-17 ans)	36
Figure 6: – Impact estimatif du SIDA sur les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans certains pays d'Afrique d'ici 2010	39
Figure 7: – Tendances de la réduction de la mortalité maternelle, Mozambique	42
Figure 8: – Amélioration des compétences des agents de santé: Qualité des soins selon une évaluation de la gravité de la maladie et de l'état nutritionnel	44
Figure 9: – Incidence du niveau d'instruction de la mère sur la pratique des MSF sur les fillettes au Burkina Faso	47
Figure 10: – Voies par lesquelles on s'expose aux risques sanitaires liés à l'environnement: cadre conceptuel applicable au niveau de l'individu	50

INTRODUCTION

Le budget programme 2000-2001 a été le dernier au titre du Neuvième Programme général de Travail (1996-2001) et le premier du nouveau millénaire. Il avait été établi à une période où le Directeur général, le Dr Gro Harlem Brundtland, avait entrepris des réformes visant l'ensemble de l'Organisation, modifiant notamment la structure budgétaire. Le Bureau régional de l'Afrique était alors installé temporairement à Harare. Au même moment, les Etats Membres de la Région étaient durement touchés par la pandémie de VIH/SIDA, une pauvreté omniprésente, la récession économique, l'instabilité politique et de fréquentes catastrophes, naturelles ou causées par l'homme.

1

Le budget programme 2000-2001 a cherché à accroître l'efficacité de l'OMS dans toute la Région, en veillant plus particulièrement à aider les pays à faire face à certains défis majeurs en matière de santé et de développement. Les priorités identifiées dans le budget programme figurent dans l'encadré ci-contre.

2

PRIORITES POUR 2000-2001

- 1 LUTTE CONTRE LE PALUDISME
- 2 VIH/SIDA ET TUBERCULOSE
- 3 SANTÉ MATERNELLE ET SURVIE DE L'ENFANT
- 4 RÉPONSE AUX SITUATIONS D'URGENCE COMPLEXES ET AUX ÉPIDÉMIES
- 5 SANTÉ MENTALE
- 6 RÉFORMES DU SECTEUR DE LA SANTÉ
- 7 PROMOTION DE LA SANTÉ
- 8 RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ
- 9 PROMOTION DE MILIEUX FAVORABLES À LA SANTÉ

Le présent rapport décrit dans leurs grandes lignes, les principales réalisations qui ont marqué la période biennale écoulée ainsi que les facteurs importants qui les ont favorisées ou entravées. Plus spécifiquement, l'attention du Comité régional est attirée sur certaines orientations générales de l'activité de l'OMS, à savoir:

3

- a La Région africaine de l'OMS a continué à porter une attention équilibrée sur les *déterminants généraux de la santé et des maladies* (environnement, nutrition, pauvreté, risques liés aux modes de vie, risques sanitaires encourus par les femmes, autres facteurs socio-économiques) et sur la *lutte contre des problèmes de santé spécifiques*. Il est de plus en plus manifeste que pour améliorer durablement l'état de santé de nos populations, il nous faut impérativement concentrer notre action sur les causes profondes de la maladie en Afrique.



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

- b** Un système de gestion axé sur les résultats a été introduit. Il consiste à élaborer des plans d'action pour chaque domaine d'activité et à surveiller régulièrement leur mise en oeuvre au niveau du Bureau régional et à celui des pays. Les activités sont mises en relation avec des données financières grâce au Système de gestion des activités (AMS) qui permet à l'OMS d'analyser le degré de réalisation des résultats attendus et le rapport coût-efficacité de la coopération technique avec les Etats Membres.
- c** L'activité des bureaux de l'OMS dans les pays a été renforcée grâce à une gestion plus souple des programmes, une décentralisation accrue de la gestion financière et une plus grande attention accordée au renforcement des capacités. Les bureaux de pays ont ainsi fait preuve d'une meilleure réactivité aux besoins des pays. Les progrès que l'on enregistre aujourd'hui sont le fruit des efforts collectifs déployés par les équipes de pays et les conseillers régionaux.
- d** Suite à cette amélioration des performances sur le terrain, associée à l'application de normes rigoureuses et transparentes pour la notification des résultats obtenus, *la confiance des donateurs à l'égard de l'OMS a atteint un nouveau sommet en 2000-2001, le financement extérieur ayant été porté à un niveau dix fois supérieur à celui de 1996-1997 à plus de US \$317 000 000.*
- e** Des liens fonctionnels plus étroits ont été instaurés entre les différents programmes de l'OMS aux niveaux mondial, régional et national, avec l'identification de *buts, objectifs et résultats escomptés communs dans tous les domaines d'activité*. Les budgets programmes de l'OMS s'appuient désormais sur une orientation stratégique. Pour chaque résultat global escompté, on définit les contributions spécifiques du Siège, du Bureau régional et des bureaux de pays. Le concept d' "Une seule OMS" est ainsi traduit dans les faits.
- f** En application des recommandations formulées par le Comité régional, la rénovation du Bureau régional et des complexes résidentiels du Djoué a été entièrement achevée. Et j'ai le plaisir d'observer que le Bureau régional a officiellement regagné Brazzaville, compte tenu de l'amélioration intervenue en ce qui concerne les conditions de sécurité.
- g** Grâce au Fonds du Directeur régional pour le développement, il a été possible de répondre à des besoins urgents qui n'avaient pas été prévus ni programmés dans les plans d'action biennaux. Ce Fonds a notamment permis d'accorder un appui:

 - i) aux initiatives spéciales pour le développement communautaire, lutte contre le VIH/SIDA et atténuation de la pauvreté en Ethiopie, au Mali, en République démocratique du Congo, au Rwanda et au Zimbabwe. Parmi

ces interventions, on retiendra plus particulièrement le soutien apporté par l'OMS à l'orphelinat "Mother of Peace" de Mutoko (Zimbabwe). Grâce à la mise en œuvre réussie de projets agricoles et d'élevage, cet établissement est aujourd'hui pratiquement autonome sur le plan financier. On y a enregistré une baisse de la mortalité infantile et les activités génératrices de revenus se sont étendues aux villages voisins. Des programmes similaires sont actuellement entrepris dans d'autres localités, au Zimbabwe et ailleurs, notamment au Rwanda à l'*Orphelinat Ruyigi*;

- ii) dans le cadre des problèmes prioritaires liés à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Fonds de développement a permis de répondre promptement à certains besoins non satisfaits: éducation sur le SIDA en milieu scolaire (Liceu Nacional à Sao Tomé et Príncipe), prévention de l'infection infantile (Sommet des Premières Dames d'Afrique sur la prévention des enfants contre le VIH/SIDA au Rwanda), renforcement des services de laboratoire pour la lutte contre la tuberculose (laboratoire national pour la tuberculose en Gambie) et lutte communautaire contre le paludisme (projet Kanyemba au Zimbabwe, en collaboration avec le Rotary International);
- iii) en faveur des initiatives suivantes : aide aux victimes d'inondations (Ghana), camps de soins oculaires pour la prévention et le traitement de la cécité (Zimbabwe), recrutement d'un économiste de la santé (Niger) et soutien à l'*Institut islamique africain-américain de Kaolack* (Sénégal)

Ces exemples témoignent de la flexibilité qu'offre le Fonds de développement au Directeur régional pour répondre, au cours de l'exercice biennal, à des besoins spéciaux qui n'ont pas été anticipés dans les budgets ordinaires du Bureau régional et des Etats Membres.

4

On trouvera dans la première partie du présent rapport des informations concernant de nombreuses autres réalisations et les contraintes rencontrées. La deuxième partie présente les progrès accomplis dans la mise en œuvre des résolutions du Comité régional.

5



**PREMIERE PARTIE:
EXECUTION DU BUDGET PROGRAMME 2000-2001**

REALISATIONS NOTABLES

Développement et direction d'ensemble des programmes

Organes directeurs (GBS)

6 Dans ce domaine d'activité, on s'est principalement attaché, au cours de cette période biennale, à renforcer la pertinence des activités du Comité régional et du Sous-Comité du Programme et à améliorer la préparation des délégués africains pour qu'ils participent plus activement et plus efficacement aux travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif de l'OMS.

7 A cet effet, le Bureau régional a organisé avec succès la cinquantième et la cinquante et unième sessions du Comité régional et les réunions connexes du Sous-Comité du Programme en s'attachant à mieux axer les ordres du jour sur les grandes priorités sanitaires de la Région africaine. La qualité des documents techniques préparés pour ces réunions s'est également améliorée grâce à un examen interne approfondi par les pairs. Des efforts particuliers ont été faits pour que tous les documents techniques soient envoyés aux délégués des pays longtemps à l'avance.

8 Les délégués africains participant aux réunions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif ont reçu les informations nécessaires concernant les ordres du jour et les procédures des sessions, ce qui a permis d'assurer une participation plus efficace des Etats Membres aux débats sur les politiques et les stratégies intéressant la Région africaine.

9 Au cours de l'exercice biennal 2002-2003, on s'emploiera à améliorer la synchronisation des ordres du jour des réunions de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif, et du Comité régional.

Budget et réforme administrative (BMR)

10 Au cours de la période biennale 2000-2001, la stratégie institutionnelle de l'OMS a énoncé les moyens par lesquels l'Organisation entend faire face aux défis de la santé dans un environnement international qui évolue rapidement. Il s'agissait avant tout de déterminer la manière dont le Bureau régional mettra en œuvre les réformes entreprises dans l'ensemble de l'Organisation sans compromettre l'appui accordé actuellement aux pays.

Guidé par les orientations stratégiques institutionnelles, le Bureau régional a mis en œuvre, dans l'ensemble de la Région, un système de gestion totalement intégré et axé sur les résultats. Cette initiative a pu être menée à bien grâce à la mise en place d'un processus gestionnaire participatif centré sur les besoins des pays, au renforcement des capacités du Bureau régional et des bureaux de pays dans le domaine de la gestion des programmes et à l'adoption du Système de gestion des activités (AMS) en tant qu'instrument de travail.

11

Un cadre stratégique visant à orienter les activités de l'OMS dans la Région africaine au cours de la période 2002-2005 a été élaboré et diffusé. Le budget programme pour 2002-2003 et les plans de travail connexes relatifs au Bureau régional et aux bureaux de pays ont été formulés en consultation avec le Siège et les homologues nationaux travaillant au sein des ministères de la santé.

12

PRINCIPES DIRECTEURS DE LA GESTION AXÉE SUR LES RÉSULTATS

- 1 **UNE SEULE OMS**
- 2 **FOCALISATION ACCRUE SUR LES RÉSULTATS**
- 3 **RENFORCEMENT DE L'OBLIGATION REDDITIONNELLE**
- 4 **APPROPRIATION DES PLANS DE TRAVAIL**
- 5 **UTILISATION DU BUDGET POUR LES PRIORITÉS CONVENUES ET LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS**
- 6 **STRATÉGIE DE PLANIFICATION ET DE GESTION FONDÉE SUR LA CONSULTATION ET LA COLLABORATION**
- 7 **INCORPORATION DANS LES PLANS D'ACTION DES FONDS PROVENANT DU BUDGET ORDINAIRE ET D'AUTRES SOURCES**
- 8 **UTILISATION ACCRUE DES SYSTÈMES D'INFORMATION GESTIONNAIRE**

La capacité régionale en matière de planification, de programmation et d'évaluation a été renforcée grâce au recrutement de fonctionnaires techniques ainsi qu'à la formation des points focaux régionaux chargés des divers domaines d'activité et de sept équipes de pays de l'OMS.

13

Au cours du prochain exercice biennal, la Région africaine de l'OMS continuera à consolider les acquis de la gestion axée sur les résultats tout en s'attaquant à d'autres défis nouveaux. Les principaux axes d'intervention seront:

14

- a la poursuite du renforcement des capacités du Bureau régional et des bureaux de pays dans le domaine de la gestion des programmes;
- b l'utilisation accrue du système AMS;
- c l'amélioration des liens entre la mise en œuvre des programmes et l'exécution du budget;



d l'appui en faveur de l'intégration de la stratégie institutionnelle, du cadre stratégique pour la Région africaine et de la stratégie de coopération dans les pays (SCP), actuellement mise en œuvre, dans le processus gestionnaire du Bureau régional.

Coopération extérieure et partenariats (ECP)

15 Au titre du domaine Coopération extérieure et partenariats, on s'est principalement employé à renforcer les appuis extérieurs et les partenariats en faveur de la santé, à rendre les programmes de santé plus efficaces et plus rationnels et à améliorer la coopération technique avec les pays.

16 Pour traiter ces questions, l'OMS a encouragé et renforcé la coordination avec les partenaires du développement sanitaire en Afrique; a fourni des orientations, une assistance technique et un soutien pour l'élaboration et la gestion des programmes et a aidé les bureaux de l'OMS dans les pays à renforcer leurs capacités.

17 En ce qui concerne l'appui extérieur et les partenariats en faveur du développement sanitaire, le flux de fonds provenant d'autres sources a augmenté et les partenariats ont été renforcés. Pour faciliter la mobilisation et la gestion de ces ressources, le Bureau régional a élaboré des outils et fourni un appui technique continu. Il a également suivi de près la préparation de documents juridiquement contraignants, de tables rondes de donateurs et de réunions d'autres partenaires. Les partenariats entre les organisations non gouvernementales (ONG) et le Bureau régional ont été stimulés grâce à des actions de plaidoyer, à l'organisation de réunions nationales d'ONG ainsi qu'au lancement d'activités par des ONG dans la Région africaine et à l'appui qui leur a été apporté.

18 La coopération technique avec les pays a été améliorée grâce aux mesures suivantes : la mise en œuvre de la Stratégie de coopération dans les pays (SCP), adoptée récemment par l'OMS, et la formulation de cette stratégie dans sept pays; l'amélioration des opérations des bureaux de pays par l'information et la formation du personnel; la rotation des Représentants et des Chefs de bureaux de liaison de l'OMS (WR/WLO); le renforcement de la délégation des pouvoirs en faveur des WR/WLO; l'amélioration de la gestion administrative. De plus, les Réunions régionales du Programme (RPM), organisées deux fois par an, ont fourni à tous les WR/WLO l'occasion d'examiner, avec le Directeur régional, les moyens d'améliorer la coopération technique avec les pays en termes d'efficacité et d'efficience.

L'accès à l'information sanitaire dans la Région a été amélioré grâce à un accroissement de la production de programmes radiophoniques et télévisés et à la publication de périodiques tels que *AFRO News* et *Observatoire de la Santé en Afrique*. Des lignes directrices ont également été produites pour promouvoir une collaboration efficace entre les médias et le secteur de la santé. Le Bureau régional a également collaboré avec les pays pour améliorer la couverture des questions sanitaires prioritaires en accordant un appui pour l'organisation de séminaires et d'ateliers à l'intention des médias nationaux.

19

Les principales priorités pour le prochain exercice biennal seront:

20

- a le renforcement et le suivi des partenariats;
- b l'assistance technique continue en matière de mobilisation et de gestion des ressources;
- c l'adaptation de l'action de l'OMS aux besoins des pays;
- d la gestion du personnel de l'OMS et l'amélioration des capacités d'encadrement;
- e l'amélioration de la coordination entre les trois niveaux de l'Organisation;
- f l'amélioration de la production des matériels d'information sanitaire;
- g le renforcement de la capacité des médias et des réseaux d'information en vue de produire et de diffuser des informations sanitaires pertinentes.

Mobilisation des ressources (RMB)

Les principales actions menées au cours de la période biennale ont porté sur l'amélioration des aptitudes à la négociation des Etats Membres dans leurs relations avec les donateurs et le renforcement de la capacité du Bureau régional en matière de normalisation des instruments juridiques relatifs aux appuis accordés aux Etats Membres.

21

Pour développer et améliorer les aptitudes à la négociation des Etats Membres, le Bureau régional a fourni une formation à des hauts fonctionnaires des ministères de la santé, des finances et de la coopération extérieure de la République du Congo, de la République démocratique du Congo, des Seychelles, du Tchad et du Togo. Ont également participé à ces ateliers des représentants d'autres institutions des Nations Unies, d'organismes de financement et de missions accréditées dans les pays concernés.

22



23

Etant donné qu'il convient de se doter d'instruments juridiques pour établir des relations de travail officielles avec les donateurs ou autres partenaires et que l'OMS dispose de ses propres règlements, procédures et pratiques normalisés en matière d'administration, de budget et de finances, un format normalisé destiné à la mobilisation de fonds a été élaboré pour le Bureau régional. A en juger par la large utilisation qu'en font tous les bureaux de l'OMS dans les pays, cette mesure semble avoir été extrêmement utile.

24

Vu l'augmentation constante des fonds provenant d'autres sources et la nécessité de justifier et de rendre compte de l'utilisation de ces ressources, le Bureau régional a également mis au point un système de contrôle des fonds provenant d'autres sources.

25

Pour la prochaine période biennale, priorité sera donnée à l'assistance technique continue pour la mobilisation des ressources par: a) la fourniture et la révision d'instruments et outils conçus à cet effet, et b) le renforcement des capacités.

Politique et coopération en matière de recherche (RPC)

26

En 2000-2001, le domaine d'activité *Politique et coopération en matière de recherche*, mettait l'accent sur la mise en œuvre du plan stratégique régional pour la recherche en santé, dont l'idée maîtresse est la promotion du rôle de la recherche en tant qu'outil favorisant une prise de décisions rationnelle. Le plan d'action traitait de questions spécifiques concernant le renforcement de la coordination de la recherche au Bureau régional, la promotion de la recherche dans les Etats Membres, le développement des capacités de recherche et le renforcement de l'efficacité du Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires (CCARDS).

27

Des efforts considérables ont été déployés pour revitaliser et renforcer le rôle du CCARDS, promouvoir la recherche prioritaire dans les Etats Membres et rationaliser les procédures de sélection des centres collaborateurs de l'OMS en vue d'accroître l'efficacité de la recherche dans la Région.

28

En ce qui concerne les principaux résultats obtenus au titre de ce domaine d'activité, le CCARDS a concouru de manière significative à relever les défis auxquels la recherche en santé se trouve confrontée dans la Région. Un appui a été accordé à un certain nombre de pays pour la définition de leurs politiques et interventions prioritaires en matière de recherche. La collaboration avec les centres d'excellence et les centres collaborateurs de l'OMS a été renforcée et la coordination des efforts de recherche a été améliorée dans la Région. On a continué de développer les capacités de recherche essentielles des Etats Membres en encourageant le développement d'organes chargés de la coordination et de la gestion de la recherche et en fournissant des fonds

d'amorçage catalytiques pour appuyer les travaux de recherche consacrés aux problèmes sanitaires prioritaires. De plus, le Bureau régional a intensifié ses efforts pour accroître la recherche sur la médecine traditionnelle.

Les mesures mises en oeuvre pour renforcer les capacités nationales de recherche en santé seront poursuivies au cours de la prochaine période biennale. En outre, des mesures particulières seront prises pour fournir un appui et des conseils en ce qui concerne l'élaboration des politiques nationales de recherche et la prise en compte des résultats de la recherche en vue d'accroître l'efficacité du processus décisionnel.

29

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

Dans le domaine *Bases factuelles à l'appui des politiques de santé*, le Bureau régional a accordé une attention particulière au renforcement des capacités nécessaires à la production de bases factuelles utiles à la prise de décisions au niveau de la Région et des pays.

30

Un cadre conceptuel sur la "Mise en place d'un système d'information gestionnaire dans la Région africaine de l'OMS" a été finalisé et une base de données régionale sur l'information sanitaire ou liée à la santé a été établie dans le cadre du système mondial d'information de l'OMS. Dix-sept spécialistes ont été formés aux techniques d'évaluation de la charge de morbidité. Les Seychelles ont reçu un appui pour la mise en oeuvre de l'ICD-10 et la réalisation d'une étude nationale sur la charge de morbidité tandis que Maurice a également bénéficié d'un appui pour l'exécution de l'ICD-10.

31

En ce qui concerne *l'Economie de la santé*, des spécialistes de 18 bureaux de l'OMS dans les pays ont été formés dans les domaines suivants : évaluation économique; étude des comptes nationaux de la santé et du coût total de la maladie; analyse de la viabilité économique et analyse de la performance des structures sanitaires. Des instruments de collecte de données concernant l'efficacité des établissements de soins ont été mis au point et une assistance a été fournie au Ghana, au Mozambique et au Tchad pour un essai pilote de ces instruments. Des analyses de performance portant sur les hôpitaux publics et les centres de santé au Kenya, en Afrique du Sud et en Zambie ont également été réalisées.

32

Le Bureau régional a par ailleurs organisé un atelier interpays sur l'analyse du rapport coût-efficacité du traitement de la tuberculose et de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et a fourni un appui au Swaziland pour évaluer le rapport coût-efficacité d'un programme d'éducation continue à distance, destiné au personnel de santé de ce pays. Le poids économique du VIH/SIDA, de la mortalité maternelle et des catastrophes naturelles dans la Région africaine a également été évalué et documenté.

33



34

Les activités envisagées au cours de la prochaine période biennale viseront notamment à poursuivre le renforcement des capacités nationales en matière de production et d'utilisation de données économiques et épidémiologiques à l'appui de la prise de décisions.

Situations d'urgence et action humanitaire (EMH/EHA)

35

Dans le cadre du domaine *Situations d'urgence et action humanitaire*, on a essentiellement cherché à déterminer les moyens de faire face aux fréquentes situations d'urgence qui se produisent dans la Région africaine.

36

Le Bureau régional a articulé son action autour d'une double stratégie: le développement d'une base institutionnelle pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours dans chaque pays de la Région, et l'appui aux interventions d'urgence dans les situations de crise.

37

Au cours de la période biennale, le Bureau régional a:

- a déployé et formé, dans 43 pays, des points focaux pour l'action humanitaire d'urgence de l'OMS et des ministères de la santé. Ces points focaux ont permis à plusieurs pays de créer des unités EHA. L'OMS a en outre obtenu de tous les pays qu'ils s'engagent à créer de telles unités (Prétoria, octobre 2001);
- b opté, en ce qui concerne l'appui technique interpays, pour la création d'un groupe décentralisé d'experts nationaux formés aux différents aspects de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours. Le Bureau régional a formé un premier groupe de 12 consultants provenant des bureaux de l'OMS dans les pays et des ministères de la santé à l'évaluation de la vulnérabilité. Il a également fourni un appui technique aux pays de la Communauté pour le Développement de l'Afrique australe (SADC) en ce qui concerne la préparation aux situations d'urgence en milieu hospitalier et la mise en place d'une structure de gestion des catastrophes au sein de la SADC;
- c aidé le Swaziland à réaliser une évaluation de la vulnérabilité des communautés exposées à la sécheresse;
- d aidé le Comité de gestion des catastrophes sanitaires du Niger à élaborer un plan national de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours;

- e** réagi aux situations d'extrême urgence, notamment en République démocratique du Congo, en Guinée, au Mozambique et en Ouganda, en recrutant des experts régionaux en gestion des urgences pour appuyer ces pays dans leurs interventions d'urgence. Lorsqu'au niveau régional on ne disposait pas du savoir-faire nécessaire, des spécialistes ont été recrutés ailleurs. Des consultants internationaux ont, par exemple, été envoyés pour des missions de courte et moyenne durée au Mozambique, au Nigéria, dans la région des Grands Lacs et en Guinée (où un sous-bureau a été créé, à Kissidougou, pour appuyer l'action interinstitutions face à la crise des réfugiés). Dans certaines situations critiques, l'OMS a également fourni des trousseaux de secours d'urgence contenant des médicaments et fournitures essentiels. Afin d'améliorer la mobilisation des ressources et la coordination des interventions d'urgence, l'Initiative pour la Corne de l'Afrique et le Bureau de coordination de l'OMS pour la sous-région des Grands Lacs, dont le siège se trouve à Nairobi, ont été réactivés;
- f** accordé une plus large place à la collaboration entre le domaine d'activité concerné et diverses unités techniques du Bureau régional (nutrition ou paludisme, par exemple) pour s'assurer que leurs programmes respectifs sont prêts à répondre aux situations d'urgence;
- g** considérablement renforcé la collaboration technique avec les principaux partenaires. Le Bureau régional a organisé, en collaboration avec l'UNICEF, des consultations avec des participants provenant de toutes les régions de la République démocratique du Congo et des représentants de 17 ONG partenaires et d'organismes donateurs pour élaborer un ensemble minimum d'interventions de santé publique dans des situations d'urgence.

Au cours du prochain exercice biennal, on s'emploiera essentiellement à:

38

- a** aider les ministères de la santé à créer des unités EHA (et non simplement à désigner un point focal);
- b** poursuivre la formation du personnel, en veillant à améliorer les outils techniques de planification et d'évaluation et à développer davantage le réseau régional de consultants grâce à une amélioration de l'échange d'informations entre les pays;
- c** améliorer la coordination avec le Siège, plus particulièrement en ce qui concerne la gestion du Processus des appels communs;



- d améliorer les performances des bureaux de l'OMS dans les pays en cas de situation d'urgence, notamment en ce qui concerne leur rôle de leadership pour les interventions sanitaires, des institutions des Nations Unies et des partenaires;
- e intensifier la coopération avec des groupements et organismes sous-régionaux comme la SADC, la Mano River Union, l'Autorité intergouvernementale pour le développement (IGAD), pour améliorer les opérations transfrontalières et la gestion des déplacements de populations.

Développement des systèmes et services de santé

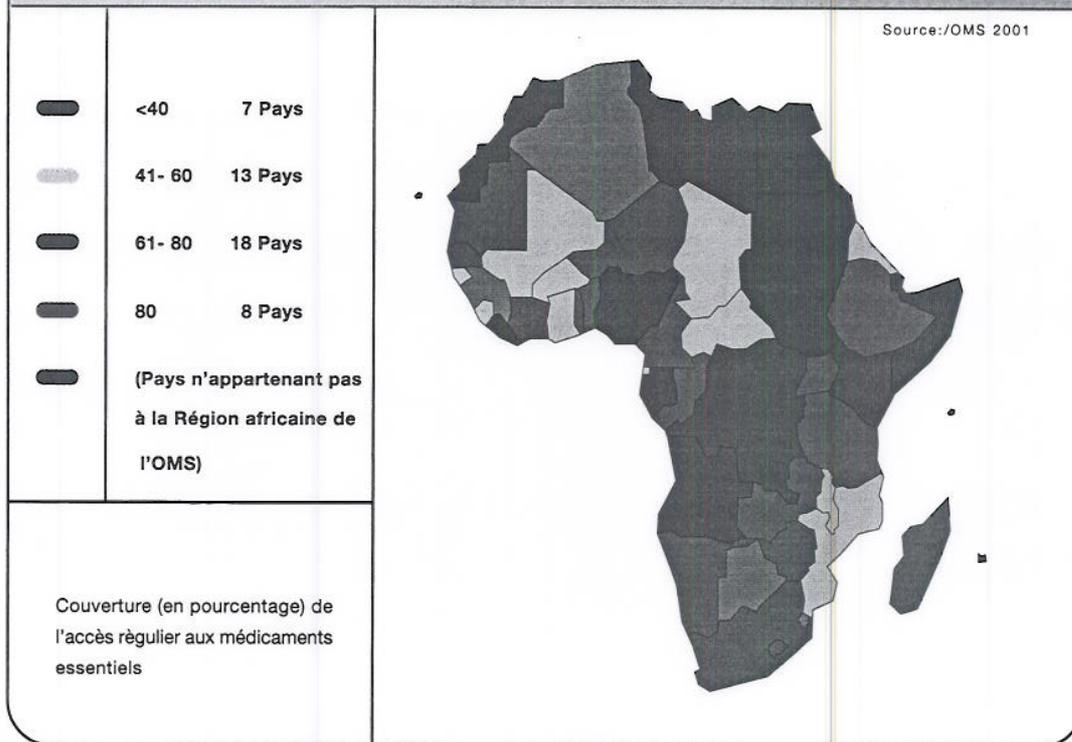
39

Dans le domaine du *Développement des systèmes et services de santé*, le Bureau régional a aidé les pays à développer leurs systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires, en mettant principalement l'accent sur le niveau local ou de district. Les priorités stratégiques ont été les suivantes: analyse des politiques sanitaires, restructuration des systèmes de santé nationaux, mise au point de mécanismes durables de financement de la santé et organisation des systèmes de santé de district, formulation de politiques en matière de développement des ressources humaines, y compris le renforcement du personnel de soins infirmiers et obstétricaux, et fourniture de soins de qualité grâce à une utilisation appropriée des technologies sanitaires.

40

L'évaluation biennale du budget programme montre que 98% des résultats escomptés ont été atteints en totalité ou en partie. Cependant, les systèmes de santé restent fragiles dans la Région, ce qui explique pourquoi l'espérance de vie y est plus basse que dans les autres régions du monde. La situation en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé s'est encore aggravée, de nombreux agents de santé ayant continué à émigrer vers les pays développés. Inquiets de cette dégradation qui menace le développement sanitaire dans la Région, les pays invitent aujourd'hui la communauté internationale à s'attaquer à ce problème. La pénurie de médicaments demeure préoccupante. Dans sept pays, dont certains très peuplés, la couverture en médicaments essentiels est estimée à moins de 40%. On estime en général que 50% de la population de la Région n'a pas régulièrement accès aux médicaments essentiels (Figure 1). L'augmentation de la pauvreté, tant au niveau national qu'au niveau individuel, et la modicité des dépenses consacrées à la santé très faibles sont les principales causes des mauvais résultats du secteur de la santé.

FIGURE 1: Accès aux médicaments essentiels dans la Région africaine



Organisation des services de santé (OSD)

L'adoption de la Politique de la Santé pour Tous au 21ème siècle dans la Région africaine: Agenda 2020 à la 50ème session du Comité régional à Ouagadougou en 2000 a été l'un des faits marquants de la période biennale.

41

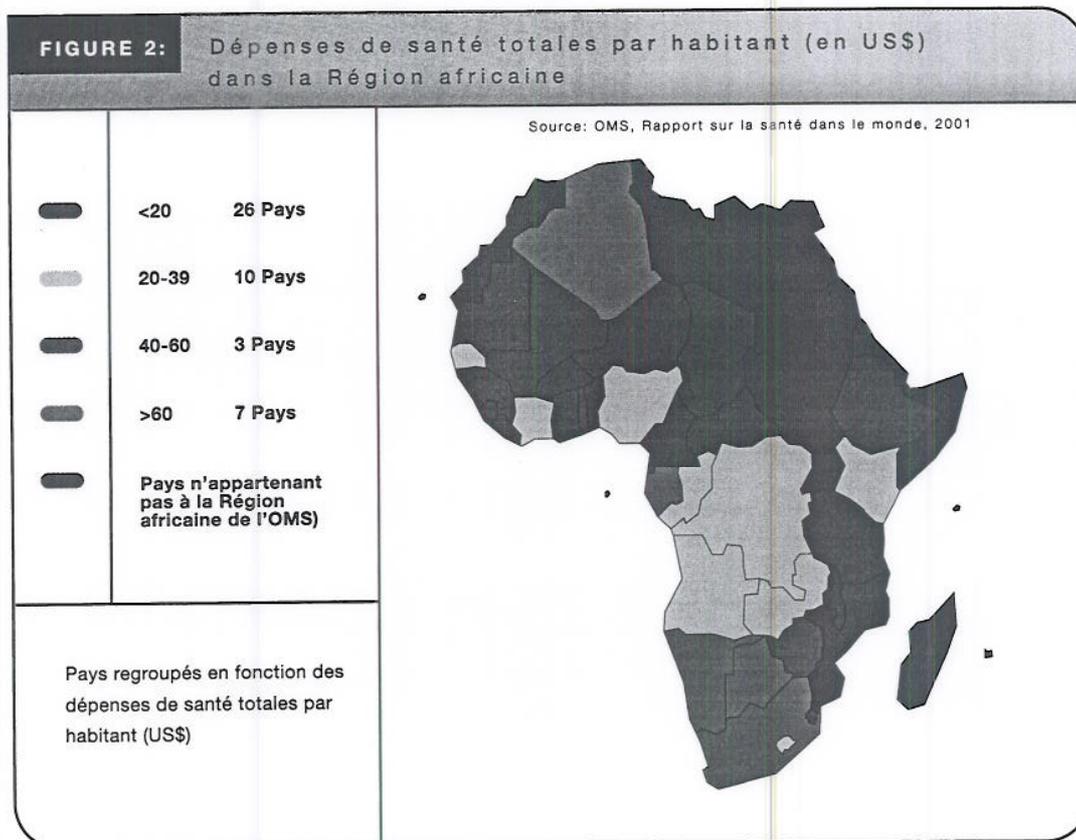
Trente-quatre pays ont bénéficié d'un appui dans le cadre de leur processus de réforme du secteur de la santé, essentiellement pour revoir leurs politiques et plans nationaux en matière de santé et/ou pour réorganiser leur système sanitaire. Ce soutien a été apporté en collaboration avec des partenaires comme la Banque africaine de développement, la Banque mondiale et des organismes bilatéraux et multilatéraux. Deux consultations ont eu lieu, l'une sur la mise en oeuvre d'approches sectorielles (SWAP) dans le cadre des réformes du secteur de la santé et l'autre sur le cadre d'évaluation des performances des systèmes sanitaires, publié pour la première fois dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000. Six pays (Gambie, Ghana, Mozambique, Ouganda, Seychelles et Zambie) ont entrepris des voyages d'études pour échanger des données d'expérience sur les réformes du secteur de la santé. Des lignes directrices et des instruments pour le suivi et l'évaluation des réformes du secteur de la santé ont été finalisés.

42



43

En collaboration avec d'autres partenaires, un appui a été accordé à dix pays pour entreprendre des études relatives aux comptes de santé nationaux; le renforcement des capacités pour ces études a été assuré dans le cadre d'un cours de formation organisé à Lusaka (Zambie). Une analyse des dépenses de santé par habitant montre que les montants consacrés à la santé restent très faibles (Figure 2) dans la Région africaine.



44

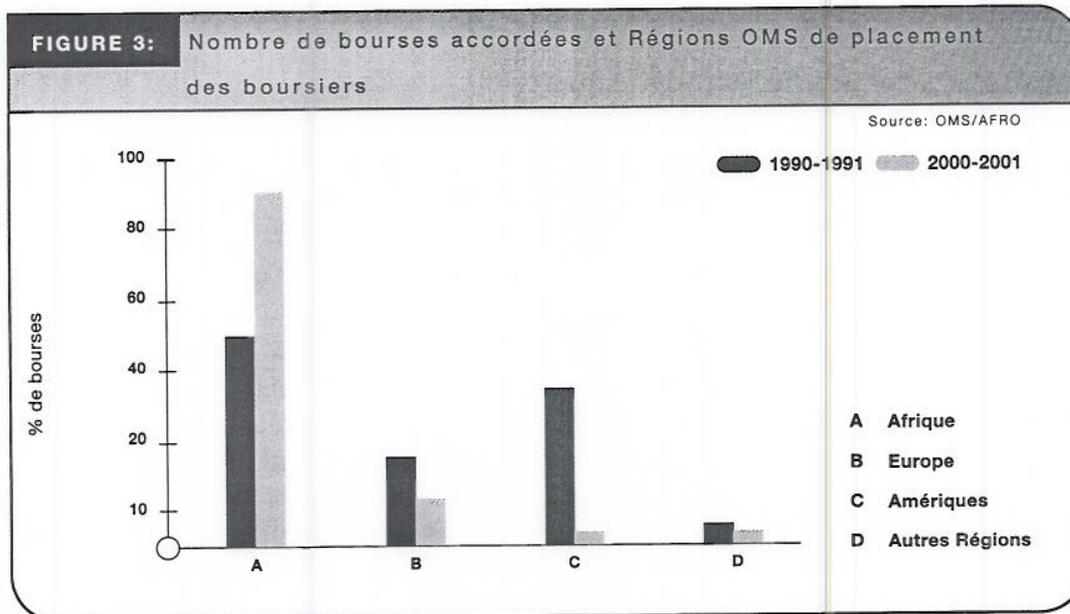
Des modules de formation relatifs à la gestion de la santé au niveau du district et des outils destinés à évaluer les structures de district ont été finalisés et sont à présent disponibles. Douze pays ont bénéficié d'un appui pour évaluer le fonctionnement de leurs systèmes de santé de district. Le nouveau cadre opérationnel de l'Initiative de Bamako (IB) a été élaboré et finalisé en collaboration avec l'UNICEF et d'autres partenaires du développement.

45

Dix pays (Burkina Faso, Congo, Gabon, Gambie, Guinée équatoriale, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, Sao Tomé et Príncipe et Togo) ont bénéficié d'un appui pour renforcer leur système d'information sanitaire et quatre de ces pays ont mis au point des indicateurs sanitaires essentiels.

Une réunion régionale, organisée à Harare, a permis aux points focaux chargés de la recherche sur les systèmes sanitaires (HSR) et aux analystes des politiques relatives à ce domaine de confronter leurs expériences en matière de développement de la recherche sur les systèmes de santé. Des instruments permettant de définir le profil des pays dans le domaine de la recherche sur les systèmes de santé ont été mis au point et utilisés dans 21 pays. Le Burundi, l'Erythrée, l'Éthiopie, la Gambie, Madagascar, le Malawi, le Mali, le Nigéria, Sao Tomé et Príncipe, le Sénégal, la Zambie et le Zimbabwe ont bénéficié d'un appui pour le renforcement des compétences en matière de recherche sur les systèmes de santé. Une aide a été apportée à quinze projets de recherche portant sur des problèmes de santé prioritaires.

Deux cours sur la gestion des ressources humaines ont été organisés et 41 administrateurs de ressources humaines provenant de 34 pays ont reçu une formation. Des lignes directrices pour l'évaluation des programmes de formation en sciences de la santé ont été élaborées et utilisées au Gabon, en Tanzanie et au Zimbabwe. Un appui a été accordé aux cinq pays lusophones pour la préparation d'un plan à moyen terme (2002-2006) relatif au développement des ressources humaines pour la santé. Une étude portant sur l'émigration des personnels de santé qualifiés a été lancée dans six pays (Cameroun, Ghana, Ouganda, Sénégal, Afrique du Sud et Zimbabwe). Cinq cent cinquante-six bourses ont été accordées et 90% des boursiers ont été placés dans des institutions de formation de la Région africaine conformément à la résolution AFR/RC39/R5 (Figure 3).



48

Pour ce qui est des actions futures, on s'emploiera à consolider les résultats obtenus et à étendre les efforts à d'autres pays; à renforcer le rôle d'administration générale qui incombe aux gouvernements; à élaborer des instruments appropriés dans le domaine du financement de la santé, y compris des comptes nationaux de la santé; à développer les ressources humaines et à renforcer l'organisation et la gestion des systèmes de santé, notamment en ce qui concerne la prestation de services, dans le cadre des réformes du secteur de la santé.

Politique relative aux médicaments essentiels (EDM)

49

Dans le domaine de la *Politique relative aux médicaments essentiels*, on s'est principalement employé à assurer un accès universel à des médicaments de bonne qualité et d'un coût abordable, et à garantir leur utilisation rationnelle. La stratégie de l'OMS à cet égard a consisté à mener une action dans les principaux domaines suivants: formulation et mise en oeuvre de politiques, renforcement des systèmes d'approvisionnement en médicaments et des autorités chargées de la réglementation pharmaceutique, utilisation rationnelle des médicaments, élaboration et mise en oeuvre de politiques relatives aux remèdes traditionnels.

50

Certains progrès ont été faits à l'échelle régionale et au niveau des pays, mais ils doivent être consolidés. Des conseillers nationaux en médicaments essentiels ont été recrutés dans dix pays pour fournir l'appui technique nécessaire à ces pays. Un manuel de formation sur la gestion des médicaments au niveau des centres de santé a été produit et 40 infirmières ont été formées en Gambie, au Lesotho et au Malawi en utilisant ce manuel. La seconde édition de *l'Indice des prix des médicaments essentiels* du Bureau régional de l'Afrique a été publiée et de nombreux pays et partenaires l'utilisent à présent.

51

Les autres instruments produits ont été: la troisième édition de la brochure sur les laboratoires de contrôle de la qualité, la deuxième édition du tableau sur l'état des éléments de réglementation pharmaceutique et d'assurance de la qualité des médicaments dans la Région africaine; la deuxième édition des lignes directrices pour la formulation, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation des politiques pharmaceutiques nationales; le *Bulletin d'information pharmaceutique du Bureau régional de l'Afrique*; des directives pour l'inspection des établissements pharmaceutiques et, à la demande du Nigéria, des recommandations concernant la prise en charge des morsures de serpent.

Plusieurs cours et ateliers de formation sur le renforcement des capacités ont été organisés. Ceux-ci comprenaient un cours sur les bonnes pratiques de fabrication; une formation au contrôle de la qualité des médicaments antituberculeux en utilisant les techniques de chromatographie en couche mince; une formation à l'intention de directeurs et techniciens de laboratoires de contrôle de la qualité; des ateliers pour les inspecteurs pharmaceutiques et le personnel responsable de la réglementation pharmaceutique au Ghana, au Kenya et en Ouganda; un cours sur l'utilisation rationnelle des médicaments au Nigéria et deux cours sur la prescription rationnelle en Algérie et sur l'enseignement de la pharmacothérapie en Afrique du Sud. En réponse à une demande pressante formulée par certains pays, une réunion de sensibilisation sur l'application des garanties offertes par l'accord sur les aspects des droits de la propriété intellectuelle qui touchent au commerce (TRIPS) a été organisée pour les pays anglophones.

52

Une étude pilote sur la qualité des médicaments couramment utilisés pour traiter le paludisme a été entreprise dans six pays. Celle-ci a montré que dans de nombreux cas ces médicaments étaient de mauvaise qualité. Des mesures appropriées ont été prises en collaboration avec les pays pour remédier à ce problème.

53

Un appui a été accordé au Botswana, au Cameroun, au Cap-Vert, à la Guinée équatoriale, au Ghana, au Lesotho, au Libéria, à la Mauritanie, à la Namibie, à Sao Tomé et Príncipe, aux Seychelles et au Swaziland pour formuler et adopter des politiques pharmaceutiques nationales ou pour sélectionner des indicateurs nationaux dans ce domaine. Des missions conjointes d'évaluation des besoins ont été entreprises avec l'ONUSIDA au Lesotho et au Swaziland.

54

Une stratégie régionale relative à la promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé a été adoptée en septembre 2000. Un comité régional d'experts en médecine traditionnelle a été créé, lequel a fourni un précieux appui au programme. Les autres activités entreprises au cours de la période biennale ont porté sur la collaboration avec les institutions de recherche pour évaluer les préparations à base de plantes utilisées pour traiter les affections prioritaires. Des mécanismes visant à développer une production locale à grande échelle de médicaments sûrs, efficaces et de bonne qualité sont actuellement mis en place.

55

Des protocoles destinés à évaluer des remèdes traditionnels et des études ethnomédicales concernant certains médicaments contre le VIH/SIDA, le paludisme, l'hypertension, le diabète et la drépanocytose ont été préparés et adoptés lors d'une réunion régionale sur l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé, organisée en novembre 2001 à Harare. Les résultats de ces études ont montré que les remèdes traditionnels contiennent des ingrédients pharmacologiquement actifs. Des recherches plus poussées sur cet aspect de la question sont actuellement entreprises.

56



57 Au cours de la prochaine période biennale, les principales interventions seront l'apport d'un appui supplémentaire aux pays pour garantir un accès durable, à un coût abordable, aux médicaments essentiels contre des maladies prioritaires comme le paludisme ou le VIH/SIDA et la mise en oeuvre de la stratégie relative à la médecine traditionnelle. On mettra plus particulièrement l'accent sur l'appui à fournir aux pays pour leur permettre de comprendre les implications de l'accord TRIPS et la mise en application des garanties que présente cet accord.

Sécurité transfusionnelle et technologie clinique (BCT)

58 Les principales interventions dans le cadre du domaine d'activité *Sécurité transfusionnelle et technologie clinique (BCT)* ont été l'octroi d'un appui aux pays pour améliorer la qualité des soins au moyen de technologies appropriées et d'un coût abordable et pour mettre en place des mécanismes leur permettant de fournir aux patients du sang non contaminé et en quantité suffisante.

59 Des efforts considérables ont été déployés pour préparer une stratégie régionale de sécurité transfusionnelle, qui a été adoptée à la cinquante et unième session du Comité régional à Brazzaville en août 2001. Un premier projet de lignes directrices pour la formulation de politiques relatives à la transfusion sanguine dans les pays membres a été produit. Un appui a été accordé au Cameroun, à la République centrafricaine, à la République démocratique du Congo, à la Gambie, au Ghana, à la Guinée-Bissau, au Mali, à la Mauritanie, au Swaziland et aux Seychelles pour finaliser leur politique nationale en matière de transfusion sanguine. Dix-sept pays de la Région disposent désormais d'une politique relative à la transfusion sanguine.

60 Les capacités des services nationaux de transfusion sanguine de Harare (Zimbabwe) et d'Abidjan (Côte d'Ivoire) ont été renforcées pour leur permettre de fournir des services techniques aux pays membres, y compris des programmes de formation pour le personnel chargé de la transfusion sanguine. Des cours ont été organisés à l'intention de 64 responsables de l'assurance de la qualité dans les deux pays. Deux ateliers pour les directeurs des services nationaux de transfusion sanguine ont été organisés au cours desquels on a examiné la situation de la sécurité transfusionnelle dans la Région, identifié les contraintes et proposé des solutions pour améliorer les services. Des outils permettant l'évaluation des services de transfusion sanguine dans les Etats Membres ont été mis au point et utilisés pour rassembler l'information sur la situation de la sécurité transfusionnelle dans tous les pays.

Les principales réalisations dans le domaine *Qualité des soins et technologies cliniques* ont été l'organisation de deux ateliers, l'un sur l'assurance de la qualité des soins et l'autre sur l'assurance de la qualité dans les laboratoires cliniques. Des lignes directrices concernant la formulation d'une politique nationale en matière d'équipement pour les soins de santé ont été finalisées. Un appui a été accordé au Burundi, au Congo, à l'Erythrée, au Malawi, au Niger et au Tchad pour la mise en œuvre de programmes de qualité des soins dans les hôpitaux de district et de programmes d'assurance de la qualité dans les laboratoires cliniques.

61

Au cours de la prochaine période biennale, le programme pour la sécurité transfusionnelle s'attachera plus particulièrement à consolider la mise en œuvre de la stratégie régionale de sécurité des produits sanguins, en mettant l'accent notamment sur la formulation des politiques, le recrutement des donneurs de sang, la formation sur le plan de la qualité et de la mise en œuvre des programmes d'assurance de la qualité.

62

Le Bureau régional s'emploiera à élaborer des normes et des critères pour la gestion de l'équipement hospitalier et à renforcer la qualité des soins par la promotion et la mise en œuvre de programmes d'assurance de la qualité, en privilégiant le niveau du district.

63

Lutte contre les maladies transmissibles

Les maladies transmissibles demeurent parmi les plus mortelles dans la Région africaine. Elles sont à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté. Durant la période 2000-2001, les stratégies et cadres de prévention et de lutte contre les principales maladies transmissibles qui ont été élaborés et adoptés par le Comité régional ont été mis en application. Les pays membres ont bénéficié d'un appui pour mettre en œuvre des interventions qui ont fait leur preuve et des améliorations ont été observées dans de nombreux domaines d'activité.

64

Surveillance des maladies transmissibles (SUR)

Un certain nombre de maladies transmissibles comme la méningite à méningocoques, le choléra, la fièvre jaune et les fièvres hémorragiques virales ont tendance à se déclarer sous forme d'épidémies graves et mortelles, perturbant fortement les services sociaux et de santé. Pour pouvoir guider les interventions de santé publique, les programmes spécifiques de lutte contre la maladie ont besoin de s'appuyer sur des informations actualisées et fiables concernant la morbidité, la mortalité et les tendances observées. Malheureusement, la surveillance des maladies transmissibles demeure faible dans la plupart des Etats Membres. De plus, le niveau de préparation des pays et leur capacité de réaction à des épidémies probables sont souvent insuffisants.

65



66

Depuis 1996, le Bureau régional a accordé aux pays un appui pour la signature de protocoles de coopération en matière de prévention et de lutte contre les épidémies. Grâce à ces accords, les pays présentant des caractéristiques épidémiologiques et géographiques communes se sont engagés à partager, avec l'appui de l'OMS, les informations et les ressources destinées à la lutte contre les épidémies. En 1998, les Etats Membres ont adopté la stratégie régionale de surveillance intégrée des maladies (IDS). Celle-ci encourage l'intégration et la coordination des activités de surveillance des maladies. Elle met l'accent sur l'établissement d'un lien entre les données de surveillance et l'action sanitaire publique, en insistant sur l'appropriation du processus par le pays concerné, la décentralisation de la prise de décisions et l'action à tous les niveaux du système de santé.

67

Sur le plan des réalisations majeures, les *Directives techniques pour la surveillance épidémiologique intégrée des maladies et la riposte* ainsi que différents matériels de formation ont été fournis à tous les Etats Membres. Une évaluation des systèmes de surveillance des maladies transmissibles et de préparation et riposte aux épidémies a été effectuée dans 27 pays. Vingt d'entre eux ont formulé des plans pour la surveillance épidémiologique intégrée des maladies et la riposte et 12 de ceux-ci ont entamé la mise en œuvre de ces plans.

68

Des bases de données régionales et sous-régionales complètes ont en outre été établies pour les maladies transmissibles prioritaires. Le personnel d'encadrement des laboratoires nationaux de santé publique a été formé aux méthodes de diagnostic pour les maladies bactériennes et a reçu du matériel de communication et des trousseaux de diagnostic pour faciliter le lancement de réseaux de laboratoires de santé publique nationaux, sous-régionaux et régionaux. La surveillance de la paralysie flasque aiguë a atteint dans tous les pays les niveaux fixés par l'OMS.

69

Neuf pays ont formé leur personnel de santé à la préparation et à la riposte aux épidémies, ce qui a permis d'améliorer sensiblement la détection et la notification des flambées dans ces pays. Grâce à une bonne coordination des efforts déployés par les autorités sanitaires nationales, l'OMS et d'autres partenaires, il a été possible de maîtriser rapidement et efficacement diverses épidémies: fièvre hémorragique de Marburg en République démocratique du Congo, fièvre hémorragique à virus Ebola en Ouganda, fièvre jaune en Côte d'Ivoire et en Guinée, et méningite et choléra dans plusieurs autres pays.

70

Au cours de la prochaine période biennale, on intensifiera la mise en œuvre des stratégies de surveillance intégrée des maladies et de préparation et riposte aux épidémies. L'appropriation de l'action par les pays et la constitution de partenariats solides seront des éléments centraux de ce processus. Le Bureau régional établira et appuiera également le Centre pluripathologique de surveillance des maladies à Ouagadougou (Burkina Faso), en tant que centre d'excellence pour la surveillance intégrée des maladies.

Lutte contre les maladies transmissibles

Le domaine d'activité *Maladies transmissibles: prévention et lutte* était constitué des programmes de lutte suivants: paludisme, tuberculose (y compris l'ulcère de Buruli), trypanosomiase, VIH/SIDA/IST ainsi que le programme Autres maladies tropicales (OTD), qui vise notamment l'onchocercose, la schistosomiase et la filariose lymphatique. Les questions essentielles traitées au cours de la période biennale ont été:

71

- a le renforcement des capacités nationales pour la planification, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation des stratégies de lutte recommandées (par exemple: traitement de courte durée sous observation directe pour la tuberculose, programme élargi de vaccination, initiative Faire reculer le paludisme, etc.);
- b le renforcement des équipes interpays et pays de l'OMS pour leur permettre d'apporter, en fonction des demandes, un appui technique rapide et efficace aux pays.

Pour faire face à ces problèmes et à ces défis, l'OMS a mis au point de nouveaux outils et a renforcé les capacités des Etats Membres pour intensifier la mise en oeuvre des stratégies de lutte afin de permettre une réponse efficace de système de santé aux maladies ciblées. De plus, des partenariats avec certains acteurs essentiels ont été mis en place pour mobiliser les ressources requises. Le suivi et l'évaluation des activités mises en oeuvre ont également été assurés. Certaines politiques ont été revues et certaines structures réorganisées; c'est ainsi qu'une unité Biologie des vecteurs et lutte antivectorielle a été créée pour intégrer efficacement toutes les activités de lutte antivectorielle dans les programmes et améliorer ainsi leur efficacité.

72

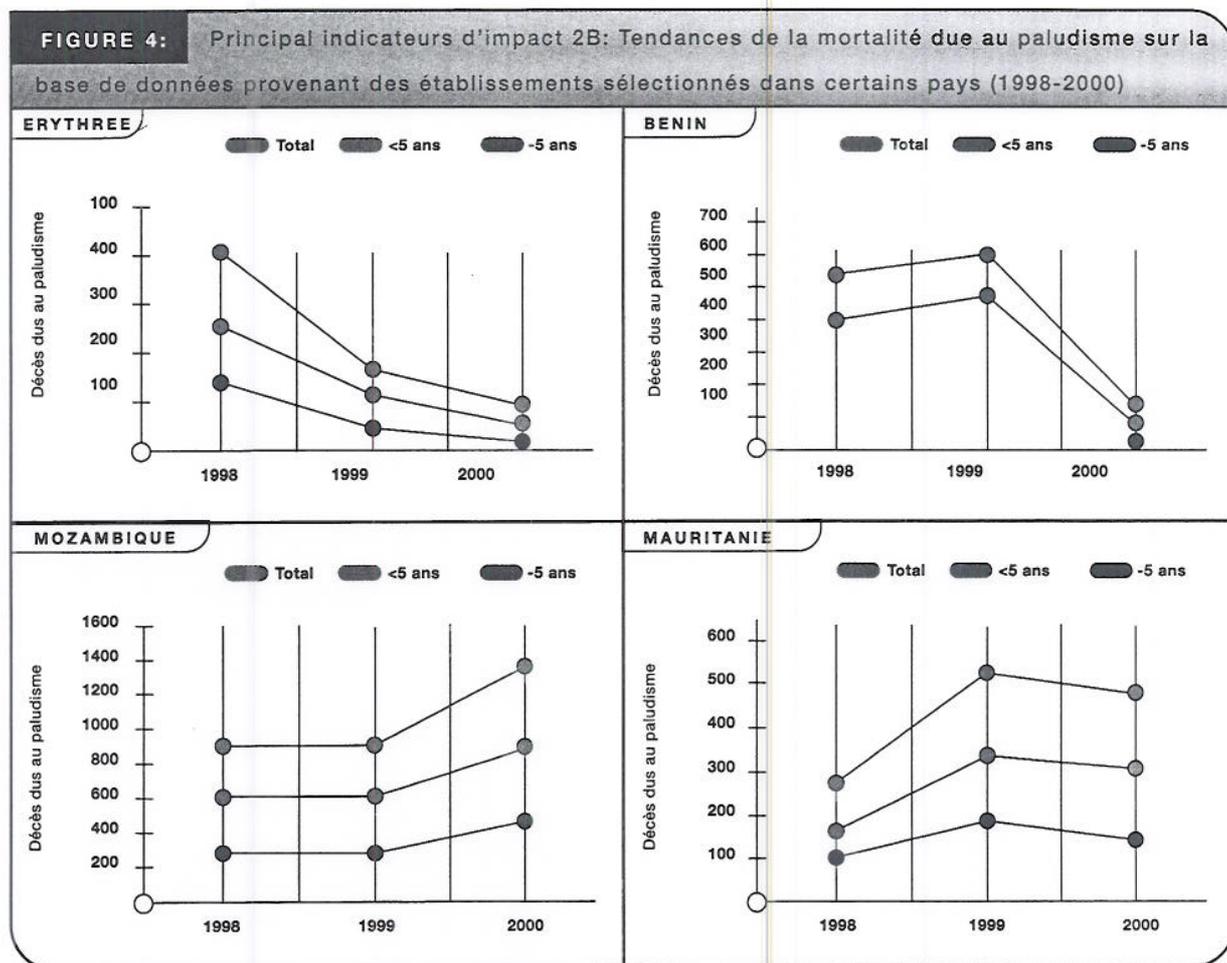
En termes de résultats et de produits et services escomptés au titre de la période biennale, les réalisations ont été les suivantes: dans 36 pays d'endémie palustre sur 42 (86%), on a procédé à un renforcement des capacités pour améliorer la planification, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre le paludisme; une prise en charge correcte des cas de paludisme a été assurée dans 27 de ces pays (64%); les capacités ont été renforcées dans les 18 pays à potentiel épidémique pour permettre à ceux-ci de prévoir ou détecter suffisamment tôt les épidémies de paludisme et y réagir comme il convient; de plus, dans 26 pays, on a favorisé la promotion de moyens novateurs de lutte contre le paludisme par le biais d'interventions à assise communautaire, notamment le traitement à domicile des épisodes de paludisme et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide; les données de base pour le suivi et l'évaluation des résultats et de l'impact de l'initiative Faire reculer le paludisme ont été collectées dans 13 pays d'endémie sur 42; enfin, avec l'appui du Bureau régional, 11 de ces pays (26%) ont finalisé leur plan stratégique visant à faire reculer le paludisme.

73



74

La Figure 4 indique les tendances de la mortalité par paludisme dans certains pays en 1998-2000. Alors que des baisses ont été clairement observées au Bénin, en Erythrée et en Mauritanie, le Mozambique a enregistré des hausses, probablement suite aux inondations qui se sont produites en 2000.



75

Parallèlement à la création d'un programme régional portant sur la biologie des vecteurs et la lutte antivectorielle (VBC), un cadre relatif à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'interventions de lutte antivectorielle a été conçu et est actuellement diffusé dans les Etats Membres, qui procéderont ensuite à son adaptation. Un cours de formation en matière de lutte antivectorielle mettant l'accent sur la mise à l'essai, le suivi et la gestion de la résistance aux insecticides a été élaboré et mis en oeuvre en collaboration avec trois institutions de recherche (le South African Institute for Medical Research, le Centre Muraz au Burkina Faso et l'OCEAC au Cameroun). Quarante participants venant de 25 pays ont bénéficié de cette formation et ont reçu du matériel et des crédits d'amorçage pour lancer des activités d'essai de résistance aux insecticides. Enfin, le Bureau régional a contribué activement aux négociations sur l'action internationale contre les polluants organiques persistants (POP), y compris le DDT, qui ont abouti à un consensus international sur la poursuite de l'utilisation du DDT à des fins de lutte contre les maladies dans la Région.

La stratégie régionale de lutte antituberculeuse a été révisée et mise en oeuvre pour répondre efficacement à la nécessité croissante d'élargir rapidement la mise en oeuvre de la stratégie du traitement de courte durée sous observation directe (DOTS), en utilisant des approches novatrices comme la participation communautaire et pour faire face aux nouveaux problèmes posés par la double épidémie de TB et de VIH. Dans les 30 pays ciblés, l'accès des populations aux services DOTS est passé de 70% en 2000 à 86% en 2001. Dix-neuf de ces pays (63%) avaient porté la couverture DOTS à 90% ou plus tandis que le taux de succès du traitement pour les nouveaux cas passait de 62% en 1999 à 67,4% en 2000 (même s'il est toujours inférieur à l'objectif régional de 85%). Sept des 16 pays qui avaient demandé un crédit auprès du fonds mondial pour le financement des médicaments antituberculeux ont reçu une réponse positive et l'expédition des médicaments est en cours.

76

Durant la période biennale, les résultats d'un projet de recherche opérationnelle sur le traitement de la tuberculose au niveau communautaire ont été traduits en principes directeurs, dont la mise en oeuvre est en cours d'extension dans quatre pays au moins. Une nouvelle initiative destinée à renforcer la mise en oeuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH a été lancée avec succès au moins dans six pays très touchés. On a renforcé l'appui technique accordé à neuf pays où la prévalence de la tuberculose est élevée grâce au recrutement d'administrateurs engagés au niveau national.

77

De nouvelles directives techniques régionales pour le traitement de l'ulcère de Buruli ont été élaborées et présentées aux Etats Membres touchés. Au moins trois des cinq pays cibles (60%) ont élaboré et mis en oeuvre des programmes nationaux de lutte basés sur ces directives. On a également mené à bien la mise au point de projets de modules de formation destinés à être utilisés par les Etats Membres pour renforcer les connaissances et les compétences des agents de santé en ce qui concerne la lutte contre cette maladie.

78

La mobilisation de ressources et le renforcement des partenariats, notamment l'Initiative sur le VIH/SIDA en Afrique menée par l'Italie, ont permis d'obtenir 8 millions de dollars des Etats-Unis pour un appui à 10 pays. Cinquante missions d'appui technique ont été assurées dans 32 pays, ce qui a contribué à améliorer les activités de surveillance, le traitement des infections sexuellement transmissibles, les services de laboratoire ainsi que les soins aux malades du SIDA et leur traitement, y compris l'utilisation des antirétroviraux. Vingt réunions interpays et consultations d'experts ont été organisées, permettant d'actualiser des orientations techniques, de procéder à un échange de bonnes pratiques et de données d'expérience entre les pays et d'élargir les réseaux de consultants. Des administrateurs recrutés au niveau national ont été engagés, ce qui s'est traduit par un renforcement des capacités pour un appui direct et continu dans 15 pays. Un appui a été accordé pour des activités de plaidoyer et de

79



mobilisation au niveau international, notamment en faveur du Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses, dont la déclaration constitue une directive politique majeure au niveau le plus élevé.

80

Des stratégies régionales ont été élaborées et communiquées aux pays pour la lutte contre quatre maladies (la schistosomiase, la filariose lymphatique, les helminthes transmis par le sol et la trypanosomiase). Sur la base de ces stratégies, sept pays ont préparé des plans nationaux de lutte contre la schistosomiase et trois ont déjà entamé la mise en œuvre de leur plan de lutte contre la trypanosomiase. La cartographie de la filariose lymphatique a été achevée ou est en cours d'exécution dans neuf pays, dont cinq ont procédé à l'administration massive de médicaments, avec une couverture de 92% dans au moins un pays. De plus, une base de données régionale concernant la filariose lymphatique a été mise en place et un groupe régional chargé de réviser le programme d'élimination de cette maladie a été créé. Les projets relatifs à la dévolution de la lutte contre l'onchocercose ont été renforcés avec succès dans six pays grâce à un appui technique, en collaboration avec le Programme de lutte contre l'onchocercose. La Figure 5 montre les progrès réalisés dans la lutte contre cette maladie.

81

Pour la période biennale 2002-2003, le domaine d'activité "Maladies transmissibles: prévention et lutte" a été réorganisé, certains programmes tels que ceux portant sur le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA ayant été promus au rang de domaines d'activité. Cependant, les principales orientations données ci-dessous pour la prochaine période biennale sont celles qui avaient été définies dans les programmes initiaux du domaine d'activité Maladies transmissibles: Prévention et lutte.

82

La priorité en matière de *lutte contre le paludisme* sera le renforcement de la capacité des pays d'intensifier la mise en œuvre, la supervision, le suivi et l'évaluation des interventions relatives à l'Initiative Faire reculer le paludisme, sur la base des plans stratégiques nationaux élaborés au cours de la période biennale considérée.

83

Dans le domaine *Biologie des vecteurs et lutte antivectorielle*, on s'attachera essentiellement:

- a à aider les pays à préparer et adapter des lignes directrices et cadres et directives nationaux en matière de lutte antivectorielle;
- b à renforcer les capacités de lutte antivectorielle, notamment par une dotation en personnel suffisante aux trois niveaux;

- c à aider les pays à établir des projets de démonstration en matière de lutte antivectorielle dans certains districts, en utilisant une approche de lutte intégrée.

En ce qui concerne la *lutte contre la tuberculose*, priorité sera donnée au renforcement des capacités à tous les niveaux afin :

84

- a d'accélérer l'extension de la couverture DOTS dans tous les pays, en ayant recours à des approches novatrices telles que la participation communautaire, le développement de partenariats entre le secteur public et le secteur privé, etc.;
- b d'élaborer, mettre en œuvre et étendre les interventions visant à endiguer la double épidémie de tuberculose et de VIH;
- c d'améliorer le suivi et la surveillance.

Les efforts déployés dans le cadre de la *lutte contre l'ulcère de Buruli* viseront :

85

- a à apporter un appui aux pays pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes nationaux en utilisant les directives techniques et les modules de formation mis au point par le Bureau régional;
- b à promouvoir et soutenir la recherche opérationnelle pertinente dans le but d'améliorer les outils de prévention et de lutte existants, en collaboration avec les principales parties prenantes concernées.

Pour ce qui est de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, on s'attachera plus particulièrement à fournir un appui aux systèmes sanitaires pour qu'ils assurent un ensemble d'interventions de soins et de prévention au niveau des districts et des communautés, à étendre les réseaux d'experts techniques au niveau des pays et des sous-régions et à apporter un soutien aux Etats Membres pour l'application des instruments techniques de planification et d'évaluation des programmes.

86

Enfin, pour les *Autres maladies tropicales*, les axes prioritaires seront :

87

- a l'intensification du programme d'élimination de la filariose lymphatique dans les pays touchés;
- b l'appui aux pays pour l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de lutte contre la schistosomiase, les helminthes transmis par le sol et la trypanosomiase.



Maladies transmissibles: éradication et élimination (ERD)

88

Les Etats Membres ont continué à progresser vers la réalisation des objectifs d'éradication et d'élimination des maladies transmissibles, en particulier l'éradication de la polio et l'élimination du tétanos néonatal et de la lèpre. Néanmoins, le tétanos néonatal a été à l'origine de 110 000 décès de nourrissons par an dans la Région. Dans 13 pays, la propagation de la dracunculose n'a pas encore été interrompue.

89

Dans le domaine *Eradication et élimination des maladies transmissibles*, l'objectif, au cours de la période biennale 2000-2001, a été d'aider les Etats Membres:

- a à assurer et maintenir l'interruption de la transmission des poliovirus sauvages et de la dracunculose;
- b à accélérer et/ou maintenir l'élimination du tétanos néonatal et de la lèpre.

90

Des progrès considérables ont été accomplis dans la Région en ce qui concerne les initiatives d'éradication et d'élimination. Tous les 32 pays de la Région où la polio est endémique ont, dès le début de la période biennale, mis en œuvre avec succès, malgré un lancement tardif (en 1995), des journées nationales de vaccination et assuré la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA). En 2001, la surveillance de la PFA s'est considérablement améliorée, permettant d'atteindre un taux de PFA non liée à la polio de 2,7 cas pour 100 000 enfants âgés de 15 ans et plus. Toujours en 2001, des cas de polio sauvage ont été détectés dans sept pays de la Région africaine (contre douze en 1996). La bonne synchronisation des journées nationales de vaccination en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale au cours de la période biennale a contribué à cette amélioration. Le tétanos maternel et néonatal a été pratiquement éliminé dans 12 pays. L'élimination de la lèpre a été validée dans neuf pays, alors que le taux de prévalence dans la Région est tombé à 0,98 cas en juillet 2001, contre 1,29 cas pour 10 000 habitants en décembre 1999. Au cours de la période biennale, l'incidence de la dracunculose a été réduite de 55%. Quatre pays de la Région ont été déclarés 'exempts de toute transmission de dracunculose' et des demandes de certification ont été soumises pour quatre autres pays.

91

Au cours de la prochaine période biennale, des efforts seront entrepris pour interrompre la transmission des poliovirus sauvages dans les derniers pays d'endémie et pour atteindre et maintenir le niveau de certification en matière de surveillance de la PFA dans tous les pays de la Région africaine. De fait, il faudrait obtenir de la part des gouvernements et des donateurs un engagement plus ferme afin d'obtenir en temps voulu l'appui financier nécessaire pour l'éradication de la polio, l'élimination du tétanos néonatal et de la lèpre et

l'éradication de la dracunculose dans les derniers pays d'endémie. La surveillance intégrée des maladies à tous les niveaux, y compris au niveau communautaire, constituera un élément crucial pour suivre les progrès réalisés.

Maladies transmissibles: recherche et développement (CDR)

Dans le domaine d'activité *Maladies transmissibles: recherche et développement*, on s'est essentiellement employé à renforcer les capacités des pays en matière de planification, de mise en œuvre, d'évaluation et de diffusion de la recherche dans le but d'influencer les stratégies et politiques de lutte contre les maladies transmissibles, la filariose lymphatique et l'ulcère de Buruli.

92

La stratégie de l'OMS a consisté à fournir un appui aux pays pour qu'ils renforcent leurs capacités de recherche opérationnelle dans le domaine des maladies transmissibles et qu'ils utilisent les résultats obtenus pour influencer sur les politiques et les pratiques en matière de prévention et de lutte.

93

Ce renforcement des capacités s'est effectué par le biais d'ateliers et de missions d'appui technique dans les pays, qui ont abouti à la conception et à la réalisation d'études de recherche opérationnelle dans 32 pays, alors que 21 pays où le paludisme est endémique avaient été visés dans la Région. Dix-sept pays ont reçu un soutien financier pour entreprendre des travaux de recherche qui ont été conçus à l'occasion de ces ateliers. Une assistance technique et financière a été fournie à 15 pays pour poursuivre des études sur l'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques ainsi que pour la création de 10 nouveaux sites sentinelles. Au cours de la période considérée, six pays ont révisé leur politique en matière de traitement antipaludique et quatre ont amorcé un changement dans ce domaine. Un renforcement des capacités pour l'analyse économique du paludisme a été entrepris dans 14 pays.

94

Au titre de la *Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)*, les principales réalisations ont été la diffusion des résultats de la recherche dans des pays qui avaient entamé la mise en œuvre de la PCIME et, dans certains pays, l'incorporation de ces résultats dans les politiques et la pratique. Quatre pays ont mené des études sur l'efficacité opérationnelle de la stratégie DOTS et s'emploient actuellement à leur donner une suite concrète sous la forme de directives pour la prise en charge de la tuberculose dans les communautés. Sur le plan de la lutte contre le VIH/SIDA, un appui a été fourni à dix pays par l'intermédiaire du groupe de travail interinstitutions sur la prévention de la transmission mère-enfant afin de mener des études sur les interventions réalisées dans ce domaine. En ce qui concerne la lutte contre la schistosomiase et la filariose lymphatique, on a recueilli des données qui seront utilisées pour mobiliser des ressources auprès des partenaires.

95



96

Au cours de la prochaine période biennale, l'accent sera mis sur l'utilisation des technologies, nouvelles ou éprouvées, pour la lutte contre les maladies transmissibles et l'identification des domaines où les remèdes traditionnels pourraient être adaptés en vue d'une utilisation dans les structures sanitaires actuelles.

Lutte contre les maladies non transmissibles

97

La prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (MNT) et la promotion de la santé acquièrent graduellement droit de cité dans les programmes de coopération avec l'OMS. Cet avènement est opportun car il devient évident, tant à travers les projections globales¹ qu'à travers des études spécifiques comprenant des données réelles contrôlées², que les MNT constituent effectivement une préoccupation importante de santé publique.

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

98

Ce domaine d'activité comprend le programme des maladies chroniques, la santé bucco-dentaire et le programme santé et vieillissement.

Maladies chroniques

99

Constituant un tournant dans l'approche des maladies non transmissibles (MNT), une stratégie régionale pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (MNT) a été adoptée par la cinquantième session du Comité régional. Par la suite, une consultation d'experts a établi un cadre de mise en œuvre des recommandations de ladite stratégie.

100

Une analyse des capacités nationales de prévention et contrôle des maladies non transmissibles (MNT) a été menée. Les résultats ont été distribués aux pays. Le Bureau régional a apporté son assistance pour analyser la situation des maladies non transmissibles (MNT) dans six pays (Botswana, Burkina Faso, Cameroun, République démocratique du Congo, Gambie et Zimbabwe).

¹Bien que basées sur des estimations et des extrapolations – en raison du manque de données fiables sur la mortalité et la morbidité – les études sur la charge globale concluent qu'en termes absolus, la probabilité de décès par MNT est plus élevée en Afrique subsaharienne que dans les pays développés à économie de marché établie.

²Certains pays (exemple: Seychelles et Ile Maurice) ont pu obtenir des données à travers un système de recueil systématique sur les MNT, et d'autres (exemple: Tanzanie) à travers des études pilotes. Dans ce dernier cas, la conclusion de l'étude de la charge globale de morbidité est confirmée sur la base de données de terrain aussi bien en zone rurale qu'urbaine: (voir unwin N& col. « Non communicable diseases in Subsaharan Africa: where do they feature in the health research agenda? Bulletin de l'OMS, 2001, 79 (10) pp 947-953 »).

Le renforcement des capacités nationales s'est illustré notamment par un effort de formation soutenu. Diverses formations ont été organisées pour les professionnels de la Région, dans des domaines tels que la détection précoce et le traitement du cancer du col de l'utérus, l'épidémiologie et la prise en charge du diabète. Un appui a été fourni à divers ateliers nationaux ou sous-régionaux. Un projet visant l'amélioration des soins au long cours pour des patients atteints de cancer et de VIH/SIDA a débuté dans six pays de la Région (Afrique du Sud, Botswana, Ethiopie, Ouganda, Tanzanie et Zimbabwe).

101

Les premières étapes pour la constitution d'un réseau africain des initiatives de prévention et contrôle des maladies non transmissibles (MNT) ont vu le jour. Une collaboration est établie entre le Bureau régional (AFRO) et l'Union européenne pour la surveillance et la prise en charge communautaire de la maladie hypertensive dans certains pays.

102

Santé bucco-dentaire

Les activités découlent de la Stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire de 1998. Le Bureau régional a poursuivi le plaidoyer et l'appui aux pays.

103

Quatre pays supplémentaires (Burkina Faso, Guinée, Maurice et Seychelles) ont formulé des politiques et/ou plans nationaux de santé bucco-dentaire.

104

La prestation des soins préventifs bucco-dentaires au sein des districts a été soutenue dans cinq pays (Bénin, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Guinée et Rwanda).

105

Un atelier de formation aux techniques de traitement reconstituant atraumatique (ART) a permis de former 34 participants venant de 16 pays (Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Erythrée, Ethiopie, Gambie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Rwanda, Seychelles, Sierra Leone et Swaziland).

106

Les centres collaborateurs de l'OMS dans la Région ont produit des documents didactiques en rapport avec la santé bucco-dentaire en général et les aspects liés au VIH/SIDA en particulier, à l'usage des professionnels et du grand public.

107

Une recherche a commencé sur l'efficacité et l'innocuité de l'usage des méthodes traditionnelles d'hygiène bucco-dentaire.

108

Concernant le noma, le Bureau régional propose, en plus d'un appui direct aux pays touchés, une intégration des méthodes de prévention, de détection précoce et de traitement dans la routine des activités de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

109



Santé et vieillissement (AHE)

110

Le projet de création d'un ensemble minimum d'informations à l'appui des politiques pour les sujets âgés s'est poursuivi dans quatre pays (Afrique du Sud, Ghana, Tanzanie, Zimbabwe) avec la collaboration du Siège. Cinq pays ont été assistés pour la formulation d'une politique nationale en faveur des personnes âgées (Gambie, Ghana, Nigéria, Sénégal et Togo). Enfin, 18 équipes de santé ont été formées dans le domaine des soins aux personnes âgées au Sénégal.

Orientations pour 2002-2003

111

Le travail normatif dans le domaine des maladies non transmissibles (MNT) se poursuivra et une méthodologie de mise en place d'un système de surveillance des maladies non transmissibles (MNT) est maintenant disponible. Une formation des points focaux nationaux et de certains experts à cette méthodologie a été planifiée pour permettre à 24 participants de sept pays (Algérie, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Mozambique, Sénégal et Zimbabwe) d'être initiés à la méthode et d'en commencer la mise en œuvre graduelle dans leurs pays respectifs, avec l'appui de l'OMS.

112

Pour l'exercice biennal prochain, les axes de travail suivants seront poursuivis: formulation de lignes directrices pour la prévention et le suivi des principales maladies non transmissibles (MNT), appui à la recherche opérationnelle concernant les maladies non transmissibles (MNT) et le noma.

Nutrition (NHD)

113

Au cours de cet exercice biennal, quatre axes prioritaires ont fondé la démarche: l'adoption et la mise en œuvre de programmes nationaux d'action pour la nutrition (PNAN), la lutte contre les carences nutritionnelles, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et la nutrition dans les situations d'urgence.

114

Deux réunions interpays (46 pays), organisées avec la FAO, ont analysé le suivi de la Conférence internationale sur la Nutrition et la mise en œuvre des plans nationaux d'action pour la nutrition (PNAN). Le Bureau régional a soutenu quatre pays (Comores, Burkina Faso, Seychelles, Togo) pour l'adoption de leur PNAN.

115

Le Bureau régional a appuyé six pays pour l'exécution d'enquêtes sur les carences en iode (Bénin, Burkina Faso, Mali, Togo, Gabon, Sao Tomé et Príncipe). Deux études de faisabilité de la fortification alimentaire ont été soutenues (en Guinée et en Mauritanie).

Une réunion consultative régionale, organisée avec l'UNICEF a analysé le projet de stratégie globale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Des propositions pertinentes, tenant compte du contexte africain, ont été faites. La cinquante et unième session du Comité régional avait endossé ces recommandations.

116

L'appui à la formation en allaitement maternel s'est poursuivi dans six pays (les cinq pays lusophones et la Guinée équatoriale). Enfin, plus de 80% des pays mènent des actions de sensibilisation contre les risques de transmission mère-enfant (MTCT) du VIH et environ 10 pays ont un programme global de prévention de la transmission mère-enfant (PMTCT).

117

Un atelier interpays sur les urgences nutritionnelles a été organisé en octobre 2001 pour les pays francophones.

118

Pour l'exercice biennal 2002-2003, les mêmes axes de travail seront maintenus avec un effort d'intégration des activités avec les programmes connexes et un partenariat actif avec les agences sœurs et les ONG telles que l'International Baby Food Action Network (IBFAN) et Helen Keller International (HKI).

119

Promotion de la santé (HPR)

Le programme de promotion de la santé se propose d'aider les pays à prendre en considération les déterminants globaux de la santé qui sous-tendent la lourde charge de morbidité dans la région.

120

La mise en œuvre du programme s'est concentrée sur: i) le renforcement des capacités nationales et régionales pour la formulation des programmes d'éducation pour la promotion de la santé; ii) l'appui aux pays pour la mise en place de programmes globaux d'éducation sanitaire à l'école; et iii) l'encouragement à la création de réseaux "Ecoles-santé".

121

Une stratégie régionale a été adoptée en septembre 2001 par le Comité régional. Un groupe d'experts africains a produit deux guides portant respectivement sur la formulation de politiques de promotion de la santé et sur la mise en place des Ecoles-santé.

122

Le Bureau régional a soutenu et coordonné la participation africaine à la Conférence mondiale sur la Promotion de la Santé qui a eu lieu en juin 2000 à Mexico.

123

Les missions et fonctions des fonctionnaires chargés de l'information et de la promotion de la santé dans les bureaux pays ont été revues à la lumière des orientations contenues dans la nouvelle stratégie régionale.

124



125

Un partenariat actif est entrepris avec des institutions régionales ou internationales: l'Université Moi du Kenya; l'Université du Zimbabwe; la Fondation pour la Recherche médicale en Afrique (AMREF); l'Union internationale pour la Promotion de la Santé; Education International; le CDC d'Atlanta.

126

Des points focaux nationaux ont été formés aux méthodes de formulation de programmes de promotion de la santé (Algérie, Angola, Bénin, Burundi, Gabon, Ghana, Guinée, Kenya, Maurice, Mozambique, Namibie, Sénégal, Afrique du Sud, Swaziland, Togo, Ouganda et Zambie).

127

La Guinée et le Zimbabwe ont bénéficié d'un appui pour initier des activités de promotion de la santé.

128

Quinze pays (Bénin, Burundi, Tchad, Gambie, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Maurice, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland, Seychelles et Togo) ont été appuyés pour la mise en oeuvre de l'initiative Ecoles-santé: formation de trente points focaux nationaux; diffusion d'un ensemble de documents. Enfin, neuf pays ont été appuyés financièrement pour la mise en oeuvre d'activités de promotion de la santé en milieu scolaire n'entrant pas dans le cadre de l'initiative Ecoles-santé.

129

Les orientations principales pour 2002-2003 resteront inchangées et comporteront un accent mis sur les approches interactives et participatives de promotion de la santé, notamment à travers l'éducation pour la santé, les politiques sociales et les actions pour la promotion d'un environnement favorable à la santé.

Incapacités et traumatismes: Prévention et réadaptation (DPR)

130

En dépit de ressources humaines et financières limitées, le programme a pu afficher un certain nombre de réalisations.

131

Ainsi, le Bureau régional a appuyé deux réunions sous-régionales de lancement de l'Initiative "Vision 2020" pour la prévention de la cécité. Quatre pays (Burkina Faso, Ghana, Tchad et Zimbabwe) ont reçu un appui en vue de la formulation de programmes de prévention de la cécité évitable.

Dans le domaine de la réhabilitation à base communautaire, vingt-deux participants venant de six pays ont été formés dans la gestion des programmes de réhabilitation à base communautaire (RBC). Six pays (Cap-Vert, République démocratique du Congo, Guinée équatoriale, Kenya, Madagascar et Mali) ont été appuyés pour la formulation et la mise en œuvre de programmes de RBC. De plus, quatre pays (Angola, République démocratique du Congo, Ethiopie et Mozambique) ont été assistés pour l'intégration des victimes des mines antipersonnel dans les programmes de réhabilitation à base communautaire (RBC).

132

Une analyse de situation concernant les handicaps physiques et/ou sensoriels a été conduite dans huit pays (Algérie, Congo, République démocratique du Congo, Gambie, Libéria, Mozambique, Seychelles et Sierra Leone)

133

Enfin, deux pays ont reçu un appui pour l'établissement d'un système de surveillance des traumatismes intentionnels et non intentionnels.

134

Pour le prochain exercice biennal, le programme sera dynamisé et axera son intervention sur la prévention de la violence et des traumatismes, la réhabilitation à base communautaire ainsi que la cécité.

135

Santé mentale (MEH)

La réponse aux besoins des pays s'est faite conformément à la stratégie régionale sur la santé mentale. Cette stratégie met l'accent sur l'intégration de la santé mentale, de la prévention et du contrôle de l'usage des drogues dans le système général de santé aussi bien dans le domaine de l'organisation des soins que de leur financement et des législations.

136

Toute la Région a célébré avec éclat la Journée mondiale de la Santé 2001 sur le thème "Non à l'exclusion, oui aux soins"; cette célébration a été rehaussée par la présence de la Directrice générale, au Kenya, en compagnie du Directeur régional.

137

Le Rapport sur la Santé dans le monde 2001 avait pour titre "La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs". La préparation de ce rapport s'est faite en étroite collaboration avec tous les pays et a permis de réunir d'innombrables informations qui ont été également publiées dans une première version d'un "Atlas des ressources consacrées à la santé mentale dans le monde".

138



MESURES MINIMALES EN FAVEUR DE LA SANTE MENTALE

Source: Rapport sur la santé dans le monde 2001

- 1 TRAITER LES TROUBLES AU NIVEAU DES SOINS PRIMAIRES**
- 2 RENDRE LES PSYCHOTROPES DISPONIBLES**
- 3 SOIGNER DANS LA COMMUNAUTÉ**
- 4 ÉDUCER LE GRAND PUBLIC**
- 5 ASSOCIER LES COMMUNAUTÉS, LES FAMILLES ET LES CONSOMMATEURS**
- 6 ADOPTER DES POLITIQUES, DES PROGRAMMES ET UNE LÉGISLATION AU NIVEAU NATIONAL**
- 7 DÉVELOPPER LES RESSOURCES HUMAINES**
- 8 ÉTABLIR DES LIENS AVEC D'AUTRES SECTEURS**
- 9 SURVEILLER LA SANTÉ MENTALE DES COMMUNAUTÉS**
- 10 SOUTENIR LA RECHERCHE**

139

Ces deux événements (Journée mondiale et lancement du Rapport sur la Santé dans le monde) ont été mis à profit pour élever le niveau de conscience sur les problèmes liés à la santé mentale et combattre la stigmatisation qui s'y rattache.

140

Un groupe d'experts en santé mentale a été constitué pour venir en appui aux pays dans la mise en œuvre de la stratégie régionale.

141

Plusieurs réunions interpays ont été consacrées au renforcement des capacités des coordinateurs des programmes de santé mentale au sein des ministères de la santé, des ONG et de différents partenaires engagés dans les activités de promotion de la santé mentale.

142

Un appui technique direct a été fourni à cinq pays (Angola, Guinée équatoriale, Mozambique, Sao Tomé et Príncipe et Tchad) pour l'élaboration de politiques, de plans stratégiques et de matériels de formation pour les personnels de santé.

143

Des activités en rapport avec la Campagne mondiale contre l'épilepsie ont été appuyées dans douze pays (Afrique du Sud, Cameroun, Ethiopie, Lesotho, Kenya, Mozambique, Ouganda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Togo et Zimbabwe). Certains Etats Membres engagés dans le projet "Nations pour la Santé mentale" ont également bénéficié d'un soutien du Bureau régional (Bénin, Ethiopie, Ghana, Mauritanie, Madagascar et Nigéria).

La réhabilitation psychosociale à base communautaire a fait l'objet de deux ateliers interpays et cinq pays ont reçu un appui financier pour la mise en œuvre de projets spécifiques (Angola, Burundi, République démocratique du Congo, Ouganda et Sierra Leone).

144

Le département de psychiatrie de l'université du Zimbabwe a reçu une aide dans le cadre de ses activités de prévention du suicide.

145

La période biennale 2000-2001 a été utilisée à bon escient pour inclure la santé mentale dans l'agenda des programmes de santé de la majorité des pays de la Région. Il est important de garder cet élan et de le renforcer afin de poursuivre la lutte contre l'exclusion et la stigmatisation du désordre mental.

146

Abus de drogues (SAB)

Les efforts du Bureau régional se sont orientés dans deux directions: le renforcement du programme de lutte contre le tabac et la prévention et la lutte contre l'abus de substances psycho-actives.

147

Programme de lutte anti-tabac

Dans le domaine de la lutte anti-tabac, plusieurs réunions interpays ont abordé les problèmes de législation, de formulation de politiques et programmes, de collecte de données et de recherche.

148

A Nairobi, en octobre 2000, les parlementaires anglophones ont emboîté le pas à leurs homologues francophones plaidant pour la formulation de législations fortes dans leurs pays respectifs et pour la mise en réseau entre eux et avec les ONG afin d'appuyer le processus d'élaboration de la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT).

149

Dans ce domaine de la CCLAT, le groupe africain a développé une démarche consensuelle grâce à des consultations régionales précédant les négociations intergouvernementales. C'est ainsi que deux réunions ont été organisées par l'Afrique du Sud et l'Algérie respectivement. Elles ont passé en revue les projets de documents inscrits pour la discussion par «l'Organe intergouvernemental de Négociation» et ont atteint un consensus qui a grandement facilité une position africaine commune lors des négociations.

150

Le Bureau régional a mis en place un site Internet d'informations sur le programme régional de lutte contre le tabac et développé une base de données qui permettra d'obtenir les profils de chaque pays dans le domaine de la production, la consommation, la législation et les problèmes de santé relatifs au tabac.

151

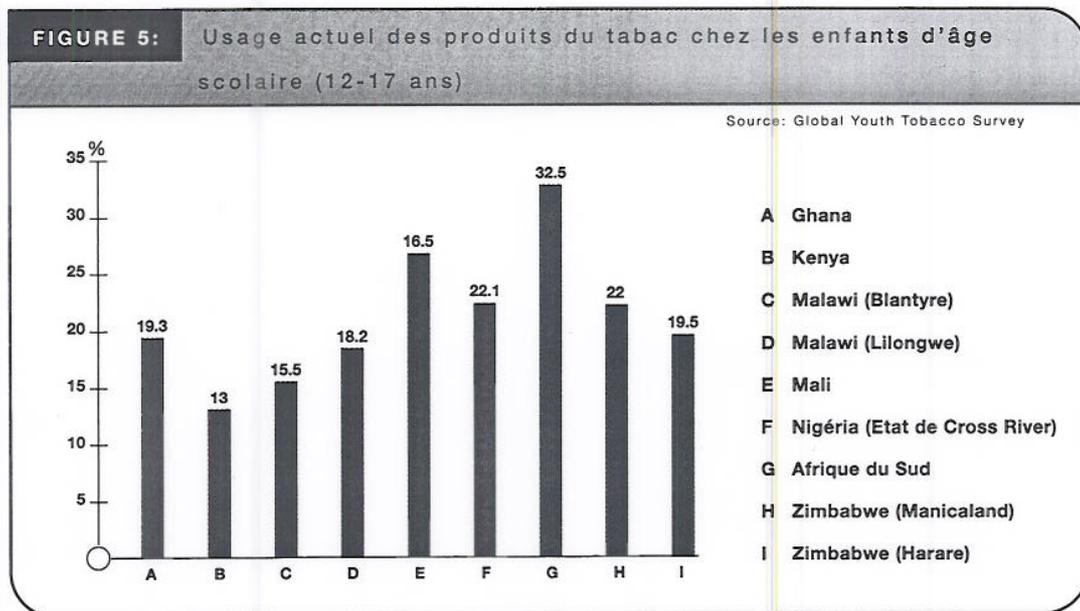


152

Vingt-deux pays ont été appuyés pour l'organisation d'une enquête sur le tabagisme des jeunes en milieu scolaire, utilisant une méthodologie standardisée que les pays appliquent soit à un échantillon national des écoles, soit à un échantillon régional. Des résultats préliminaires préoccupants sont déjà disponibles. On apprend par exemple que 13 à 32% des jeunes de 12 à 17 ans consomment couramment des produits du tabac (voir Figure 5). Il s'avère aussi qu'une proportion moyenne de 16% de ces jeunes se sont vus offrir gratuitement des cigarettes par des représentants de compagnies de tabac.

153

Plusieurs pays tels que le Botswana, le Kenya, le Lesotho, la Namibie, l'Ouganda, le Rwanda et le Togo ont soit introduit des projets de loi anti-tabac au parlement, soit entamé le processus de préparation de telles lois. Trois villes africaines situées respectivement au Botswana, en Gambie et aux Seychelles ont reçu un prix de l'OMS pour avoir contribué à assurer des espaces publics sans tabac.



154

Le Bureau régional a renforcé sa collaboration avec le CDC d'Atlanta, la Banque mondiale, le Bureau international du Travail et l'OUA.

155

Pour l'exercice biennal en cours, les efforts seront maintenus autour des mêmes axes prioritaires, notamment le soutien à l'élaboration d'une Convention cadre forte qui protège la santé des individus tout en tenant compte des aspects économiques qui pourraient se poser à certains pays gros producteurs de tabac.

Dans le cadre de l'Initiative globale sur la Prévention primaire de l'abus de drogues chez les jeunes, un appui a été fourni à l'Afrique du Sud, la Tanzanie et la Zambie. Une formation d'agents communautaires provenant de 75 ONG et de départements gouvernementaux a été assurée dans le domaine du développement, de la gestion et de l'évaluation d'interventions de prévention d'un bon rapport coût/efficacité. Vingt et une ONG ont reçu une aide pour la formulation de projets pilotes sur la prévention de l'abus de drogues.

156

Deux pays en situation post-confliktuelle, le Libéria et la Sierra Leone, ont bénéficié d'un appui pour l'organisation d'activités de prévention de l'abus de drogues. Quatre autres pays ont reçu un appui technique pour initier des campagnes de sensibilisation relatives à la prévention de l'abus de drogues.

157

Les perspectives pour 2002-2003 s'articulent autour de la continuation des actions en cours et de la conduite d'études d'analyse de situation et de mise en place d'interventions de prévention dans le domaine de l'abus de substances psycho-actives.

158

Santé de la famille et santé génésique

Au cours de la période biennale, l'appui accordé aux Etats Membres a été axé sur la promotion de la santé génésique de la famille, de la femme, de l'homme, de l'adolescent et de l'enfant. L'accent a été mis en particulier sur le renforcement des capacités, la recherche, l'élaboration de programmes et l'amélioration de la prestation de services. Ce soutien a été possible grâce à la contribution de quatre domaines d'activité: Recherche et élaboration de programmes dans le domaine de la santé génésique (y compris la formation en santé génésique et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant); Pour une grossesse à moindre risque; Santé de l'enfant et de l'adolescent; Santé et développement de la femme (y compris les Aspects sociaux de la santé de la famille et de la santé génésique).

159

Recherche et élaboration de programmes en santé génésique (RHR)

Pour de nombreuses personnes dans la Région, l'accès à des soins de santé génésique de qualité reste un mirage. En dépit des nombreuses études réalisées par des institutions et des particuliers, les résultats de la recherche ne sont pas utilisés pour l'élaboration de politiques et de programmes. Les difficultés d'accès ont été aggravées par l'épidémie de VIH/SIDA, qui a accru l'incidence de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Par conséquent, la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales atteignent des niveaux inacceptables.

160



161

Dans ce contexte, le domaine d'activité couvrant la recherche et l'élaboration de programmes en matière de santé génésique a fourni un appui à 22 Etats Membres³ pour entreprendre des recherches et en exploiter les résultats. Les Etats Membres ont reçu des orientations sur la collecte, l'examen, l'analyse et l'utilisation des données existantes, ce qui a abouti à la compilation de données essentielles pour la confection d'une cartographie de la mortalité maternelle dans la Région.

162

Le rôle de la recherche épidémiologique et opérationnelle en tant qu'outil stratégique pour la résolution des problèmes a été renforcé avec le concours des institutions de formation, des réseaux de recherche et des centres collaborateurs de l'OMS. L'Unité de santé génésique de l'Université de Witswatersrand à Johannesburg (Afrique du Sud) a été recommandée au Comité mondial de sélection en vue de son admission comme centre collaborateur pour la recherche en reproduction humaine.

163

Les institutions de recherche de 12 pays⁴ ont été informées des priorités fixées pour la recherche en santé génésique, la diffusion des résultats et leur utilisation dans le cadre de l'élaboration des politiques et des programmes. Des discussions techniques avec des chercheurs de sept pays⁵ ont stimulé la recherche sur les opérations à assise communautaire destinées à réduire la mortalité maternelle et néonatale. Vingt experts de dix pays⁶ se sont réunis au Ghana pour examiner et harmoniser les indicateurs de la santé reproductive pour la Région. Les indicateurs mondiaux ont été conservés et 13 indicateurs de processus ont été recommandés.

164

L'évaluation des besoins en santé génésique a bénéficié d'un appui au Lesotho et au Libéria et des plans nationaux pour la santé de la reproduction ont été élaborés au Malawi et au Kenya.

165

Le Zimbabwe a bénéficié d'un appui pour la mise au point d'un instrument destiné aux enquêtes périnatales. Des enquêtes maternelles, périnatales et néonatales ont été menées en Gambie et au Swaziland et les résultats ont été utilisés pour élaborer des plans stratégiques nationaux. Une évaluation de la contribution de la population masculine en matière de santé génésique dans la Région a été menée dans 12 pays et les résultats ont été présentés à la Réunion mondiale des conseillers régionaux chargés de la santé génésique.

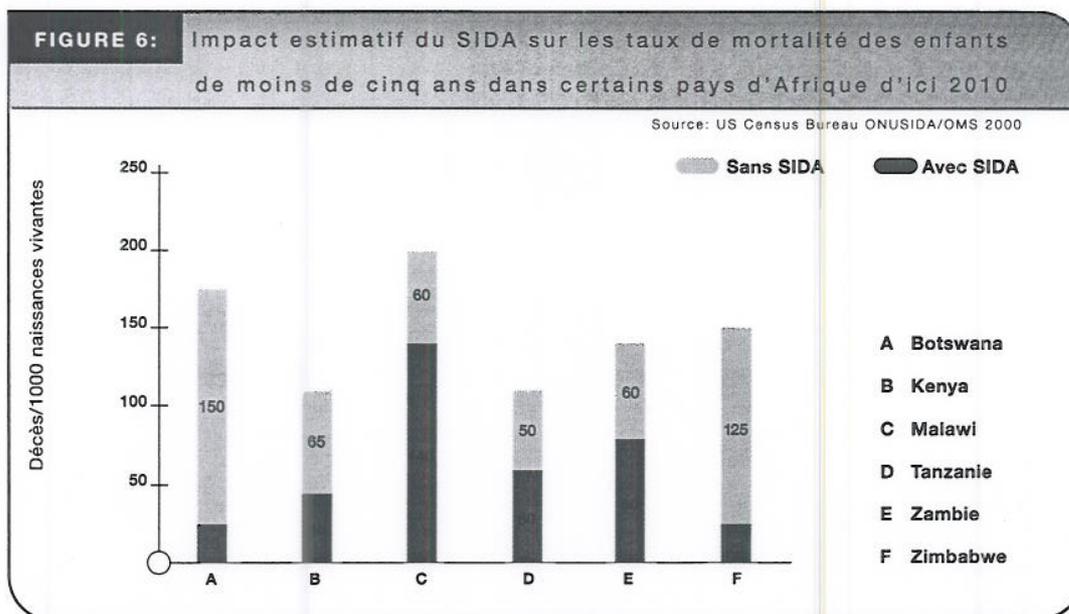
³Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Afrique du Sud, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

⁴Afrique du Sud, Bénin, Cameroun, Ethiopie, Guinée, Kenya, Nigéria, Sénégal et Zimbabwe.

⁵Kenya, Malawi, Nigéria, Ouganda, Afrique du Sud, Zambie et Zimbabwe.

⁶Ghana, Guinée, Cameroun, Côte d'Ivoire, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Sénégal et Zimbabwe.

La prévalence du VIH chez les enfants est un problème croissant en Afrique subsaharienne où vivent près de 80% de tous les enfants infectés. Les projections effectuées par l'ONUSIDA laissent apparaître que la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans augmentera si aucune mesure n'est prise (Figure 6). Etant donné que, le plus souvent, l'enfant contracte l'infection à VIH par sa mère, un haut niveau de priorité a été donné à la prévention de la transmission mère-enfant.



Les réalisations enregistrées en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont été les suivantes:

- a la formation de nationaux de 11 pays⁷ à l'intégration de la santé génésique et du VIH/IST, y compris la formation à la double protection;
- b le renforcement de la capacité des laboratoires de 20 pays en matière de diagnostic;
- c la mise au point et l'essai sur le terrain d'un module de formation sur la clarification des valeurs pour les agents de santé et les travailleurs sociaux;
- d la mise au point et l'essai sur le terrain au Zimbabwe d'un protocole d'évaluation des besoins et d'instruments de soutien psychosocial pour les femmes enceintes infectées par le VIH et leur famille;

⁷Burkina Faso, République centrafricaine, Ethiopie, Ghana, Kenya, Mali, Ouganda, Afrique du Sud, Togo, Zambie, Zimbabwe.



- e la production d'une série de quatre guides cliniques pour la prise en charge de la femme enceinte séropositive; ces guides portent sur les soins prénatals, les soins lors du travail et de l'accouchement, le dépistage volontaire et les conseils, et sur les soins post-partum pour la mère et le nourrisson;
- f la fourniture d'un appui à neuf pays⁸ pour la mise en oeuvre de projets pilotes dans le domaine de la prévention de la transmission mère-enfant; la mise au point ou la révision de propositions dans cinq pays⁹ pour la mise en oeuvre d'interventions ou l'intégration des activités touchant à la transmission mère-enfant dans les services de santé génésique;
- g la mise au point d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation de la prévention de la transmission mère-enfant dans le cadre du système d'information sanitaire national;
- h l'élaboration en cours d'un document de stratégie à l'intention des décideurs et des administrateurs de programmes pour la conception de programmes nationaux relatifs à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Pour une grossesse à moindre risque (MPS)

168

L'initiative *Pour une grossesse à moindre risque* porte sur cinq pays de la Région: l'Ethiopie, la Mauritanie, le Mozambique, le Nigéria et l'Ouganda. En novembre 2000, la réunion d'orientation interpays sur le thème *Pour une grossesse à moindre risque* a examiné la situation de la mortalité maternelle dans les pays visés par l'initiative MPS, identifié les causes majeures de mortalité maternelle et les principales contraintes pour la réduction de celle-ci; les premiers projets de plans d'action ont été finalisés lors d'une réunion interpays tenue en mai 2001. Par la suite, les activités suivantes ont bénéficié d'un appui:

- a évaluation des besoins en soins obstétricaux d'urgence en Ethiopie, en Mauritanie, au Nigéria et en Ouganda;
- b formation de prestataires de soins aux techniques vitales en Mauritanie, au Nigéria et en Ouganda;
- c achat d'équipements et de fournitures pour les soins obstétricaux d'urgence (y compris l'équipement et les fournitures pour les banques du sang) en Mauritanie, au Mozambique et au Nigéria;

⁸Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Kenya, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

⁹Afrique du Sud, Ethiopie, Lesotho, Malawi, Nigéria.

- d renforcement du système d'orientation/recours grâce à la mise en place d'un système de communication radio dans les districts d'Ouganda qui participent aux activités Pour une maternité à moindre risque; achat d'ambulances pour l'Ethiopie, la Mauritanie, le Nigéria et l'Ouganda;
- e publication de "Vers la Maternité sans risque" qui traite des trois retards entravant la réduction de la mortalité maternelle.

Pour renforcer les partenariats en vue d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle au niveau des pays, le Bureau régional a organisé en octobre 2001 une consultation à Kampala (Ouganda). Y ont participé soixante-dix partenaires provenant d'organismes de développement multilatéraux et bilatéraux, d'institutions gouvernementales et d'ONG de neufs pays¹⁰ africains. Les équipes de pays ont élaboré et se sont engagées à mettre en œuvre des cadres d'action nationaux qui mettent l'accent sur les domaines prioritaires pour la prochaine période biennale. Ceux-ci comprenaient la lutte contre le paludisme au cours de la grossesse. Une étape majeure a été ainsi franchie en ce qui concerne la programmation de partenariats.

169

Le plaidoyer est l'un des principaux piliers de l'initiative Pour une grossesse à moindre risque. L'instrument de plaidoyer "REDUCE" utilise les meilleures données nationales disponibles sur la santé maternelle et néonatale pour établir des projections concernant la survie et l'impact sanitaire et économique de la morbidité et de la mortalité maternelles. Cet outil permet également de prédire les gains économiques éventuels pour le pays si l'on met en œuvre des interventions efficaces basées sur des données factuelles, grâce à l'initiative Pour une grossesse à moindre risque.

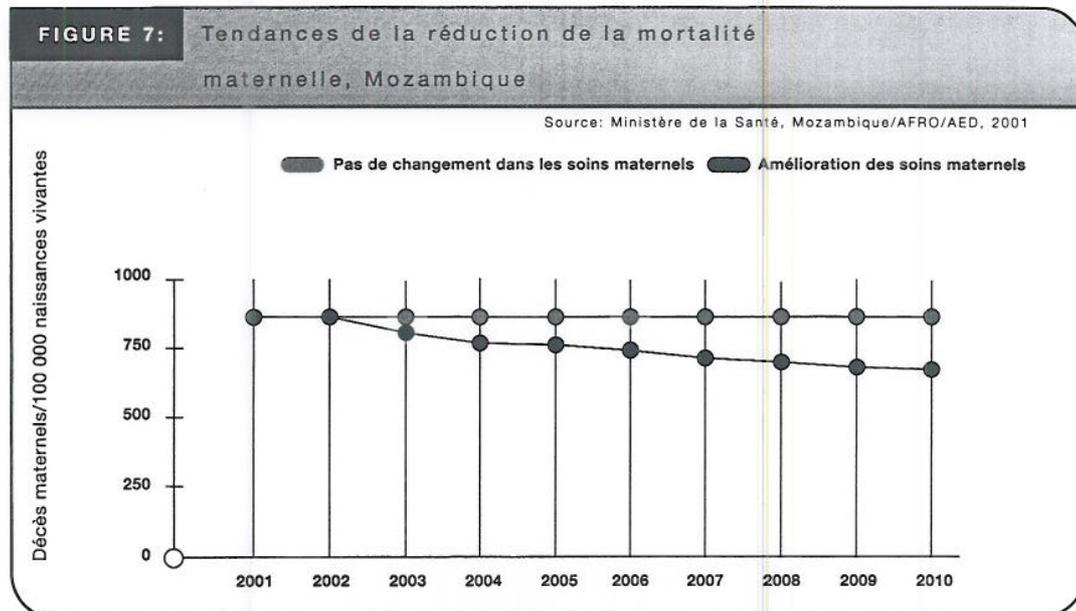
170

La Figure 7 ci-après illustre deux scénarios élaborés à partir d'une analyse de la charge de morbidité imputable à une mauvaise santé maternelle au Mozambique. La ligne bleue montre les tendances de la mortalité maternelle lorsqu'aucune intervention n'est mise en oeuvre. La ligne rouge représente la baisse projetée si des interventions efficaces basées sur des données factuelles sont mises en oeuvre.

171

¹⁰Ethiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mauritanie, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Tanzanie.





172

Au Nigéria, l'instrument de plaidoyer "REDUCE" a permis d'établir que si des efforts supplémentaires n'étaient pas entrepris pour améliorer la santé maternelle, le pays subirait des pertes économiques estimées à US \$341 millions sur une période de dix ans en raison d'une perte de productivité liée à la morbidité et à la mortalité maternelles. En revanche, si des interventions basées sur des faits établis étaient mises en application, le Nigéria gagnerait US \$536 millions au cours de la même période.

173

Compte tenu de la nécessité de fournir aux pays des outils et des normes appropriés en matière de soins maternels et du nourrisson, une consultation régionale a été organisée pour examiner le contenu des outils relatifs à *la Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement* et leur applicabilité en Afrique. Un addendum qui tient compte des conditions épidémiologiques et de travail spécifiques régnant dans la Région a été préparé pour accompagner le manuel portant sur la *prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement*.

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

174

Au cours de la période biennale, le domaine d'activité *Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent* a fait des progrès importants en ce qui concerne les soins du nourrisson ainsi que la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent.

- 1 LES 18 ÉTABLISSEMENTS ÉVALUÉS N'AVAIENT PAS DE MOYENS DE RÉANIMATION VITAUX, TELS QUE SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE, MASQUES RESPIRATOIRES
- 2 APPROVISIONNEMENT IRRÉGULIER EN MÉDICAMENTS ESSENTIELS ET D'URGENCE POUR LES MÈRES ET LES NOUVEAU-NÉS
- 3 SERVICES DE LABORATOIRE INSUFFISANTS DANS 88% DES ÉTABLISSEMENTS
- 4 SYSTÈMES DE COMMUNICATION ET DE TRANSPORT INSATISFAISANTS ENTRE LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE SOINS
- 5 MESURES DE PRÉVENTION ET DE LUTTE INADÉQUATES; SURVEILLANCE INSUFFISANTE DES INFECTIONS
- 6 PERSONNEL DÉMORALISÉ

Une évaluation des soins et de la prise en charge du nourrisson a été effectuée dans 18 établissements de santé de sept pays "en ayant recours à un outil élaboré par des experts africains (voir Encadré). Par la suite, ces pays ont reçu une formation et des fonds pour un équipement et des fournitures rudimentaires mais essentiels.

175

Des délégués de 28 pays africains ont reçu une formation sur la prévention des abus sexuels contre les enfants. On a souligné à cette occasion l'importance d'une étroite coopération entre les services de santé, de justice, de police et d'assistance sociale en tant qu'approche stratégique, ainsi que l'intérêt de la participation communautaire.

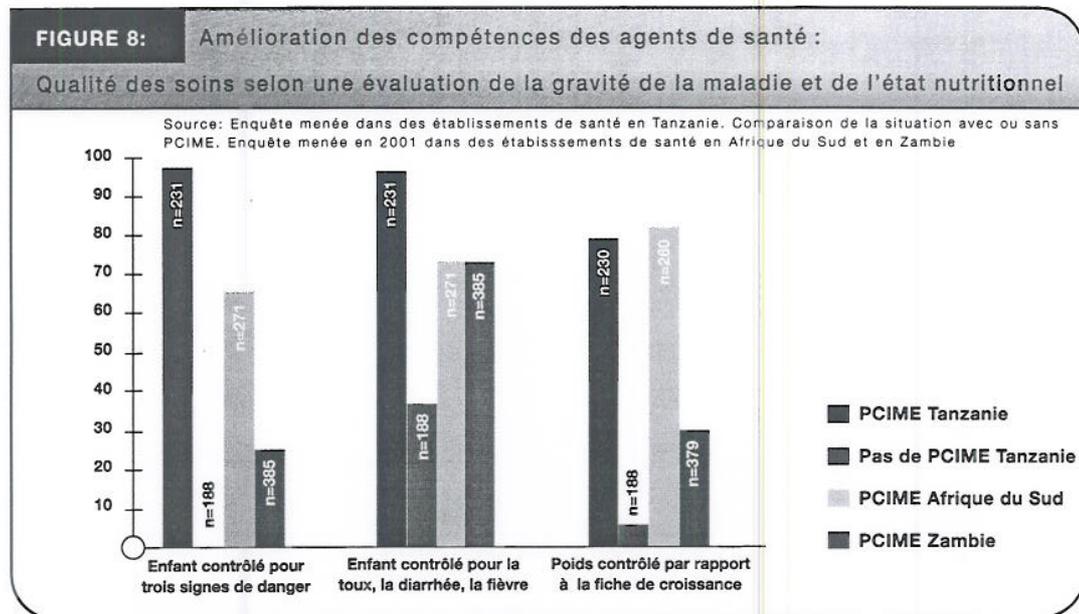
176

En ce qui concerne la *prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)*, 40 pays sur 46 l'ont déjà adoptée, à la suite de la résolution AFR/RC49/R4 qui demandent instamment aux Etats Membres d'accélérer la mise en œuvre de cette stratégie. En fait, ils ont commencé à l'intégrer dans leurs systèmes de santé nationaux. Actuellement, six pays se trouvent dans la phase de lancement, 22 en sont au stade initial de la mise en oeuvre et 12 ont atteint la phase d'expansion. La PCIME a été également mise en oeuvre dans tous les districts des 11 pays qui enregistrent 80% de la mortalité juvénile dans la Région. Des enquêtes menées dans des établissements de santé en Afrique du Sud, en Tanzanie et en Zambie montrent dans quelle mesure les soins destinés aux enfants de moins de cinq ans ont pu être améliorés grâce à la mise en oeuvre de la PCIME (Figure 8)

177

¹¹Burundi, Ethiopie, Mauritanie, Namibie, Nigéria, Ouganda et Swaziland





178

Compte tenu de l'augmentation constante de la prévalence du VIH chez les enfants, une étude a été menée pour savoir s'il fallait inclure le VIH/SIDA dans le matériel PCIME. Les résultats de cette méthode ont été diffusés et 10 pays ont déjà intégré le VIH/SIDA dans la PCIME. Le Bureau régional a également fourni à 25 pays des orientations sur les politiques relatives à l'alimentation du nourrisson dans le cadre de la lutte contre le VIH et a organisé des cours sur l'allaitement maternel planifié et les conseils à donner pour l'alimentation du nourrisson infecté par le VIH. On a par ailleurs favorisé la pérennisation de la mise en oeuvre de la PCIME par l'introduction de cette stratégie dans les programmes de formation initiale.

179

Des participants originaires de 17 pays ont contribué à l'élaboration de la *Stratégie régionale portant sur la santé et le développement de l'adolescent*.

180

Une consultation régionale sur les services de santé à l'écoute des adolescents organisée à Harare pour améliorer la qualité des services de santé destinés aux adolescents, a abouti à une déclaration régionale consensuelle sur les services de santé conviviaux pour les adolescents. Elle a regroupé des chercheurs et des administrateurs de 14 pays¹². Le Botswana et le Lesotho ont reçu un appui technique pour développer les services de santé à l'écoute de l'adolescent. Ce soutien comprenait une évaluation des centres pilotes et des dispensaires, la formation d'agents de santé et la réalisation de recherches. Des lignes directrices sont en cours d'élaboration pour la formation des agents de santé au Lesotho.

¹²Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe

Les actions ci-après ont été menées en collaboration avec le Siège:

181

- a recrutement d'un consultant pour le programme Santé de l'adolescent afin de faciliter la mise en oeuvre de la stratégie régionale;
- b élaboration et utilisation de modules pour la formation des formateurs dans le domaine des services de santé à l'écoute des adolescents en Guinée, au Mali et au Sénégal, et pour la formation des agents de santé au Botswana;
- c organisation, dans le cadre de la Campagne mondiale contre le SIDA 2000-2001 et en collaboration avec l'ONUSIDA, d'une consultation régionale pour identifier les approches actuelles de la recherche et de la programmation en vue de promouvoir la santé et le développement de l'adolescent et du jeune homme. Un document technique a été élaboré à ce sujet pour guider les Etats Membres.

Pour renforcer les capacités et garantir la pleine participation de la jeunesse à la planification, à la mise en oeuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes de santé de l'adolescent, 30 jeunes venant du Cameroun, du Lesotho, du Kenya, du Malawi, du Mozambique et de Zambie ont été formés à la méthodologie de la recherche opérationnelle et à la rédaction de propositions de projets. Six propositions ont ainsi été élaborées en ce qui concerne le VIH/SIDA chez les jeunes en milieu rural au Cameroun; la grossesse chez l'adolescente (Lesotho); les facteurs encourageant les comportements favorables à la santé chez les jeunes (Kenya); les avortements non médicalisés chez les jeunes filles (Malawi); l'exploitation sexuelle chez les jeunes (Mozambique) et la toxicomanie chez les jeunes (Zambie). Le Bureau régional a fourni un appui pour la collecte des données et leur analyse.

182

Sept pays¹³ ont examiné les approches de la promotion de la santé et le développement de l'autonomie fonctionnelle dans les programmes de santé de l'adolescent. Par la suite, une carte régionale des programmes d'autonomie fonctionnelle a été établie. Un programme d'étude portant sur la santé de l'adolescent et devant être intégré dans la formation aux soins infirmiers et obstétricaux est en cours d'élaboration.

183

Afin d'aider les Etats Membres à mettre en oeuvre la composante santé de la Convention relative aux droits de l'enfant et de la *Charte africaine sur les droits et le bien-être de l'enfant*, un séminaire d'orientation sur l'approche des programmes de santé de l'enfant fondée sur les droits a été organisé pour le personnel du Bureau régional. Un séminaire analogue a été réalisé en Gambie pour le personnel travaillant au niveau des pays, en utilisant la stratégie de la PCIME comme base pour l'analyse de l'approche.

184

¹³Afrique du Sud, Kenya, Lesotho, Mozambique, Swaziland, Zambie et Zimbabwe



Santé et Développement de la Femme (WMH)

185

Au cours de la période biennale, le domaine d'activité *Santé et Développement de la Femme (WMH)* a permis de commencer à collecter des données sur la santé et le statut social de la femme. Afin d'établir le profil de la santé et du développement de la femme, un instrument a été mis au point, à l'aide d'indicateurs de base, pour l'évaluation et la planification de la santé et du développement (APT/WMH). Cet instrument a été testé et révisé dans 15 pays¹⁴. En décembre 2001, une consultation interpays a permis de recueillir des rapports provenant des pays, qui seront rassemblés pour faire le point de la situation dans la Région africaine. Le Ghana a bénéficié d'un appui pour l'élaboration et la mise en oeuvre de sa politique sur la santé de la femme.

186

Afin d'amorcer la mise en place d'un groupe d'experts régionaux sur la sexospécificité et la santé, deux personnes originaires du Mali et du Zimbabwe ont bénéficié d'un appui financier pour un cours de leadership sur la sexospécificité et la santé génésique. Un réseau a été mis en place, qui comprend quatre ONG nationales et internationales, à savoir: le "Women's Health Project" de l'Afrique du Sud, le "Masses Project" du Zimbabwe, l'Association malienne pour la prévention des pratiques traditionnelles néfastes et l'Association internationale des femmes médecins d'Afrique. Au cours de la période biennale, la démarginalisation des femmes a été incorporée dans les programmes d'activités aux niveaux régional et mondial.

187

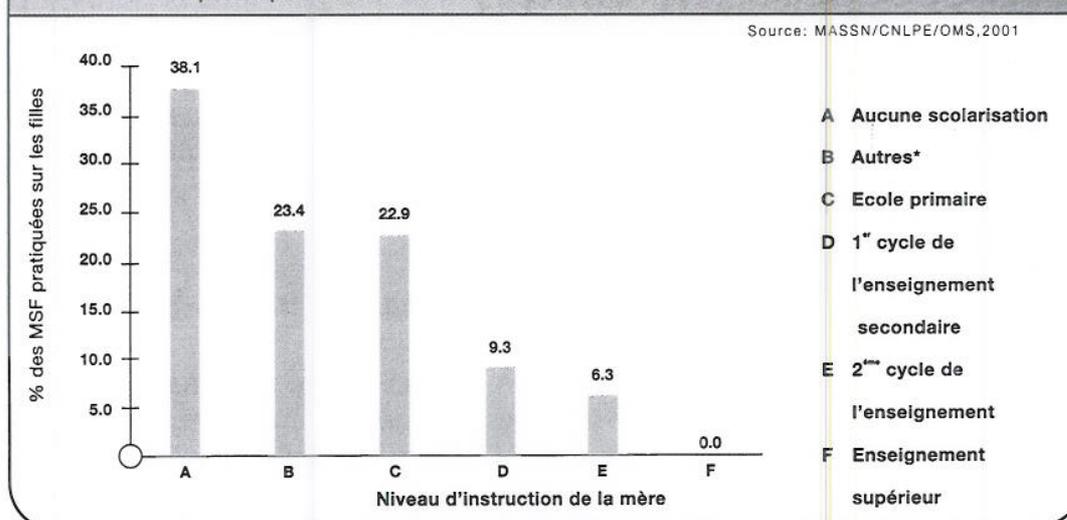
La violence à l'égard des femmes et des enfants est devenue un problème majeur de santé publique. Un appui a été fourni au Lesotho, au Mozambique et à la Tanzanie pour permettre à ces pays de bien comprendre les problèmes liés à ce type de violence. La traite des êtres humains, qui concerne surtout les femmes et les enfants, est en progression dans le monde entier et en particulier dans la Région africaine. Des discussions sur le rôle de l'OMS dans ce domaine ont été engagées.

188

Les mutilations sexuelles féminines (MSF), qui demeurent l'une des pratiques traditionnelles les plus nuisibles, sont encore largement pratiquées dans 27 pays de la Région. Cependant, de nombreux pays ont pris des mesures concrètes pour les éliminer. Au Mali et au Burkina Faso, un financement a été accordé pour des études portant sur les déterminants sociaux des mutilations sexuelles féminines. Les premiers résultats d'une étude menée au Burkina Faso sur 1861 femmes en âge de procréer montrent que l'incidence des mutilations sexuelles féminines chez la fillette est inversement proportionnelle au niveau d'instruction de la mère (Figure 9)

¹⁴Afrique du Sud, Botswana, Cap-Vert, Ethiopie, Ghana, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Seychelles, Tanzanie, Tchad et Zimbabwe

FIGURE 9: Incidence du niveau d'instruction de la mère sur la pratique des MSF sur les fillettes au Burkina Faso¹⁵



En collaboration avec le Siège, le Bureau régional a apporté un appui au Burkina Faso, au Cameroun, au Ghana, au Kenya et au Nigéria pour la mise en place d'un groupe national de collaboration multidisciplinaire sur la prévention des mutilations sexuelles féminines et les soins aux victimes. L'initiative a été étendue à cinq autres pays: Mali, Niger, République démocratique du Congo, Tanzanie et Tchad. Une base de données régionale sur les pratiques traditionnelles nuisibles et les mutilations sexuelles féminines a été mise en place. Elle couvrira 15 pays¹⁶

189

Le Bureau régional a accueilli l'Atelier mondial sur la diffusion des matériels de formation relatifs à l'élimination des mutilations sexuelles féminines, organisé à l'intention du personnel infirmier et des sages-femmes. Il a permis à soixante-cinq participants de 15 pays d'Afrique et de deux pays de Méditerranée Orientale d'échanger des données d'expérience avec des experts venus des régions Europe et Méditerranée Orientale de l'OMS. Certaines équipes de pays ont élaboré des plans d'action pour introduire des matériels de formation sur l'élimination des mutilations sexuelles féminines dans les programmes d'études relatifs aux soins infirmiers et obstétricaux, et pour suivre et évaluer la mise en oeuvre.

190

¹⁵Etude sur la prévalence de l'excision au Burkina Faso: Rapport provisoire. Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale (MASSN), Comité national de lutte contre les mutilations sexuelles féminines et Organisation mondiale de la Santé (OMS), Burkina Faso, 2001.

(*) Ecole coranique et alphabétisation fonctionnelle.

¹⁶Burkina Faso, Cameroun, Ethiopie, Erythrée, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Tanzanie et Sénégal.



191

Le Bureau régional a également pris part au Forum Vision 2010 au Mali. Par ailleurs, huit Premières dames d'Afrique ont approuvé "la Déclaration de Bamako 2001 sur le plaidoyer pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest". Un appui a été fourni au Zimbabwe pour lui permettre d'étendre au district de Bubi l'expérience menée en vue de réduire de la pauvreté dans le district de Chivi, et de recueillir des données sur l'utilisation de l'alphabétisation fonctionnelle des femmes et de l'économie viable comme un moyen de promouvoir la santé.

Milieus favorables à la santé et développement durable

192

La Division des Milieux favorables à la santé et développement durable couvre trois domaines d'activité: salubrité des aliments, protection de l'environnement humain, et santé et développement durable. L'accent est mis sur la gestion de la corrélation entre alimentation, environnement, développement et santé. L'action menée vise un double objectif: réduire les risques pour la santé et promouvoir des milieux favorables à la santé dans le cadre d'un développement durable. Dans cette optique, la réduction de la pauvreté est considérée comme un phénomène multidimensionnel ayant un impact sur toutes les activités menées dans ces trois domaines.

Salubrité des aliments (FOS)

193

La pauvreté est la principale cause de la consommation d'aliments non salubres. D'autres facteurs tels que la faiblesse des structures institutionnelles, la pression démographique, la libéralisation des échanges et la dégradation de l'environnement ne font qu'exacerber la situation. La salubrité des aliments est un problème de santé publique dans la Région africaine et malgré l'absence de données scientifiques exactes sur les maladies d'origine alimentaire, on peut affirmer sans risque de se tromper que la situation s'aggravera inéluctablement si les tendances actuelles se poursuivent.

194

Devant l'accroissement des taux de morbidité et de mortalité imputables aux mauvaises conditions de salubrité et d'hygiène alimentaires, et afin de mieux appuyer pour aider les Etats Membres à s'attaquer aux problèmes y afférents, le Bureau régional a récemment renforcé son programme de salubrité des aliments en améliorant ses capacités dans ce domaine (recrutement de personnel technique) et en créant deux sous-programmes, l'un pour la salubrité des aliments et l'hygiène alimentaire, et l'autre pour l'alimentation, la santé et le développement.

Quelques activités seulement ont bénéficié d'un appui au cours de la période biennale écoulée, notamment parce que le domaine d'activité relatif à la Salubrité des aliments n'est devenu opérationnel qu'en juillet 2001. Des graves contraintes financières ont également limité l'appui financier et technique qui aurait pu être apporté aux pays. Cependant, le Bureau régional a fourni un soutien technique pour l'évaluation de l'impact des additifs pour boissons¹⁷, et appuyé la formation de marchands ambulants à la manipulation hygiénique des aliments¹⁸. En outre, le Bureau régional a participé activement aux réunions régionales du CODEX Alimentarius tenues en Afrique.

195

Dans un proche avenir, le Bureau régional redoublera d'efforts pour tirer parti de la prise de conscience accrue par le public des problèmes liés à la salubrité des aliments et à l'hygiène alimentaire. Des ressources et des compétences techniques supplémentaires seront en outre mobilisées pour ce domaine qui constitue une priorité mondiale pour l'OMS. Il va falloir néanmoins intensifier les efforts de sensibilisation pour que les décideurs et les populations soient parfaitement informés des risques pour la santé liés à l'alimentation. Les pays devront renforcer sensiblement leurs institutions et leurs capacités pour s'attaquer à ce problème; le Bureau régional devra également accroître ses capacités techniques pour trouver une solution efficace à ce problème de santé publique.

196

Pour obtenir de plus amples informations sur l'origine et l'ampleur des maladies d'origine alimentaire dans la Région africaine, une analyse de la situation en matière de salubrité des aliments et d'hygiène alimentaire sera menée dans la Région au cours de la prochaine période biennale. En outre, le Bureau régional s'efforcera d'élaborer une approche relative aux systèmes de surveillance des maladies d'origine alimentaire, pour que ceux-ci deviennent une partie intégrante des systèmes nationaux de surveillance épidémiologique. Etant donné que la vente d'aliments dans la rue est très répandue dans la Région et que les produits ainsi vendus sont consommés par des millions de citoyens, des matériels de formation seront mis au point pour promouvoir la manipulation hygiénique des aliments par les marchands ambulants. Enfin, des activités de plaidoyer pour la salubrité des aliments et l'hygiène alimentaire seront menées de manière constante.

197

¹⁷Le Mali a bénéficié d'une assistance technique pour évaluer l'impact sur la santé des additifs pour boissons.

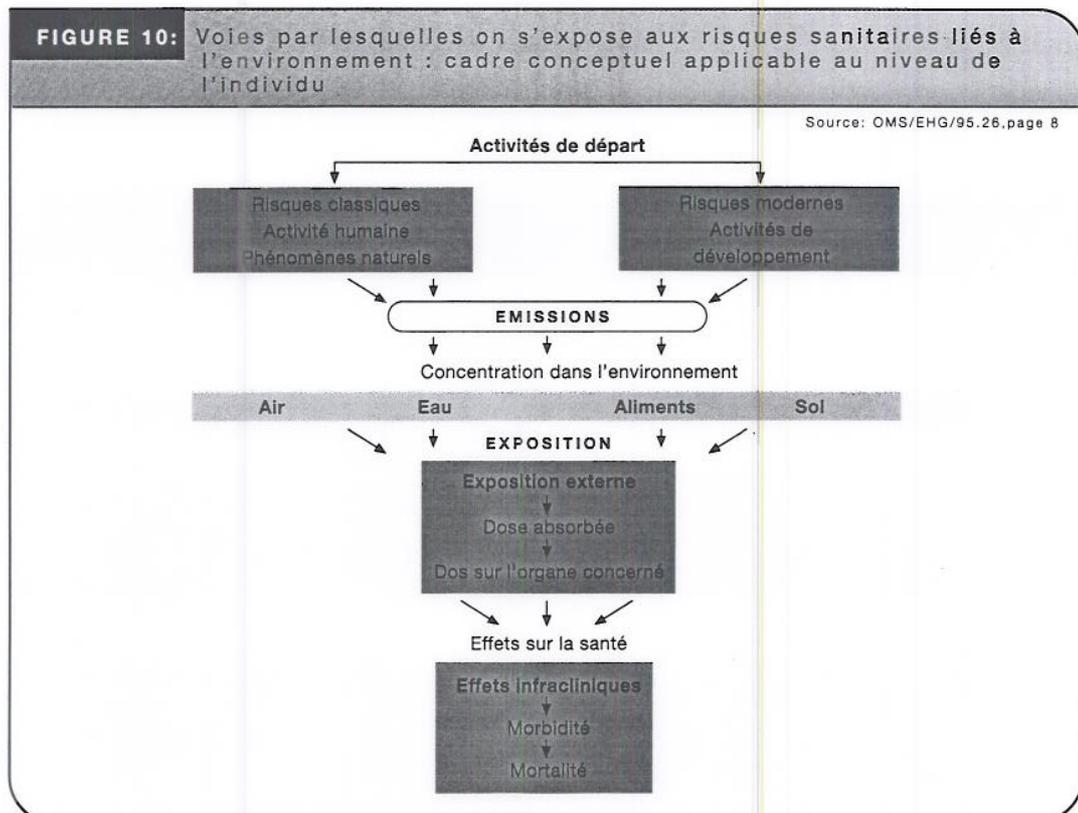
¹⁸Des marchands ambulants ont reçu une formation sur la manipulation hygiénique des aliments au Ghana.



Protection de l'environnement humain (PHE)

198

Dans la Région africaine, la dégradation de l'environnement continue à affecter sérieusement la santé. A l'aube du 3ème millénaire, on constate malheureusement que dans la Région, 450 millions de personnes n'ont pas accès à l'eau potable, 490 millions de personnes ne disposent pas de services d'assainissement suffisants et les maladies infectieuses liées à la dégradation de l'environnement sont à l'origine d'un décès d'enfant sur cinq. Le paradigme médical dominant, qui privilégie nettement les services curatifs et les soins tertiaires au détriment de la prévention et de la promotion de la santé au niveau des soins de santé primaires, s'est avéré coûteux, inefficace et non viable, surtout pour les pays pauvres.



199

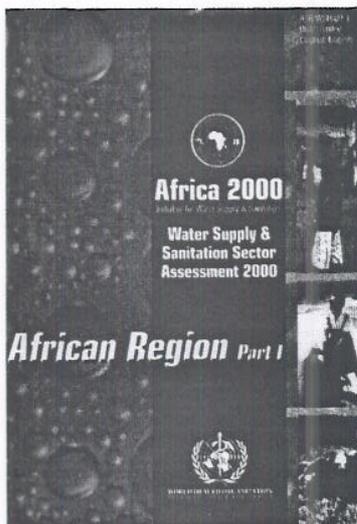
Bien qu'elle soit par nature un travail de longue haleine, la prévention s'est avérée moins coûteuse et plus efficace que les soins curatifs. Compte tenu de la pauvreté généralisée qui sévit dans les pays d'Afrique et des ravages que ne cessent de causer les maladies évitables, il faudra tôt ou tard changer de cap.

200

Au début de la période biennale écoulée, le Programme "Protection de l'environnement humain" a été restructuré de manière à mettre l'accent sur l'appui apporté par l'OMS pour la mise à disposition d'experts de haut niveau afin d'influer sur les politiques. A cet égard, tous les pays de la Région ont bénéficié d'une assistance technique pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement, la formulation des politiques, l'évaluation des risques, etc.

Dans le cadre de l'Initiative Afrique 2000, un rapport d'évaluation circonstancié sur le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans la Région africaine a été publié. Il contient des informations sur ce secteur: couverture, tendances, problèmes nouveaux et profils de pays.

201



Les Etats Membres ont bénéficié d'un appui technique et financier pour la mise en oeuvre de l'approche fondée sur des Milieux favorables à la santé (villes, villages, écoles, etc.), qui reprend la philosophie de la prévention. Ils ont notamment bénéficié d'un appui pour la préparation de documents de projet et l'OMS a facilité le dialogue entre les Etats Membres et leurs partenaires du développement en vue de la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en oeuvre de l'approche axée sur des Milieux favorables à la santé¹⁹. Le Bureau régional a également parrainé, conjointement avec le Programme international sur la sécurité chimique (PISC) et d'autres partenaires, une conférence internationale sur la sécurité

202

chimique en Afrique, afin de préparer le secteur de la santé aux défis du 21ème siècle. Il a en outre consacré des ressources considérables au plaidoyer et au renforcement des capacités et appuyé des micro-projets concernant l'environnement et la santé²⁰.

S'agissant de l'orientation politique, le Bureau régional a publié un document d'une importance capitale sur la cartographie des risques pour la santé liés à l'environnement, qui aidera les Etats Membres à renforcer leur capacité à anticiper les événements et à mieux gérer ces risques. Par ailleurs, des lignes directrices ont été élaborées pour l'évaluation de l'impact de la salubrité de l'environnement sur la santé, lesquelles seront publiées en 2002. Dans le domaine de la santé des travailleurs, la collaboration OMS/BIT a été officialisée et des projets-pilotes destinés à promouvoir la santé des travailleurs dans le secteur informel ont bénéficié d'un appui²¹.

203

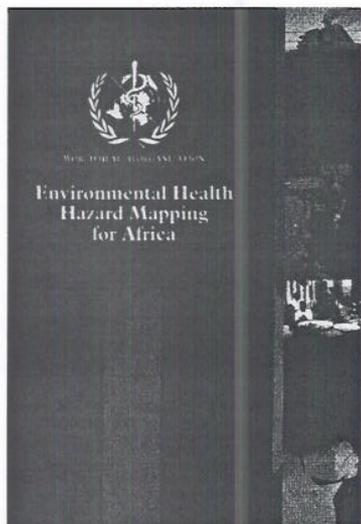
¹⁹Un atelier sur la mobilisation des ressources pour les projets villes-santé dans les pays francophones d'Afrique a été organisé en novembre 2000 à Lomé, Togo. Il faisait suite aux ateliers à l'intention des pays francophones qui avaient été organisés en 1999 à Libreville et à Conakry.

²⁰Il s'agit essentiellement d'interventions concernant l'approvisionnement en eau et l'assainissement, et de l'Initiative PHAST (Participation à la transformation de l'hygiène et de l'assainissement), qui ont bénéficié d'un appui dans plus de 20 pays de la Région.

²¹Les villes ayant bénéficié d'un appui sont: Le Cap, Dar-es-Salaam, Harare, Johannesburg et Yaoundé.



204



Au cours de la prochaine période biennale, le Bureau régional s'attachera à faciliter la prise en compte de la dimension réelle de l'environnement et de la santé dans les politiques régionales ayant un impact sur la santé et sur l'environnement ainsi que dans les politiques nationales de développement, et les plans d'action en faveur de l'environnement et de la santé, y compris les lois et règlements qui régissent la gestion de l'environnement humain. Pour ce faire, l'Organisation continuera à participer activement à la préparation du prochain Sommet mondial sur le développement durable et élaborera une stratégie régionale sur l'environnement et la santé, qui sera présentée à la cinquante-deuxième session du Comité régional de l'Afrique. Le

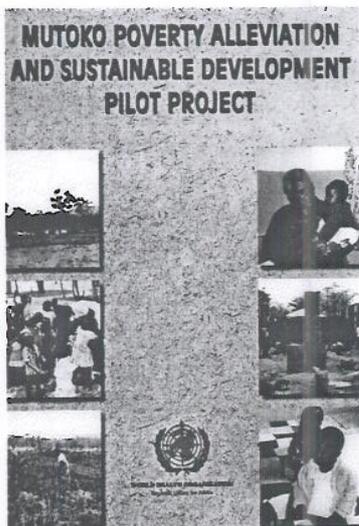
partenariat de l'OMS avec d'autres partenaires du développement, notamment le PNUE, le BIT, le PISC, l'UNICEF et la Banque mondiale, sera renforcé. L'OMS apportera un appui aux Etats Membres pour l'élaboration ou la révision des politiques et plans nationaux concernant l'environnement et la santé, renforcera les capacités nationales, recueillera et diffusera des informations sur les meilleures pratiques, et mettra en place un système régional d'information pour la prise de décisions concernant l'environnement et la santé.

Santé et développement durable (HSD)

205

Une prise de conscience de plus en plus grande du rôle de la santé dans le développement a amené le Bureau régional à accorder une large place aux problèmes liés à la santé et au développement durable. L'ampleur, la gravité et l'augmentation constante de la pauvreté dans la Région africaine constituent le principal obstacle au développement sanitaire dans les Etats Membres. Devant cette situation, le domaine Santé et développement durable comporte deux programmes: Pauvreté et mauvaise santé, et Développement sanitaire à long terme. Le programme Pauvreté et mauvaise santé étudie les liens qui existent entre pauvreté et mauvaise santé et veille à la prise en compte des préoccupations des pauvres dans la recherche d'une solution aux problèmes de santé au titre des initiatives nationales et régionales de développement. Le programme Développement sanitaire à long terme s'occupe de promouvoir une stratégie de développement sanitaire à long terme.

Au cours de la période biennale 2000-2001, le Bureau régional a présenté dans un document sa position sur les liens entre pauvreté et santé, a organisé avec succès une consultation régionale sur la pauvreté et la santé et apporté un appui pour la réduction de la pauvreté en mettant en oeuvre des projets de santé dans huit pays²². En outre, il a sensibilisé davantage les décideurs sur la corrélation qui existe entre la pauvreté et la santé en organisant une table ronde sur la question à l'occasion de la cinquante et unième session du Comité régional. Par ailleurs, il a publié des lignes directrices pour un développement sanitaire fondé sur des scénarios et organisé un atelier de sensibilisation et de formation à la planification à long terme à l'intention de cinq pays anglophones (Erythrée, Libéria, Malawi, Ouganda et Zimbabwe). En collaboration avec la Banque mondiale et l'UNICEF, le Bureau régional a parrainé deux ateliers (à l'intention des pays anglophones et francophones) sur le rôle de la santé, de la nutrition et de la population dans la réduction de la pauvreté.



Au cours de la prochaine période biennale, les efforts porteront sur l'élaboration d'une stratégie régionale sur la pauvreté et la santé, qui sera présentée à la cinquante-deuxième session du Comité régional. En outre, les activités menées dans le cadre de la réduction de la pauvreté pour améliorer la santé communautaire bénéficieront d'un appui et des indicateurs seront élaborés pour la surveillance de l'impact de l'action sanitaire sur la réduction de la pauvreté. Une recherche sera également menée sur la santé des populations autochtones et marginalisées d'Afrique afin d'identifier les interventions sanitaires appropriées. Pour ce qui est du renforcement des capacités, des ateliers de formation seront organisés. Ils

porteront sur le rôle de la santé dans la réduction de la pauvreté au titre et au-delà des initiatives DSRP/PPTTE, et sur la planification sanitaire à long terme. Une assistance technique sera fournie aux pays pour leur permettre d'inscrire leurs programmes nationaux de développement sanitaire dans une approche à long terme. Enfin, le Bureau régional s'emploiera à renforcer son partenariat avec d'autres organismes de développement, notamment la Banque mondiale, l'UNICEF et le PNUD, et avec les organisations non gouvernementales.

²²Cameroun, Cap-Vert, Ghana, Mali, Mauritanie, Nigéria, Sao tomé et principe, et Zimbabwe.



Administration et Finances

Gestion et diffusion de l'information sanitaire (IMD)

208

Pour ce domaine d'activité, l'objectif principal était d'améliorer la qualité et la présentation de documents statutaires, techniques et scientifiques valables pour l'information des usagers, et de les mettre à la disposition des Etats Membres, du personnel du Bureau régional, des agents de santé, des chercheurs et des partenaires du développement. A cet égard, les activités suivantes ont notamment été menées: renforcement du personnel de l'unité Publications, Distribution et Ventes (PDS); publication de documents techniques et scientifiques pour le Bureau régional; fourniture d'un appui linguistique pour les réunions statutaires et autres afin de faciliter la communication; réponse aux demandes de création de centres de documentation sanitaire émanant des Etats Membres et extension de la mise en oeuvre du projet de "Bibliothèque bleue".

209

En ce qui concerne les réalisations effectuées au niveau du Bureau régional, un appui a été apporté pour les travaux à caractère linguistique et la publication des documents, y compris la publication du volume IV du *Recueil des résolutions et décisions du Comité régional*, des rapports du Directeur régional et d'une soixantaine de documents et publications techniques.

210

Le Bureau régional a continué à entreprendre des recherches bibliographiques à la demande des Etats Membres, à organiser et mettre en place des centres de documentation sanitaire dans la Région, à publier l'Index Medicus, à aider les Etats Membres à acquérir davantage de "Bibliothèques bleues" et à former le personnel chargé de leur gestion. Dix-huit nouveaux titres ont été publiés, qui sont venus enrichir la Bibliothèque bleue dans les pays lusophones.

211

Au cours de la prochaine période biennale, on veillera essentiellement à mettre à la disposition des Etats Membres et des partenaires du développement une information sanitaire et biomédicale fiable, validée et à jour pour la formulation des politiques et les interventions. Il s'agira plus précisément:

- a de mettre davantage l'accent sur l'amélioration des mécanismes de gestion et de diffusion;
- b de poursuivre la production de documents statutaires prioritaires et leur distribution aux Etats Membres;
- c de continuer à identifier les besoins des publics visés et à y répondre;
- d d'utiliser davantage les médias électroniques, en particulier Internet et Intranet, pour améliorer l'accès à la documentation sanitaire;

- e de poursuivre les travaux sur l'*Index Medicus* et sur l'extension du projet de "Bibliothèque bleue" dans les Etats Membres.

Développement des ressources humaines (HRS)

Au cours de la période biennale écoulée, les principales préoccupations au titre de ce domaine d'activité ont été les suivantes: amélioration des délais de réponse aux demandes de ressources humaines; application de pratiques et procédures efficaces, efficaces et proactives en ce qui concerne la gestion des ressources humaines; amélioration de la productivité du personnel; et mise en place de canaux efficaces pour la communication avec le personnel travaillant dans la Région, au Siège et dans les autres Régions de l'OMS.

212

Dans le cadre de la politique régionale de gestion des ressources humaines, les efforts du Bureau régional ont porté essentiellement sur les domaines suivants: informatisation et automatisation complètes des services; rationalisation des pratiques et des procédures de gestion du personnel; mise en oeuvre d'un programme de visites pour apporter un appui aux bureaux de pays; recrutement d'un personnel supplémentaire pour pouvoir faire face à l'accroissement de la charge de travail et mieux répondre aux demandes de services; redéfinition des tâches et responsabilités, avec une spécialisation accrue et une meilleure coordination des activités; et renforcement de l'interaction avec les divisions techniques et les bureaux de pays.

213

Le développement et la formation du personnel ont fait l'objet d'une attention particulière. Un fonctionnaire chargé du perfectionnement et de la formation a été recruté et plusieurs ateliers ont été organisés, notamment sur le nouveau système de gestion et de renforcement des performances.

214

Un certain nombre d'activités ont été menées en vue d'améliorer la prestation des services HR fournis au personnel en poste dans la Région africaine. Une retraite à laquelle participait tout le personnel de l'unité HR a été organisée pour revoir la structure de l'unité, identifier les goulots d'étranglement et faire des recommandations pour les éliminer. Au cours de cette retraite, un nouvel organigramme a été adopté. Il scinde l'unité en six sous-unités spécialisées:

215

- a Administration des contrats et affaires juridiques (CAS/LEG)
- b Personnel à court terme (STS)
- c Recrutement (REC)
- d Classement (CLA)



e Perfectionnement et formation du personnel

f Services médicaux (AON).

216

En octobre 2001, une sous-unité HR a été provisoirement créée à Brazzaville pour le personnel en poste dans cette ville en attendant le retour de l'unité principale en mars 2002.

DOSSIER D'INFORMATION SUR L'OMS

L'OMS

Sa mission

Sa vision

Sa structure mondiale

L'OMS et le système des Nations Unies

L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE

Structure du Bureau régional

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

Engagements à durée déterminée

Engagements à durée limitée

Engagements à court terme

Autres dispositions contractuelles

DROITS DU PERSONNEL

Traitements (grades et rémunérations)

Indemnités (frais d'études, allocation de logement, etc.)

Indemnités de voyage

Sécurité sociale

Fonds de pension du personnel

Assurance-accidents et assurance-maladie

PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

Recrutement

Cessation d'emploi et retraite

Autres procédures administratives

DEVOIRS, OBLIGATIONS ET PRIVILÈGES**PERFECTIONNEMENT DU PERSONNEL**

217

Au cours de la prochaine période biennale, les efforts resteront axés sur les questions susmentionnées. Un accent particulier sera mis sur l'élaboration d'un dossier d'information à l'usage du personnel nouvellement recruté et sur la formulation de lignes directrices pour la création de postes et le recrutement de personnel sous contrat à durée déterminée et à court terme pour appuyer les unités et divisions techniques et les bureaux de pays. Il est prévu d'informatiser et d'automatiser entièrement ces services. Une politique régionale de rotation sera élaborée. En outre, des ateliers sur la technique de la négociation et des ateliers d'information seront organisés à l'intention des administrateurs et des assistants administratifs en poste dans les bureaux de pays. Une évaluation sera menée pour déterminer les besoins en matière de perfectionnement et de formation du personnel et une stratégie régionale sera élaborée dans ce domaine. Une sous-unité HR sera mise en place à Harare pour s'occuper du personnel qui restera au Zimbabwe après mars 2002.

Service des Finances (FNS)

Au cours de la période biennale écoulée, les principaux objectifs visés dans le domaine Budget et Finances ont été les suivants: fourniture en temps voulu d'un appui efficace pour la mise en oeuvre des activités du programme; fourniture d'un appui aux divisions techniques du Bureau régional et aux bureaux de pays dans le domaine des finances, du budget et de la comptabilité; et collaboration avec les divisions techniques pour la préparation du budget programme 2002-2003.

218

Les réalisations de l'unité au titre de cette période ont été notamment les suivantes: mise en place d'un système de paiement automatisé et utilisation d'un système bancaire électronique pour accélérer les envois de fonds aux Etats Membres et au personnel de l'OMS; gestion efficace des comptes d'avances des bureaux de pays; dépôt et suivi des demandes d'indemnisation auprès des autorités compétentes, des établissements financiers et des compagnies d'assurances pour les pertes subies par suite de la guerre de 1997 en République du Congo; renforcement des contrôles internes pour préserver le patrimoine de l'Organisation; préparation dans les délais impartis du Budget Programme 2002-2003; suivi et fourniture d'un appui pour la mise en oeuvre des activités du programme afin de le réaliser à 100%; tenue des comptes et établissement des états financiers à l'intention des bailleurs de fonds dans le cadre du fonds d'affectation spéciale du Bureau régional; et prestation de services financiers et budgétaires destinés aux divisions techniques et aux bureaux de pays, notamment aux programmes de lutte contre la poliomyélite et le paludisme, et à d'autres programmes importants qui reçoivent des fonds d'autres sources.

219

Au cours de la période biennale 2002-2003, on s'attachera à renforcer davantage l'appui financier et budgétaire apporté aux divisions techniques et aux bureaux de pays pour la mise en oeuvre et l'évaluation des activités prévues dans leurs plans d'action, y compris le contrôle et la justification des dépenses locales.

220

Le Bureau régional continuera à accorder un appui financier total en assurant le prompt réapprovisionnement des comptes d'avances, le règlement des demandes de remboursement ou de paiement et l'engagement des dépenses par délégation des pouvoirs aux bureaux de pays et aux unités techniques. Le Bureau régional se propose également de participer activement à l'intégration du système de gestion des activités (AMS) au système d'information comptable des pays et financière (AFI) des bureaux de pays pour améliorer les systèmes d'information des bureaux de pays.

221



222 Enfin, la réforme de la structure organisationnelle de l'unité Budget et finances a été examinée lors d'une retraite pour le personnel de l'unité et d'autres réunions en novembre 2001, ceci afin de fournir les meilleurs services possibles. La nouvelle structure sera mise en place au début de 2002.

Informatique et infrastructure (IIS)

223 Ce domaine d'activité comprend cinq sous-unités:

- a Services administratifs (ASU)
- b Imprimerie (DUP)
- c Informatique (PHI)
- d Service des approvisionnements (SSU)
- e *Division Administration et Finances (DAF)*

224 Au cours de la période biennale écoulée, on s'est employé à accroître l'efficacité et l'efficacité du Bureau régional et des bureaux de pays et à renforcer les moyens de communication pour la mise en oeuvre des programmes régionaux. Les activités prioritaires ont été les suivantes: renforcement des services informatiques; résolution du problème d'espace au siège temporaire du Bureau régional à Harare; suivi des travaux de remise en état du Bureau régional à Brazzaville; et amélioration de la prestation des services d'appui normatifs.

225 Les efforts ont essentiellement visé à pallier le manque d'espace à Harare et à veiller à ce que la remise en état du Bureau régional soit conforme aux normes de l'OMS. Par ailleurs, les négociations avec les compagnies aériennes opérant à Harare ont permis à l'OMS de faire des économies substantielles

226 Un appui a été apporté aux bureaux de pays et au Bureau régional dans le domaine des technologies de l'information, y compris l'appui et la maintenance de l'infrastructure du réseau local (LAN) et du système d'information comptable et financière (AFI).

227 Les autres activités ont été les suivantes: conception et mise à jour du site Internet du Bureau régional; distribution d'un logiciel sur les comptes d'avances aux bureaux de pays et lancement, en collaboration avec le Siège, des travaux de connexion des bureaux de pays au système de communication international Global Voice, et au réseau Internet. Par ailleurs, en prévision du retour du Bureau régional, un réseau et des infrastructures de communication ont été mis en place à Brazzaville.

Environ 98% des fournitures et équipements commandés pour les bureaux de pays et les programmes ont été livrés. La gestion des stocks a été améliorée aussi bien au Bureau régional que dans les bureaux de pays et la mise en place d'un système d'achats informatisé a été amorcée. Ces réalisations ont été facilitées par l'utilisation d'un mécanisme interne de suivi et par l'acquisition récente d'un logiciel de surveillance du patrimoine, destiné à la gestion des stocks.

228

L'objectif institutionnel de l'OMS au cours de l'exercice 2002-2003 sera d'appliquer les meilleures pratiques à tous les aspects de l'administration générale et à tous les niveaux de l'organisation. Le défi consistera à apporter au Bureau régional un appui logistique et technologique ponctuel, pertinent et d'un bon rapport coût/efficacité. Dans le domaine de l'informatique, cet appui consistera à veiller au bon fonctionnement des infrastructures de réseau et de communication du Bureau régional à Brazzaville; à poursuivre la mise en oeuvre d'une base de données dans les différentes divisions; à doter le Bureau régional d'un système de communication; à mettre en place le réseau Intranet du Bureau régional et à achever le passage à un autocommutateur standardisé au Bureau régional et à Harare.

229

Pour ce qui est du Service des approvisionnements, on s'attachera essentiellement à acquérir et livrer les fournitures et équipements au meilleur prix possible. En ce qui concerne les services administratifs, l'OMS continuera à s'efforcer de maximiser le rapport coût/efficacité des dépenses liées aux voyages, à l'entretien et aux charges d'exploitation. Le retour par étapes du Bureau régional à Brazzaville, qui a commencé en octobre 2001, se poursuivra.

230

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

Facteurs ayant facilité la mise en oeuvre du budget programme

La mise en oeuvre des programmes au niveau des pays a été facilitée par l'engagement des gouvernements en faveur de la santé, notamment dans les domaines où convergent priorités mondiales et priorités nationales. A cet égard, certaines initiatives mondiales telles que le programme Faire reculer le paludisme, les Journées nationales de vaccination (JNV), la stratégie DOTS (traitement de courte durée sous supervision directe) et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination ont été particulièrement déterminantes. Elles ont permis de renforcer la collaboration entre l'OMS et les partenaires du développement, ont facilité la mobilisation des ressources et contribué pour une large part à faire mieux connaître l'OMS. La détermination des gouvernements à mettre en oeuvre ces stratégies, que l'on attribue en partie à une sensibilisation accrue des ministres de la santé et des autorités nationales aux problèmes et priorités de la Région, a également joué un rôle majeur dans les réalisations du Bureau régional.

231



232

La coopération technique avec les Etats Membres a encore a été favorisée par l'adoption d'une Politique de la Santé pour Tous au 21ème siècle dans la Région africaine, l'élaboration d'un cadre stratégique pour orienter l'action de l'OMS dans la Région africaine et la mise en oeuvre d'un programme pour l'élaboration d'une stratégie de coopération dans les pays. L'action de l'OMS a également été facilitée dans des situations où les Etats Membres disposent d'une politique qui oriente clairement les interventions des principaux acteurs de la santé et peuvent s'appuyer sur des mécanismes de coordination interinstitutions efficaces ainsi que sur des équipes de santé qualifiées et très motivées au niveau national et de district.

233

La mise en oeuvre du programme dans la Région a aussi été facilitée par la mise en oeuvre d'un processus gestionnaire participatif faisant appel à une plus grande interaction entre les divisions du Bureau régional, les bureaux de pays et les Etats Membres. La décentralisation de la gestion financière au profit des bureaux de pays a assoupli la gestion des programmes et amélioré la réactivité des équipes de pays aux besoins des Etats Membres. Avec l'adoption d'un système de gestion axé sur les résultats, les cadres supérieurs ont davantage mis l'accent sur la nécessité, tant pour les divisions que pour les bureaux de pays, de produire des résultats tangibles tout en justifiant l'utilisation des ressources.

234

Il faut ajouter à ces facteurs l'augmentation sensible des ressources financières et humaines allouées à la mise en oeuvre du budget programme aux niveaux du Bureau régional et des bureaux de pays. L'augmentation des ressources financières, en dépit de la croissance zéro du budget ordinaire, peut s'expliquer par l'augmentation des fonds provenant d'autres sources, qui est due notamment à l'intérêt soutenu des partenaires pour les activités du Bureau régional, à l'importance croissante accordée à l'obligation redditionnelle dans la Région ainsi qu'à la plus large place faite aux partenariats stratégiques avec les principaux bailleurs de fonds et à la collaboration avec les partenaires du développement.

235

Les capacités du personnel technique et administratif du Bureau régional ont été améliorées. Un groupe de consultants a été constitué pour apporter un appui technique à divers programmes. Toutes ces initiatives ont permis d'améliorer la qualité de l'appui technique apporté aux Etats Membres et de le rendre plus pertinent. L'action du Bureau régional a par ailleurs été mieux ressentie dans les Etats Membres qui disposaient d'une équipe de pays solide et motivée.

Facteurs ayant entravé la mise en oeuvre du budget programme

Cependant, la mise en oeuvre de certaines activités planifiées, telles que la surveillance intégrée de la maladie, l'initiative Faire reculer le paludisme, la maternité à moindre risque et la gestion axée sur les résultats, a été plus lente que prévu. Cette situation tient essentiellement à une sous-estimation de la complexité des processus de mise en oeuvre, à la nécessité de consultations plus poussées avec les acteurs et à la faiblesse des ressources humaines et financières allouées à ces nouvelles initiatives aussi bien au sein de l'OMS que dans les Etats Membres.

236

L'exécution du budget programme a également été entravée par l'exode de personnels hautement qualifiés des ministères de la santé, qui a entraîné un surcroît de travail pour le personnel existant et un faible niveau de productivité du secteur de la santé en général.

237

Dans certains Etats Membres, les conditions de travail ont été difficiles. Cette situation est due au fait que les pays sont confrontés à des catastrophes complexes aussi bien naturelles que causées par l'homme, ce qui a obligé l'OMS à reprogrammer plusieurs activités et ressources planifiées afin d'apporter l'appui nécessaire aux pays touchés. L'instabilité politique et l'insécurité ont limité l'accès à certains pays et, par conséquent, réduit la portée des activités du Bureau régional. La mauvaise conjoncture macro-économique que traversent certains pays s'est traduite par une insuffisance des ressources allouées au secteur de la santé et une pénurie de devises pour l'achat de médicaments sur le marché international ou de moyens logistiques essentiels et de carburant. Dans d'autres, l'absence d'une orientation politique précise devant guider l'appui des bailleurs de fonds et la mise en oeuvre des programmes a souvent entraîné la réalisation d'activités non prévues (pour la plupart inspirées par les bailleurs de fonds), la non appropriation des programmes, une mauvaise coordination des activités et une fragmentation de l'appui.

238



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

Stratégie régionale pour promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé

239 La résolution AFR/RC50/R3 invite instamment les Etats Membres à mettre en place des mécanismes pour améliorer la collaboration entre les tradipraticiens et les praticiens conventionnels, à protéger les droits de propriété intellectuelle et à apporter la preuve de l'inocuité, de l'efficacité et de la qualité des remèdes traditionnels.

240 L'appui des parties prenantes pour permettre l'instauration d'un environnement favorable à la pratique de la médecine traditionnelle a été largement stimulé grâce à la déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) demandant que la recherche sur la médecine traditionnelle soit considérée comme une priorité et que la période 2001-2010 soit déclarée décennie de la médecine traditionnelle africaine. Des ressources supplémentaires ont été mobilisées tant sur le plan humain que dans le domaine financier, pour appuyer la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation de la stratégie.

241 L'atelier régional pour l'évaluation des remèdes traditionnels tenu à Antananarivo (Madagascar) en novembre 2000, a convenu d'une méthodologie générique pour l'évaluation préliminaire (études ethnomédicales) de l'inocuité, de l'efficacité et de la qualité des remèdes traditionnels ainsi que des protocoles spécifiques applicables aux préparations à base de plantes utilisées pour le traitement du paludisme et du VIH/SIDA. Un appui a été apporté à des institutions du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, du Kenya, du Nigéria et du Zimbabwe pour l'évaluation de remèdes traditionnels destinés au traitement de ces maladies et pour l'élaboration d'une pharmacopée et de monographies sur des plantes médicinales africaines.

242 Des lignes directrices ont été élaborées sur la formulation, la mise en oeuvre et l'évaluation d'une politique nationale relative à la médecine traditionnelle, une loi modèle sur la médecine traditionnelle, un code modèle d'éthique, un plan d'action pour la production à grande échelle de remèdes traditionnels, l'autorisation de mise sur le marché de médicaments tirés de la médecine traditionnelle, et l'organisation d'études ethnomédicales pour l'évaluation des préparations à base de plantes utilisées pour le traitement du diabète, de l'anémie à hématies falciformes et de l'hypertension.

La Guinée équatoriale, la Namibie, l'Ouganda, le Swaziland et la Zambie ont bénéficié d'un appui pour l'élaboration d'une politique, l'adoption d'une législation et la création d'associations et de conseils médicaux en matière de médecine traditionnelle. L'Ethiopie, le Gabon, le Ghana, Madagascar, le Mali et Sao Tomé et Príncipe ont bénéficié d'un soutien pour réunir des données sur la médecine traditionnelle. Une analyse de la situation et des études de faisabilité ont en outre été entreprises pour la production locale de médicaments traditionnels.

243

Un Comité régional d'Experts en médecine traditionnelle a été créé pour aider les pays à surveiller et évaluer efficacement les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie régionale.

244

Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine

Les problèmes les plus graves auxquels sont confrontés les Etats Membres de la Région africaine sont l'augmentation constante de la prévalence du VIH et le fait que les soins et le traitement sont inaccessibles et inabordables pour des millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA; l'aggravation de la pauvreté chez les individus et dans les communautés ainsi que dans les pays, qui favorise la vulnérabilité à l'infection, tout en limitant les moyens disponibles pour assurer des services de prévention et de soins; le coût élevé des médicaments et des technologies essentiels, en particulier des médicaments antirétroviraux, qui compromet l'action des pays contre le VIH/SIDA.

245

Dans le cadre de l'action menée par l'ensemble du système des Nations Unies contre le VIH/SIDA, le Bureau régional a accordé un appui aux pays pour intensifier et décentraliser la riposte du système de santé contre l'épidémie. Les activités suivantes ont été entreprises pour aider les Etats Membres à élargir les programmes de surveillance, de prévention et de soins pour le VIH/SIDA.

246

- a la mobilisation des ressources et le renforcement des partenariats, notamment de l'Initiative italienne pour la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique, qui a accordé US \$8 millions à 10 pays;
- b l'envoi de 50 missions d'appui technique dans 32 pays, ce qui a contribué à améliorer la surveillance, les moyens de traitement des infections sexuellement transmissibles, les services de laboratoire et les activités de traitement et de soins des patients atteints du SIDA, y compris l'utilisation des médicaments antirétroviraux;
- c l'organisation de 20 réunions interpays et consultations d'experts, qui ont permis l'actualisation de politiques portant sur des questions techniques, un échange interpays d'informations sur les meilleures pratiques et les données d'expérience, ainsi que l'élargissement des réseaux de consultants;



- d le recrutement d'administrateurs engagés au niveau national, ce qui a permis de renforcer les capacités pour un soutien direct et continu dans 15 pays;
- e la fourniture d'un appui pour le plaidoyer et la mobilisation au niveau international, notamment lors du Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA sur le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, dont la déclaration constitue une directive politique majeure au plus haut niveau.

247

Plusieurs facteurs ont favorisé le renforcement du plaidoyer au niveau international et l'accroissement des ressources affectées à la lutte contre le VIH/SIDA, y compris aux activités internes de l'OMS. Au nombre des contraintes rencontrées au niveau des pays figurent l'absence de clarté en ce qui concerne les rôles des intervenants et le ralentissement des programmes des ministères de la santé au cours de la période transitoire qui a coïncidé avec la mise en place des comités nationaux multisectoriels de lutte contre le VIH/SIDA dans certains Etats Membres.

248

Au cours de la prochaine période biennale, le Bureau régional mettra l'accent sur l'appui accordé aux systèmes de santé afin de leur permettre d'assurer un ensemble de soins et d'interventions de prévention aux niveaux du district et de la communauté. Les réseaux d'experts techniques au niveau des pays et au niveau sous-régional seront élargis et les Etats Membres bénéficieront d'un appui pour la mise en application d'instruments techniques de planification et d'évaluation du programme. L'action menée contre l'épidémie de VIH/SIDA dans les pays touchés par des situations d'urgence complexes sera intensifiée en renforçant les initiatives engagées au cours de la période biennale 2000-2001.

Faire reculer le paludisme dans la Région africaine

249

Dans l'esprit du plan d'action biennal pour la période 2000-2001, l'attention a été centrée sur la mise en oeuvre de l'initiative Faire reculer le paludisme (RBM) au niveau des pays. Il était temps que cette initiative intensifie progressivement les interventions dont l'efficacité était avérée, même à petite échelle. Dans 36 Etats Membres, les capacités ont été renforcées pour leur permettre de planifier, mettre en oeuvre, surveiller et évaluer les activités de lutte contre le paludisme, et la prise en charge correcte des cas de paludisme a été garantie dans 27 pays. Les capacités ont été également renforcées dans les pays à potentiel épidémique pour leur permettre de prévoir, de détecter de façon précoce les épidémies et d'y riposter de manière adéquate.

D'autre part, dans 26 pays on a assuré de manière dynamique la promotion de moyens novateurs de lutte contre la paludisme grâce à des interventions à assise communautaire, y compris le traitement à domicile des épisodes de paludisme et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Des données de base pour la surveillance et l'évaluation des résultats et de l'impact de l'initiative Faire reculer le paludisme ont été collectées dans 42 pays d'endémie. Vingt-six études de recherche opérationnelle ont été faites dans 21 pays avec l'appui technique et financier du Bureau régional, afin de trouver des solutions pratiques aux problèmes qu'ont souvent rencontrés souvent les programmes de lutte contre le paludisme dans la mise en oeuvre de nouvelles stratégies.

250

Vers la fin de la période biennale, onze pays ont bénéficié d'un soutien pour parachever leurs plans stratégiques dans le cadre de l'initiative Faire reculer le paludisme, en se fondant sur l'analyse de la situation et le processus de renforcement des partenariats, qu'ils avaient menées au début de la période biennale.

251

Parmi les principaux facteurs qui ont favorisé la mise en oeuvre de l'initiative Faire reculer le paludisme, on peut citer: la volonté politique des gouvernements de mettre en oeuvre les activités planifiées, l'intérêt soutenu des partenaires, la mise en place de partenariats et la disponibilité des ressources financières. Mais la pénurie de ressources humaines à tous les niveaux et la difficulté d'assurer simultanément le renforcement des partenariats et la mise en oeuvre des activités au niveau des pays ont été quelques-unes des contraintes rencontrées. Le processus de lancement de l'initiative Faire reculer le paludisme au niveau des pays a traîné en longueur et a nécessité de nombreuses réunions inter pays, ce qui a empêché les principaux responsables des programmes de mener à bien les interventions techniques.

252

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

Après l'adoption d'une stratégie régionale pour les situations d'urgence et l'action humanitaire à la quarante-septième session du Comité régional de l'Afrique en septembre 1997, les programmes de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours aux niveaux régional et national ont été réorientés vers une approche plus systématique, en mettant davantage l'accent sur le renforcement du potentiel et des systèmes nationaux, la planification avancée, les approches interdisciplinaires et le renforcement des capacités, grâce à la création d'un réseau d'experts nationaux spécialisés dans la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours.

253



254

La mise en oeuvre de la stratégie requiert une procédure intersectorielle techniquement correcte en présence des situations d'urgence, procédure qui doit être exécutée par un personnel qualifié opérant dans le cadre de structures institutionnelles bien définies à tous les niveaux. Des progrès considérables ont été réalisés dans ce sens dans les Etats Membres et au niveau régional, notamment en raison de la mise en place réussie d'un système de "points focaux" qualifiés dans les ministères de la santé et au sein des bureaux de l'OMS dans la plupart des pays, et grâce à la création d'unités et de divisions chargées de la gestion des situations d'urgence dans bon nombre de pays.

255

Des progrès satisfaisants ont également été faits en ce qui concerne la préparation et la mise en oeuvre d'opérations d'urgence interpays, par exemple au sein de l'autorité intergouvernementale pour le développement (IGAD, initiative qui concerne la Corne de l'Afrique) et dans les pays de la Communauté pour le Développement de l'Afrique australe (SADC).

256

Les actions supplémentaires à mener seront les suivantes:

- a encourager et appuyer les Etats Membres qui ne l'ont pas encore fait, pour qu'ils créent des bureaux ou des unités fonctionnelles pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours et élaborent des politiques et des plans d'action clairs pour les situations d'urgence;
- b élargir la formation des experts des ministères de la santé et des bureaux de l'OMS dans les pays en ce qui concerne l'évaluation de la vulnérabilité aux situations d'urgence, la planification et la logistique, l'alerte précoce et le système d'information géographique (GIS), etc.;
- c élaborer des lignes directrices supplémentaires et des instruments d'évaluation, par exemple, définir l'ensemble minimal d'interventions de santé publique à assurer dans les situations d'urgence complexes;
- d améliorer les communications entre les pays voisins confrontés à des situations d'urgence trans-frontalières, en utilisant des radios à haute fréquence (VHF), des téléphones satellitaires, etc.,
- e renforcer l'unité chargée des situations d'urgence et de l'action humanitaire (EHA) au Bureau régional pour lui permettre d'apporter un meilleur appui technique aux Etats Membres et aux bureaux de l'OMS dans les pays;
- f mener à son terme l'évaluation de la vulnérabilité pour les principaux risques dans tous les pays.

Surveillance épidémiologique intégrée des maladies: Stratégie régionale pour les maladies transmissibles

Par la résolution AFR/RC48/R2, le Comité régional a approuvé la stratégie régionale de surveillance épidémiologique intégrée des maladies (document AFR/RC48/8). La résolution demande aux Etats Membres de procéder à une évaluation de leurs systèmes de surveillance épidémiologique des maladies et de leurs laboratoires de santé publique. Elle demande également aux Etats Membres de notifier rapidement les épidémies à l'OMS et aux pays voisins, conformément aux protocoles de coopération sous-régionaux. La résolution prie par ailleurs le Directeur régional d'apporter son appui à la mise en oeuvre de la stratégie dans les Etats Membres, d'accorder l'appui technique nécessaire aux pays pour la préparation et la riposte aux épidémies, et de mobiliser des fonds provenant d'autres sources afin d'appuyer la mise en oeuvre de la surveillance intégrée des maladies à tous les niveaux.

257

Les systèmes de surveillance des maladies et les laboratoires de santé publique ont été évalués dans 27 pays. La notification des épidémies à l'OMS et aux pays voisins s'est améliorée de façon sensible. Le Bureau régional a fourni à tous les Etats Membres des lignes directrices génériques sur la surveillance intégrée des maladies et sur la riposte et a déjà fourni une assistance à six pays pour l'adaptation de ces directives. Huit pays ont bénéficié d'un appui pour la mise en oeuvre des activités de surveillance au niveau du district. Le personnel essentiel de laboratoire de 38 pays a bénéficié d'une formation et a reçu des trousseaux de diagnostic pour la confirmation des agents étiologiques des maladies à potentiel épidémique. Des fonds supplémentaires ont été mobilisés pour la mise en oeuvre de la stratégie dans quatre pays.

258

L'engagement politique des Etats Membres et le soutien des donateurs ont été des atouts pour la mise en oeuvre de la stratégie. Les programmes existants de lutte contre la maladie tels que l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite constituent un modèle sur lequel on peut se baser pour la surveillance intégrée de la maladie et la constitution de réseaux de laboratoires de santé publique. L'insuffisance de l'appui financier accordé aux Etats Membres a constitué la principale contrainte.

259

La dynamique suscitée par l'engagement politique et par le lancement de la mise en oeuvre de la surveillance intégrée des maladies doit être soutenue. La période biennale 2002-2003 devrait être consacrée à l'intensification des activités de surveillance. Cela nécessitera un appui technique et un suivi durables. Il conviendrait donc de tirer profit des nombreuses possibilités qui se présentent au niveau sous-régional et au sein des Etats Membres.

260



Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé

261 Les Etats Membres ont adopté la stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé (résolution AFR/RC48/R3) à la quarante-huitième session du Comité régional en 1998. Il s'agit ici du deuxième rapport d'activité établi après l'adoption de cette stratégie.

262 Un appui a été accordé à 12 pays afin qu'ils élaborent et actualisent leurs politiques de développement des ressources humaines pour la santé. Cinq centres régionaux de formation et cinq centres collaborateurs de l'OMS ont fourni un appui aux pays pour la mise en oeuvre de la stratégie. Des lignes directrices pour l'évaluation des programmes de formation en sciences de la santé ont été élaborées et testées dans le cadre d'une étude pilote. En ce qui concerne les programmes d'enseignement, des lignes directrices pour l'actualisation des programmes de soins infirmiers et obstétricaux ont été élaborées et appliquées dans plusieurs pays. Un cours de formation à la gestion des ressources humaines pour la santé a été élaboré et 41 administrateurs ont été formés. Le groupe consultatif multidisciplinaire d'experts en ressources humaines pour la santé a tenu sa première réunion en mars 2000. L'OMS a accordé 556 bourses de formation en 2000-2001. Au niveau du Bureau régional, l'unité Ressources humaines pour la Santé a été renforcée. Elle dispose maintenant d'experts pour chacune de ses principales composantes: politique et planification, éducation et formation, gestion et soins infirmiers et obstétricaux.

263 Peu de progrès ont été réalisés dans le domaine de la mise en place de nouveaux protocoles de soins. Cette activité a été différée et programmée dans le cadre du plan d'action 2002-2003 en attendant l'élaboration d'une stratégie destinée à aider les pays à modifier leurs modèles de soins, pour passer d'un modèle médical à un modèle axé sur la santé.

264 En dépit des efforts déployés par les pays pour optimiser l'utilisation des ressources humaines pour la santé, la mise en oeuvre des stratégies a été lente. Les principales contraintes ont été les suivantes:

- a** démotivation des agents de santé du fait d'une faible rémunération et de conditions de travail qui laissent à désirer, ayant pour conséquence l'émigration et une pénurie sérieuse d'agents surtout dans les zones rurales;
- b** mauvaise organisation et sous-équipement des services nationaux de ressources humaines pour la santé, qui ne disposent pas en outre de l'autorité et des compétences nécessaires pour infléchir la politique dans le sens d'un développement durable des ressources humaines pour la santé;

c absence de politiques et de plans exhaustifs.

Les Etats Membres seront priés de fournir l'impulsion nécessaire en s'attaquant à ce problème au plus haut niveau afin de trouver des solutions durables.

265

Stratégie de promotion de la recherche en santé dans la Région africaine de l'OMS

En adoptant le plan stratégique de promotion de la recherche en santé dans la Région africaine (document AFR/RC48/11) à sa quarante-huitième session, le Comité régional a également adopté la résolution AFR/RC48/R4 qui, entre autres choses, prie le Directeur régional de tenir le Comité régional informé, tous les deux ans, des progrès accomplis dans la mise en oeuvre du plan stratégique. Le présent compte rendu succinct vise à répondre à cette demande.

266

La résolution AFR/RC48/R4 a demandé aux Etats Membres de déterminer des domaines prioritaires de recherche, d'élaborer leurs politiques de recherche et de développer les capacités de recherche nationales nécessaires. Au niveau du Bureau régional, la résolution a mis l'accent sur le renforcement de l'efficacité du Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires (CCARDS), le renforcement du volet recherche des programmes régionaux, l'optimisation du rôle des centres collaborateurs et la promotion de la recherche.

267

En réponse à la résolution, un effort important a été déployé pour revitaliser et renforcer le rôle du CCARDS afin que celui-ci donne des orientations stratégiques au Directeur régional. Grâce à des réunions annuelles et des contacts réguliers avec le Bureau régional, le CCARDS a utilement contribué à relever les défis auxquels la recherche sanitaire est confrontée dans la Région, en particulier ceux qui sont liés aux problèmes émergents de bioéthique et à la coordination des activités de recherche.

268

En ce qui concerne les centres collaborateurs de l'OMS, le Bureau régional s'est employé à rehausser la qualité de ces centres et d'autres institutions d'excellence. Une évaluation approfondie de la situation des centres existants a été faite dans l'ensemble de l'Organisation au cours de la période biennale 1998-1999. Elle a permis d'adopter au début de l'an 2000 des lignes directrices et des procédures normalisées pour l'agrément et le réagrément de ces centres. Davantage d'efforts ont été déployés pour recruter de nouveaux centres et renforcer la capacité de ceux qui existent déjà.

269



270

En ce qui concerne la promotion de la recherche, le Bureau régional a vivement encouragé les investissements dans la recherche. A l'heure actuelle, tous les programmes techniques du Bureau régional ont une ligne budgétaire pour la recherche et on a enregistré un accroissement important des activités de recherche dans les Etats Membres. Plusieurs pays ont défini leurs priorités en matière de recherche sanitaire, tandis que d'autres ont mis en place des mécanismes de coordination de la recherche. Mais cette augmentation des activités de recherche a entraîné d'autres défis, notamment en matière de bioéthique. C'est là un domaine qui requiert l'attention et une action de tous les pays.

Réforme du secteur de la santé dans la Région africaine de l'OMS: Situation de la mise en oeuvre et perspectives

271

Le Comité régional a adopté, en 1999, la résolution AFR/RC49/R2 qui invite les Etats Membres à intensifier leurs efforts en vue d'entreprendre des réformes appropriées du secteur de la santé et demande à l'OMS de leur fournir l'appui nécessaire.

272

La politique régionale de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle: Agenda 2020, a été adoptée à la cinquantième session du Comité régional en tant que cadre permettant de renforcer la réforme du secteur de la santé à l'aube du nouveau millénaire.

273

Une synthèse de la situation de la réforme du secteur de la santé dans la Région africaine a été élaborée et mise à la disposition des Etats Membres après trois réunions de sensibilisation sur l'Initiative spéciale des Nations Unies pour l'Afrique, tenues respectivement à Cotonou (Bénin), Addis Abeba (Ethiopie) et Maputo (Mozambique). Une réunion sur la mise en oeuvre des approches sectorielles dans le cadre de la réforme du secteur de la santé en Afrique orientale et australe a permis d'examiner l'expérience des pays dans ce domaine. Des voyages d'études destinés à favoriser un échange de données d'expériences entre les pays ont été financés en Gambie, au Ghana, au Mozambique et en Zambie. Des lignes directrices et des instruments de suivi et d'évaluation des réformes du secteur de la santé ont été élaborés. La plupart de ces réalisations ont été faites en étroite collaboration avec la Banque africaine de développement, la Banque mondiale, d'autres institutions des Nations Unies et des partenaires intervenant dans le domaine du développement sanitaire.

274

Le cadre préconisé par l'OMS pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé a permis de disposer d'orientations supplémentaires pour évaluer les systèmes de santé et identifier les domaines qui avaient besoin d'être renforcés. On élabore actuellement des instruments pour l'évaluation du fonctionnement des systèmes de santé et des approches durables en ce qui concerne le financement de la santé dans la Région.

Au nombre des principales contraintes figurent: la forte rotation des décideurs, la perte d'agents de santé compétents et expérimentés, le fardeau du VIH/SIDA et la baisse des ressources financières allouées au secteur de la santé. Toutefois, l'engagement des dirigeants africains exprimé dans la Déclaration d'Abuja, le lancement du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) et la création du Fonds mondial pour la Santé fournissent un environnement favorable au développement sanitaire dans la Région.

275

Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako

Le Comité régional a adopté, en 1999, la résolution AFR/RC49/R6 qui invite les Etats Membres à inscrire l'Initiative de Bamako à l'ordre du jour de leur développement sanitaire et à la mettre en oeuvre en tant que dimension communautaire de la réforme du secteur de la santé. Elle prie également l'OMS d'élaborer un nouveau cadre de mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako.

276

Le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique et les Directeurs régionaux de l'UNICEF pour la Région de l'Afrique orientale et australe et pour la Région de l'Afrique occidentale et centrale se sont réunis, en août 1999, à Windhoek (Namibie), et ont convenu de créer un groupe de travail technique chargé d'élaborer un nouveau cadre opérationnel pour la mise en oeuvre de l'Initiative.

277

Le groupe de travail technique s'est réuni à deux reprises, d'abord à Harare (Zimbabwe) en octobre 1999, puis à Abidjan (Côte d'Ivoire) en mars 2000 et a défini un ensemble minimum de prestations de santé, identifié les composantes essentielles pour appuyer la mise en oeuvre de cet ensemble minimum, et a rédigé un nouveau cadre opérationnel pour la mise en oeuvre de l'Initiative.

278

Une réunion interinstitutions pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, tenue à Nairobi (Kenya) en novembre 2001, a permis de parvenir à un consensus sur le nouveau cadre opérationnel. Le rôle vital de la participation communautaire et de l'autonomisation a également été pris en compte dans la formulation du nouveau cadre. Au nombre des mécanismes identifiés pour renforcer la coordination et le soutien aux pays en vue de la mise en oeuvre du nouveau cadre opérationnel, on peut citer: le soutien à la formulation de politiques nationales de développement exhaustives et de plans nationaux de mise en oeuvre, l'harmonisation des activités et des procédures des organismes internationaux et leur acceptation des priorités et des programmes nationaux. Un cadre pour le suivi et l'évaluation de la mise en oeuvre du nouveau cadre a été élaboré.

279

L'élaboration du nouveau cadre opérationnel pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako a pris plus de temps que prévu parce qu'il a été nécessaire d'organiser de larges consultations avec l'UNICEF, d'autres institutions et les Etats Membres.

280



281

Les possibilités de mise en oeuvre du nouveau cadre opérationnel de l'Initiative de Bamako comprennent notamment: les réformes en cours du secteur de la santé dans le domaine du financement des soins de santé; la décentralisation politique et des services de santé dans la plupart des Etats Membres, l'existence de composantes communautaires dans les programmes en cours tels que: la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), les programmes de lutte contre la tuberculose (stratégie DOTS) et le VIH/SIDA, les efforts tendant à réduire la pauvreté grâce à l'élaboration de documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté dans les pays.

CONCLUSION

282

Les activités de l'OMS dans la Région africaine ont été très fructueuses au cours de la période biennale 2000-2001.

283

En se concentrant sur *les déterminants de la santé et de la maladie*, l'OMS et les Etats Membres ont été mieux à même de susciter des améliorations durables à long terme de l'état de santé de toutes les populations africaines.

284

L'application de *nouvelles normes de gestion* à tous les niveaux de l'Organisation après l'adoption d'un système de gestion basé sur les résultats s'est traduite par une plus grande transparence aussi bien en ce qui concerne les résultats que les ressources.

285

La confiance accrue des bailleurs de fonds qui s'est traduite par un décuplement de leur soutien financier a permis d'élargir et d'intensifier les activités au niveau des pays dans des domaines tels que la prévention, la surveillance et la lutte contre les maladies, en particulier le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA; l'amélioration des systèmes de santé, notamment au niveau du district; l'amélioration de la capacité des pays à faire face aux situations d'urgence d'origine tant naturelle qu'humaine. Presque chaque pays de la Région africaine a tiré profit de cette augmentation du flux de ressources.

286

Toutefois, il n'y a pas lieu de dormir sur ses lauriers. Un examen réaliste des conditions sanitaires en Afrique aujourd'hui révèle que, dans certains domaines importants, nous perdons du terrain et que dans d'autres, le succès est loin d'être acquis. Citons quelques exemples:

- a Les conditions macro-économiques, qui influent directement ou indirectement sur les résultats sanitaires, se sont détériorées dans beaucoup de pays africains. Le fardeau écrasant de la dette, les termes défavorables de l'échange en ce qui concerne les produits et les matières premières africains vendus sur le marché mondial, l'insuffisance des investissements destinés aux infrastructures et au capital humain compromettent le développement de l'Afrique.

- b** Même si certains Etats Membres ont stabilisé ou même réussi à inverser la tendance à la hausse de la séropositivité au VIH, les progrès réalisés contre la pandémie de VIH/SIDA laissent à désirer dans la plupart des pays de la Région. Et même dans les rares pays qui connaissent une stabilisation de la courbe de l'épidémie, le fardeau économique et social des soins dispensés aux malades déjà touchés et la catastrophe sociale que représentent plus de 11 millions d'orphelins du SIDA laissés dans le sillage de la pandémie, semblent des charges trop lourdes pour les responsables nationaux et les communautés.
- c** La pauvreté et les maladies de la pauvreté (VIH/SIDA, tuberculose, paludisme) font l'objet d'une plus grande attention, mais davantage de recherches sont nécessaires pour mieux comprendre la corrélation qui existe entre la pauvreté et la mauvaise santé et pour y trouver des remèdes efficaces. Tout en intensifiant nos efforts de lutte contre les maladies de la pauvreté, nous devons également nous attaquer directement à la pauvreté elle-même, en commençant au niveau de la communauté par des projets générateurs de revenus. Tous les efforts de cette nature doivent répondre aux besoins spécifiques des femmes et des enfants qui sont les premières victimes de la pauvreté.
- d** L'instabilité sociale et politique, y compris la guerre et les déplacements massifs de populations dans plusieurs pays, ont désorganisé les services de santé, exposé les populations à de nouveaux risques de maladies (y compris le choléra, la malnutrition, le VIH/SIDA), et compromis la lutte contre les maladies ainsi que les programmes d'éradication de la polio, et affaibli la capacité de riposte des Etats Membres. Les pays ont besoin d'une assistance accrue pour se préparer aux catastrophes naturelles ou d'origine humaine et pour organiser les secours.
- e** L'éradication de la polio a atteint un niveau que beaucoup d'experts jugeaient impensable il y a seulement quelques années. Avec l'appui des Etats Membres et de ses partenaires, l'OMS a presque fait l'impossible dans la Région africaine. En 2001, le poliovirus sauvage n'a été détecté que dans sept pays de la Région. Des systèmes de surveillance bien conçus sont en place dans chacun des 46 pays et les cas résiduels, de même que tout cas de polio réintroduit dans des zones débarrassées de cette maladie seront détectés. Mais l'éradication de la polio dans les quelques zones difficiles d'accès qui subsistent dans la Région ne sera pas facile et le succès est loin d'être garanti. A ce stade, pour éradiquer la polio, nous devons intensifier nos efforts conjoints et non les relâcher.



f Le cancer, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies du métabolisme telles que le diabète, les maladies liées au tabagisme, l'abus de drogues et les maladies neuropsychiatriques n'étaient autrefois considérées que comme des problèmes de santé des sociétés industrialisées. Mais l'importance de ces maladies et des autres maladies non transmissibles en Afrique est de plus en plus reconnue et documentée. Dans la Région africaine, l'OMS s'attaque à présent à ces problèmes au niveau de la Division des Maladies non transmissibles. Des stratégies et des protocoles techniques bien conçus existent ou sont en cours d'élaboration, mais le financement et, parfois, l'engagement national ne sont pas à la mesure de la charge de morbidité que représentent les maladies non transmissibles.

287

Cette liste des défis à relever est loin d'être exhaustive. Même s'il ne fait aucun doute que l'OMS a fait du bon travail dans la Région africaine, nous devons faire mieux à présent. Nous devons travailler plus vite. Nous devons faire plus avec moins. Grâce à l'appui et à la coopération continus de nos Etats Membres et des partenaires du développement, nous sommes prêts à relever ce défi.

ANNEXE – 1

**TABLEAU I: EXÉCUTION DU BUDGET PROGRAMME ORDINAIRE
DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE (BUREAU RÉGIONAL)**

Domaine d'activité numéro	Code	Allocation initiale	Ajustements/ Reprogram- mentation	Allocation finale et exécution	Taux d'exécution par rapport à l'allocation initiale	Taux d'exécution par rapport à l'allocation finale
		1	2	3	4	5
01.1.01	CSR	496,000	298,000	794,000	160%	100%
01.2.01	CPC	4,170,000	200,000	4,370,000	105%	100%
01.3.01	CEE	0	233,000	233,000		100%
01.4.01	CRD	511,000	-159,000	352,000	69%	100%
02.1.01	NCS	1,729,000	-655,000	1,074,000	62%	100%
02.2.01	NCP	0	319,000	319,000		100%
02.3.01	NCM	0	286,000	286,000		100%
03.2.01	CAH	974,000	226,000	1,200,000	123%	100%
03.3.01	RHR	2,267,000	3,290,000	5,557,000	245%	100%
03.4.01	WMH	566,000	246,000	812,000	143%	100%
04.1.01	HSD	1,922,000	-372,000	1,550,000	81%	100%
04.2.01	NHD	780,000	-100,000	680,000	87%	100%
04.3.01	PHE	2,865,000	291,000	3,156,000	110%	100%
04.4.01	EHA	806,000	830,000	1,636,000	203%	100%
05.1.01	HPR	532,000	480,000	1,012,000	190%	100%
05.2.01	DPR	306,000	-141,000	165,000	54%	100%
05.3.01	MNH	711,000	270,000	981,000	138%	100%
05.4.01	SAB	378,000	70,000	448,000	119%	100%
06.1.01	EDM	1,170,000	596,000	1,766,000	151%	100%
06.2.01	VAB	461,000	118,000	579,000	126%	100%
06.3.01	BCT	900,000	659,000	1,559,000	173%	100%
07.1.01	GPE	445,000	-67,000	378,000	85%	100%
07.2.01	IMD	4,661,000	-313,000	4,348,000	93%	100%
07.3.01	RPC	351,000	422,000	773,000	220%	100%
07.4.01	OSD	9,351,000	-2,883,000	6,468,000	69%	100%
08.1.01	GBS	1,467,000	230,000	1,697,000	116%	100%
08.2.01	RMB	350,000	-130,000	220,000	63%	100%
08.3.01	ECP	2,347,000	581,000	2,928,000	125%	100%
09.1.01	BMR	0	353,000	353,000		100%
09.2.01	HRS	2,713,000	-852,000	1,861,000	69%	100%
09.3.01	FNS	3,714,000	50,000	3,764,000	101%	100%
09.4.01	IIS	14,480,000	159,000	14,639,000	101%	100%
10.1.01	DGO	2,405,000	-1,457,000	948,000	39%	100%
10.3.01	DDP	698,000	57,000	755,000	108%	100%
Totals		64,526,000	3,135,000	67,661,000	105%	100%



ANNEXE - 2

**TABLEAU 2: EXÉCUTION DU BUDGET PROGRAMME ORDINAIRE
DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE (PAYS)**

Domaine d'activité numéro	Code	Allocation initiale	Ajustements/ Reprogram- mentation	Allocation finale et exécution	Taux d'exécution par rapport à l'allocation initiale	Taux d'exécution par rapport à l'allocation finale
		1	2	3	4	5
01.1.01	CSR	8,911,000	-3,937,000	4,974,000	56%	100%
01.2.01	CPC	5,073,000	1,343,000	6,416,000	126%	100%
01.3.01	CEE	0	833,000	833,000		100%
01.4.01	CRD	25,000	103,000	128,000	512%	100%
02.1.01	NCS	685,000	-398,000	287,000	42%	100%
02.2.01	NCP	0	232,000	232,000		100%
02.3.01	NCM	0	690,000	690,000		100%
03.2.01	CAH	2,055,000	-1,052,000	1,003,000	49%	100%
03.3.01	RHR	9,441,000	-5,949,000	3,492,000	37%	100%
03.4.01	WMH	225,000	391,000	616,000	274%	100%
04.1.01	HSD	606,000	-311,000	295,000	49%	100%
04.2.01	NHD	896,000	-358,000	538,000	60%	100%
04.3.01	PHE	5,060,000	-1,735,000	3,325,000	66%	100%
04.4.01	EHA	870,000	1,546,000	2,416,000	278%	100%
05.1.01	HPR	1,474,000	1,422,000	2,896,000	196%	100%
05.2.01	DPR	124,000	67,000	191,000	154%	100%
05.3.01	MNH	801,000	-264,000	537,000	67%	100%
05.4.01	SAB	132,000	15,000	147,000	111%	100%
06.1.01	EDM	1,915,000	-107,000	1,808,000	94%	100%
06.2.01	VAB	1,406,000	-831,000	575,000	41%	100%
06.3.01	BCT	441,000	142,000	583,000	132%	100%
07.1.01	GPE	2,214,000	-1,298,000	916,000	41%	100%
07.2.01	IMD	132,000	671,000	803,000	608%	100%
07.3.01	RPC	82,000	71,000	153,000	187%	100%
07.4.01	OSD	26,056,000	-5,413,000	20,643,000	79%	100%
08.2.01	RMB	0	38,000	38,000		100%
08.3.01	ECP	1,966,000	-1,549,000	417,000	21%	100%
09.1.01	BMR	0	1,000	1,000		100%
09.4.01	IIS	55,000	-55,000	0	0%	
10.1.01	DGO	620,000	-620,000	0	0%	
11.1.01	COO	41,031,000	12,713,000	53,744,000	131%	100%
Totals		112,296,001	-3,598,998	108,697,003	97%	100%

ANNEXE - 3

TABLEAU 3: EXÉCUTION DU BUDGET DE L'OMS ALIMENTE PAR DES FONDS PROVENANT D'AUTRES SOURCES DANS LA REGION AFRICAINE

Domaine d'activité numéro	Code	Budget approuvé	Fonds disponibles	Fonds utilisés	Taux d'exécution par rapport à l'allocation initiale
		1	2	3	4
01.1.01	CSR	3,700,000.00	13,353,000.00	7,765,000.00	58%
01.2.01	CPC	127,294,000.00	42,316,000.00	20,253,000.00	48%
01.3.01	CEE		2,230,000.00	1,508,000.00	68%
02.1.01	NCS	-	358,000.00	245,000.00	68%
02.2.01	NCP		512,000.00	382,000.00	75%
02.3.01	NCM		5,000.00	5,000.00	100%
03.2.01	CAH	2,467,000.00	10,871,000.00	7,633,000.00	70%
03.3.01	RHR	2,247,000.00	11,747,000.00	5,601,000.00	48%
03.4.01	WMH	32,000.00	397,000.00	263,000.00	66%
04.1.01	HSD		149,000.00	104,000.00	70%
04.2.01	NHD	245,000.00	148,000.00	31,000.00	21%
04.3.01	PHE		257,000.00	135,000.00	53%
04.4.01	EHA		10,337,000.00	6,280,000.00	61%
05.1.01	HPR		125,000.00	45,000.00	36%
05.2.01	DPR		688,000.00	150,000.00	22%
05.3.01	MNH		110,000.00	75,000.00	68%
05.4.01	SAB		294,000.00	56,000.00	19%
06.1.01	EDM		2,249,000.00	734,000.00	33%
06.2.01	VAB	245,000.00	201,492,000.00	186,766,000.00	93%
07.1.01	GPE		52,000.00	25,000.00	48%
07.2.01	IMD		12,000.00	12,000.00	100%
07.3.01	RPC		5,000.00	-	0%
07.4.01	OSD	526,000.00	6,839,000.00	2,997,000.00	44%
08.1.01	GBS		35,000.00	31,000.00	89%
08.2.01	RMB	1,019,000.00			
08.3.01	ECP	245,000.00	1,456,000.00	1,229,000.00	84%
09.2.01	HRS	463,000.00	1,547,000.00	1,365,000.00	88%
09.3.01	FNS	1,149,000.00	1,993,000.00	1,948,000.00	98%
09.4.01	IIS	3,932,000.00	7,690,000.00	7,322,000.00	95%
Totals		143,564,000.00	317,267,000.00	252,960,000.00	80%

