

# Activités de L'OMS dans La Région africaine 2002

## Rapport annuel du Directeur régional

Cinquante-troisième session  
du Comité régional de l'Afrique,  
Johannesbourg, Afrique du Sud,  
1<sup>er</sup> – 5 septembre 2003

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE  
Bureau régional de l'Afrique  
Brazzaville • 2003



© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2003

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.

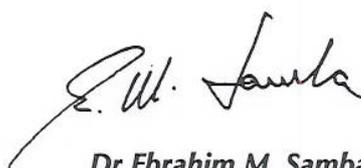
Les désignations utilisées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, de leurs autorités, ni quant au tracé 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 l'année 2002.*



*Dr Ebrahim M. Samba  
Directeur régional*

# SOMMAIRE

## Paragrophes

<b>ABREVIATIONS</b> .....	vi
<b>INTRODUCTION</b> .....	1-8
<b>PREMIERE PARTIE: MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2002-2003 POUR L'ANNEE 2002</b> .....	9-208
<b>REALISATIONS NOTABLES</b> .....	9-201
Développement et direction d'ensemble des programmes .....	9-39
Développement des systèmes et services de santé .....	40-59
Lutte contre les maladies transmissibles .....	60-97
Maladies non transmissibles : prévention et lutte .....	98-134
Santé de la famille et santé génésique .....	135-169
Milieux favorables à la santé et développement durable .....	170-188
Administration et finances .....	189-201
<b>FACTEURS AYANT FACILITE OU ENTRAIVE LA MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME EN 2002</b> .....	202-208
Facteurs ayant favorisé l'exécution du budget programme .....	203-205
Contraintes .....	206-208
<b>DEUXIEME PARTIE: RAPPORT D'ACTIVITES SUR LA MISE EN ŒUVRE DES RESOLUTIONS DU COMITE REGIONAL</b> .....	209-281
Programme régional de lutte contre la tuberculose .....	209-215
Stratégie régionale pour les secours d'urgence et l'action humanitaire .....	216-224
Surveillance épidémiologique intégrée des maladies :	
Stratégie régionale pour les maladies transmissibles .....	225-234
Stratégie régionale de la santé mentale .....	235-241
Politique de la Santé pour tous dans la Région africaine pour le 21 <sup>ème</sup> siècle : Agenda 2020 .....	242-253
Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine .....	254-260
Santé de l'adolescent : Stratégie de la Région africaine .....	261-270
Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005 .....	271-281
<b>CONCLUSION</b> .....	282-294

## ANNEXES

Pages

1. MISE EN OEUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2002-2003 –  
SECTION DE LA RESOLUTION PORTANT OUVERTURE DE CREDITS.....73
2. MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME –  
DOMAINES D'ACTIVITE.....74
3. MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2002-2003 –  
PAYS .....77

## LISTE DE FIGURES

1. Domaines d'étude des boursiers de l'OMS, 1990–2001 .....13
2. Qualité de deux antipaludiques dans six pays africains .....15
3. Situation concernant la méningite dans la Région africaine en 2002 .....19
4. Nombre de cas de dracunculose notifiés par année dans la Région africaine .....20
5. Activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole, 2001-2002 .....25
6. Politiques nationales relatives aux médicaments de première intention  
pour les cas de paludisme non compliqués, décembre 2002 .....27
7. Rapport de mortalité maternelle dans la Région africaine de l'OMS, 2001 .....39
8. Prévalence des MSF dans certains pays africains.....44

## LISTE DE TABLEAUX

1. Surveillance intégrée des maladies et intervention : Mise en oeuvre en 2002 .....19

## ABREVIATIONS

ADPIC	Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
AMS	Système de gestion des activités
ARV	Antirétroviraux
BAD	Banque africaine de Développement
CCARDS	Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires
CCM	Mécanisme de coordination au niveau des pays
CCRA	Commission de certification de la Région africaine
CCS	Stratégie de coopération dans les pays
CDP	Programme des maladies chroniques
CICR	Comité international de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CPSM	Centre de surveillance pluripathologique
DDP	Programme du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement et initiatives
DOTS	Traitement de courte durée sous observation directe
EB	Evaluation biennale
EHA	Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours
EMP	Examen à mi-parcours
EMRO	Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale
EOC	Soins obstétricaux de base
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GFATM	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
HRH	Ressources humaines pour la santé
HSR	Recherche sur les systèmes de santé
ICOH	Centre interpays pour la santé bucco-dentaire
IDSR	Surveillance intégrée des maladies et intervention
IEC	Information Education Communication
IPT	Traitement préventif intermittent
IRM	Gestion des ressources interinstitutions
IRSP	Institut régional de Formation en Santé publique
IST	Infection sexuellement transmissible
JNV	Journée nationale de vaccination

LHD	Développement sanitaire à long terme
MAP	Programme multipays de lutte contre le SIDA
MCG	Groupe de collaboration multidisciplinaire
MIM	Initiative multilatérale pour le paludisme en Afrique
MMR	Rapport de mortalité maternelle
MSF	Mutilations sexuelles féminines
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
NORAD	Agence norvégienne de Développement international
NPEC	Comité national d'experts en poliomyélite
OIT	Organisation internationale du Travail
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA	Paralysie flasque aiguë
PHAST	Participation à la transformation de l'hygiène et de l'assainissement
PLWHA	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
PMDS	Système de gestion et de développement de la performance
PMTCT	Prévention de la transmission mère-enfant
PPE	Planification, suivi et évaluation
PRSP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
PSC	Sous-Comité du Programme
RIASCO	Bureau régional de Coordination et d'appui interinstitutions
RO/AFI	Système d'information comptable et financière du Bureau régional
RPM	Réunion régionale du Programme
SIA	Activités de vaccination supplémentaires
SIG	Système d'information géographique
SSA	Suivi semi-annuel
SWAp	Approche sectorielle
TUB	Tuberculose
UCI	Vaccination universelle des enfants
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
VCT	Dépistage volontaire et conseil
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise
WR	Représentant de l'OMS



---

## INTRODUCTION

1. Le présent rapport régional pour l'année 2002 porte sur les activités menées par l'OMS dans la Région africaine au titre de la mise en oeuvre du Budget Programme 2002-2003. Premier du Dixième Programme général de Travail (2002-2005), ce Budget Programme 2002-2003 constitue la réponse de l'OMS aux défis rencontrés dans la Région africaine.
2. On a enregistré au cours de ces dernières années d'importants changements en ce qui concerne la santé dans le monde, et on est parvenu à une meilleure compréhension des causes et des conséquences des problèmes de santé. Compte tenu des ressources limitées qui sont consacrées à la santé, l'OMS, les Etats Membres et les autres partenaires ont décidé de concentrer l'ensemble de leurs efforts sur un petit nombre de priorités clairement définies qui correspondent aux besoins des pays. Ces efforts sont guidés par l'ampleur et la persistance des problèmes de santé dans la Région et par la Politique de la santé pour tous pour le 21<sup>ème</sup> siècle : Agenda 2020.
3. Dans le cadre de son initiative en faveur des pays, l'OMS a conçu la Stratégie de coopération dans les pays (SCP) comme le principal élément de sa contribution à une amélioration de la santé et du développement des populations. Cette initiative vise à accélérer les réformes de la santé au niveau national afin d'améliorer la performance des systèmes de santé et de les rendre plus efficaces et plus équitables. Les réformes du secteur de la santé passent par des politiques et des programmes axés sur la promotion de la bonne gouvernance, la réduction de la pauvreté en vue d'un développement durable et la coopération aux niveaux sous-régional et régional avec des organisations telles que la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest, la Communauté pour le Développement de l'Afrique australe, l'Union africaine et le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique.
4. Ces efforts ont en outre été complétés par plusieurs initiatives internationales telles que le rapport Macroéconomie et Santé, le Sommet mondial sur le développement durable, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'initiative Halte à la tuberculose, l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). Ces initiatives accordent la priorité à l'Afrique et offrent des possibilités d'accroître les partenariats et les financements.
5. Cependant, la Région africaine est toujours en proie à l'instabilité politique et aux troubles civils. Cette situation expose la majorité de la population à une très grande pauvreté qui constitue l'un des principaux obstacles au développement de la santé. Les efforts déployés pour améliorer la situation sanitaire sont entravés par la faiblesse des systèmes de santé au niveau national et à l'échelon du district, les lacunes en matière d'administration générale, la fuite des cerveaux, l'insuffisance des financements et le nombre limité d'interventions rentables. Par ailleurs, les investissements consacrés à la recherche sur les interventions destinées à lutter contre les maladies prioritaires de la Région demeurent faibles. La performance des systèmes de santé est aggravée par la piètre prestation macroéconomique au niveau national ainsi que par la fréquence des catastrophes naturelles ou créées par l'homme.

6. Etant donné que l'OMS n'a ni les ressources ni les compétences nécessaires pour mener à bien l'ensemble du programme sanitaire de la Région africaine, le Budget Programme 2002-2003 s'attache à :
  - a) centrer les efforts et les ressources sur un petit nombre de priorités adaptées à son mandat et à ses atouts;
  - b) mettre en place des mécanismes permettant de mobiliser des ressources supplémentaires pour compléter le budget ordinaire limité;
  - c) promouvoir des partenariats efficaces avec les Etats Membres et les partenaires de développement afin de tirer parti des possibilités qui existent pour favoriser la santé et la synergie des efforts.
  
7. En étendant la mise en oeuvre de l'approche gestionnaire fondée sur les résultats, le Budget Programme 2002-2003 vise à améliorer l'efficacité et l'efficacités de l'activité de l'OMS dans la Région africaine. Le Secrétariat de l'OMS pourra être appelé à rendre compte des résultats escomptés définis dans le Budget Programme, résultats qui définissent le cadre pour une planification opérationnelle détaillée ainsi que pour la mise en oeuvre, le suivi et l'établissement des rapports.
  
8. Le présent rapport fait le point des activités mises en oeuvre au cours de la première année du Budget Programme 2002-2003 et fait état du travail accompli par l'OMS au niveau régional et à l'échelon des pays. Il est divisé en deux grandes parties. La première partie décrit les réalisations significatives enregistrées dans les divers domaines d'activité. Elle rend compte également des principaux facteurs qui ont facilité la mise en oeuvre efficace du Budget Programme – et qui doivent donc être préservés – ainsi que des contraintes rencontrées, qu'il importe de surmonter. La deuxième partie présente les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des résolutions adoptées par le Comité régional au cours de ses sessions antérieures et pour lesquelles un rapport doit être présenté à la cinquante-troisième session. La conclusion résume les enseignements qui se dégagent de la première année de la mise en oeuvre du Budget Programme 2002-2003 ainsi que les progrès accomplis dans la mise en oeuvre des résolutions du Comité régional. Elle présente également certaines perspectives d'une amélioration de l'activité de l'OMS dans la Région africaine. Des tableaux relatifs à l'exécution du budget ordinaire et des crédits provenant d'autres sources se trouvent dans l'annexe.

---

## **PREMIERE PARTIE : MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2002-2003 POUR L'ANNÉE 2002**

### **REALISATIONS NOTABLES**

#### **Développement et direction d'ensemble des programmes**

9. Les fonctions de gestion exercées sous la direction du Directeur régional par les organes administratifs<sup>1</sup> du Bureau régional de l'Afrique visent à assurer l'efficacité des programmes et de la coopération technique avec les pays de la Région africaine. La direction applique avec efficience les quatre stratégies institutionnelles de l'Organisation mondiale de la Santé, à savoir :
- a) réduire la charge de surmorbidity, de surmortalité et des incapacités qui pèse notamment sur les groupes pauvres et marginalisés;
  - b) promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé qui résultent de causes environnementales, économiques, sociales et comportementales;
  - c) instituer des systèmes de santé qui améliorent les résultats sanitaires, répondent aux attentes légitimes des populations et qui financent équitablement les soins;
  - d) définir une politique et un environnement institutionnel favorables au secteur de la santé et apporter une dimension sanitaire concrète à la politique économique, sociale, environnementale et du développement.
10. Outre la coordination générale de l'action de l'OMS dans la Région africaine, le Développement et la direction d'ensemble des programmes ont porté sur les domaines d'activité spécifiques suivants : Programme et initiatives du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement (DDP), Organes directeurs (GBS), Budget et réforme administrative (BMR), Mobilisation des ressources (RMB), Coopération extérieure et partenariats (ECP), Bases factuelles à l'appui des politiques de santé (GPE), Gestion et diffusion de l'information sanitaire (IMD), Politique et coopération en matière de recherche (RPC).
11. Les priorités pour ces domaines d'activité au titre de la période biennale 2002-2003 sont les suivantes :
- a) tirer parti des progrès réalisés à l'aide de la gestion axée sur les résultats, en renforçant les systèmes de planification, de suivi et d'élaboration de rapports;
  - b) utiliser les bases factuelles pour garantir un équilibre suffisant entre les ressources allouées pour les fonctions techniques et administratives; l'action normative et l'appui aux pays; les efforts déployés pour lutter contre les maladies, pour promouvoir la santé génésique et aborder les déterminants plus vastes de la santé;

---

<sup>1</sup> Les organes administratifs du Bureau régional de l'Afrique sont : le Comité régional, le Sous-Comité du Programme, le Comité pour la Direction générale, la Réunion régionale du Programme, le Comité de développement de la gestion, le Comité de suivi et d'évaluation, le Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires, le Comité permanent pour les situations d'urgence, le Comité des publications et le Comité de développement de la recherche.

- c) améliorer la pertinence des programmes de l'OMS et leur réactivité aux besoins des pays en garantissant une présence suffisante dans les pays, en décentralisant davantage les responsabilités vers les bureaux de pays au vu des bases factuelles se dégageant des stratégies de coopération dans les pays (CCS) et en veillant à ce que le Bureau régional réponde mieux aux besoins et demandes des pays;
  - d) coordonner les activités des divisions et des bureaux de pays conformément à la stratégie institutionnelle et à la Politique de la Santé pour tous dans la Région africaine pour le 21<sup>ème</sup> siècle : Agenda 2020, et faciliter l'utilisation des bases factuelles pour élaborer les programmes;
  - e) améliorer la performance des organes administratifs du Bureau régional en définissant une politique générale et en fournissant des apports stratégiques aux activités de l'OMS dans la Région africaine;
  - f) mobiliser des ressources provenant d'autres sources afin de combler le déficit constaté dans les plans d'action et veiller à ce que ces ressources soient affectées et utilisées conformément aux priorités du Bureau régional;
  - g) renforcer les partenariats au sein de la famille des Nations Unies et avec d'autres instances participant au développement sanitaire de la Région;
  - h) fournir aux responsables de la planification des politiques de santé, aux professionnels de la santé et au grand public une information sanitaire pertinente et de qualité.
12. Un certain nombre de changements structurels ont été mis en œuvre pour améliorer le fonctionnement du Bureau régional. Le domaine Situations d'urgence et action humanitaire (EHA) a été transféré à la Division Milieux favorables à la santé et Développement durable pour conférer un ancrage institutionnel aux activités considérables menées sur le plan de l'évaluation des risques environnementaux et du développement sanitaire à long terme. Les unités Gestion des ressources interinstitutions (IRM) et Organes directeurs (GBS) ont fusionné pour former l'unité Relations extérieures et Organes directeurs sous la supervision du Directeur de la Gestion des Programmes, en vue de promouvoir la collaboration avec les Etats Membres, les partenaires extérieurs et d'autres organisations internationales et d'harmoniser ainsi la programmation conjointe pour le développement sanitaire, d'échanger des informations et de mobiliser des ressources pour appuyer les efforts des pays. Le domaine Gestion et diffusion de l'information sanitaire a été transféré de la Division de l'Administration et des Finances à celle de la Gestion des Programmes.

***Programmes du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement et initiatives (DDP)***

13. Le Fonds de développement du Directeur régional sert tout particulièrement à apporter un appui aux Etats Membres pour le financement d'activités imprévues à caractère urgent, la promotion de bonnes pratiques dans l'esprit de la coopération technique entre pays en développement, le lancement de nouvelles initiatives susceptibles de promouvoir l'état de santé des populations, notamment celles qui sont déshéritées. Pour l'année 2002, ce Fonds a servi notamment à :

- a) aider certains pays à faire face à des situations d'urgence : explosion d'un dépôt d'armes au Nigéria; inondations et vagues de froid dans les régions de Saint-Louis et Louga au Sénégal; épidémie de fièvre jaune en Guinée et au Sénégal; naufrage du bateau "le Joola" au Sénégal; effets de la sécheresse sur la santé au Mozambique;
- b) contribuer au lancement d'initiatives en faveur de populations déshéritées : mise en place puis extension du Projet "Biofarm" au village Fistula en Ethiopie; aide au Groupement des Femmes de Semé-Podji au Bénin; appui à une population très pauvre appelée Rabelados au Cap-Vert; aide à l'orphelinat de Bawjiase au Ghana; visite d'étude à l'orphelinat de Mutoko (Zimbabwe) qui accueille des enfants dont les parents sont morts du SIDA; appui au projet de réduction de la pauvreté au Burkina Faso;
- c) soutenir la mise en œuvre des programmes et activités prioritaires : lutte contre le tabac en Côte d'Ivoire; réunion sur la Convention-Cadre pour la lutte contre le Tabac à Dakar; lutte contre le paludisme au Congo; prévention, étude et documentation sur la violence et les abus sexuels exercés sur les enfants au Togo; lutte contre le VIH/SIDA au Niger;
- d) contribuer au renforcement institutionnel dans les Etats Membres : appui au comité d'organisation de la Journée internationale de la Femme au Zimbabwe; connexion à l'Intranet du bureau de pays du Sénégal; fourniture d'équipement à l'hôpital "Royal Victoria" en Gambie; appui au Ministère de la Santé et de l'Environnement en Ouganda; soutien à la Commission du Travail et des Affaires sociales pour la célébration du 25<sup>ème</sup> anniversaire de l'OUA en Ethiopie; renforcement de la capacité institutionnelle du Ministère de la Santé du Sénégal; appui à la tenue de Journées d'études de la Santé au Niger;
- e) soutenir les initiatives visant au renforcement des bureaux de l'OMS dans les pays : réhabilitation des bureaux de coordination de l'OMS à Goma, à l'Est de la République démocratique du Congo.

14. Sans être exhaustives, les actions citées ci-dessus donnent un aperçu des préoccupations nouvelles auxquelles se sont trouvés confrontés les Etats Membres et auxquelles une attention devra être accordée lors de l'élaboration des futurs programmes d'action.

#### ***Mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats (REC)***

15. L'environnement évolutif des activités sanitaires, associé au fait que les Etats Membres attendent que l'OMS les aide de manière plus efficace à faire face aux défis sanitaires nationaux, a conduit l'OMS à reconsidérer son action pour répondre aux besoins et priorités des pays. Dans la Région africaine de l'OMS, la Stratégie de coopération dans les pays (CCS) est considérée comme le principal instrument permettant de définir l'action à mener par l'OMS pour répondre aux besoins des pays. C'est elle qui doit servir de base pour établir les budgets programmes et les plans d'action des pays et coordonner l'appui accordé aux pays par les trois niveaux de l'Organisation. C'est elle qui constitue donc le cadre pour le renforcement de la coopération technique avec les pays. Pour faire face aux défis sanitaires nationaux, il faut également améliorer les partenariats avec d'autres partenaires de développement, mobiliser des ressources pour appuyer les efforts des pays et accroître l'accès à l'information sur les programmes de l'OMS dans la Région africaine.

16. Au cours de la période considérée, d'importants efforts de collaboration ont été faits pour améliorer les capacités des bureaux de l'OMS dans les pays et mieux répondre aux besoins des pays. Des progrès importants ont été accomplis. Les capacités ont été renforcées aussi bien au Bureau régional que dans les bureaux de pays pour la formulation et la mise en œuvre de la Stratégie de coopération dans les pays (CCS). Des mécanismes et des instruments d'appui ont été élaborés, des équipes CCS ont été créées aux niveaux régional et des pays et l'information relative au processus CCS a été rassemblée et diffusée aux pays. Un appui a été accordé aux pays pour leur permettre d'élaborer et de mettre en œuvre leur stratégie de coopération. En décembre 2002, un total de 19 documents<sup>2</sup> avaient été approuvés par le Directeur régional et soumis à l'approbation du Directeur général ; quatre documents émanant du Cameroun, de la Namibie, du Rwanda et du Zimbabwe ont été finalisés et sont en voie d'approbation; et plusieurs pays ont introduit des orientations relatives à la CCS dans leurs plans d'action.
17. Une autre réalisation accomplie a été le renforcement des capacités administratives et gestionnaires des Représentants de l'OMS (WR) et de leur personnel. Ce renforcement a été effectué grâce au remaniement des procédures de sélection, de rotation et d'information des Représentants et des Chefs de bureau de liaison de l'OMS ainsi que des autres membres du personnel, au recrutement du personnel essentiel, à un meilleur appui financier et logistique et en matière de communication dans les bureaux de pays, et à l'organisation de retraites et de réunions interpays périodiques.
18. La collaboration et la coordination entre les trois niveaux de l'OMS ont été intensifiées. La direction d'ensemble des programmes a été renforcée par le biais de réunions régionales du programme auxquelles tous les cadres supérieurs du Bureau régional, des bureaux de pays et du Siège ont participé pour débattre de questions importantes de politique et de stratégie.
19. Afin de mobiliser des ressources provenant d'autres sources pour appuyer la mise en œuvre des programmes, 10 accords relatifs à des projets d'une valeur de US \$48 712 857 ont été finalisés. Pour la préparation des documents de projets, un appui technique a été accordé aux divisions et aux bureaux de pays ainsi qu'aux bureaux de liaison de l'OMS auprès de l'Union européenne et de la Banque africaine de Développement (BAD). Les capacités de l'Unité chargée de la gestion des ressources interinstitutions ont été renforcées et des ateliers ont été organisés au Togo et au Kenya pour le renforcement des capacités de négociation.
20. Les bureaux de l'OMS dans les pays ont bénéficié d'un appui pour mettre en œuvre la composante information – éducation – communication de leurs plans d'action, afin de faciliter l'accès à l'information concernant l'OMS. Le traitement de l'information sanitaire a été amélioré dans 14 pays<sup>3</sup> grâce à un appui technique pour l'organisation d'ateliers à l'intention des spécialistes de l'information et grâce à un petit concours financier pour renforcer les bureaux de

<sup>2</sup> Provenant des pays suivants : Algérie, Angola, Botswana, Burkina Faso, Cap-Vert, Ethiopie, Guinée équatoriale, Gambie, Ghana, Kenya, Mali, Mauritanie, Nigéria, République démocratique du Congo, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Tchad et Zambie.

<sup>3</sup> Bénin, Botswana, Cap-Vert, Erythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Mali, Nigéria, République démocratique du Congo, République du Congo, Rwanda, Togo, Zambie.

l'information sanitaire des médias nationaux. Le Rwanda a bénéficié d'un appui en vue d'élaborer une stratégie IEC en matière de santé. Le site Internet du Bureau régional a accru le débit des informations destinées à la presse et au grand public, ce qui a contribué à renforcer son image de marque et sa crédibilité professionnelle auprès des médias partenaires et d'autres maisons d'édition de la Région.

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

21. En ce qui concerne les Bases factuelles à l'appui des politiques de santé, le Bureau régional a concouru avec le Siège et les bureaux de pays à l'amélioration de la production et de l'utilisation de l'information. Pendant la période biennale 2002-2003, la priorité a été donnée à la coordination de la production et de l'utilisation des données épidémiologiques et économiques en vue de l'élaboration de programmes. Le renforcement des systèmes nationaux d'information sanitaire et des capacités nationales en épidémiologie et en économie de la santé constitue une autre priorité.
22. Durant la période examinée (2002), le Bureau régional a organisé un atelier pour le renforcement des capacités en économie de la santé. A la suite de la diffusion du rapport de la Commission Macroéconomie et Santé (*Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*), les Etats Membres ont demandé que la thématique de l'atelier soit élargie pour y inclure la macroéconomie et la santé, les budgets nationaux de santé, le financement de la santé et les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP). Le nombre de participants, parmi lesquels on comptait des médecins de santé publique et des économistes de la santé originaires de 43 Etats Membres, est passé de 20 à 100.
23. D'autres types de formation technique ont été proposés. Des programmeurs cliniques de Maurice ont été formés à la classification ICD-10 et des ateliers portant sur l'analyse et la gestion de données se sont tenus en Guinée et en Guinée équatoriale.
24. Afin de renforcer la diffusion des bases factuelles, les concepts de base de la *Revue africaine de santé publique* ont été définis, et l'équipe et le comité de rédaction constitués. La brochure du Bureau régional intitulée "Situation sanitaire dans la Région africaine de l'OMS : indicateurs de base" a été finalisée et diffusée. La production de bulletins hebdomadaires sur des maladies susceptibles d'entraîner des flambées épidémiques s'est poursuivie en 2002. Deux éditions du "Rapport épidémiologique sur les maladies transmissibles" (Bulletin du Bureau régional) ont été produites et diffusées respectivement sur le VIH/SIDA et la tuberculose. Le "Bulletin épidémiologique sur la surveillance intégrée des maladies" a également été produit et distribué aux Etats Membres et aux partenaires à la fois sous forme imprimée et électronique.
25. Une assistance a été accordée aux pays pour dégager des bases factuelles à l'appui des politiques et du développement des systèmes de santé. Un atelier sur le renforcement des capacités a été organisé pour examiner les outils et les méthodologies utilisés pour l'étude de la santé dans le

monde; des participants originaires de 18 pays<sup>4</sup> ont appris à les utiliser. Six pays<sup>5</sup> ont renforcé leur système national d'information sanitaire. Des ateliers d'initiation à l'utilisation du Système d'information géographique (SIG) et de l'EPI/INFO ont été organisés en 2000 et 12 pays<sup>6</sup> ont été en mesure d'actualiser leurs bases de données relatives aux infrastructures sanitaires. Le Malawi et le Sénégal ont bénéficié d'une aide pour élaborer des outils permettant le suivi des services de santé au niveau du district.

### **Organes directeurs (GBS)**

26. Le domaine d'activité Organes directeurs a pour vocation de permettre au Comité régional et au Sous-Comité du Programme de contribuer plus efficacement à l'action de l'OMS dans la Région africaine. A cette fin, le Comité régional a porté son attention sur les priorités sanitaires de la Région africaine et les a harmonisées avec celles de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif. On s'est efforcé de préparer les délégués pour que leur participation aux réunions du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé soit efficace.
27. En raison de changements survenus dans la situation sur le plan de la sécurité, la réunion du Sous-Comité du Programme et la cinquante-deuxième session du Comité régional, initialement prévues à Brazzaville, ont été repoussées et se sont alors tenues à Harare. D'énormes efforts ont été faits pour préparer les délégués et faire en sorte qu'ils reçoivent les documents techniques et autres documents de travail au moins un mois à l'avance. Cela a permis une analyse critique des documents, de précieuses contributions et des propositions de qualité de la part des délégués.
28. La participation des délégués africains aux réunions mondiales des Organes directeurs a été bien coordonnée avec le Siège et les bureaux de pays; les délégués au Conseil exécutif et à la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé ont bénéficié d'une bonne préparation afin que leur participation ait une portée réelle.

### **Budget et réforme administrative (BMR)**

29. Le Bureau régional a réorganisé son processus gestionnaire pour que la mise en œuvre du budget programme et des plans d'action inspirés de la Stratégie institutionnelle soit efficace et efficiente. La réforme prioritaire au cours de la période biennale 2002-2003 consiste à mettre en place un système de gestion totalement intégré et axé sur les résultats en ce qui concerne la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'élaboration de rapports. La vingt-neuvième Réunion régionale du Programme (RPM) a ainsi examiné les stratégies permettant une plus grande intégration de la gestion du budget programme. Le but visé était de permettre aux bureaux de pays d'adopter les lignes directrices et les instruments mondiaux relatifs à la planification, au suivi et à l'élaboration de rapports.

<sup>4</sup> Afrique du Sud, Burkina Faso, Comores, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Namibie, République du Congo, Sénégal, Swaziland, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

<sup>5</sup> Erythrée, Kenya, Mali, Mauritanie, Swaziland, Togo.

<sup>6</sup> Afrique du Sud, Angola, Comores, Lesotho, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Seychelles, Swaziland, Zambie, Zimbabwe.

30. De plus, les lignes directrices du Bureau régional relatives au suivi et à l'élaboration de rapports ont été adaptées au cadre de la gestion axée sur les résultats pour appuyer le concept d'"UNE SEULE OMS". Les divisions et les bureaux de pays ont utilisé ces lignes directrices pour préparer le suivi semi-annuel (SSA) 2002 et les rapports d'examen à mi-parcours (EMP). Les orientations régionales du Budget Programme 2004-2005 et la contribution du Bureau régional à la promotion et au succès d'"UNE SEULE OMS" ont été préparées et ont été adoptées lors de la cinquante-deuxième session du Comité régional (RC52). Le rapport d'évaluation biennale (EB) consolidé et le rapport biennal du Directeur régional ont été également préparés après une évaluation du Budget Programme 2000-2001 par les divisions et les bureaux de pays.
31. Pour renforcer davantage les capacités de gestion des programmes, le système de gestion des activités (AMS) a été installé dans 15 bureaux de pays.<sup>7</sup> Une formation au suivi et à l'élaboration de rapports à l'aide de l'AMS a été dispensée à l'ensemble du personnel du Bureau régional et au personnel gestionnaire de 15 bureaux de pays. Le Directeur régional a demandé que l'AMS soit installé, d'ici fin 2003, dans tous les bureaux de pays.
32. Pour que l'AMS donne de bons résultats, il est important de remédier à l'environnement informatique inadéquat de certains bureaux de pays. Il sera possible d'y parvenir en modernisant l'infrastructure informatique et en recrutant du personnel informatique pour appuyer les équipes de pays. L'équipe AMS au Bureau régional a également besoin d'être renforcée pour accélérer la mise en œuvre de ce système dans les pays et faire face aux besoins croissants d'appui technique des bureaux de pays et des divisions. C'est pourquoi le Directeur régional a demandé que l'unité chargée de la planification, du suivi et de l'évaluation (PPE) au Bureau régional soit renforcée.

#### ***Politique et coordination en matière de recherche (RPC)***

33. Le Bureau régional de l'OMS favorise le rôle de la recherche dans l'élaboration des programmes et la prise de décisions en coordonnant les activités de recherche, en renforçant la capacité institutionnelle des Etats Membres à définir les politiques et les priorités nationales en matière de recherche en santé, et en facilitant l'utilisation de la recherche dans la formulation de politiques et de programmes.
34. Pendant la période examinée, les activités de recherche menées dans les divisions ont été coordonnées en associant le plan stratégique régional portant sur la recherche en santé à la recherche menée dans les domaines de la lutte contre les maladies, de la santé génésique et des systèmes de santé. Des réunions des points focaux des divisions et une réunion du Comité pour le développement de la recherche ont été organisées pour coordonner les activités de recherche dans la Région. Le Bureau régional a continué de forger des partenariats avec neuf centres collaborateurs de l'OMS en Afrique du Sud, en Algérie, au Burkina Faso, en Tanzanie et au Zimbabwe. Une réunion du Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires (CCARDS) a été organisée dans le cadre des efforts déployés pour renforcer son rôle consultatif dans la Région africaine.

---

<sup>7</sup> Pays où l'AMS a été installé : Bénin, Botswana, Cameroun, Comores, Ghana, Mali, Maurice, Nigéria, République démocratique du Congo, République du Congo, Sénégal, Tchad, Ouganda, Zambie, Zimbabwe.

---

## **Gestion et diffusion de l'information sanitaire (IMD)**

35. Une information sanitaire fiable est indispensable pour sensibiliser, formuler des politiques et des stratégies efficaces et constituer le savoir-faire nécessaire en vue d'aborder les questions de santé. C'est pourquoi le Bureau régional poursuit l'objectif important qui consiste à mettre à la disposition des responsables de la politique sanitaire, des professionnels de la santé et du grand public une information sanitaire valable et utile. Dans le cadre de cet effort, le domaine d'activité Gestion et diffusion de l'information sanitaire assure l'édition, la traduction, l'impression, la diffusion et la conservation de l'ensemble de la documentation produite au Bureau régional.
36. Pendant la période considérée, tous les documents destinés à la cinquante-deuxième session du Comité régional ont été édités, traduits, produits et envoyés aux Etats Membres dans les trois langues de travail de la Région. Des services d'interprétation simultanée ont été assurés, selon les besoins, lors des réunions organisées dans la Région.
37. Afin d'améliorer davantage la qualité des documents techniques, on a élaboré des lignes directrices pour la préparation et la soumission de rapports techniques. De même, on met actuellement au point un système de suivi des travaux, en collaboration avec l'unité Technologie de l'information et de la communication, pour améliorer les processus de production des documents et la qualité des services rendus aux divisions techniques.
38. La bibliothèque du Bureau régional a été réouverte et rénovée et ses services dans les pays ont été renforcés. Des responsables des Bibliothèques bleues du Rwanda et des Comores ont reçu une formation et des visites de soutien ont été faites en République démocratique du Congo et à Maurice. Même si très peu de pays ont choisi l'IMD comme domaine d'activité, il y a eu en moyenne 11 projets de gestion et de diffusion de l'information dans chaque pays; ceux-ci étaient inclus dans divers programmes techniques.
39. Des manuels de formation, des guides, des lignes directrices et des modules envisagés, en préparation ou déjà publiés, viendront faciliter la mise en œuvre des programmes. Ces outils pourront remédier aux carences de l'information sanitaire et biomédicale qui entravent actuellement le développement sanitaire dans la Région.

## **Développement des systèmes et services de santé**

40. Le renforcement des systèmes de santé en vue de dispenser des services de santé de qualité, notamment aux pauvres et aux défavorisés, est l'une des priorités de l'OMS dans la Région africaine. Un appui est actuellement accordé aux pays pour qu'ils formulent et actualisent leurs politiques et stratégies sanitaires visant à améliorer l'accès aux services de santé essentiels, y compris l'accès aux médicaments essentiels pour traiter des maladies prioritaires comme le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les maladies de l'enfance. Des efforts sont en outre déployés pour appuyer des projets de recherche favorisant la collaboration entre tradipraticiens et praticiens de la médecine classique. Des méthodologies permettant de valider les bases

---

ethnomédicales de certains remèdes traditionnels ont été mises au point et sont désormais utilisées.

41. La plupart des pays ont formulé des politiques sur la sécurité transfusionnelle et formé leur personnel à ce sujet. Ces mesures ont contribué à réduire le nombre de décès ou d'infections causés par des transfusions de sang contaminé. L'insuffisance du financement de la santé et des ressources humaines pour la santé, notamment due à l'exode continu des cerveaux, sont d'autres défis actuels. C'est pourquoi un appui a été accordé aux pays pour qu'ils réorganisent et renforcent leurs systèmes de santé, en s'attachant en particulier à renforcer les systèmes au niveau local ou du district, afin d'améliorer la performance des systèmes de santé dans le cadre de la Politique de la Santé pour tous dans la Région africaine pour le 21<sup>ème</sup> siècle : Agenda 2020. Trois domaines d'activité étaient concernés : Organisation des services de santé (OSD), Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques (EDM), et Sécurité transfusionnelle et technologie clinique (BCT).

### **Organisation des services de santé (OSD)**

42. La principale priorité en matière d'organisation des services de santé consiste à appuyer les Etats Membres dans leurs efforts pour développer leurs systèmes de santé. Cet appui devrait leur permettre d'améliorer l'administration générale, la prestation des services, l'équité du financement et la mobilisation de ressources durables, afin de répondre aux besoins des populations, en particulier des personnes démunies et défavorisées.
43. Divers documents, outils et lignes directrices portant sur le développement des systèmes de santé, y compris le développement des ressources humaines, ont été élaborés et un appui a été accordé aux pays dans ce domaine. Il s'agissait notamment d'un cadre pour le renforcement du rôle d'administration générale du gouvernement, d'une mise à jour sur le financement de la santé et d'un document sur le renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé de la Région. Afin d'améliorer la performance de leurs systèmes de santé, le Botswana, les Comores, le Cap-Vert et l'Ethiopie ont bénéficié d'un appui qui leur a permis d'examiner leurs politiques et leurs plans stratégiques relatifs à la santé. En Côte d'Ivoire, des responsables de l'élaboration des politiques de santé ont participé à un atelier sur le leadership et la passation des marchés.
44. Un appui a été accordé aux pays pour qu'ils renforcent les systèmes de santé de district dans le cadre de leur réforme du secteur de la santé. Un projet de guide pour la mise au point d'un ensemble minimum de soins de santé au niveau du district a été finalisé. Onze pays<sup>8</sup> ont évalué le fonctionnement de leurs systèmes de santé de district; l'information ainsi obtenue servira à mettre au point des interventions pour renforcer les capacités gestionnaires au niveau du district. Un projet triennal visant à renforcer les systèmes de santé de district, lancé en partie avec l'appui de l'Agence norvégienne de Développement international (NORAD), est en cours.

---

<sup>8</sup> Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, République du Congo, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Zambie.

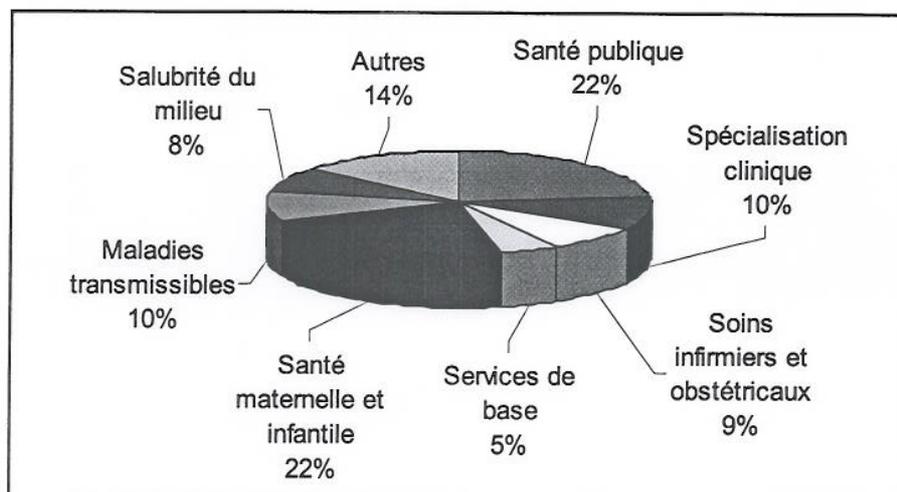
45. Un certain nombre d'initiatives ont été prises pour aider les pays à faire face à l'exode des cerveaux et au manque de motivation des agents de santé. Des études sur l'émigration des personnels de santé qualifiés au cours de la période 1990-2000, faites en Afrique du Sud, au Cameroun, au Ghana, en Ouganda, au Sénégal et au Zimbabwe ont montré que le phénomène concernait surtout les médecins et divers cadres en soins infirmiers et en pharmacie. Les raisons les plus courantes de l'émigration étaient le niveau des salaires, les conditions de vie, l'expérience acquise et la récession économique dans le pays d'origine. Le pourcentage des agents de santé ayant l'intention d'émigrer variait de 26 % en Ouganda à 68 % au Zimbabwe. Cette situation est source de préoccupation et il est impératif que les décideurs politiques se penchent sur les problèmes auxquels les professionnels de santé sont confrontés. Cet exode a pour conséquence une dégradation sensible de la qualité des soins de santé dans les six pays étudiés.
46. Une brochure de sensibilisation à la question des ressources humaines pour la santé (HRH) a été élaborée. En collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EMRO), la Division du Développement des Systèmes et Services de Santé a élaboré pour l'Union africaine un document sur les défis et les chances en matière de développement des ressources humaines pour la santé en Afrique. Les capacités d'institutions de formation régionales comme l'Institut régional de Formation en Santé publique (IRSP) au Bénin et les centres collaborateurs ont été renforcées dans le cadre des efforts déployés pour offrir une formation de qualité dans la Région africaine.
47. Un examen du programme de bourses d'études a montré que le nombre de boursiers placés dans des institutions de formation africaines augmentait et, aussi, que la formation portait surtout sur la santé publique et les domaines apparentés (voir Figure 1), ce qui est conforme aux objectifs du programme. Au total, 339 bourses ont été accordées et 33 administrateurs des ressources humaines pour la santé venant de 30 pays ont été formés à la gestion des ressources humaines. Treize pays<sup>9</sup> ont reçu un appui pour élaborer et mettre en œuvre leurs politiques et plans HRH. Un nouveau partenariat a été mis en place avec l'Organisation internationale pour les Migrations afin de freiner l'exode des agents de santé africains et un partenariat similaire avec l'Union africaine offre des perspectives de sensibilisation durable aux questions portant sur les ressources humaines pour la santé.

---

<sup>9</sup> Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Mali, Malawi, Mauritanie, Namibie, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Tchad.

Figure 1 : Domaines d'étude des boursiers de l'OMS, 1990-2001

(n = 3553)



Source : Rapport d'évaluation du programme des bourses de l'OMS, OMS/AFRO, Brazzaville, novembre 2002.

48. Une évaluation de la recherche sur les systèmes de santé (HSR), effectuée pour fournir la base d'un renforcement de l'appui aux pays, a montré que les principales réalisations étaient l'élaboration de matériels de formation, le renforcement des capacités et la mise en place d'unités ou de points focaux dans les pays. Toutefois, dans bien des cas, les données issues de la recherche n'ont pas été utilisées, et des pays d'Afrique centrale et occidentale ont encore besoin d'un appui pour le renforcement des capacités. L'Erythrée a défini ses priorités en matière de recherche; des participants venus de cinq pays (Gambie, Erythrée, Guinée, Sao Tomé et Príncipe et Zambie) ont été familiarisés avec la formulation des propositions, l'analyse des données et la rédaction de rapports pour la recherche sur les systèmes de santé; un appui a été fourni pour l'établissement de 12 propositions de recherche émanant de la Gambie, de la Guinée, de Sao Tomé et Príncipe et de la Zambie.

#### **Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques (EDM)**

49. En Afrique, la moitié de la population, le plus souvent les pauvres et les défavorisés, n'a pas accès aux médicaments essentiels et bien plus nombreux encore sont ceux qui ne peuvent bénéficier des nouveaux médicaments permettant de soigner des maladies fréquentes comme le paludisme et l'infection à VIH. Lorsque les médicaments essentiels sont disponibles, plusieurs facteurs risquent d'en compromettre l'efficacité : mauvaise qualité, promotion contraire aux règles éthiques et, enfin, prescription et emploi irrationnels. Les récents accords commerciaux mondiaux font d'autre part peser une menace sur l'accès aux médicaments essentiels dans la Région.
50. Pour aider à la mise en œuvre des politiques pharmaceutiques nationales, il a fallu renforcer les capacités des ressources humaines tant au Bureau régional que dans certains pays. Pendant la période considérée, dix administrateurs nationaux ont été recrutés pour renforcer les capacités

---

dans les bureaux de pays; un coordonnateur de programme EDM et deux professionnels à court terme ont été recrutés pour renforcer les capacités au Bureau régional. Des lignes directrices pour la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques pharmaceutiques ont été publiées et diffusées dans les pays.

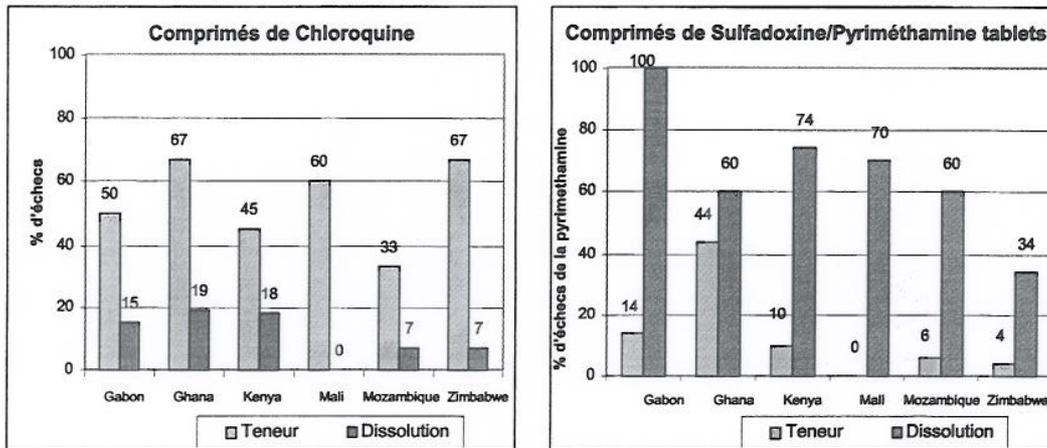
51. Un appui a été fourni au Botswana, au Burkina Faso et au Nigéria pour permettre à ces pays d'évaluer et d'actualiser leur politique pharmaceutique nationale et leur liste des médicaments essentiels. La situation concernant les produits pharmaceutiques a été évaluée en Ethiopie, au Ghana, au Nigéria, en Ouganda, en Tanzanie et au Tchad. Un atelier de sensibilisation aux aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) a été organisé à l'intention des décideurs politiques de pays francophones pour leur permettre d'incorporer les clauses de garantie ADPIC dans la législation de la santé publique en matière de produits pharmaceutiques.
52. La Guinée équatoriale et la Mauritanie ont bénéficié d'un appui pour créer des pharmacies centrales. Un atelier régional sur le renforcement des systèmes nationaux d'approvisionnement en médicaments a été organisé à l'intention de participants de pays anglophones.
53. Afin d'aider les pays à améliorer la qualité des médicaments, des lignes directrices pour l'inspection des produits pharmaceutiques ont été testées sur le terrain et appliquées dans huit pays.<sup>10</sup> Des inspecteurs pharmaceutiques du Cameroun, de la Gambie, du Lesotho et du Nigéria ont été formés à l'inspection d'établissements pharmaceutiques tels que pharmacies, usines et installations de stockage. Le modèle informatisé de l'OMS pour l'enregistrement des médicaments (SIAMED) a été installé en République centrafricaine.
54. Un manuel de formation à la gestion des médicaments au niveau des centres de santé a été finalisé et est maintenant utilisé dans les pays. Des participants originaires de sept pays<sup>11</sup> ont bénéficié d'un appui pour suivre un stage régional de formation à l'utilisation rationnelle des médicaments. Une étude pilote sur le contrôle de la qualité de la chloroquine et de la sulfadoxine-pyriméthamine a été menée en collaboration avec l'Initiative Faire reculer le paludisme et le Siègne. Des déficiences au niveau de la substance active et des profils de dissolution de ces médicaments (voir Figure 2) pourraient expliquer les cas d'échec thérapeutique de la chloroquine et de la sulfadoxine-pyriméthamine observés dans la plupart des pays africains. Les échantillons étaient jugés "défectueux" s'ils avaient une teneur < 90 % ou > 107 % et un taux de dissolution < 80 % en 45 minutes.

---

<sup>10</sup> Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Mauritanie, Tchad, Togo.

<sup>11</sup> Algérie, Guinée, Mali, République centrafricaine, Rwanda, Tchad, Togo.

Figure 2 : Qualité de deux antipaludiques dans six pays africains



Source : Contrôle de la qualité de médicaments antipaludiques dans six pays africains, Brazzaville. OMS/AFRO/EDP/02.7

55. De même, pour garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des remèdes traditionnels, des protocoles génériques ont été formulés et approuvés par le Comité d'experts régionaux du contrôle de la qualité des antipaludiques traditionnels. Ces protocoles sont nécessaires pour apporter les preuves ethnomédicales d'efficacité et procéder à l'évaluation clinique des remèdes traditionnels utilisés pour la prise en charge du VIH/SIDA, de l'anémie à hématies falciformes et du diabète.
56. Des lignes directrices générales pour la validation des remèdes traditionnels africains ont été formulées et mises à la disposition des pays. Dix pays<sup>12</sup> ont bénéficié d'un appui technique portant soit sur l'évaluation des remèdes traditionnels, soit sur le développement de leurs programmes de médecine traditionnelle. L'instauration d'une Journée de sensibilisation à la Médecine traditionnelle a été approuvée : la première, qui se déroulera le 31 août 2003, aura pour thème «Médecine traditionnelle : notre culture, notre avenir».

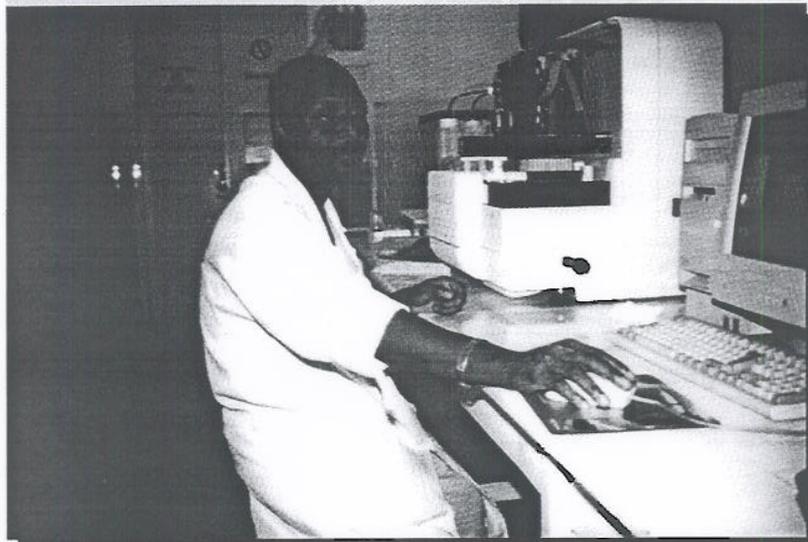
#### Sécurité transfusionnelle et technologie clinique (BCT)

57. Coopérer avec les pays pour garantir l'accès au sang et aux produits sanguins et leur utilisation dans un environnement médico-sanitaire sûr est l'une des priorités du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. En 2002, la Stratégie régionale pour la sécurité transfusionnelle a été communiquée à tous les Etats Membres et 12 pays<sup>13</sup> ont reçu un appui pour formuler et/ou mettre en œuvre des politiques nationales relatives à la transfusion sanguine. La base régionale de données pour le suivi de la sécurité transfusionnelle a été actualisée pour 35 pays.

<sup>12</sup> Burkina Faso, Ghana, Guinée, Kenya, Mali, Mauritanie, Nigéria, Ouganda, Sao Tomé et Príncipe, Tanzanie.

<sup>13</sup> Cameroun, Comores, Ethiopie, Gambie, Guinée-Bissau, Kenya, Maurice, Niger, République centrafricaine, Seychelles, Swaziland, Zanzibar (Tanzanie).

Dépistage des infections au Centre national de transfusion sanguine,  
Abidjan, Côte d'Ivoire, 2002



Source : Unité Sécurité transfusionnelle, Division du Développement des Systèmes et Services de Santé,  
OMS/AFRO, Brazzaville, 2002.

58. Pour améliorer la qualité des services de transfusion sanguine, neuf pays<sup>14</sup> ont renforcé leur programme de recrutement de donneurs de sang. Trois stages de formation à la gestion de la qualité, dont un stage de suivi pour les responsables de la qualité formés en 2001, ont été organisés dans les centres nationaux de transfusion sanguine de la Côte d'Ivoire et du Zimbabwe. Le Ghana, la Guinée et Maurice ont formulé des lignes directrices nationales relatives à l'utilisation clinique du sang. Huit pays<sup>15</sup> ont évalué et renforcé leurs programmes de gestion de la qualité. Du matériel et des réactifs pour le contrôle du sang ont été fournis aux services de transfusion sanguine de 23 pays.
59. A la suite de la formation de 37 responsables de la qualité, un appui a été accordé aux pays pour qu'ils établissent des programmes d'assurance de la qualité dans les services de transfusion sanguine. A l'occasion d'un atelier sur la gestion de la qualité dans les laboratoires cliniques, un ensemble minimum a été adopté pour les services de laboratoire. Un outil d'évaluation des laboratoires de santé a été mis au point et testé sur le terrain. Le Togo a formulé une politique nationale relative aux laboratoires et élaboré un programme d'assurance de la qualité des services d'imagerie.

<sup>14</sup> Bénin, Burundi, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Mauritanie, Mozambique, Niger, Rwanda.

<sup>15</sup> Algérie, Bénin, Cameroun, Guinée, Kenya, Mauritanie, Mozambique, Niger.

---

## Lutte contre les maladies transmissibles

60. Dans la Région africaine, les maladies transmissibles constituent la principale charge de morbidité et restent un obstacle au développement socio-économique. Des maladies comme le paludisme, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) et la tuberculose touchent tout particulièrement les populations pauvres et marginalisées et ont un impact catastrophique sur le capital humain et sur les systèmes de santé, dès lors surchargés.
61. La Région est souvent touchée par des épidémies de méningite à méningocoques, de choléra, de fièvre à virus Ebola et de fièvre jaune qui frappent avant tout les pauvres et entraînent des taux de morbidité et de mortalité élevés. De même, des maladies pouvant être évitées par la vaccination et d'autres maladies tropicales comme la dracunculose, la lèpre, l'onchocercose, la filariose lymphatique, la schistosomiase, la trypanosomiase, la leishmaniose, la parasitose intestinale et l'ulcère de Buruli contribuent à alourdir le fardeau des maladies et de la pauvreté en Afrique.
62. Même si les Etats Membres restent vigilants face au défi que représentent les maladies transmissibles, les efforts de lutte se sont heurtés à divers problèmes : performance macroéconomique médiocre, généralisation de la pauvreté, conflits, détérioration des infrastructures et exode du personnel de santé technique. En dépit des progrès réalisés sur le plan de la technologie médicale, les effets tardent à se faire sentir sur les systèmes de santé. Par ailleurs, les outils, les méthodes et les stratégies jugés autrefois efficaces pour la lutte contre les maladies transmissibles s'avèrent sans effet en raison de la pharmacorésistance et de difficultés de mise en œuvre.
63. Pour appuyer les efforts des pays, le Bureau régional a formulé plusieurs stratégies de lutte contre les maladies transmissibles. Durant la période biennale 2002-2003, le Bureau régional a continué de privilégier les pauvres tout en aidant les pays à mettre en œuvre les stratégies régionales. Les objectifs prioritaires sont les suivants :
  - a) l'intensification de la mise en œuvre des activités de surveillance intégrée des maladies et d'intervention (IDSR) dans les pays membres et le renforcement du Centre pluripathologique de surveillance des maladies (CPSM) à Ouagadougou;
  - b) l'intensification de la mise en œuvre de l'ensemble de mesures de lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre d'interventions multi-institutions et l'accroissement des taux de dépistage et du nombre de cas de tuberculose traités;
  - c) l'intensification des interventions techniques de lutte contre le paludisme;
  - d) le renforcement de la vaccination systématique et l'accélération de la mise en œuvre de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite;
  - e) l'accélération de l'éradication ou de l'élimination de certaines maladies transmissibles cibles dans la Région et l'intensification des activités de lutte contre la filariose lymphatique.

64. Le programme d'action ci-dessus doit être mis en œuvre à travers les sept domaines d'activité suivants : Maladies transmissibles : surveillance (CSR), Maladies transmissibles : prévention, lutte et éradication (CPC), VIH/SIDA (HIV), Tuberculose (TUB), Paludisme (MAL), Vaccination et mise au point de vaccins (IVD) et, enfin, Maladies transmissibles : recherche et développement (CRD). La supervision de ces activités sera assurée par le Directeur de la Division Lutte contre les Maladies transmissibles (DDC). Les objectifs seront atteints grâce aux mesures suivantes :
- a) élaboration de nouveaux outils, de lignes directrices et de stratégies nouvelles pour intensifier la mise en œuvre dans les pays;
  - b) renforcement des capacités de recherche et de mise en œuvre aux niveaux régional, interpays et des pays;
  - c) renforcement des partenariats stratégiques existants et création de nouveaux;
  - d) mobilisation d'un appui technique et financier pour les pays;
  - e) surveillance, suivi et évaluation de la mise en œuvre des programmes de lutte contre les maladies transmissibles.

### ***Surveillance des maladies transmissibles (CSR)***

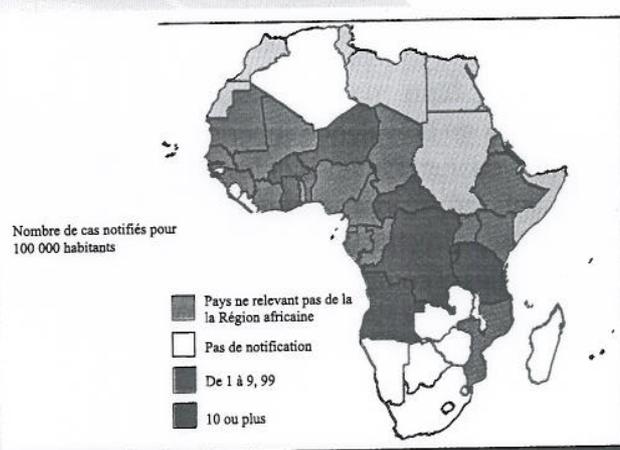
65. Le Bureau régional a renforcé les capacités des pays pour leur permettre de mettre en œuvre des systèmes efficaces de surveillance intégrée des maladies dans le cadre de la Stratégie régionale de surveillance intégrée des maladies (IDS). Il a également appuyé la riposte nationale aux épidémies, en facilitant l'aide internationale, lorsque cette dernière s'imposait. Le Centre pluripathologique de surveillance des maladies (CPSM) d'Ouagadougou est en cours de renforcement et pourra surveiller la sensibilité des agents étiologiques des principales maladies transmissibles aux antimicrobiens, procéder à une analyse épidémiologique préparatoire, y compris l'essai de modèles de prévision d'épidémies, et appuyer les programmes d'assurance de la qualité dans les laboratoires nationaux de santé publique.
66. Le Bureau régional a constitué une réserve de consultants anglophones et francophones formés à la surveillance intégrée des maladies et à l'intervention (IDSR) pour aider les pays dans leurs efforts. La troisième réunion du groupe spécial IDSR a porté sur le suivi de la stratégie de mise en œuvre, grâce à des documents provenant de quatre pays : Mali, Burkina Faso, Ethiopie et Ouganda. Les laboratoires de parasitologie, de bactériologie et de biologie moléculaire du Centre pluripathologique de surveillance des maladies ont fait l'objet d'une évaluation et on a commencé à leur apporter des améliorations. Le Bureau régional a continué d'apporter son appui aux pays pour la mise en œuvre de la stratégie régionale de surveillance intégrée des maladies. De nombreux pays ont adopté les lignes directrices techniques et le matériel de formation. Plusieurs d'entre eux ont commencé à former du personnel de santé de district (voir Tableau 1).

**Tableau 1 : Surveillance intégrée des maladies et intervention : Mise en œuvre en 2002**

<b>Evaluation</b>	Bénin, Burundi, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Niger, République centrafricaine, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal
<b>Pays ayant préparé un plan stratégique</b>	Cameroun, Cap-Vert, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Tchad
<b>Pays ayant adopté les lignes directrices techniques</b>	Burkina Faso, Cameroun, Gambie, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Nigéria, Ouganda, République du Congo, République démocratique du Congo, Rwanda, Tchad
<b>Pays ayant adopté les modules de formation</b>	Botswana, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Malawi, Mali, Namibie, Nigéria, Ouganda, République du Congo, République démocratique du Congo, Swaziland, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe
<b>Pays ayant lancé la formation du personnel de santé de district</b>	Erythrée, Ethiopie, Guinée équatoriale, Kenya, Malawi, Mali, Zimbabwe

67. Pour améliorer les systèmes de communication en vue d'une notification en temps voulu dans les pays, 33 laboratoires nationaux de référence en santé publique ont été dotés d'ordinateurs portables et d'un système de courrier électronique. Le Burkina Faso, le Ghana, la Guinée et le Mali ont évalué leurs systèmes de communication et élaboré des plans en vue de leur renforcement. En ce qui concerne la lutte contre les épidémies, *Neisseria meningitidis* W135 a été identifiée comme nouvel agent étiologique de l'épidémie de méningite à méningocoques dans la zone où la méningite sévit, grâce à la surveillance longitudinale mise en place au Burkina Faso, au Niger et au Mali (Figure 3). Le Secrétariat de l'OMS a joué un rôle essentiel dans la détection et la riposte rapides face à plusieurs maladies à potentiel épidémique comme la méningite *N. meningitidis* W135, la fièvre à virus Ebola ou la fièvre jaune dans les pays suivants : Guinée Conakry (20 cas et 17 décès), République centrafricaine (1 cas), Côte d'Ivoire (156 cas et 23 décès), Nigéria (20 cas et 11 décès) et Sénégal (68 cas et 14 décès).

**Figure 3 : Situation concernant la méningite dans la Région africaine en 2002**

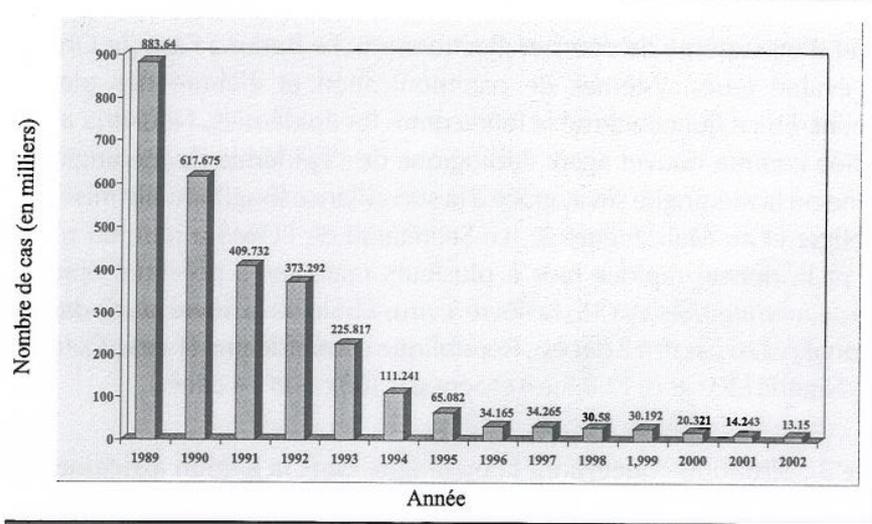


Source : Rapports de pays, Ministères de la Santé.

## Maladies transmissibles : prévention, lutte et éradication (CPC)

68. Le Bureau régional a défini plusieurs cibles pour la lutte contre les maladies transmissibles. La dracunculose doit être éradiquée; la lèpre, l'onchocercose et la filariose lymphatique doivent être éliminées et la schistosomiase, la trypanosomiase, la leishmaniose, la parasitose intestinale et l'ulcère de Buruli doivent être maîtrisés. La lutte antivectorielle, qui est un problème général, sera encouragée dans le cadre des programmes de lutte contre les maladies.
69. Le programme pour l'éradication de la dracunculose dans la Région africaine a atteint un stade décisif à la suite de la réduction de 98 % de l'incidence de la maladie. Le Bureau régional a accordé un appui à huit pays d'endémie pour qu'ils intensifient leurs activités d'éradication et à neuf pays non endémiques pour qu'ils lancent le processus de certification de l'éradication. Les conflits armés dans certaines des communautés touchées et le relâchement de la surveillance ont limité les progrès dans la réduction du nombre de cas (voir Figure 4).

Figure 4 : Nombre de cas de dracunculose notifiés par année dans la Région africaine entre 1989 et 2002



70. Les efforts de lutte contre la lèpre ont progressé en 2002. L'Angola, Madagascar et le Mozambique, qui ont des taux de prévalence supérieurs à deux cas pour 10 000 habitants, ont dressé des plans stratégiques en vue d'intensifier les activités d'élimination de la lèpre. Tous les programmes nationaux ont été réapprovisionnés en médicaments pour une année de polychimiothérapie. Des lignes directrices intégrant la lutte contre la lèpre dans les services de santé généraux ont été formulées et communiquées aux Etats Membres.
71. En ce qui concerne les autres maladies tropicales, 18 experts africains ont été formés pour pouvoir appuyer à titre de consultants les efforts nationaux de lutte contre la schistosomiase et l'helminthiase d'origine tellurique. Les bases de données relatives à la filariose lymphatique, à la schistosomiase et à la trypanosomiase ont été définitivement mises au point et utilisées pour la

formation de responsables nationaux à la gestion et au suivi des programmes. Une base de données régionale sur la résistance du vecteur du paludisme aux insecticides a été créée. Elle a permis d'établir une carte régionale de la répartition de la résistance.

72. Certains pays ont renforcé leur programme d'élimination de la filariose lymphatique<sup>16</sup> (en 2002, environ neuf millions de personnes ont bénéficié d'un traitement de masse dans neuf pays). Le Bureau régional a appuyé la lutte contre la trypanosomiase en Guinée et la lutte contre la schistosomiase au Cameroun et en Ouganda. Dix-sept experts ont été formés afin d'aider les Etats Membres à mettre en place et appliquer des mesures de lutte antivectorielle intégrée. Certains pays ont reçu un appui pour renforcer l'utilisation de matériels, notamment de moustiquaires traitées avec un insecticide, en vue de favoriser la lutte contre le paludisme, la filariose lymphatique, la leishmaniose et la trypanosomiase. Dans le cadre de ce processus, 325 personnels de santé et agents de santé communautaires de six pays ont été formés aux techniques de traitement des moustiquaires. Plus de 500 000 moustiquaires ont été traitées dans certains districts de cinq pays et le taux d'utilisation des moustiquaires traitées est passé de 10 à 50 % .
73. Il faut plaider constamment en faveur de la lutte contre les maladies tropicales pour maintenir l'engagement des Etats Membres et créer des partenariats avec des organismes de développement. Il est également impératif de motiver les agents sur le terrain, y compris les agents bénévoles, et de leur fournir un appui technique et logistique.

#### ***Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise (HIV)***

74. L'épidémie de VIH/SIDA continue de se propager à un rythme implacable dans la Région africaine. Actuellement, la Région africaine de l'OMS compte quelque 29 millions de personnes (70 %) sur les 42 millions infectées par le VIH dans le monde et l'on estime que 3 millions d'adultes et d'enfants sont morts du SIDA en 2002. Alors que la prévalence globale du VIH chez l'adulte est de 9 % environ dans la Région, l'épidémie se caractérise par des variations sous-régionales prononcées, avec une prévalence du VIH chez l'adulte inférieure à 1 % dans certains pays et supérieure à 30 % dans d'autres. L'Afrique australe enregistre les taux les plus élevés de prévalence du VIH chez l'adulte : plus de 20 % dans sept pays et plus de 30 % au Botswana, au Lesotho, au Swaziland et au Zimbabwe. L'interaction entre pauvreté, malnutrition et VIH/SIDA est patente en Afrique australe, où 13 millions de personnes sont confrontées à la famine parce que le VIH/SIDA a compromis la capacité des ménages et des communautés de résister à la sécheresse.
75. Les carences restent importantes en ce qui concerne les interventions de prévention du VIH/SIDA, le traitement essentiel et l'appui entre Africains. Sur les 4,5 millions de personnes ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale, 50 000 seulement y ont accès en dépit de réductions sensibles des prix. Le pourcentage de gens ayant accès au dépistage et au conseil volontaires ainsi qu'aux services de prévention de la transmission mère-enfant n'est que de 6 % et 1 %, respectivement.

<sup>16</sup> Bénin, Burkina Faso, Comores, Ghana, Kenya, Tanzanie, Togo, Zanzibar.

76. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a pour priorité d'aider les Etats Membres à intensifier la mise en œuvre des programmes du secteur de la santé qui comportent des interventions efficaces sur le plan de la santé publique. A cette fin, des accords ont été conclus sur les activités à mettre en œuvre, une fois la Stratégie régionale sur le VIH/SIDA communiquée aux pays d'Afrique orientale, australe, occidentale et centrale.
77. Un ensemble d'interventions sanitaires essentielles contre le VIH/SIDA a été proposé sur la base de la stratégie régionale et compte tenu de la nécessité de préciser la riposte du secteur de la santé au VIH/SIDA. Des lignes directrices ont été élaborées pour la mise au point de diverses interventions du système de santé contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST). Elles portaient sur la planification, les soins, la fourniture d'antirétroviraux, l'action et l'appui en matière de nutrition, le dépistage et le conseil volontaires, la prévention et le traitement des IST chez les travailleurs du sexe. Dix pays<sup>17</sup> participant à l'initiative italienne de l'OMS ont défini un ensemble d'interventions du secteur de la santé au niveau du district qui a permis de développer l'accès aux services de soins, la prévention de la transmission mère-enfant, le Dépistage volontaire et conseil, ainsi que la prise en charge des IST. Il est possible d'utiliser davantage de ressources du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) et du Programme multipays de la Banque mondiale pour la lutte contre le SIDA (MAP).
78. Le Botswana, le Cameroun, la Mauritanie, le Swaziland et la Tanzanie ont élaboré des plans pour le secteur de la santé. Les interventions contre le VIH/SIDA ont été améliorées grâce à la création d'un réseau fonctionnel de laboratoires pour la surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux; la mise sur pied d'un programme externe d'assurance de la qualité pour le dépistage du VIH; l'élargissement de la réserve d'experts techniques familiarisés avec les lignes directrices de l'OMS pour la surveillance du VIH/SIDA, la prise en charge des IST et le traitement des personnes vivant avec le VIH/SIDA; et, enfin, le recrutement d'administrateurs nationaux dans six bureaux de pays. Le personnel du Secrétariat et des consultants ont fourni un appui aux Etats Membres à l'occasion de 55 missions techniques organisées dans 18 pays.
79. Le Bureau régional et les bureaux de pays ont aidé les Etats Membres à mobiliser des ressources financières par l'intermédiaire du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Le Bureau régional a participé activement à la mise en place des mécanismes de coordination au niveau des pays (CCM) et a fourni un appui technique pour la formulation de propositions et la négociation d'accords de financement. Dix-huit pays ont ainsi pu accroître considérablement le financement de leurs programmes.

### ***Tuberculose (TUB)***

80. En raison de l'épidémie de VIH/SIDA, la situation de la tuberculose dans la Région africaine continue de s'aggraver malgré les efforts déployés par l'OMS et ses partenaires pour juguler la

---

<sup>17</sup> Angola, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Swaziland, Tanzanie, Zimbabwe.

maladie. En 2000, 40 Etats Membres (85 %) sur 46 mettaient en œuvre la stratégie du traitement de courte durée sous observation directe (DOTS), dont 19 à l'échelle nationale, principalement dans des institutions sanitaires publiques. Bien qu'en progression, le taux moyen de détection des cas reste très bas, soit 44 % alors que la cible est de 70 %. De même, le taux moyen de réussite du traitement, de l'ordre de 68 %, est bien en dessous de la cible de 85 %. Les pénuries fréquentes de médicaments antituberculeux, la pénurie des capacités des ressources humaines et l'insuffisance des moyens matériels de diagnostic et de traitement sont quelques-uns des problèmes qui entravent les efforts de lutte.

81. Le Bureau régional a pour priorité d'aider les Etats Membres à accélérer l'extension de la stratégie DOTS en tirant parti des possibilités offertes par le Partenariat en faveur de l'initiative Halte à la tuberculose, le dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. En particulier, le Bureau régional apporte son soutien aux Etats Membres pour leur permettre de renforcer les capacités des services de laboratoire et de traitement ainsi qu'en matière de sensibilisation du public. Ces efforts devraient favoriser la mise en œuvre efficace de méthodes novatrices faisant appel aux communautés et au secteur privé pour étendre la stratégie DOTS et mener de concert les activités portant sur la tuberculose et le VIH.
82. Pendant l'année considérée, 18 pays<sup>18</sup> ont amorcé puis renforcé la mise en œuvre de plans stratégiques pluri-annuels pour l'extension de la stratégie DOTS. En ce qui concerne les activités portant à la fois sur la tuberculose et le VIH, le Bureau régional a fourni un appui à huit pays<sup>19</sup> particulièrement frappés par ces maladies pour qu'ils élaborent des plans stratégiques en vue de la mise en œuvre échelonnée de telles activités, et 10 autres pays<sup>20</sup> ont mis au point des activités de soins communautaires pour la tuberculose. Afin de faciliter la mise en œuvre, 13 pays<sup>21</sup> ont bénéficié d'un appui pour obtenir des subventions en vue de l'achat de médicaments par l'intermédiaire du dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux (GDF). Un rapport très complet sur la surveillance de la tuberculose dans la Région a été préparé.

<sup>18</sup> Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burkina Faso, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Libéria, Mali, Mauritanie, Nigéria, Ouganda, République du Congo, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Togo, Zambie.

<sup>19</sup> Afrique du Sud, Ethiopie, Kenya, Malawi, Mozambique, Ouganda, Tanzanie, Zambie.

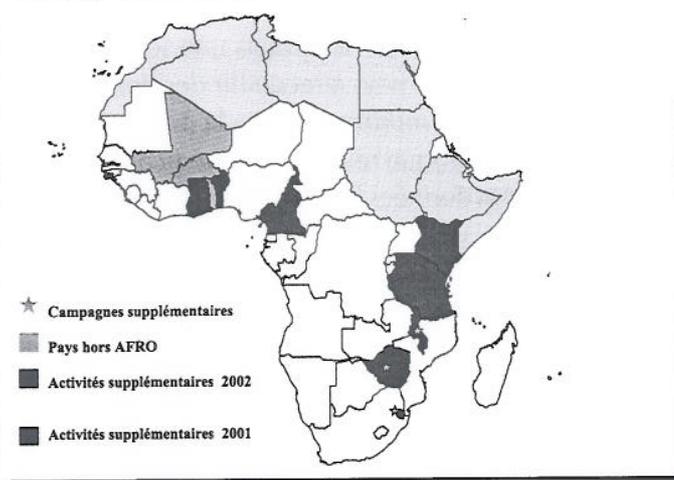
<sup>20</sup> Botswana, Ethiopie, Kenya, Malawi, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal, Tanzanie, Togo, Zambie.

<sup>21</sup> Angola, Gambie, Kenya, Libéria, Mauritanie, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République du Congo, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Togo, Zambie.

83. Bien que l'on dispose de vaccins dont l'efficacité est démontrée, les maladies qui peuvent être prévenues par la vaccination continuent de poser des problèmes de santé publique majeurs. Par exemple, le nombre de décès liés à la rougeole est beaucoup trop élevé, atteignant 445 000 par an; chaque année, la coqueluche entraîne 106 000 à 190 000 décès; la fièvre jaune reste endémique dans 34 pays, provoquant annuellement 30 000 décès environ et la mortalité due au tétanos néonatal est d'environ 5 à 10 décès pour 1000 naissances vivantes. De nouveaux vaccins tels que les vaccins contre l'hépatite B et l'*Haemophilus influenzae* n'ont été inclus que dans un petit nombre de programmes nationaux.
84. Malgré ces carences, les pays ont fait des progrès en matière d'éradication de la poliomyélite et ont inversé la tendance à la régression de la couverture vaccinale que l'on a connue après l'Initiative pour la vaccination universelle des enfants (UCI). Tirant parti de cette tendance positive, le Bureau régional accorde un appui aux Etats Membres pour qu'ils accélèrent l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos maternel et néonatal et de la rougeole ainsi que la lutte contre la fièvre jaune; mettent en œuvre des stratégies viables et de qualité portant sur la vaccination systématique; et introduisent de manière durable de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies dans leurs programmes.
85. La cinquante-deuxième session du Comité régional a approuvé la Stratégie régionale de vaccination pour 2003-2005 comme cadre pour le renforcement des systèmes d'appui à la vaccination dans les pays membres. Plusieurs initiatives portant sur le renforcement des capacités ont été lancées pour renforcer les systèmes de vaccination dans les pays. C'est ainsi que 12 modules de formation destinés à des administrateurs de niveau intermédiaire ont été mis au point et utilisés à l'occasion de trois sessions de formation interpays à l'intention de participants originaires de pays anglophones, francophones et lusophones. Au total, 47 points focaux OMS/UNICEF et 97 coordonnateurs nationaux, y compris des administrateurs du PEV, ont été formés pour constituer un groupe chargé d'assurer la formation de formateurs d'administrateurs de niveau intermédiaire. Par la suite, le Burundi, la Côte d'Ivoire, l'Ethiopie, le Ghana, la Mauritanie et le Tchad ont bénéficié d'un appui pour organiser des stages nationaux à l'intention des administrateurs de niveau intermédiaire. Le Bureau régional a également aidé des pays à formuler des propositions en vue d'un financement de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). C'est ainsi que 21 pays ont reçu des fonds pour des vaccins nouveaux ou sous-utilisés, 21 autres pays pour renforcer les systèmes de vaccination, et 10 pays pour la sécurité des injections. Les activités de suivi en matière de vaccination ont été efficacement mises en œuvre dans les Etats Membres de l'Afrique de l'Ouest et amorcées dans d'autres Etats Membres.

86. Les efforts d'éradication de la polio ont progressé en 2002 et, pour la première fois, la Région est parvenue à un niveau de surveillance qui correspond à celui de la certification. Pour la troisième année consécutive, 16 pays de l'Afrique de l'Ouest ont synchronisé leurs journées nationales de vaccination (JNV). En Afrique centrale, sept pays<sup>22</sup> ont organisé deux à trois journées nationales de vaccination synchronisées. Cette multiplication de JNV synchronisées explique la réduction de 50 % du nombre de pays où la polio sévit de façon endémique, nombre qui est passé de six en 2001 à trois en 2002.
87. Des participants originaires de 42 des 46 pays de la Région ont été formés et ont bénéficié d'un appui pour créer des comités nationaux d'experts en poliomyélite (NPEC) et des comités nationaux de certification. La Commission de certification de la Région africaine (CCRA) a demandé à huit pays de préparer des rapports provisoires ou définitifs d'ici août 2003. Sur les 16 laboratoires participant au réseau de surveillance de la poliomyélite dans la Région africaine, 15 ont été pleinement agréés et 1 sous certaines réserves. Le séquençage du poliovirus sauvage s'est amélioré après l'incorporation de 90 % (134) de tous les virus de 2002 dans le dendogramme.
88. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a également aidé certains pays à mettre en œuvre des stratégies de lutte contre d'autres maladies évitables par la vaccination. Il a aidé neuf pays (Figure 5) à mettre en œuvre des activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole. Sept pays, soit 30 % de la population de la Région, ont établi des systèmes de surveillance de la rougeole fondée sur les cas observés. Un appui a été accordé à des laboratoires installés dans des pays d'Afrique australe pour la surveillance de la rougeole et à des laboratoires d'Afrique de l'Ouest pour la surveillance de la rougeole et de la fièvre jaune.

**Figure 5 : Activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole, 2001-2002**



<sup>22</sup> Cameroun, Congo, Gabon, Guinée équatoriale, République centrafricaine, Sao Tomé et Príncipe, Tchad.

89. La surveillance du tétanos néonatal a été intégrée dans celle de la paralysie flasque aiguë (PFA), si bien que 60 % des pays membres utilisent actuellement le système PFA pour la surveillance d'autres maladies importantes sur le plan de la santé publique. Neuf pays<sup>23</sup> ont organisé des activités de vaccination supplémentaires pour l'inoculation de l'anatoxine tétanique; ces campagnes ciblaient 6,5 millions de femmes en âge de procréer. Les activités relatives au tétanos maternel et néonatal ont été validées au Malawi et en Afrique du Sud et revalidées en Gambie.

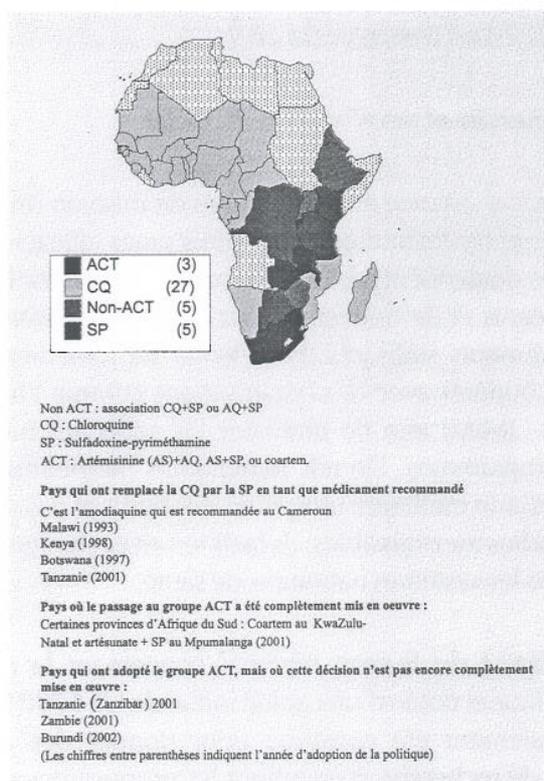
### **Paludisme (MAL)**

90. La Région africaine enregistre chaque année plus de 270 millions de crises aiguës de paludisme causant plus de 900 000 décès et d'importantes pertes de revenus pour les ménages. Les pertes économiques annuelles dues au paludisme sont estimées à US \$12 milliards. La résistance du parasite aux antipaludiques courants comme la chloroquine et le faible taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées par les populations à risque entravent sérieusement les efforts de lutte menés par les systèmes nationaux de santé.
91. Les Chefs d'Etat et de Gouvernement et les partenaires de développement ont accordé une importance accrue à l'Initiative Faire reculer le paludisme au cours de ces deux dernières années. La priorité du Bureau régional à cet égard est d'aider les pays à œuvrer en partenariat pour améliorer la couverture des interventions. Il a aidé les Etats Membres à renforcer leurs capacités pour améliorer la prise en charge des cas (certains pays ont actualisé leur politique thérapeutique par suite de la pharmacorésistance) et à augmenter l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide par les groupes vulnérables. Il les a également aidés à adopter des stratégies efficaces de lutte contre le paludisme durant la grossesse; à réduire la mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans; à prévoir des épidémies, à détecter rapidement les cas et à intervenir de façon précoce; à faire de la recherche opérationnelle et à assurer la gestion d'ensemble des programmes, y compris la mise en place de partenariats.
92. La résistance aux antipaludiques constitue désormais une sérieuse menace pour l'efficacité du traitement. Le Bureau régional aide les pays à recueillir des données sur la pharmacorésistance afin d'éclairer leur décision sur une modification de la politique pharmaceutique; c'est ainsi que 13 pays<sup>24</sup> ont actualisé leur politique relative aux médicaments antipaludiques et plusieurs autres collectent actuellement des données à ce sujet (voir Figure 6).

<sup>23</sup> Burkina Faso, Cameroun, Ethiopie, Ghana, Kenya, Niger, Ouganda, Tchad, Zambie.

<sup>24</sup> Afrique du Sud, Burundi, Botswana, Erythrée, Ethiopie, Kenya, Malawi, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Tanzanie (Zanzibar), Zambie, Zimbabwe

**Figure 6 : Politiques nationales relatives aux médicaments de première intention pour les cas de paludisme non compliqués, décembre 2002**



93. Pendant l'année 2002, les principaux indicateurs de performance de la lutte antipaludique se sont améliorés en raison de l'appui accordé aux pays par le Bureau régional. La formation à la prise en charge des cas qui a été assurée au niveau du district dans neuf pays<sup>25</sup> a accru la proportion d'enfants correctement pris en charge, qui est passée de 30 % à 35 %. La proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans et de femmes enceintes dormant sous des moustiquaires traitées avec un insecticide s'est accrue, passant de 5 à 10 % dans des districts sélectionnés de quelques pays. Le taux de retraitement des moustiquaires est également passé de 5 à 80 % dans les districts de cinq pays où des campagnes de traitement de masse des moustiquaires ont été organisées.
94. Les capacités requises pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des interventions relatives au programme Faire reculer le paludisme (RBM) ont été développées. Des enquêtes de base ont été menées dans cinq pays supplémentaires, ce qui porte à 21 le nombre total de pays ayant fait l'objet d'une enquête. Une base de données composite portant sur les principaux indicateurs régionaux RBM a été créée au niveau régional et un appui a été accordé aux pays pour leur permettre de créer leurs propres bases de données. La compilation de données sur la morbidité et la mortalité imputables au paludisme dans certains groupes cibles de 25 pays durant la période 1998 à 2001 a été achevée. Les capacités nationales en matière de gestion des programmes ont

<sup>25</sup> Burkina Faso, Comores, Ghana, Libéria, République du Congo, Mali, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone.

été renforcées grâce à deux stages internationaux organisés à l'intention de 32 participants originaires de pays anglophones et de 30 participants originaires de pays francophones. Le pourcentage de pays capables de mobiliser des ressources pour atteindre les budgets convenus en vue du programme RBM est passée de 0 à 16 %.

### **Maladies transmissibles : recherche et développement (CRD)**

95. En raison de la pharmacorésistance et de difficultés de mise en œuvre dans la Région africaine, les outils, les méthodes et les technologies autrefois jugés efficaces pour la prise en charge des maladies transmissibles deviennent rapidement inopérants. Dans le même temps, l'acceptation de nouveaux médicaments et de nouveaux vaccins par les systèmes nationaux de santé a été lente, faute d'investissements suffisants. Pour tenter de remédier à cette situation, le Bureau régional envisage de coopérer avec des organisations comme l'Initiative multilatérale pour le paludisme en Afrique (MIM) afin de renforcer les capacités nationales de recherche et de développement des programmes. De tels partenariats permettront de recueillir de nouvelles connaissances en vue d'une meilleure utilisation des outils et des stratégies existants en matière de lutte contre les maladies transmissibles; ils faciliteront également l'élaboration et l'intégration de nouveaux outils dans les systèmes nationaux de santé.
96. L'Initiative RBM/TDR/MIM du Bureau régional concernant la recherche opérationnelle en Afrique a été mise en place et dotée d'un capital initial de US \$700 000. Un groupe de recherche en PCIME/MAL a également été constitué pour donner des avis sur les préoccupations prioritaires en matière de recherche et examiner les propositions de recherche. Une institution de recherche a été identifiée en vue d'une collaboration dans le domaine de la recherche sur le paludisme et le processus de sa désignation comme centre collaborateur de l'OMS a été lancé.
97. Le Bureau régional a également accordé son appui à un certain nombre d'activités dans le domaine de la recherche opérationnelle. C'est ainsi que 46 projets de recherche ont été formulés dans 18 pays d'endémie : 21 de ces projets sont actuellement mis en œuvre à l'aide d'un financement du Bureau régional. Une base de données a été créée pour le suivi de la recherche opérationnelle en Afrique. Un plan générique visant à intégrer les maladies transmissibles dans les activités menées au niveau du district a été élaboré et testé au Bénin, au Ghana, en Ouganda, au Togo et en Zambie.

### **Maladies non transmissibles : prévention et lutte**

98. Les maladies non transmissibles (MNT), les troubles mentaux et les toxicomanies, y compris le tabagisme, sont en passe de devenir des problèmes majeurs de santé publique dans la Région africaine. Mais la surveillance et la prévention primaire de ces maladies ne bénéficient pas de toute l'attention voulue dans les Etats Membres, et le traitement n'est pas universellement disponible ni d'un coût abordable. L'absence d'une volonté à long terme de lutter contre les MNT dans les pays, associée à l'augmentation constante de ces maladies, surtout parmi les groupes démunis et défavorisés, contribue à aggraver les disparités sanitaires entre les pays et à

---

l'intérieur d'un même pays. Tout cela constitue une menace pour le développement de la Région africaine.

99. Compte tenu de cette menace et de la nécessité d'y apporter une riposte immédiate et efficace dans le domaine de la santé publique, l'Organisation mondiale de la Santé a formulé des stratégies mondiales et régionales qui ont été adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Comité régional. Les objectifs visés par le Bureau régional au titre de la période biennale 2002-2003, en collaboration avec les Etats Membres et les partenaires de développement, sont les suivants :
- a) dresser la carte des épidémies de maladies non transmissibles qui se déclarent, ainsi que des troubles mentaux, et des toxicomanies, et analyser leurs déterminants;
  - b) concevoir des outils permettant d'améliorer la collaboration intersectorielle, la participation communautaire, la formulation de politiques, la prise en charge des maladies et la prévention et la prise en charge des incapacités;
  - c) promouvoir de bonnes pratiques ainsi que des méthodes et des stratégies fondées sur des bases factuelles pour promouvoir la santé et lutter contre les maladies non transmissibles;
  - d) formuler des politiques et des plans d'action nationaux ou actualiser ceux qui existent;
  - e) mettre en place des systèmes de surveillance des maladies non transmissibles;
  - f) renforcer les capacités d'élaboration et de mise en œuvre de programmes.
100. Ce programme est mis en œuvre par les six domaines d'activité suivants : Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles (NCD), Santé mentale (MNH), Tabac (TOB), Promotion de la santé (HPR), Nutrition (NUT), et Prévention des incapacités et des traumatismes et réadaptation (DPR). Ces activités sont supervisées par le Directeur chargé de la Lutte contre les maladies non transmissibles (DNC) et par les bureaux de pays.

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

101. Ce domaine comprend trois programmes : maladies chroniques, santé bucco-dentaire, santé et vieillissement.

#### ***Maladies chroniques***

102. Conformément à la Stratégie régionale sur les maladies non transmissibles adoptée en 2000 et au plan de mise en œuvre formulé en 2001, la priorité a été donnée aux activités de prévention et de surveillance. Dans le domaine de la surveillance, l'approche STEPS élaborée par l'OMS a été adoptée comme outil de référence pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles. Il s'agit d'une approche graduelle se caractérisant par :

- a) la mise en place d'outils standardisés permettant d'assurer la comparabilité entre périodes et entre pays;

- b) la mise en place d'une surveillance par étape en fonction des moyens disponibles;
- c) la surveillance de manière préférentielle des facteurs de risque principaux communs à de nombreuses maladies non transmissibles.

103. Cette surveillance est modulaire et comprend trois étapes :

Etape 1 : Renseignements obtenus à partir d'un questionnaire.

Etape 2 : Renseignements obtenus à partir d'un interrogatoire et d'un examen clinique centré sur la prise des mesures anthropométriques.

Etape 3 : Renseignements obtenus à partir d'un interrogatoire, de mesures anthropométriques et d'examens biochimiques.

104. Le passage d'une étape à l'autre ou le choix de démarrer à un niveau plutôt qu'à un autre dépend des moyens techniques et humains dont dispose le pays. Pour chaque étape, il existe trois modules optionnels en fonction des ressources disponibles et des informations désirées pour chaque facteur de risque : module de base, élargi et optionnel. Pour les deux premiers modules, les outils de base standardisés sont disponibles.

105. Vingt et un participants provenant de sept pays<sup>26</sup> ont été formés à la méthodologie STEPS et à d'autres aspects de la surveillance des MNT en mars 2002. Bien qu'utilisant des méthodologies différentes, des analyses de situation ont été conduites au Burkina Faso, en Mauritanie, au Niger et au Tchad.

106. Deux centres pour le dépistage, le traitement et le suivi du cancer du col ont été créés à Luanda pour les pays lusophones et à Dar es-Salaam pour les pays anglophones.<sup>27</sup> Trente-trois professionnels de 7 pays ont été formés à la détection précoce et la prise en charge du cancer du col au cours de deux ateliers.<sup>28</sup> Dans le cadre de l'appui du Bureau régional au développement des registres du cancer, un concours financier a permis à 17 experts<sup>29</sup> de suivre une formation sur le registre du cancer organisée par le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) à Lyon, en France.

107. La première phase du projet de soins palliatifs pour les patients atteints de VIH/SIDA et de cancer a été menée à terme : analyse de situation et évaluation des besoins. Les pays concernés sont l'Afrique du Sud, le Botswana, l'Éthiopie, l'Ouganda, la Tanzanie et le Zimbabwe. Des étapes concrètes ont été franchies pour l'établissement d'une base de données sur les MNT.

<sup>26</sup> Algérie, Côte d'Ivoire, Ghana, Mozambique, Nigéria, Sénégal et Zimbabwe.

<sup>27</sup> Un centre similaire avait déjà été créé en Guinée en 2000 pour les pays francophones.

<sup>28</sup> Respectivement à Luanda et Dar es-Salaam, regroupant des participants des pays suivants : Angola, Cap-Vert, Guinée-Bissau, Mozambique, Ouganda, Sao Tome et Principe et Tanzanie.

<sup>29</sup> Des pays suivants : Afrique du Sud, Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Guinée, Kenya, Malawi, Mali, Maurice, Niger, Nigéria, Ouganda, Swaziland, Tanzanie, Zimbabwe.

- 
108. La Région africaine a apporté une contribution substantielle à la préparation de la stratégie mondiale sur la nutrition, l'activité physique et la santé, qui constitue une étape importante vers l'adoption de mesures globales, cohérentes, peu coûteuses et efficaces pour réduire l'incidence grandissante des maladies non transmissibles, grâce à des interventions visant la réduction des facteurs de risques connus.

### ***Santé bucco-dentaire***

109. L'adoption d'une stratégie régionale sur la santé bucco-dentaire en 1998 pour les 10 prochaines années a constitué un tournant décisif vers l'application d'une nouvelle approche en matière de politique de santé bucco-dentaire. Le Bureau régional a continué de fournir un appui aux pays pour la mise en œuvre de cette stratégie. Deux pays supplémentaires, le Lesotho et le Kenya, ont reçu un appui pour l'analyse épidémiologique des affections bucco-dentaires ainsi que pour la formulation et l'élaboration de plans nationaux de santé bucco-dentaire.
110. Le renforcement des capacités régionales s'est traduit par un appui technique soutenu du Bureau régional au Centre régional interpays de santé bucco-dentaire (ICOH) de Jos, au Nigéria. Une consultation régionale sur l'adéquation de la formation et de la recherche en santé bucco-dentaire face aux besoins spécifiques de la Région africaine a permis à 22 Doyens de facultés dentaires et à six Directeurs d'écoles d'auxiliaires dentaires de définir les axes d'une nouvelle approche en la matière.
111. La République démocratique du Congo, le Niger, le Nigéria et l'Ouganda ont reçu un appui pour le renforcement de leur programme de lutte contre le noma. L'élaboration de supports didactiques sur les méthodes de prévention, de dépistage et de traitement du noma s'est poursuivie au cours de l'année 2002.

### ***Santé et vieillissement***

112. L'Éthiopie, la Tanzanie et la Zambie ont reçu une assistance technique et financière pour lancer des interventions ciblant les personnes âgées affectées et/ou infectées par le VIH/SIDA et pour produire des matériels didactiques.

### ***Nutrition (NUT)***

113. Plusieurs activités ont été menées au titre du programme Nutrition, en coordination avec le Siège et les programmes régionaux concernés, tels que la PCIME et le programme de lutte contre le VIH/SIDA.
114. L'appui aux pays pour l'adoption de politiques nationales d'alimentation et de nutrition et la mise en œuvre des plans d'action nationaux pour la nutrition s'est poursuivi. Pour 2002, cet

---

appui a pris la forme d'un atelier interpays regroupant sept Etats Membres,<sup>30</sup> d'un soutien technique pour l'adoption d'un plan national au Togo, et d'un appui financier pour le contrôle de la malnutrition protéino-énergétique en République démocratique du Congo, au Tchad et au Lesotho. La méthodologie "Profiles"<sup>31</sup> a été utilisée dans deux pays (Cameroun et Zimbabwe) et sert de plaidoyer pour le financement des programmes de nutrition.

115. Deux ateliers interpays ont été organisés. L'un, sur les carences en micronutriments, a regroupé des participants de 21 pays<sup>32</sup> et a été organisé en collaboration avec les partenaires intervenant dans les programmes de nutrition. L'autre a été organisé dans le cadre de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sur la formation d'évaluateurs de l'initiative Hôpitaux amis des bébés pour 11 pays.<sup>33</sup>
116. Un appui spécifique a été apporté pour la collecte de données nutritionnelles de base sur les carences en micronutriments (Érythrée, Guinée-Bissau) et sur les connaissances, attitudes et pratiques concernant l'allaitement maternel (Burkina Faso). De nombreuses activités de formation à l'échelle nationale ont été soutenues. La nutrition a également été une composante de l'appui de l'OMS aux pays d'Afrique australe victimes de la crise alimentaire.

### **Promotion de la Santé (HPR)**

117. La formation des points focaux nationaux à la planification et la mise en œuvre d'activités de promotion de la santé a été la principale activité pour la période. Les documents de formation ont été préparés et utilisés au cours de deux séminaires, l'un francophone à Cotonou pour huit pays<sup>34</sup> et l'autre anglophone à Harare pour onze pays.<sup>35</sup> Cette formation a apporté aux participants les connaissances et les compétences nécessaires pour la formulation de politiques et de programmes de promotion de la santé.
118. La stratégie régionale de promotion de la santé et différents guides y afférents ont été envoyés aux pays. Un appui technique et financier a été apporté à cinq pays (Afrique du Sud, Botswana, Mozambique, Nigéria et Tanzanie) pour l'examen de leurs politiques et programmes de promotion de la santé. Les attributions des professionnels chargés de l'information et de la promotion de la santé au sein des bureaux de l'OMS dans les pays ont été révisées pour encourager leur participation accrue dans les activités de promotion de la santé.

---

<sup>30</sup> Érythrée, Ethiopie, Kenya, Libéria, Seychelles, Sierra Leone et Zimbabwe.

<sup>31</sup> "Profiles" ou Profil nutritionnel des pays, c'est la description des problèmes nutritionnels suivie de la mise en exergue du bénéfice que tirent les pays à mettre en œuvre des interventions appropriées pour les combattre.

<sup>32</sup> Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, Congo, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Tchad, Togo.

<sup>33</sup> Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Togo.

<sup>34</sup> Algérie, Bénin, Cap-Vert, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Côte d'Ivoire, Rwanda et Sénégal.

<sup>35</sup> Afrique du Sud, Botswana, Érythrée, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Mozambique, Nigéria, Zambie et Zimbabwe.

119. Une réunion visant à examiner le rôle des partenaires dans le développement de la promotion de la santé a été organisée conjointement avec l'Union internationale pour la Promotion et l'Education pour la Santé. Le Bureau régional a coordonné la célébration de la Journée mondiale de la Santé dans les pays. Des documents techniques et promotionnels ont été diffusés et publiés sur Internet. En ce qui concerne la santé scolaire, un appui technique et financier a été accordé pour le démarrage des activités relatives au projet "Life" dans six pays (Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Sénégal, Rwanda et Swaziland). Un appui a été accordé à neuf pays<sup>36</sup> pour leur permettre d'évaluer le projet "Ecoles-Santé".

### ***Prévention des incapacités et des traumatismes et réadaptation (DPR)***

120. Après le lancement international du Rapport mondial sur la violence et la santé à Bruxelles (Belgique) le 3 octobre 2002, plusieurs Etats Membres de la Région africaine ont demandé un lancement national de ce rapport en 2003. Le rapport a été largement diffusé.
121. L'Ethiopie et le Mozambique ont été retenus en vue d'un appui à la création de systèmes de surveillance de la violence et des traumatismes. L'Ethiopie a mené à bien son projet; le Mozambique a soumis une proposition et des fonds sont en cours de déblocage.
122. Un atelier portant sur l'amélioration des services de réadaptation a été organisé pour huit pays francophones.<sup>37</sup> Le Kenya a soumis une proposition et des fonds sont en cours de déblocage. Un appui financier a été accordé à l'Angola, à la Gambie, aux Comores, au Ghana, à la République démocratique du Congo et à la Tanzanie en vue d'une enquête sur la surdité et la cécité. Trois institutions en charge de la prévention des traumatismes et de la réadaptation ont été évaluées en 2003 et leurs demandes d'agrément comme Centres collaborateurs de l'OMS ont été examinées.

### ***Santé mentale et toxicomanies (MNH)***

123. Une bonne santé mentale est un atout qui permet aux individus d'être en mesure de travailler de manière productive, d'affronter le stress de la vie quotidienne et d'apporter une contribution utile à la communauté. La part de la charge de morbidité imputable aux troubles mentaux et neurologiques ainsi qu'aux toxicomanies passera probablement de 11,5 % en 1998 à 15 % en 2020.
124. L'action du Bureau régional face aux besoins formulés par les pays a été guidée par le souci d'intégrer les questions portant sur la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies dans les réformes nationales du secteur de la santé, notamment en ce qui concerne la formulation des politiques, l'organisation des services, le financement et la législation relative aux droits de l'homme. Ces principes sont énoncés dans la Stratégie régionale de la santé mentale pour 2000-2010 (résolution AFR/RC49/R3), adoptée en 1999 par les ministres de la santé.

<sup>36</sup> Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Malawi, Mali, Rwanda, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.

<sup>37</sup> Bénin, Burkina Faso, Burundi, Gabon, République du Congo, Rwanda, Sénégal, Togo.

125. Le thème de la Journée mondiale de la Santé 2001 était "Santé mentale : non à l'exclusion, oui aux soins". De même, le *Rapport sur la santé dans le monde 2001* était intitulé "*Santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*". Ces idées maîtresses, ainsi que les tables rondes ministérielles de l'Assemblée mondiale de la Santé, ont amené les pays membres à choisir la santé mentale et les toxicomanies comme domaines prioritaires de leur coopération technique avec l'OMS.

#### Questions portant sur la politique de santé mentale

1. La politique favorise-t-elle le développement des soins à **assise communautaire** ?
2. Les services sont-ils complets et intégrés aux soins de **santé primaires** ?
3. La politique encourage-t-elle les **partenariats** entre les individus, les familles et les professionnels de la santé ?
4. Donne-t-elle des **moyens d'action** à ces différents groupes ?
5. Crée-t-elle un système garantissant aux personnes atteintes de troubles mentaux le respect, la protection et le plein exercice de leurs **droits** ?
6. Le nombre de prestataires de services **correctement formés** est-il suffisant pour permettre sa mise en oeuvre ?
7. Accorde-t-elle suffisamment d'importance aux stratégies de **prévention et de promotion** ?
8. Favorise-t-elle les liens **intersectoriels** entre la santé mentale et d'autres secteurs ?

Source : Rapport sur la santé dans le monde, 2001  
Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs,  
Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2002, p.82.

126. La mise en œuvre de la Campagne mondiale contre l'épilepsie a été étendue à 17 pays<sup>38</sup> francophones qui ont participé en mars 2002 à une réunion interpays à Lomé. Un appui financier a été accordé à un certain nombre de pays (Botswana, Lesotho, Maurice, République centrafricaine, Rwanda) pour leur permettre de revoir leurs politiques et leurs plans relatifs à la santé mentale et aux toxicomanies. Des participants originaires de 12 pays ont assisté à un atelier de formation à l'épidémiologie de la consommation de drogues, et des délégués originaires de 15 pays de la Région<sup>39</sup> ont pris part au premier forum de formation à l'élaboration de politiques et au développement de services de santé mentale, qui a été organisé du 27 au 29 novembre 2002 à Tunis. Le Département de Psychiatrie de l'Université du Zimbabwe a bénéficié d'un appui pour la mise en œuvre d'activités de prévention du suicide.

127. La disponibilité des ressources nécessaires a facilité la mise en œuvre des activités planifiées au titre de cette période. Une meilleure interaction avec le Siège et les bureaux de pays, de même qu'une meilleure collaboration avec divers partenaires comme le Centre collaborateur de l'OMS en matière de recherche et de formation, la Ligue internationale contre l'Epilepsie et le Bureau international pour l'Epilepsie, ont beaucoup contribué au succès des activités planifiées. L'une des principales contraintes rencontrées à cet égard reste les retards intervenant dans la soumission de propositions de projets de qualité par les pays ciblés.

<sup>38</sup> Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, République du Congo, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Tchad, Togo.

<sup>39</sup> Afrique du Sud, Angola, Botswana, Cap-Vert, Ghana, Ethiopie, Lesotho, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Togo, Zambie.

## Tabac (TOB)

128. Le tabagisme provoque chaque année 4,9 millions de décès à l'échelle mondiale, dont 70 % dans des pays en développement. La plupart des Etats Membres ne mesurent pas pleinement l'ampleur, la profondeur et la gravité de ce problème dans leur pays. Bon nombre de pays subissent d'intenses pressions pour accroître la production et la consommation de tabac à cause de la mondialisation et d'enjeux économiques. Améliorer la santé de tous par l'élimination ou la réduction du tabagisme et de l'exposition au tabac est un objectif majeur de la lutte antitabac.
129. Les principales stratégies du domaine d'activité concerné visent à renforcer l'action communautaire en faveur de la lutte antitabac, à restreindre la disponibilité du tabac, son approvisionnement et sa promotion, à promulguer des législations et des réglementations, à réduire l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement et à promouvoir l'abandon de l'usage du tabac.
130. Ayant pris davantage conscience de la mortalité engendrée par le tabagisme et l'exposition au tabac, les Etats Membres se sont montrés de plus en plus préoccupés par ce problème. La presque totalité des pays de la Région africaine ont participé aux séances de négociations intergouvernementales portant sur la convention cadre pour la lutte antitabac. La Région a joué un rôle de premier plan dans la formulation d'un document réaliste et pertinent. Des réunions régionales de concertation ont été organisées à ce sujet en Côte d'Ivoire et au Malawi. La participation communautaire au projet Miser sur l'Indignation a été renforcée grâce à un financement accordé à des ONG oeuvrant au niveau des pays au Malawi, en Mauritanie, au Mozambique, au Nigéria, au Togo et en Zambie.
131. L'accroissement des demandes d'assistance technique émanant des pays pour la formulation de politiques et de législations complètes en matière de lutte antitabac montre également l'importance que les Etats Membres y attachent. Des demandes ont été reçues à ce sujet du Bénin, du Botswana, du Lesotho, de l'Ouganda et du Swaziland.
132. Douze pays<sup>40</sup> ont bénéficié d'une formation pour l'organisation de l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes et 17 pays<sup>41</sup> ont bénéficié d'une formation pour l'analyse des résultats et la rédaction du rapport y afférent. Le projet pilote Protéger les jeunes contre le tabac, qui est financé par le Fonds des Nations Unies, se poursuit au Kenya et au Sénégal. La plupart des pays continuent de participer à la Journée mondiale sans tabac; le Malawi y a participé activement pour la première fois. Un atelier à l'intention de spécialistes de l'information et de promoteurs de la santé a été organisé avec succès au Bénin. Il avait pour but de s'attaquer au problème de la lutte antitabac en Afrique francophone en sensibilisant les médias, les promoteurs de la santé et le grand public.

<sup>40</sup> Erythrée, Ethiopie, Gabon, Guinée, Guinée équatoriale, Maurice, République démocratique du Congo, Rwanda, Seychelles, Tanzanie, Togo, Zimbabwe.

<sup>41</sup> Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Swaziland, Tchad, Zambie,

- 
133. La première conférence interministérielle sur la lutte contre les toxicomanies s'est tenue à Yamoussoukro (Côte d'Ivoire). Ce fut une réunion importante au cours de laquelle les membres de l'Union africaine ont formulé et adopté un plan d'action qui comprenait la lutte contre l'alcoolisme.
134. Compte tenu des effets négatifs des substances psychoactives sur la population, le Botswana a sollicité et obtenu un appui pour la formulation d'une stratégie relative aux toxicomanies. Afin de renforcer leurs capacités techniques en épidémiologie des toxicomanies, 13 pays<sup>42</sup> ont envoyé des participants à un atelier de formation de formateurs qui s'est tenu au Zimbabwe.

### **Santé de la famille et santé génésique**

135. Les problèmes liés à la santé de la famille et à la santé génésique (RH) constituent une préoccupation de santé publique dans la Région africaine malgré l'existence d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité et de plusieurs résolutions et stratégies mondiales et régionales destinées à appuyer l'action des Etats Membres. La tenue d'une réunion destinée aux administrateurs des programmes et la création en 2002 d'un groupe spécial régional ont renforcé la promotion de la santé familiale et de la santé génésique au profit des familles, des adultes, des adolescents et des enfants. Ces mesures ont également favorisé une meilleure intégration des quatre domaines d'activité qui sont : la Santé de l'enfant et de l'adolescent (CAH); la Recherche et l'élaboration de programmes en santé génésique (RHR y compris la formation et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, PMTC); Pour une grossesse à moindre risque (MPS) et la Santé et le développement de la femme (WMH, y compris les aspects sociaux de la santé familiale et de la santé génésique).
136. Tous les domaines d'activité ont reçu très peu d'allocations budgétaires au cours de la période considérée, ce qui a sérieusement entravé la mise en œuvre des activités planifiées. Cependant, la Division a été en mesure de s'acquitter de sa mission, en dépit de la modicité des ressources humaines, du transfert des bureaux de Harare à Brazzaville et des problèmes de sécurité à Brazzaville.

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

137. Le domaine d'activité Santé de l'enfant et de l'adolescent a axé son action sur les forts taux de mortalité et de morbidité enregistrés au cours de la période périnatale et néonatale, les conséquences néfastes des mauvais traitements infligés aux enfants et de l'absence de soins dont ils sont victimes, ainsi que sur la réduction de la vulnérabilité des adolescents à la morbidité associée à une activité sexuelle précoce et à d'autres comportements à risque. Un

---

<sup>42</sup> Botswana, Erythrée, Ethiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Namibie, Ouganda, Seychelles, Sierra Leone, Zambie, Zimbabwe.

appui technique et financier soutenu a été accordé aux pays qui enregistrent 80 % de la mortalité juvénile dans la Région. Cet appui portait notamment sur le renforcement des capacités aux niveaux régional, national et du district ainsi que sur la formation initiale.

138. Sur la base d'une évaluation des soins et de la prise en charge des nouveau-nés, effectuée dans sept pays en 2001,<sup>43</sup> une série d'interventions ont été mises au point pour réduire la mortalité et la morbidité néonatales et périnatales. Le Burundi, la Namibie, le Nigéria et le Swaziland ont mis en œuvre des activités visant à améliorer la santé du nouveau-né, grâce à une évaluation des besoins, à la formation et à l'achat de matériel et de fournitures. Le plaidoyer en faveur de la santé du nouveau-né et l'intégration de celle-ci dans les programmes de santé maternelle et infantile ont été renforcés.
139. Une brochure intitulée "Nouveau-nés de l'Afrique : enfants oubliés" a été élaborée en collaboration avec l'"Academy of Education and Development" et diffusée en trois langues. Elle porte essentiellement sur les causes courantes de décès chez le nouveau-né et l'aptitude des établissements de santé à dispenser des soins de qualité aux mères et aux nouveau-nés.
140. La composante Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), du domaine d'activité CAH vise à réduire la morbidité et la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans par l'amélioration des systèmes de santé, des compétences du personnel de santé, et des pratiques familiales de base. Des analyses effectuées dans 12 pays<sup>44</sup> ont révélé que 60 % des agents de santé formés à la PCIME traitaient correctement la pneumonie, la diarrhée et la fièvre. Par ailleurs, une enquête menée dans des établissements de santé en Tanzanie a permis de constater que les personnes qui s'occupent des enfants étaient mieux informées sur les soins à leur dispenser en cas de maladie après avoir reçu des conseils de la part d'agents formés à la PCIME. Quinze administrateurs nationaux spécialisés dans la PCIME ont été recrutés pour renforcer les bureaux de pays et 48 cadres ont été formés à la prise en charge des maladies de l'enfant grâce au stage de 6 jours récemment mis au point par l'OMS.
141. Afin de promouvoir des pratiques optimales en matière d'alimentation du nourrisson, quatre pays (Botswana, Ethiopie, Ghana et Zimbabwe) ont élaboré des plans pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Sept autres pays ont bénéficié d'un appui pour leur permettre de réviser leur politique et leur législation

#### Les nouveau-nés de l'Afrique sont-ils oubliés ?



Source : OMS/AFRO

<sup>43</sup> Burundi, Ethiopie, Mauritanie, Namibie, Nigéria, Ouganda, Swaziland.

<sup>44</sup> Afrique du Sud, Botswana, Ethiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, Tanzanie, Zambie.

relatives à l'alimentation du nourrisson en rapport avec le VIH/SIDA. Dix-sept consultants ont été formés pour donner des conseils sur l'allaitement maternel et l'alimentation du nourrisson en rapport avec le VIH; 44 consultants ont également été formés pour planifier les composantes famille et communauté de la PCIME. Une étude a été menée dans 24 écoles de santé sur la formation préalable en matière de PCIME et ses résultats ont été utilisés pour la planification dans 10 pays.<sup>45</sup> Huit pays<sup>46</sup> ont commencé à planifier la formation préalable à la PCIME. Une réunion d'information interpays a été organisée à ce sujet pour les pays francophones. La qualité des soins dans les formations sanitaires de recours a été examinée dans 11 pays<sup>47</sup> grâce à un nouvel outil et un nouveau manuel d'évaluation.

142. Vingt et un pays<sup>48</sup> ont reçu un appui pour la formulation de politiques, l'élaboration de programmes et la recherche dans le domaine de la santé de l'adolescent. Le Botswana, le Cameroun, le Lesotho, Madagascar et la Namibie ont bénéficié d'un concours pour la mise en place de services de santé à l'écoute des adolescents et pour la création d'un environnement propice au sein de la famille, de la communauté et à l'école. Une analyse de la situation a été menée dans neuf pays<sup>49</sup> pour faire le point des politiques et des programmes concernant la santé et le développement de l'adolescent, en collaboration avec le *Commonwealth Regional Health Community Secretariat*.
143. En collaboration avec les unités techniques compétentes du Bureau régional et du Siège, 20 participants originaires de neuf pays<sup>50</sup> ont été formés à l'étude d'un module mis au point par l'OMS et intitulé "*Working with Street Children: A training package on substance use, sexual and reproductive health, including HIV/AIDS and STD*" (Travailler avec les enfants de la rue : module de formation sur les toxicomanies, la santé sexuelle et génésique, y compris le VIH/SIDA et les MST). Au Cameroun, 28 participants travaillant dans des ONG et dans le secteur public ont été formés en vue de l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant dans les programmes CAH. En outre, les unités techniques des Divisions Santé de la famille et santé génésique, Lutte contre les maladies transmissibles et Lutte contre les maladies non transmissibles ont apporté un appui à neuf pays<sup>51</sup> pour la formulation et la mise en œuvre de propositions de projets intégrés portant sur la santé génésique et la santé sexuelle ainsi que sur le VIH/SIDA et les toxicomanies..
144. Parmi les outils mis au point pour le plaidoyer et le renforcement de la santé et du développement de l'adolescent dans les pays, on peut citer le "Cadre pour la mise en œuvre de la stratégie régionale portant sur la santé de l'adolescent" et le document intitulé

<sup>45</sup> Afrique du Sud, Ethiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Nigéria, Ouganda, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

<sup>46</sup> Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Mozambique, Niger, Zambie, Zimbabwe.

<sup>47</sup> Botswana, Erythrée, Ethiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Nigéria, Ouganda, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

<sup>48</sup> Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Erythrée, Ethiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

<sup>49</sup> Bénin, Burkina Faso, Erythrée, Lesotho, Malawi, Ouganda, Sénégal, Zambie, Zimbabwe.

<sup>50</sup> Angola, Ethiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Ouganda, Sierra Leone, Zambie, Zimbabwe.

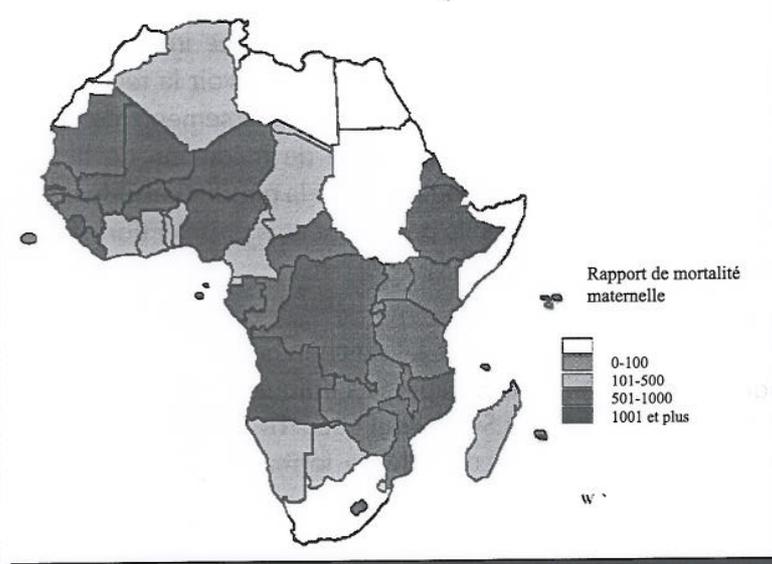
<sup>51</sup> Botswana, Ethiopie, Lesotho, Malawi, Mozambique, Swaziland, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe

"Adolescent Health and Development Briefing Kit" (Module d'information sur la santé et le développement de l'adolescent). Ce cadre vise à accélérer la traduction de la stratégie en interventions aux niveaux national et local.

### **Recherche et élaboration de programmes en santé génésique (RHR)**

145. Dans le cadre des efforts déployés pour accélérer la mise en œuvre de la Stratégie régionale portant sur la santé génésique, un cadre a été élaboré en vue d'aider les pays à déterminer les priorités, à définir des interventions efficaces d'un coût abordable et à mettre en œuvre des programmes appropriés. Un plan d'action pour 2002-2003 exécuté conjointement avec RHR et le Siège a facilité les missions, le financement et la mise en œuvre. Les administrateurs des programmes de santé génésique dans les institutions publiques et les points focaux des bureaux de l'OMS dans 44 Etats Membres se sont réunis à Johannesburg en juin 2002 pour examiner, actualiser et harmoniser les activités des programmes de santé génésique au niveau régional et au niveau national. Ils ont en outre échangé des informations sur les meilleures pratiques et les meilleures expériences en matière de santé génésique.

**Figure 7: Rapport de mortalité maternelle dans la Région africaine de l'OMS, 2001**



Source : Ministères de la Santé des divers pays.

146. Le groupe spécial régional en santé génésique composé d'experts et de partenaires a été créé en 2002. Lors de sa première réunion tenue au mois d'octobre, il a examiné les domaines thématiques et programmatiques qui pourraient servir de base pour améliorer les services de santé génésique dans la Région.

147. Le rapport de mortalité maternelle (RMM), qui atteint 940 décès<sup>52</sup> pour 100 000 naissances vivantes en Afrique, est le plus élevé du monde. Une carte a été établie à ce sujet sur la base des données communiquées par les pays; des affiches ont ensuite été réalisées dans les trois langues de travail pour être distribuées aux responsables politiques, aux administrateurs, aux chercheurs, aux partenaires et aux bureaux de pays à des fins de sensibilisation, de plaidoyer et de suivi des tendances. Une base de données régionales portant sur la santé génésique a été créée pour suivre les tendances des indicateurs dans ce domaine.
148. Bien que la plupart des femmes n'effectuent qu'une seule visite prénatale (plus de 80 % dans la Région), la proportion d'accouchements assurés par du personnel qualifié s'établit à 42 %. Des chercheurs du Cameroun, du Ghana, du Kenya, du Mozambique, du Nigéria et du Sénégal reçoivent actuellement un appui technique et financier pour mener des recherches opérationnelles afin d'accroître le pourcentage de femmes assistées par du personnel qualifié lors des accouchements dans des établissements de santé. L'Angola, l'Éthiopie, le Nigéria et le Sénégal ont bénéficié d'un appui pour déterminer les caractéristiques et les résultats des accouchements pratiqués à domicile et leurs rapports avec le système de santé. Les résultats de l'étude permettront au Bureau régional de faire des recommandations sur les accouchements à domicile dans la Région.
149. Un appui technique et financier a été accordé à des institutions et à des associations médicales régionales et sous-régionales pour promouvoir la recherche et des interventions dans le domaine de la santé génésique. Trois établissements de recherche – l'Institut de recherche sur les primates au Kenya, l'École de médecine de l'Hôpital universitaire de Korle-bu (Ghana) et le Centre de recherche pour la population et le développement au Mali – ont été évalués pour déterminer s'ils pouvaient être présélectionnés ou agréés de nouveau comme centres collaborateurs de l'OMS.
150. Des réseaux d'institutions participant à la recherche sur la santé génésique ont été mis en place au Cameroun et au Nigéria. Un appui technique et financier a été accordé à Sao Tomé et Príncipe, à l'Afrique du Sud, au Swaziland et au Togo pour une évaluation des besoins en matière de santé génésique. Un module de formation intitulé "Evidence-based Decision making in Reproductive Health" (Utilisation de bases factuelles pour la prise de décision en matière de santé génésique) a été élaboré et utilisé pour former 11 formateurs régionaux. Au Bénin, une formation a été dispensée aux médecins sur la recherche opérationnelle.
151. Le Kenya, le Malawi, l'Ouganda, la Tanzanie et la Zambie ont bénéficié d'un appui pour intégrer les activités de lutte contre le paludisme pendant la grossesse dans les programmes de santé génésique. Le Botswana, l'Ouganda et la Zambie ont, quant à eux, reçu un appui pour intégrer la lutte contre les IST dans les services de santé génésique, y compris l'élaboration de lignes directrices pour la formation à la prise en charge syndromique. Sept pays<sup>53</sup> ont en outre reçu un appui pour la mise en œuvre de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus par inspection visuelle, à l'aide de l'acide acétique.

<sup>52</sup> OMS/UNICEF/FNUAP. La mortalité maternelle en 1995. OMS/RHR/01.9. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

<sup>53</sup> Éthiopie, Lesotho, Nigéria, Ouganda, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

152. Après 18 mois d'activités, le projet d'appui psychosocial à l'intention des femmes et des familles vivant avec le VIH/SIDA au Zimbabwe a été évalué. Les résultats de cette évaluation ont confirmé l'utilité du projet. L'une des recommandations formulées visait à reconduire le projet pour une année supplémentaire et une deuxième à y intégrer une composante recherche pour l'élaboration d'un projet modèle. Quatre guides cliniques ont été produits sur la prise en charge de la femme enceinte séropositive. Ils portaient sur les services de conseils et de dépistage volontaire, les soins prénatals, les soins pendant le travail et l'accouchement et les soins après la grossesse. Un expert a été recruté au niveau régional pour développer les activités tendant à prévenir la transmission mère-enfant du VIH.

### ***Pour une grossesse à moindre risque (MPS)***

153. Dans la Région africaine, une femme sur 14 risque de mourir de causes liées à la grossesse. L'initiative Pour une grossesse à moindre risque (MPS) a été adoptée par l'OMS pour réduire la mortalité maternelle en renforçant l'aptitude du secteur de la santé à mettre en œuvre des interventions rentables et à maîtriser le risque lié à la grossesse. On peut prévenir plus de 75 % des 600 000 décès enregistrés chaque année à cause de la grossesse et de l'accouchement en permettant aux mamans d'accéder en temps voulu aux soins obstétricaux de base (EOC).
154. Au moment où a été élaboré le présent rapport, 34 Etats Membres sur 46 avaient mis en œuvre l'initiative Pour une grossesse à moindre risque. Ces pays ont bénéficié d'un appui constant pour leur permettre de renforcer leurs systèmes de santé par un apport de matériel, y compris des banques du sang et des produits sanguins, la formation du personnel de santé aux techniques vitales et l'élaboration d'outils et de protocoles. L'Ouganda a obtenu un appui pour la modernisation d'un laboratoire pharmaceutique national produisant des solutions intraveineuses.
155. Le paludisme est à l'origine de 15 % des cas d'anémie aiguë chez la femme enceinte. Dix pays<sup>54</sup> ont bénéficié d'un appui en vue de mettre en place des réseaux anglophones et francophones pour l'intégration de la lutte contre le paludisme pendant la grossesse dans les programmes de santé génésique. Les services prénatals ont été renforcés et le personnel de santé a été formé à l'administration du traitement préventif intermittent (IPT) chez les femmes enceintes.
156. En Ouganda, l'examen à mi-parcours de l'initiative Pour une grossesse à moindre risque dans le district de Soroti a révélé que le taux de létalité était tombé de 16 à 8 %. Il a également permis de constater un accroissement de la prise de conscience au niveau de la communauté; une utilisation accrue des dispensaires prénatals pour les soins et l'accouchement, et une augmentation des taux de prévalence des contraceptifs et du traitement préventif intermittent du paludisme.

<sup>54</sup> Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Malawi, Mali, Ouganda, Sénégal, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

157. L'utilisation de la technologie appropriée en matière de transports pour un système d'orientation/recours efficace a été encouragée dans le cadre de l'initiative Pour une grossesse à moindre risque. C'est ainsi que le Ghana et le Malawi ont bénéficié d'un appui pour la mise en place de systèmes d'ambulances communautaires pour le transport des femmes enceintes vers les établissements de santé en cas d'urgence. Le rôle de la communauté dans un système d'orientation/recours efficace pour assurer des soins continus a été reconnu. En Ouganda, un comité de gestion communautaire a été mis en place pour veiller à une bonne utilisation de l'ambulance.

#### Ambulance utilisant une technologie adaptée



Source : OMS/Ghana

158. Au Nigéria, une collaboration a été instaurée avec la communauté en vue de définir un ensemble minimum de soins à dispenser à chaque niveau dans le cadre de l'initiative Pour une grossesse à moindre risque; cette coopération a permis d'établir une cartographie des services de soins obstétricaux de base dans la circonscription administrative de Yagba West. En Mauritanie, un régime d'assurance basé sur le partage des coûts a été mis en place pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé maternelle. L'initiative Pour une grossesse à moindre risque ayant solidement pris pied dans la région de Nouakchott, elle a été étendue à la région de Gorgol.
159. Une assistance technique et financière a été accordée à l'Afrique du Sud, à l'Ouganda et au Swaziland pour des autopsies verbales des décès maternels. Afin d'institutionnaliser ces autopsies verbales et de renforcer les capacités nationales dans ce domaine, le Bureau régional a présenté les lignes directrices génériques élaborées par l'OMS pour l'étude de la mortalité maternelle et intitulées "Au-delà des chiffres" à la réunion du groupe spécial régional pour la santé génésique et à diverses associations professionnelles.<sup>55</sup>
160. Des associations professionnelles ont également bénéficié d'un appui pour lancer les outils de la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC) dans les institutions de formation de base. L'additif africain au manuel intitulé *Prise en charge de la grossesse et de l'accouchement* a été finalisé et imprimé. Des lignes directrices pour la promotion et la mise en œuvre d'interventions à assise communautaire ont été finalisées et présentées en vue de leur impression. Des agents de santé et des membres de la communauté émanant de 11 pays<sup>56</sup> ont été formés aux techniques vitales pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence. Des protocoles de prise en charge, des partogrammes et des modules

<sup>55</sup> Association des chirurgiens d'Ethiopie, Association des obstétriciens et gynécologues des sous-régions de l'Afrique orientale, centrale et australe, Société africaine des gynécologues et obstétriciens, Société de gynécologues et obstétriciens du Nigéria.

<sup>56</sup> Comores, Ethiopie, Ghana, Guinée, Libéria, Malawi, Mauritanie, Nigéria, Ouganda, Sierra Leone.

---

de formation ont été révisés et des documents et instruments de référence diffusés en Guinée, au Nigéria, en Ouganda et en Sierra Leone. En Côte d'Ivoire, une campagne nationale a été menée pour que les femmes qui accouchent soient assistées par du personnel qualifié.

161. En collaboration avec le projet USAID/SARA, des instruments de plaidoyer basés sur le modèle REDUCE ont été élaborés pour la Mauritanie et la Région africaine, y compris des plans nationaux de plaidoyer en faveur d'une réduction de la mortalité maternelle. Le modèle REDUCE a en outre été présenté à la première réunion du groupe spécial sur la santé génésique et des bailleurs de fonds à Nairobi et à la réunion des Premières Dames d'Afrique au Cameroun; il a ensuite été distribué à tous les bureaux de pays pour promouvoir le plaidoyer en faveur de la santé maternelle.

### ***Santé et développement de la femme (WMH)***

162. Certains pays ont bénéficié d'un appui pour leur permettre de prendre en compte la Santé et le développement de la femme (WMH) dans leurs politiques et programmes nationaux et d'adopter une approche multisectorielle et multidisciplinaire en ce qui concerne la promotion et la protection de la santé de la femme. Une attention particulière a été également accordée aux programmes destinés à répondre aux besoins des femmes les plus vulnérables, les plus marginalisées et les plus défavorisées et à réduire toutes les formes de violence à l'égard des femmes.
163. Des profils nationaux relatifs à la santé et au développement de la femme ont été établis dans 18 pays<sup>57</sup> en faisant ressortir les différences qui existent entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la recherche des soins de santé, l'accès à des services de santé de qualité et l'achat des services de santé. Le Kenya et le Nigéria ont élaboré des politiques et des lignes directrices nationales relatives à la santé et au développement de la femme. Le Lesotho et la Namibie ont élaboré des programmes en vue d'intégrer des aspects sexospécifiques dans la santé. La préparation du profil national de la santé et du développement de la femme à Sao Tomé et Príncipe a été amorcée. L'Ethiopie a fait le point sur les droits des femmes et des hommes en ce qui concerne la reproduction et collecté des données sur les maladies courantes chez les femmes déshéritées.
164. La Stratégie régionale relative à la santé et au développement de la femme a été élaborée et examinée par les pairs aux niveaux national et régional. Un cadre conceptuel portant sur le genre, la santé et le développement a été présenté à la vingt-neuvième Réunion régionale du Programme; il soulignait la nécessité d'intégrer l'analyse du genre et ses résultats dans les programmes de l'OMS. La politique de l'OMS en matière de genre a été diffusée dans les pays, après quoi les points focaux régionaux pour les questions de genre, de santé et de développement de la femme ont rencontré le personnel du Siège afin d'examiner les buts, les objectifs et les stratégies de communication pour l'intégration d'une démarche soucieuse de

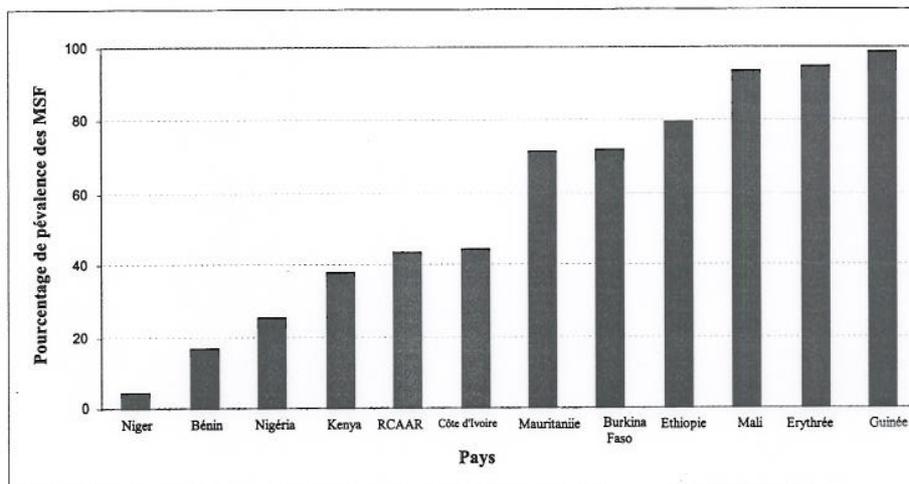
---

<sup>57</sup> Afrique du Sud, Algérie, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Ghana, Lesotho, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Seychelles, Tanzanie, Zimbabwe.

l'égalité entre les sexes. Au Nigéria, les principaux acteurs et les principaux décideurs politiques ont été sensibilisés aux problèmes touchant à la santé et au développement de la femme; la Journée internationale de la Femme a été commémorée en Guinée.

165. Afin d'établir des bases factuelles sur la violence fondée sur le sexe, l'Algérie et la Guinée ont mené des enquêtes sur la violence à l'égard des femmes; le Bénin a réalisé une enquête sur la situation des jeunes filles employées de maison et le Mozambique a adopté un certain nombre de mesures pour prévenir la violence à l'égard des femmes. En collaboration avec l'unité Situations d'urgence et action humanitaire de la Division Milieux favorables à la santé et Développement durable (EHA/DES), un appui a été accordé à la Guinée pour la prévention et la prise en charge de la violence sexuelle et sexospécifique dans les camps de réfugiés et de personnes déplacées situés dans la sous-région de Kissidougou. Une assistance technique a été accordée à la République du Congo et à la Zambie pour l'élaboration d'un rapport relatif à la composante WMH du Comité chargé de l'élimination des discriminations à l'égard des femmes. L'Afrique du Sud a mis en œuvre des programmes axés sur le soutien psychologique et les soins aux femmes victimes de violences et l'amélioration de la participation des hommes aux questions portant sur la santé génésique.
166. La prévalence des mutilations sexuelles féminines (MSF) varie d'un pays à l'autre, passant de moins de 10 % au Niger à plus de 98 % en Guinée (Figure 8). Le Bureau régional de l'Afrique a continué d'accorder une assistance technique à sept pays<sup>58</sup> faisant de la recherche sur les mutilations sexuelles féminines et d'autres pratiques traditionnelles néfastes. Il a encouragé le Kenya et la Guinée-Bissau à adopter d'autres rites de passage ne faisant pas appel à une excision féminine. Le plaidoyer, la mobilisation sociale et la participation des dirigeants communautaires, des décideurs politiques et des parlementaires ont été les principales stratégies utilisées pour éliminer les MSF au Burkina Faso, au Sénégal et au Tchad.

**Figure 8 : Prévalence des MSF dans certains pays africains**



Source : Etabli sur la base d'enquêtes démographiques et sanitaires menées dans les pays.

<sup>58</sup> Burkina Faso, Ghana, Kenya, Mali, Nigéria, Tanzanie, Tchad.

- 
167. Le matériel didactique élaboré par l'OMS en vue d'inscrire les Mutilations sexuelles féminines dans les programmes d'enseignement en soins infirmiers et obstétricaux a été traduit en français en vue de sa distribution en 2003. Le Nigéria a élaboré un plan d'action pour la diffusion et l'utilisation de ce matériel. Le Burkina Faso, le Ghana, le Kenya et la Tanzanie ont révisé les programmes d'enseignement des écoles de soins infirmiers, d'obstétrique et de médecine dans le but d'y intégrer la prévention des MSF et les soins y afférents. Du matériel d'information-éducation-communication sur les MSF a été distribué aux pays.
168. Dix pays<sup>59</sup> ont reçu un appui pour la mise en place d'un groupe collaborateur multidisciplinaire sur les MSF chargé de collecter des données, de tirer des conclusions et de promouvoir les meilleures pratiques pour éliminer ces pratiques. Une base de données régionale sur les MSF a été créée pour collecter, collationner et analyser les données émanant des pays. Les données provenant du groupe collaborateur multidisciplinaire seront analysées périodiquement.
169. En juin 2002, 30 personnes appartenant à des groupes collaborateurs multidisciplinaires sur les MSF se sont réunies au Mali avec des représentants de la Banque mondiale, de l'USAID, de "Population Council" et du programme RHR/Siège pour évaluer les activités menées pendant neuf mois dans les pays et proposer des interventions efficaces en vue d'éliminer les MSF dans la Région africaine. L'évaluation portait sur la formulation des politiques, la mise en œuvre des interventions et la participation communautaire. Diverses interventions efficaces ont été identifiées : autonomisation des villages, adoption de rites de passage de substitution et engagement du gouvernement à promouvoir une législation et des politiques de nature à protéger les droits de la femme et de l'enfant.

### Milieus favorables à la santé et développement durable

170. L'ampleur et la gravité de la pauvreté, ainsi que les menaces liées à l'environnement, constituent de sérieuses entraves au développement sanitaire dans la Région africaine. Plus de 450 millions d'Africains défavorisés n'ont pas accès à l'eau potable, 490 millions ne disposent pas de services d'assainissement suffisants, et un enfant sur cinq meurt d'une maladie transmissible liée aux conditions environnementales. La pauvreté est aussi la principale cause d'insécurité alimentaire et conduit à consommer des aliments insalubres. L'ensemble de ces facteurs contribuent aux situations d'urgence complexes d'origine naturelle ou provoquées par l'homme qui sont fréquentes dans la Région.
171. Etant donné les liens qui existent entre pauvreté, environnement, alimentation et santé d'une part et entre santé et développement humain d'autre part, il est indispensable que les Etats Membres, les organisations internationales et les organismes de développement dépassent le paradigme médical qui prévaut en ce qui concerne le développement des systèmes de santé

---

<sup>59</sup> Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Kenya, Mali, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Tanzanie, Tchad.

pour prendre en compte les déterminants de la santé. Compte tenu de cette situation, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique s'emploie à étendre ses activités en matière de santé et de développement durable afin de fournir aux Etats Membres un appui technique et programmatique de haut niveau leur permettant d'intégrer une dimension sanitaire à leurs politiques et à leurs actions sociales, économiques, environnementales et de développement. Il met essentiellement l'accent sur les aspects suivants :

- a) intensifier l'analyse sur les liens qui existent entre pauvreté et mauvaise santé afin que les questions liées à la pauvreté soient prises en compte dans les efforts de développement sanitaire aux plans national et régional;
- b) promouvoir une approche stratégique et durable du développement sanitaire à long terme;
- c) intégrer une dimension salubrité de l'environnement appropriée dans la gestion de l'environnement humain et dans l'élaboration d'autres politiques et d'autres mesures à appliquer à l'échelle nationale;
- d) s'attaquer aux taux de morbidité et de mortalité élevés dus à l'inadéquation des mesures d'hygiène alimentaire et de salubrité des aliments;
- e) renforcer les capacités nationales de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours, et fournir un appui technique et financier dans les situations de crise.

172. L'action à cet égard s'est articulée autour de quatre domaines d'activité : Développement durable (HSD), Santé et Environnement (PHE), Salubrité des aliments (FOS) et Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (EHA). Ces domaines d'activité sont placés sous la tutelle du Directeur chargé des Milieux favorables à la Santé et du Développement durable (DES).

### ***Développement durable (HSD)***

173. Une bonne santé, et singulièrement pour les personnes défavorisées, est un bien précieux, qui contribue durablement à réduire la pauvreté. Celle-ci est à la fois un déterminant et une conséquence de la mauvaise santé dans la Région africaine. Lutter contre la pauvreté par le biais de la santé est donc indispensable à la réalisation d'un développement durable. Aussi le Bureau régional s'efforce-t-il d'aider les Etats Membres à faire de la santé le pivot du développement durable en favorisant une approche stratégique, systématique et intégrée de la lutte contre la pauvreté et les autres déterminants de la santé. Le Bureau régional cherche notamment à renforcer l'aptitude des pays à relever les défis auxquels le secteur de la santé se trouve confronté à long terme, en intégrant aux orientations et programmes sanitaires une dimension "pauvreté" et en reliant les aspects sanitaires aux stratégies nationales et régionales d'ensemble.

174. La Stratégie régionale sur la réduction de la pauvreté et la santé a été adoptée lors de la cinquante-deuxième session du Comité régional. Le Comité consultatif africain sur le

---

pauvreté et la santé a également tenu sa réunion annuelle. Le Bureau régional a apporté sa contribution au module de formation en matière de pauvreté et de santé lors du stage portant sur les bases factuelles et l'information à l'appui des politiques de santé qui s'est tenu en Grèce. Il a aussi aidé les pays à mettre en œuvre des programmes communautaires en matière de pauvreté et de santé. La République du Congo a bénéficié d'un appui pour entreprendre un projet de développement à assise communautaire.

175. Le Bureau régional a tenu une réunion avec l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) pour examiner la portée, le mandat et les modalités de financement d'une étude portant sur la planification sanitaire à long terme dans les pays membres de l'Union. Il a également élaboré un module de formation sur le développement sanitaire à long terme (LHD) afin de renforcer les capacités dans la Région, et a dispensé une formation à des participants originaires de pays francophones. Quatre stages nationaux ont en outre été organisés afin de familiariser les participants avec l'approche "LHD". Divers pays ont bénéficié d'un appui technique dans ce domaine.

### ***Santé et environnement (PHE)***

176. La Région africaine se trouve confrontée à plusieurs menaces liées à l'environnement : changements climatiques, explosion démographique, urbanisation, mouvements de population aussi amples qu'imprévus. En outre, des processus industriels obsolètes génèrent des substances chimiques toxiques et dangereuses, tandis que les résidus urbains et les déchets agricoles polluent les rares ressources hydriques. Il s'ensuit que des catastrophes naturelles et des maladies à transmission vectorielle et autres maladies transmissibles telles que le choléra, la diarrhée, les infections respiratoires sont largement prévalentes dans la Région, en raison de leurs liens avec un environnement insalubre.
177. Afin de remédier à cette situation, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique s'attache à conjuguer ses efforts avec les partenaires de développement et les Etats Membres pour réduire les effets néfastes de l'environnement sur la santé en favorisant un aménagement durable de l'environnement. Les actions prioritaires à mener à cet effet consistent à produire des informations grâce à une évaluation des risques liés à l'environnement et à la cartographie des risques, améliorer la qualité de l'eau et de l'assainissement, mettre l'accent sur la santé des travailleurs et la promotion d'un instrument de l'action intersectorielle sous la forme d'une démarche fondée sur des «milieux» favorables à la santé.
178. La Stratégie régionale de la Santé et de l'Environnement a été adoptée à la cinquante-deuxième session du Comité régional; des lignes directrices concernant l'évaluation des risques liés à l'environnement et la formulation de politiques portant sur la santé et l'environnement ont donc été élaborées. Une réunion a été organisée pour les points focaux chargés de la santé et de l'environnement dans les bureaux de pays et les ministères de la santé, et l'on a entamé la production d'un module de formation sur l'évaluation des risques liés à l'environnement. Depuis lors, le Swaziland a mis au point une politique de salubrité de

---

l'environnement, la Tanzanie a élaboré des principes directeurs en matière d'environnement et de santé, la Guinée équatoriale a produit des normes relatives à la santé publique et la Mauritanie a adopté une législation sur la pureté de l'eau.

179. L'aptitude des pays à mettre en oeuvre des politiques de salubrité de l'environnement a été renforcée par des campagnes de sensibilisation et des stages de formation. Des cadres du secteur de la salubrité de l'environnement ont ainsi été formés au Burundi, en Côte d'Ivoire, en Gambie, au Kenya, en République du Congo, en Afrique du Sud et en Ouganda. Un stage d'orientation sur la participation à la transformation de l'hygiène et de l'assainissement (PHAST) a été organisé à l'intention des personnels de santé publique de la République du Congo et du Malawi. L'Ethiopie a, pour sa part, organisé un atelier sur la salubrité des prisons.
180. Des projets "Villes-Santé" ont été entrepris et poursuivis dans de nombreux pays. L'initiative "Marchés-Santé", élément clé du projet "Villes-Santé" à Dar es-Salaam (Tanzanie), a fait l'objet d'une évaluation. Le Cap-Vert et le Cameroun ont élaboré des plans d'action relatifs aux "Villes-Santé". Le Kenya a bénéficié d'un appui pour la gestion des déchets solides en zone urbaine, dans le cadre de la démarche fondée sur des milieux favorables à la santé. La Côte d'Ivoire a mis en oeuvre deux initiatives à base communautaire et le Bénin a reçu une aide pour la construction d'usines d'incinération et le traitement de l'eau de source. Un stage de courte durée consacré à l'urbanisation et à la santé dans les pays en développement a été organisé au Cap (Afrique du Sud), en coopération avec le Centre collaborateur de l'OMS pour la santé urbaine.
181. Dans le souci de promouvoir la santé des travailleurs, le Bureau régional a entamé des discussions avec l'Organisation internationale du Travail (OIT) quant à la possibilité de mettre en place un Effort conjoint OMS/OIT pour la santé des travailleurs. Le Bureau régional a par ailleurs entamé un processus visant à soutenir les universités du Cap et du Bénin pour leur permettre de faire fonction de Centres collaborateurs de l'OMS pour la santé des travailleurs. Une enquête a été menée sur la santé du travailleur dans la Région. Le Botswana a élaboré un plan stratégique en la matière et au Nigéria, des fonctionnaires de l'hygiène de l'environnement ont reçu une formation en santé des travailleurs.

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

182. L'OMS avait été invitée, par les résolutions AFR/RC47/R1 et WHA48.2, à intensifier sa coopération avec les pays en matière de préparation aux situations d'urgence et d'aide humanitaire. A ce titre, le Bureau régional joue actuellement un rôle moteur, coordonnant la préparation aux situations d'urgence sanitaire et l'organisation des secours. Le Bureau régional aide en particulier les Etats Membres à se préparer aux situations d'urgence et, le cas échéant, à réduire l'impact des catastrophes sur la santé.
183. Compte tenu de la multiplicité des catastrophes dans la Région, les activités en 2002 ont essentiellement visé à faciliter l'organisation des secours dans les pays. Le Bureau régional a

coordonné l'aide humanitaire lors des situations d'urgence survenues en République démocratique du Congo, fournissant par ailleurs des médicaments et des vaccins. Il a fourni un appui à la Guinée en vue de la prévention et de la gestion des abus sexuels et de la violence à Kissidougou. Au total, 136 trousse de secours d'urgence ont été envoyées dans les pays, pour un montant de US \$811 652. L'Erythrée, Madagascar, le Togo et l'Ouganda ont reçu des vaccins, des médicaments et des fournitures médicales. La République du Congo a reçu un appui pour réaliser une évaluation rapide de la situation sanitaire, et des vaccins essentiels lui ont été fournis, ainsi que des matériels pour la lutte contre la méningite.

184. Face à la crise humanitaire affectant l'ouest de l'Afrique, une assistance technique a été fournie au Burkina Faso et au Mali en vue de la réalisation d'une évaluation rapide et de plans d'urgence. La Guinée a bénéficié d'un appui pour la prise en charge des personnes déplacées à l'intérieur du pays et d'autres groupes vulnérables. Des cadres essentiels ont été recrutés pour renforcer le *Regional Interagency Coordination Support Office (RIACSO)* (Bureau régional de coordination et d'appui interinstitutions), qui s'occupe de la crise humanitaire sévissant dans les pays d'Afrique australe.

185. Certains pays ont reçu une aide visant à améliorer leur état de préparation aux situations d'urgence. Le Cameroun, la Guinée, le Malawi et le Swaziland ont mis au point des plans nationaux d'intervention dans les situations d'urgence. Le Mozambique, le Nigéria et le Zimbabwe ont élaboré des principes directeurs pour la gestion des crises. Au Cap-Vert, au Mozambique et au Zimbabwe, les principaux intervenants ont été sensibilisés à l'organisation des secours, et au Mozambique, les responsables au niveau du district ont été formés en matière de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours. La page intranet d'EHA a été refondue afin de permettre à d'autres programmes de bénéficier d'une information valable sur les situations de crise.

#### **L'hygiène alimentaire est importante sur les marchés**



Source : OMS/AFRO

#### **La manipulation des aliments en condition de sécurité est essentielle à la réduction des maladies d'origine alimentaire**



Source : OMS/AFRO

### **Salubrité des aliments (FOS)**

186. Malgré la carence des données relatives à la salubrité des aliments dans les pays de la Région africaine et la faiblesse des systèmes de surveillance, les flambées fréquentes d'intoxication alimentaire aiguë et les forts taux d'incidence et de prévalence des maladies diarrhéiques chez les nouveau-nés et les enfants en bas âge donnent à penser que l'hygiène alimentaire laissent à désirer dans les Etats Membres. Aussi, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique s'efforce-t-il

d'aider les pays à intégrer la salubrité des aliments dans leurs programmes de santé, en renforçant la capacité de surveillance des denrées alimentaires et en favorisant l'élaboration d'une législation, de normes et de projets pertinents pour promouvoir l'hygiène alimentaire et la salubrité des aliments.

187. Au cours de la période considérée, le Bureau régional a réalisé une étude sur la salubrité des aliments, analysant les risques pour la santé inhérents à la manipulation des denrées alimentaires. Un atelier a été organisé à Bamako pour sensibiliser les participants à l'importance de la salubrité des aliments, et le site Internet du Bureau régional a été remanié pour y introduire des informations portant sur la salubrité des aliments.
188. Grâce à ces efforts, les Etats Membres ont commencé à réagir de manière positive à la nécessité d'améliorer la salubrité des aliments. Le Botswana a organisé des ateliers dans six communautés pour les sensibiliser à cette question; le Kenya a reçu un appui pour produire des instruments de surveillance alimentaire, tandis que des inspecteurs de produits alimentaires et d'autres fonctionnaires étaient formés en Algérie, au Botswana et au Kenya afin de permettre à ces pays d'être mieux à même d'améliorer la salubrité des aliments. Le Tchad et le Nigéria ont réalisé des analyses de situation en vue d'élaborer des programmes nationaux de salubrité des aliments.

#### **Administration et finances**

189. Pour que la Stratégie institutionnelle de l'OMS soit menée à bien en ce qui concerne l'exécution des programmes et la coopération technique avec les Etats Membres, il faut que les processus et les systèmes de gestion soient améliorés et parfois réorganisés afin d'être mieux à même de produire les résultats escomptés, tels que définis dans le Budget Programme et les plans de travail. A cette fin, le Bureau régional a toujours fondé son action sur les critères suivants :
- a) rationalisation et amélioration des processus de gestion des ressources financières, humaines et autres dans la Région;
  - b) mise en oeuvre d'un programme visant à déléguer certaines fonctions administratives et financières aux bureaux de pays et aux divisions;
  - c) renforcement de la capacité administrative grâce au recrutement et à la formation des fonctionnaires d'administration et autres personnels d'appui essentiels, afin de permettre aux bureaux de pays et aux divisions de s'acquitter de leurs fonctions;
  - d) fourniture des orientations et de l'appui voulus aux divisions et aux bureaux de pays pour leur permettre de mener à bien leurs fonctions.
190. Du fait du retour à Brazzaville de toutes les Divisions à l'exception de celle des Maladies transmissibles, il s'est avéré nécessaire d'établir des services d'appui administratif tant à Brazzaville qu'à Harare et de les renforcer. Ce soutien concerne notamment les services financiers et des ressources humaines, la gestion logistique ainsi que les infrastructures en

---

matière d'information et de communications, tous essentiels à une mise en œuvre satisfaisante du Budget Programme.

191. L'exécution de ce programme s'articule autour de trois domaines d'activité, à savoir : Ressources humaines (HRS), Gestion financière (FNS) et Informatique et Infrastructure, placés sous l'autorité du Directeur de l'Administration et des Finances (DAF).

### ***Ressources humaines (HRS)***

192. Pour que la mise en œuvre du Budget Programme et des plans de travail soit couronnée de succès, il faut promouvoir le bien-être du personnel et s'assurer que l'on dispose d'un assortiment optimal et suffisant de personnels qualifiés, motivés et dévoués, tant en ce qui concerne les fonctionnaires à court terme et à durée déterminée que pour ce qui est du personnel technique et administratif. A cet égard, les politiques et procédures régissant la création de postes, les recrutements, l'octroi des contrats, l'évaluation de la performance, ainsi que l'administration des prestations et des droits doivent obéir à des critères de justice et d'équité. La mise en œuvre des orientations doit en outre tenir compte des disparités géographiques et entre hommes et femmes, sans pour autant compromettre la qualité des ressources humaines.
193. L'augmentation des effectifs nécessaires à l'exécution du Budget Programme et la dévolution accrue au Bureau régional des fonctions relatives à la gestion des ressources humaines autrefois assumées par le Siège, ont sensiblement accru le volume de travail incombant aux services HRS. Aussi, l'unité du personnel du Bureau régional a-t-elle été renforcée pour lui permettre de s'acquitter plus efficacement de ses fonctions administratives. En outre, une nouvelle sous-unité du classement a été créée au Bureau régional, avec une structure analogue à Harare pour assurer des services de gestion du personnel au bureau sous-régional.
194. En vue d'améliorer globalement la gestion des effectifs, on a adopté une nouvelle procédure d'épreuves pour l'embauche des personnels temporaires de la catégorie des services généraux, renforcé la collaboration avec les divisions techniques et formé les fonctionnaires d'administration et les assistants administratifs à la gestion du personnel au cours d'un atelier organisé au mois de novembre. On a également organisé des séances d'information sur le nouveau système d'évaluation de la performance des personnels (système de gestion et de développement de la performance, PMDS) au Bureau régional et dans certains bureaux de pays et on a amorcé une stratégie de formation et de perfectionnement du personnel dans toute la Région.

### ***Gestion financière (FNS)***

195. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ambitionne de promouvoir des services de gestion financière efficaces et transparents pour faciliter l'administration des programmes, favoriser l'obligation redditionnelle et faire en sorte que les crédits soient décaissés selon les

---

procédures et règlements en vigueur. Il s'emploie donc à renforcer les capacités du domaine d'activité Gestion financière, chargé de mener ce programme et à améliorer les systèmes dans l'ensemble de la Région.

196. De même, le processus de décentralisation des fonctions de gestion financière au profit des divisions et des bureaux de pays, qui a été amorcé pendant l'exercice biennal 1998–1999 lorsque les bureaux de pays ont été autorisés à faire des engagements de dépenses, a été élargi. En 2002, les divisions ont été autorisées à préparer des engagements de dépenses et à émettre des numéros d'imputations budgétaires. Une formation en gestion financière a été impartie aux fonctionnaires d'administration des diverses divisions et des bureaux de pays en vue de maintenir la qualité des services de gestion financière décentralisés.
197. Afin de garantir le succès des plans de travail, les autorisations d'engagement des dépenses ont été données au début de l'exercice et en cours d'année, lorsque le Bureau régional a mobilisé des crédits extrabudgétaires. Des services de gestion financière ont été assurés aux divisions et bureaux de pays, notamment pour traiter les engagements de dépenses, les créances et les prestations; des rapports financiers sur l'exécution du budget ont, par ailleurs, été produits et mis à la disposition des divisions et des bureaux de pays. Des tableaux budgétaires ont été préparés pour le Budget Programme, compte tenu des priorités du Bureau régional et des directives du Directeur général et du Directeur régional.

### ***Informatique et infrastructure (IIS)***

198. Pour exécuter le Budget Programme et les plans de travail, le Bureau régional et les bureaux de pays ont besoin de locaux adéquats, de services d'achat et des voyages, ainsi que de moyens logistiques et de la technologie de communication. L'une des principales priorités au cours de la période considérée a donc consisté à assurer le bon fonctionnement des bureaux, à Harare comme à Brazzaville.
199. Dès la fin de 2001, plus de 200 personnes et 300 tonnes de matériel de bureau et effets personnels ont été transférés de Harare à Brazzaville dans de bonnes conditions. Simultanément, des activités très considérables étaient menées pour améliorer les locaux du Bureau régional à Brazzaville (Djoué). En 2002, des logements ont été fournis aux fonctionnaires internationaux au Djoué, des contrats ont été conclus avec des entreprises de surveillance et de nettoyage pour l'entretien des locaux; des études de faisabilité ont été conduites en vue d'améliorer l'installation électrique et l'adduction d'eau, deux forages ont été effectués afin de limiter la fréquence des coupures d'eau; et des générateurs électriques ont été achetés et installés pour réduire les pannes de courant. Dans le souci d'accroître la sécurité, des travaux de construction d'un mur d'enceinte autour du Djoué ont été entrepris. Des détecteurs d'incendie y ont été installés, ainsi qu'un système d'alarme. Par ailleurs, les locaux à usage de bureaux de Highlands (Harare) ont été agrandis.

- 
200. Les infrastructures d'information et communication ont été améliorées tant à Harare qu'à Brazzaville. Le réseau informatique et de communication a été développé et sécurisé sur l'un et l'autre sites; l'intranet du Bureau régional a été activé et un logiciel de comptabilité pour la gestion des comptes d'avances temporaires a été élaboré et mis à la disposition des bureaux de pays. Le Système de gestion des activités (AMS) et le Système d'information comptable et financière du Bureau régional (RO/AFI) sont maintenant pleinement opérationnels, et le projet visant à y connecter les bureaux de pays a démarré.
201. Les impératifs liés au retour du Bureau régional à Brazzaville ayant été respectés, les efforts se sont poursuivis pour assurer en temps voulu l'appui logistique indispensable. On citera à ce titre l'acquisition au meilleur prix de biens et de services, la réalisation de voyages en conditions maximales de rentabilité, et l'organisation de la cinquante-deuxième session du Comité régional à Harare.

#### **FACTEURS AYANT FACILITE OU ENTRAVE LA MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME EN 2002**

202. Un examen à mi-parcours du Budget Programme pour 2002–2003 a été réalisé et a mis en évidence les principaux facteurs ayant favorisé ou contrarié son exécution au niveau régional et à celui des pays.

#### **Facteurs ayant favorisé l'exécution du budget programme**

203. Pendant la première année, l'exécution du Budget Programme a été favorisée par la volonté politique au plan mondial ainsi que par l'engagement des gouvernements face aux problèmes de santé. Plusieurs initiatives internationales ont fourni l'occasion de financer les principales priorités de la Région par le biais d'une coopération féconde avec des partenaires extérieurs. L'intensification, au niveau mondial, des actions menées en faveur des réformes du secteur de la santé et du développement des ressources humaines d'une part, et le renforcement des partenariats avec d'autres institutions d'autre part, ont joué un rôle essentiel dans la réalisation des progrès.
204. Une collaboration étroite entre diverses parties prenantes et l'OMS, à l'échelle nationale et mondiale, a constitué l'un des principaux éléments propices à l'exécution du programme. L'ardeur ainsi que l'enthousiasme des personnels de santé y ont également beaucoup contribué. Les consultations et négociations entre le Bureau régional, les gouvernements et les divers partenaires étaient harmonieusement intégrées dans le processus de mise en œuvre du Budget Programme dans la Région. La détermination de tous les partenaires s'en est trouvée renforcée.
205. Parmi les facteurs propices au niveau interinstitutions, on peut citer l'excellente collaboration entre le Siège, le Bureau régional et les bureaux de pays; le dévouement du personnel; l'impulsion positive donnée par la direction du Bureau régional; l'esprit d'équipe et de

---

collaboration entre les membres du personnel de l'OMS. A cela s'ajoutent les améliorations en matière de ressources humaines et la modification de la structure organique du Bureau régional, qui ont tous contribué au bilan de la première année. La responsabilisation des effectifs à tous les niveaux a également favorisé la mise en œuvre des activités.

### Contraintes

206. Les problèmes de sécurité, les situations d'urgence complexes et les catastrophes naturelles ayant affecté la Région africaine ont contribué à accroître le nombre d'activités qui n'ont pas été menées à bien. Le déménagement du Bureau régional de Harare à Brazzaville a lui aussi entravé l'exécution des programmes. L'examen à mi-parcours montre que le fonctionnement du Bureau régional à partir de deux centres distincts (Brazzaville et Harare) a représenté une hypothèque majeure.
207. En dépit de la collaboration étroite avec les Etats Membres, les fréquents retards dans leurs réactions ont été identifiés comme l'un des facteurs qui ont fait obstacle à l'exécution des activités.
208. Au sein du Bureau régional, les limitations en termes de ressources humaines et financières ont représenté des handicaps majeurs. L'insuffisance de ces ressources a continué à se faire sentir dans nombre de domaines d'activité. On a constaté une pesante dépendance à l'égard d'autres sources de financement et de compétences, et le laps de temps nécessaire pour mobiliser des crédits a engendré une gêne très considérable. Dans les ministères de la santé, la pénurie d'effectifs qualifiés et l'exode des compétences ont constitué des entraves.

---

## DEUXIEME PARTIE : RAPPORT D'ACTIVITES SUR LA MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS DU COMITE REGIONAL

### Programme régional de lutte contre la tuberculose

209. La résolution AFR/RC44/R6 adoptée par le Comité régional en septembre 1994 sur le Programme régional de lutte contre la tuberculose, demande aux Etats Membres de lui apporter un soutien politique maximum par la mise en place de programmes nationaux de lutte animés par un service central et de prévoir des dotations budgétaires pour la mise en œuvre de la stratégie de lutte antituberculeuse recommandée par l'OMS. Elle invite les Etats Membres à renforcer les capacités et les compétences gestionnaires des programmes nationaux, notamment au niveau du district, en utilisant les modules de formation, et à renforcer leurs activités d'éducation pour la santé par diverses approches, y compris la participation de la communauté, notamment en ce qui concerne les stigmates sociaux créés par la tuberculose. La résolution demande par ailleurs aux organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales, ainsi qu'aux fondations bénévoles privées, de continuer d'apporter leur concours technique et financier aux activités de lutte contre la tuberculose dans la Région africaine.
210. A la fin de décembre 2000, sur les 46 Etats Membres, 40 avaient mis en place des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et s'étaient dotés d'unités centrales. Parmi eux, 35 avaient actualisé leurs plans stratégiques à moyen terme, sur la base du traitement de courte durée sous observation directe (DOTS). Vingt de ces pays disposaient d'une couverture complète par les services DOTS (notamment dans les services de santé publique). Tous les pays avaient dégagé, dans le cadre de leurs budgets nationaux de la santé, des crédits budgétaires au titre du personnel, de l'entretien des infrastructures et de l'achat de médicaments et du matériel nécessaires pour la lutte antituberculeuse. Plus de la moitié des pays continuent de faire largement appel à un financement extérieur pour soutenir certaines activités de lutte antituberculeuse telles que la formation.
211. A la fin de l'an 2000, la capacité et les moyens des programmes nationaux de lutte antituberculeuse avaient été renforcés tant à l'échelle nationale qu'au niveau des districts, par le biais de stages de formation nationaux et interpays. Les administrateurs de programmes nationaux de lutte contre la tuberculose des 46 pays membres avaient été formés à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes. Dans tous ces pays, au moins deux professionnels de la santé au niveau du district avaient reçu un enseignement sur les principes d'organisation et de gestion des services de lutte antituberculeuse au niveau du district. Plusieurs stages nationaux avaient été organisés dans 35 pays au moins à l'intention des personnels de santé de district.
212. Au fil des ans, plusieurs activités d'éducation pour la santé et de mobilisation sociale ont été réalisées. Depuis 1995, la Journée mondiale de la Tuberculose est célébrée chaque année, le 24 mars, dans tous les pays, de même qu'au Bureau régional. Cela a grandement contribué à

sensibiliser davantage les communautés à la tuberculose et à la stratégie DOTS, tant au plan des pays que de la Région, ainsi que dans la communauté internationale. Le Bureau régional a par ailleurs produit divers matériels d'éducation pour la santé (affiches et brochures) consacrés à la tuberculose et à la stratégie DOTS et qui ont été largement diffusés dans tous les pays. Il y a quatre ans, une initiative originale avait été lancée par le Bureau régional, en collaboration avec certains partenaires, pour inciter les communautés à participer à la prestation de services DOTS. Cette initiative, connue sous le nom de "prise en charge de la tuberculose au niveau communautaire" a déjà été mise en œuvre avec succès dans quatre pays, et à la fin de 2002, dix pays avaient commencé à exécuter des plans visant à étendre cette approche.

213. Des progrès notables ont été enregistrés en ce qui concerne l'intensification de la mobilisation aux niveaux international, régional et national, qui a démarré vers le milieu de 1997 et atteint son point culminant lorsque le Directeur général a lancé en novembre 1998 l'Initiative «Halte à la Tuberculose», qui sert de base au partenariat pour l'appui aux activités de lutte contre cette maladie dans la Région. A la fin de 2002, 24 au moins des 34 pays de la Région où l'incidence de la tuberculose est élevée, disposaient au minimum d'un partenaire financier appelé à les épauler dans leur action de lutte antituberculeuse. Seize d'entre eux avaient établi à l'échelle nationale un organisme chargé de coordonner l'action des partenariats au titre de l'Initiative "Halte à la Tuberculose" et constitué par des partenaires financiers et techniques oeuvrant pour l'expansion des activités DOTS. On prévoit que cette tendance se développera au cours des années à venir.
214. En l'an 2000, le Partenariat mondial en faveur de l'initiative «Halte à la tuberculose» a mis en place un Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux afin de surmonter le problème des fréquentes pénuries de médicaments antituberculeux et de favoriser l'expansion rapide des activités DOTS. Ce dispositif vise à atteindre les objectifs adoptés à ce sujet par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1993. Depuis qu'il a été mis en place, 18 pays de la Région africaine ont obtenu des subventions pour l'achat des médicaments antituberculeux et l'amplification de la stratégie DOTS.
215. La récente création du Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a également accru les ressources disponibles pour l'expansion des activités DOTS dans les pays de la Région. Au cours des deux premières séries de demandes adressées au Fonds, 13 pays de la Région ont obtenu des crédits pour la lutte contre la tuberculose, grâce à une assistance technique du Bureau régional. Quatre pays ayant présenté des demandes pour la lutte conjointe contre la tuberculose et le VIH ont, de même, reçu des fonds. Au total, plus de US \$65 millions ont été attribués aux pays de la Région pour leurs activités de lutte contre la tuberculose.

---

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

216. La mise en œuvre de la stratégie régionale pour les opérations d'urgence et l'action humanitaire adoptée en 1997 s'est poursuivie durant la période biennale 2002-2003 par le renforcement des capacités des pays dans la préparation, l'organisation des services et la mobilisation de ressources pour faire face aux situations d'urgence. La résolution AFR/RC47/R1, qui a été adoptée lors de l'approbation de la stratégie, prie le Directeur régional de fournir l'appui nécessaire aux Etats Membres dans le cadre de leurs efforts pour développer leur capacité de prise en charge des situations d'urgence et d'appuyer les efforts déployés pour assurer et renforcer une coopération efficace entre les pays dans le domaine des opérations d'urgence et de l'action humanitaire.
217. Dans le domaine de la préparation, les efforts ont été axés sur la formation à l'analyse de la vulnérabilité, par la formation d'un groupe de consultants appelés à fournir un appui technique aux pays de la Région. Ce processus d'évaluation de la vulnérabilité représente la première étape de la formulation des programmes de préparation et de réponse aux situations d'urgence et de l'action humanitaire au niveau des pays.
218. Afin de renforcer les capacités de planification, un guide technique a été préparé et examiné avec les points focaux EHA de tous les pays de la Région en vue de son enrichissement et de l'adoption des principes méthodologiques.
219. Grâce à la maîtrise des processus d'analyse de la vulnérabilité et de la planification pour la gestion des situations d'urgence, certains Etats Membres disposent déjà de deux outils essentiels. Les activités ont été réalisées sur la base d'une approche multisectorielle et pluridisciplinaire, notamment au sein des pays, ainsi que sur celle d'un partenariat avec les institutions des Nations Unies et d'autres institutions intervenant dans ce domaine.
220. Une collaboration entre l'OMS et le CICR a permis d'organiser une formation sur les secours d'urgence à l'IRSP de Ouidah (Bénin). Cet effort se poursuit et se diversifie afin de créer une masse critique de personnes bien formées à la préparation aux situations d'urgence et à l'organisation des secours dans la Région africaine.
221. En vue de renforcer la collaboration et d'améliorer le soutien technique entre les Etats Membres dans les situations d'urgence, des coordonnateurs EHA ont été positionnés à Harare pour l'Afrique australe, à Abidjan pour l'Afrique de l'Ouest, à Nairobi et Brazzaville pour l'Afrique centrale et la région des Grands Lacs, et à Addis-Abeba pour la Corne de l'Afrique. Cette décentralisation devrait permettre des actions de proximité, réduire les délais d'intervention et améliorer leur qualité. Des stocks de trousseaux sanitaires d'urgence sont également disponibles à Brazzaville, Dakar et Harare.
222. Des réunions interpays ont été organisées par le Bureau régional pour élaborer des stratégies d'intervention face aux crises humanitaires qui secouent certaines zones de l'Afrique australe

---

et de l'Ouest. Des plans d'action concrets ont été élaborés et ont servi de base à la mise en œuvre de stratégies de mobilisation de ressources, dans le cadre de la procédure d'Appels consolidés (CAP). Enfin, une meilleure participation des pays à la gestion des appels consolidés a permis de mobiliser des ressources substantielles pour certaines régions de l'Afrique australe en particulier. Le Bureau régional a appuyé l'organisation d'une réunion des pays de la "Manu River Union" qui regroupe la Sierra Leone, la Guinée et le Libéria, afin d'élaborer des interventions communes au niveau transfrontalier.

223. Tous les pays faisant face à des situations d'urgence ont reçu un appui technique et financier. Cet effort devra se poursuivre grâce notamment à une allocation budgétaire suffisante pour permettre au Bureau régional d'assurer une action et une présence immédiates sur le terrain, en attendant l'organisation des interventions avec des partenaires internationaux et la préparation des appels de fonds.
224. La mise en place d'unités de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours au sein des ministères de la santé se généralise dans les pays de la Région.

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

225. La Stratégie régionale pour la Surveillance épidémiologique intégrée des maladies a été adoptée en septembre 1998 au titre de la résolution AFR/RC48/R2. Celle-ci prie le Directeur régional d'apporter son appui aux Etats Membres pour leur permettre de mettre en œuvre cette stratégie, et de mettre en place des équipes techniques au niveau des blocs épidémiologiques, afin d'apporter l'appui technique nécessaire aux pays pour la mise en œuvre des activités de préparation et de réponse rapide aux épidémies, dans le cadre des protocoles de coopération sous-régionale et des plans d'action correspondants. La résolution invite aussi les Etats Membres à mobiliser les ressources au titre du budget ordinaire ainsi que des ressources extrabudgétaires afin d'appuyer la mise en œuvre de la stratégie au niveau des pays, des blocs épidémiologiques et au plan régional.
226. Trente-six Etats Membres ont bénéficié d'une aide financière et technique pour l'évaluation de leur système de suivi. Parmi eux, 32 ont élaboré des plans stratégiques nationaux, et 35 ont préparé des lignes directrices techniques nationales pour la surveillance intégrée des maladies et l'action (IDSR). Des comités de coordination multidisciplinaires IDSR ont été créés dans ces 36 pays afin de favoriser une meilleure coordination dans ce domaine; 20 de ces comités sont pleinement opérationnels.
227. Tous les Etats Membres ont en outre obtenu un appui financier et technique en vue de renforcer leur système de surveillance des maladies transmissibles. Les ressources de divers programmes bénéficiant de l'appui de l'OMS ont été mises en commun afin de fournir aux unités de surveillance épidémiologique des Etats Membres du matériel de traitement des données (ordinateurs) et des services de communication (télécopieurs et courrier

---

électronique). Une formation a été impartie aux gestionnaires des données de l'ensemble des Etats Membres en ce qui concerne l'utilisation des logiciels de traitement des données et de la cartographie.

228. Vingt Etats Membres ont reçu un appui pour mettre au point des modules de formation nationaux à l'intention de leurs personnels de santé au niveau du district; 11 pays ont entrepris la formation des personnels de santé de district à la surveillance intégrée des maladies.
229. Les Etats Membres ont bénéficié d'un appui pour développer leurs services de diagnostic des maladies prioritaires : à cette fin, les capacités des personnels de laboratoire ont été renforcées grâce à une formation sur les normes d'exploitation et à la fourniture de réactifs et de matériel essentiels. Des ordinateurs portables connectés par courrier électronique ont été fournis aux laboratoires nationaux de santé publique pour améliorer la coordination entre laboratoires régionaux et sous-régionaux. Un réseau de laboratoires de référence a été mis en place pour le diagnostic de la fièvre hémorragique.
230. Les Etats Membres ont en outre bénéficié d'un soutien financier et technique au titre de la préparation au dépistage et à la prise en charge de toutes les maladies prioritaires, et notamment celles qui pourraient dégénérer en épidémies. Les pays ont désormais accès aux stocks de médicaments et de matériel essentiels à l'échelle régionale et sous-régionale. On a, de la sorte, enregistré dans certains pays un perfectionnement notable du système de surveillance des maladies prioritaires. C'est ainsi que l'on a pu diagnostiquer, confirmer et attaquer en temps utile l'épidémie de méningite dans la "ceinture à méningite", la fièvre jaune en Côte d'Ivoire, en Guinée, au Libéria et au Sénégal; et la fièvre à virus *Ebola* au Gabon et en Ouganda. Les maladies à potentiel épidémique font l'objet d'une notification hebdomadaire en vue de déceler les flambées.
231. Des équipes interpays sont en place dans l'ensemble des cinq blocs épidémiologiques (Afrique de l'Ouest, Afrique centrale, Grands Lacs, Afrique australe et Corne de l'Afrique). Ces équipes, qui comprennent des épidémiologistes, des spécialistes de laboratoire, ainsi que des gestionnaires de données, sont pleinement opérationnelles pour la mise en oeuvre de l'IDSR dans le cadre du protocole de coopération sous-régionale. On a par ailleurs établi des réseaux de consultants aptes à assurer, le cas échéant, un soutien technique.
232. Un centre de surveillance pluripathologies a été créé à Ouagadougou (Burkina Faso). Il a été renforcé pour surveiller la sensibilité des agents pathogènes des maladies transmissibles prioritaires aux anti-microbiens, procéder à des études épidémiologiques prospectives et notamment à des essais sur les modèles d'évolution prévue des épidémies et favoriser l'assurance de la qualité dans les laboratoires de santé publique.
233. Des crédits ont été obtenus auprès d'autres sources grâce à une forte mobilisation en faveur de l'exécution de l'IDSR à l'échelle régionale, interpays et nationale. Des partenaires

essentiels, tels que l'*Agency for International Development* des Etats-Unis (USAID), la Fondation Rockefeller et la Fondation Bill and Melinda Gates, ont contribué financièrement à l'exécution de cette stratégie. Les Etats Membres ont été invités à mobiliser des ressources à cet effet.

234. Sur le plan régional, la surveillance des maladies transmissibles a été réorganisée en vue de rationaliser l'affectation des ressources consacrées au suivi dans diverses unités de la Division Lutte contre les maladies transmissibles. Le groupe spécial IDSR mis en place par le Directeur régional se réunit chaque année pour faire le point des activités menées dans ce domaine et formuler des recommandations en vue de leur amélioration. Ce groupe spécial est composé de représentants des Etats Membres, de partenaires techniques et de bailleurs de fonds.

### **Stratégie régionale de la santé mentale**

235. La Stratégie régionale de la santé mentale pour 2000–2010 a été adoptée en 1999 (résolution AFR/RC49/R3). Par cette résolution, le Comité régional prie le Directeur régional de fournir un appui technique aux Etats Membres pour qu'ils puissent élaborer des politiques et programmes nationaux concernant la santé mentale ainsi que la prévention et la lutte contre les toxicomanies. La résolution demande spécifiquement l'élaboration ou la révision des législations relatives à la santé mentale; des mesures propres à renforcer l'aptitude de l'OMS à fournir en temps utile, à l'échelle régionale et des pays, un appui technique efficace aux programmes nationaux de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies; un soutien accru à la formation en santé mentale des professionnels de la santé; et la promotion de la médecine traditionnelle en tenant compte des réalités africaines. La résolution prie en outre le Directeur régional de faciliter la mobilisation de ressources supplémentaires pour la mise en œuvre de la stratégie de santé mentale dans les Etats Membres et de faire rapport à la cinquante et unième session du Comité régional sur la mise en œuvre de la Stratégie
236. Si des programmes de santé mentale existent dans 74% des pays de la Région, il n'en demeure pas moins que la moitié seulement s'est dotée de politiques relatives à la santé mentale et à la toxicomanie.<sup>60</sup> Le thème de la Journée mondiale de la Santé en 2001 s'énonçait "Santé mentale : non à l'exclusion, oui aux soins". Le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde pour 2001 était intitulé : "La santé mentale : Nouvelle conception, Nouveaux espoirs". L'accent ainsi mis sur la santé mentale, joint aux tables rondes ministérielles organisées par l'Assemblée mondiale de la Santé, a incité environ 80% des pays de la Région africaine à retenir la santé mentale et la toxicomanie en tant que domaines prioritaires de leur coopération technique avec l'OMS. Ces pays élaborent ou actualisent leurs politiques et programmes de santé mentale et, dans le même temps, facilitent l'accès à leurs services de santé mentale.

<sup>60</sup> Questionnaire mondial sur les ressources en santé mentale, réalisé au cours de l'exercice biennal 2000–2001 et désormais disponible sous forme de publication et sur Internet.

237. Quelques pays<sup>61</sup> ont bénéficié d'un appui pour formuler ou réviser leurs politiques et programmes de santé mentale. L'inclusion de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies dans les réformes en cours du secteur de la santé a été encouragée. Une réserve d'experts africains en santé mentale a été constituée et familiarisée avec les instruments mis au point par l'OMS pour l'évaluation des besoins et la préparation et la gestion des programmes. Il sera fait appel à ce groupe pour aider les pays à mettre en œuvre la stratégie de la santé mentale.
238. L'OMS a préparé et mis à disposition des modules relatifs à l'élaboration de politiques et à la mise en place de services de santé mentale. Plusieurs pays de la Région<sup>62</sup> ont pris part à deux réunions mondiales organisées pour familiariser les planificateurs et les gestionnaires de la santé mentale avec ces documents.<sup>63</sup> Les rapports de pays signalent l'insertion de modules portant sur la santé mentale dans les cours de formation des généralistes de la santé et l'organisation de stages de formation en cours d'emploi. Plusieurs pays ont sélectionné des candidats destinés à recevoir une formation dans des disciplines relevant de la santé mentale (neuropsychiatrie, psychologie, psychiatrie, soins infirmiers en psychiatrie) dans les établissements d'enseignement de la Région,<sup>64</sup> grâce à des bourses de l'OMS.
239. En collaboration avec divers partenaires, plusieurs pays ont reçu un appui pour réaliser des projets précis : initiative mondiale pour la prévention de l'usage des drogues chez les jeunes; formation à l'épidémiologie de l'usage des drogues; intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires; santé mentale des enfants et des adolescents ; prévention du suicide et réadaptation psychosociale à base communautaire dans les situations de conflits et post-conflits. La Journée mondiale de la Santé mentale (10 octobre), désormais célébrée dans tous les Etats Membres, constitue une occasion de mobilisation et de promotion de la santé mentale.
240. La mise en œuvre de la campagne mondiale contre l'épilepsie a été étendue à plusieurs pays grâce à deux réunions interpays<sup>65</sup> qui ont regroupé les points focaux nationaux et les ONG<sup>66</sup> participant à la prise en charge de l'épilepsie. Cette campagne, qui a été lancée dans dix pays sélectionnés au moins, a bénéficié d'un appui de l'OMS. Une interaction accrue avec le Siège et les bureaux de pays et une collaboration plus efficace avec divers partenaires<sup>67</sup> ont contribué de manière notable à l'exécution des activités.

<sup>61</sup> Angola, Botswana, Gabon, Gambie, Lesotho, Maurice, Mozambique, Namibie, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone et Tchad.

<sup>62</sup> Afrique du Sud, Angola, Botswana, Cap-Vert, Ethiopie, Gambie, Ghana, Lesotho, Malawi, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Sierra Leone, Tanzanie, Togo et Zambie.

<sup>63</sup> Réunions de Miami (juillet 2002) et de Tunis (novembre 2002).

<sup>64</sup> Universités du Cap, de Dakar et d'Abidjan.

<sup>65</sup> Harare (juin 2001) et Lomé (mars 2002).

<sup>66</sup> Sections de la Ligue internationale contre l'Epilepsie (ILAE) ou du Bureau international pour l'Epilepsie (IBE).

<sup>67</sup> Centres collaborateurs de l'OMS pour la recherche et la formation : Zimbabwe et le Cap, ILAE, IBE, Fédération mondiale pour la santé mentale, etc.

241. Le présent rapport est le deuxième portant sur la mise en oeuvre de la Stratégie régionale pour la santé mentale depuis la recommandation formulée par la cinquante et unième session du Comité régional. Malgré les progrès réalisés, la sensibilisation à la composante "santé mentale" des programmes de santé publique demeure un défi majeur. L'insuffisance des ressources humaines et financières, la pénurie de médicaments psychotropes essentiels pour lutter contre les troubles mentaux et neurologiques courants, et une culture de la recherche médiocre, constituent également des handicaps. Pour que le processus de surveillance puisse être maintenu, le prochain rapport d'activités (évaluation à mi-parcours) devra être inscrit à l'ordre du jour de la cinquante-sixième session du Comité régional, en 2006.

### **Politique de la Santé pour tous dans la Région africaine pour le 21<sup>ème</sup> siècle : Agenda 2020**

242. Par sa résolution AFR/RC50/R1, le Comité régional avait adopté la politique de la Santé pour tous dans la région africaine pour le 21<sup>ème</sup> siècle : Agenda 2020. La résolution prie le Directeur régional de mobiliser les Etats Membres et la communauté internationale en vue d'une actualisation des politiques nationales de santé, en s'inspirant des politiques mondiales et régionales, et de contribuer ainsi à la mobilisation et à l'utilisation rationnelle des ressources destinées à la mise en oeuvre de ces politiques. La résolution demande aussi au Directeur régional de fournir un appui technique aux Etats Membres pour l'évaluation continue des politiques et stratégies sanitaires nationales toutes les fois que cela est nécessaire, de mettre en place un mécanisme permettant se surveiller et d'évaluer la mise en oeuvre de la Politique régionale de la santé pour tous : Agenda 2020 et de continuer à faire campagne pour l'allègement de la dette et l'utilisation des économies ainsi réalisées pour le développement sanitaire. La résolution demande enfin qu'un rapport soit présenté à la cinquante-troisième session du Comité régional, et ensuite tous les trois ans, sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la politique de la Santé pour tous.
243. La Déclaration du Millénaire, adoptée aux Nations Unies par les Chefs d'Etat, a conduit à élaborer des Objectifs de Développement pour le Millénaire, dont certains concernent la santé : réduction de la mortalité infantile, amélioration de la santé maternelle, lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies infectieuses, réduction de la pauvreté. Les politiques sanitaires nationales et les plans stratégiques s'attachent actuellement à prendre en compte les objectifs et les cibles définis dans cette Déclaration du Millénaire.
244. Les Chefs d'Etat africains ont adopté le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) qui a, depuis lors, reçu des appuis divers, y compris de la part du G8.<sup>68</sup> Le Bureau régional a contribué à l'élaboration de la composante "santé" du NEPAD, qui met l'accent sur le renforcement des systèmes de santé et la réduction de la charge de morbidité. La Commission Macroéconomie et Santé a publié son rapport, qui met clairement en évidence les liens entre santé et développement. Des discussions ont été engagées sur ce thème avec le Siègne, et la mise en oeuvre des recommandations a déjà débuté dans la Région.

---

<sup>68</sup> Canada, Italie, France, Allemagne, Japon, Russie, Royaume-Uni, Etats-Unis d'Amérique.

- 
245. Un appui a été apporté aux pays pour l'élaboration de propositions visant à obtenir des crédits auprès du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, et certains pays de la Région en ont déjà bénéficié.
246. Des études de cas ont été menées pour rassembler des données d'expérience sur la réforme du secteur de la santé et l'application des approches sectorielles. Une réunion a ensuite été organisée pour mettre en commun ces données d'expérience et formuler des propositions relatives à l'action future.
247. Sur le plan local, des efforts visant à rendre opérationnels les systèmes de santé de district sont en cours et ont reçu le soutien de partenaires tels que l'Agence norvégienne pour le développement international (NORAD). Un cadre destiné à promouvoir, revitaliser et réorienter les efforts de réforme destinés à accentuer le rôle d'administration générale des gouvernements a été établi.
248. Une stratégie africaine portant sur la pauvreté et la santé a été élaborée. Elle préconise la consolidation à l'échelle mondiale des partenariats pour la santé, y compris ceux qui font appel aux organismes bilatéraux et multilatéraux prenant part à la préparation des documents de stratégies sur la réduction de la pauvreté.
249. Une réunion conjointe OMS/Banque mondiale a été organisée pour définir un cadre relatif à la contribution des professions de santé à la réforme du secteur de la santé. Une assistance technique est assurée et 34 pays ont reçu un appui pour examiner leurs politiques et plans sanitaires ou pour réorganiser leur système de santé, en collaboration avec d'autres partenaires comme la Banque africaine de Développement et la Banque mondiale.
250. Des instruments destinés au suivi et à l'évaluation de la réforme du secteur de la santé ont été mis au point et sont en cours d'utilisation. Un Cadre régional relatif au système d'information pour la gestion a été élaboré et a permis de recueillir des données sur les indicateurs sanitaires dans la Région lors de la cinquante-deuxième session du Comité régional à Harare. Le système intégré de surveillance des maladies a permis d'améliorer sensiblement la notification des situations pathologiques, en particulier pour les maladies transmissibles. Dix-huit pays de la Région ont participé aux enquêtes sur la santé dans le monde afin de disposer des renseignements nécessaires à l'évaluation des systèmes de santé ainsi qu'au suivi et à l'évaluation des Objectifs de Développement du Millénaire.
251. Les comptes nationaux de la santé (NHA), qui servent à déterminer en permanence si les ressources financières sont adéquates pour atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire et à contrôler l'affectation de ces ressources aux interventions prioritaires définies dans le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, ont été institués dans 10 pays tandis que leur mise en œuvre se poursuit dans six autres pays de la Région.

252. Un soutien a été apporté aux pays en vue de l'actualisation de leurs politiques sanitaires et de leurs plans stratégiques nationaux, sur la base des documents de stratégies de réduction de la pauvreté (PRSP). Un appui leur a également été accordé pour l'élaboration de documents PRSP.
253. Il importe de poursuivre et d'améliorer la mise en œuvre de la résolution portant sur la santé pour tous dans la Région africaine. Cette amélioration passe par un renforcement de l'engagement politique à l'échelle mondiale et au niveau le plus élevé, l'affectation des crédits au secteur de la santé et le renforcement des partenariats entre les pays, l'OMS et les autres institutions concernées par le développement des systèmes de santé dans la Région. Il faudra mobiliser davantage de ressources pour appuyer le développement sanitaire dans la Région. Il faudra aussi s'attacher tout particulièrement au problème de l'insuffisance numérique et de la motivation médiocre des ressources humaines. Il faudra en outre intégrer les initiatives internationales en matière de santé dans les stratégies et programmes des pays et adopter des politiques appropriées en accord avec les politiques mondiales et les Objectifs de Développement du Millénaire, afin de garantir la disponibilité de ressources et leur utilisation optimale pour la santé. Si le NEPAD représente un bon cadre politique pour la mise en œuvre de la politique de la Santé pour tous au 21<sup>ème</sup> siècle, en harmonie avec le programme de développement de l'Union africaine, il importe néanmoins d'intensifier la mobilisation des ressources internes.

#### **Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine**

254. La résolution AFR/RC50/R4 sur les maladies non transmissibles a été adoptée lors de la cinquantième session du Comité régional, tenue à Ouagadougou (Burkina Faso) en septembre 2000. Par cette résolution, le Comité régional prie instamment le Directeur régional d'assurer un soutien technique aux Etats Membres en vue de l'élaboration de politiques et de programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles. La résolution demande également au Directeur régional d'accroître le soutien apporté à la formation des professionnels de la santé en matière de lutte contre les MNT, notamment en surveillant et en évaluant les programmes menés à différents niveaux, et de promouvoir le recours aux établissements de formation de la Région; de faciliter la mobilisation de moyens supplémentaires pour la mise en œuvre de la stratégie régionale; de dresser des plans d'opérations pour la décennie 2001-2010; et de faire rapport à la cinquante-troisième session du Comité régional, en 2003, sur la mise en œuvre de cette stratégie régionale.
255. Une analyse de la situation a été menée dans quatre pays en ce qui concerne les MNT, à savoir le Botswana, le Burkina Faso, la République démocratique du Congo et le Zimbabwe. Une consultation régionale a été organisée pour examiner les principes directeurs élaborés par l'OMS et l'*International Society of Hypertension* concernant l'hypertension, ainsi que le programme mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies cardio-vasculaires. L'objectif recherché était d'examiner leur adéquation à la Région africaine. Une formation a été assurée à 26 participants venus de 12 pays sur les modalités de mise en place de programmes

- nationaux de lutte contre le diabète dans le cadre des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles. Un atelier sur la couverture offerte en Afrique pour les soins de santé relatifs au diabète a été organisé à Zanzibar (Tanzanie) pour 22 participants originaires de 12 pays anglophones et lusophones<sup>69</sup> qui ont ainsi mis à niveau leurs compétences et leurs connaissances en ce qui concerne l'évaluation de la couverture et de la qualité des soins relatifs au diabète à l'échelle des pays. Un second stage a été ensuite organisé à l'intention des pays francophones.
256. S'agissant de la lutte contre les maladies non transmissibles, trois centres de lutte contre le cancer du col de l'utérus ont été créés, respectivement à Conakry (Guinée) pour les pays francophones, à Luanda (Angola) pour les pays lusophones et à Dar es-Salaam (Tanzanie) pour les pays anglophones. Ces centres ont formé à ce jour des participants venus de 24 pays. On a établi dans 12 pays un programme de lutte contre le cancer du col. Ces activités ont été organisées en commun avec le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).
257. En matière de recherche, priorité a été donnée à la réalisation d'études sur les facteurs de risque, compte tenu de la pénurie des données relatives aux MNT et de l'inexistence de systèmes de surveillance de ces maladies. Neuf pays ont obtenu un soutien technique et financier à ce titre.
258. Pour ce qui est de la surveillance des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque, 23 participants venus de 9 pays ont reçu une formation sur l'approche graduelle de l'OMS en matière de surveillance des maladies non transmissibles (STEPS). La démarche STEPS a été utilisée comme instrument pour collecter des données d'enquête dans neuf pays,<sup>70</sup> avec l'appui du Siège et du Bureau régional de l'Afrique. Le programme relatif aux maladies chroniques (CDP) a été étoffé par le recrutement d'un fonctionnaire essentiellement chargé de la surveillance ainsi que de la création d'une base de données sur les maladies non transmissibles. A la suite d'une forte campagne de sensibilisation, les deux tiers environ des Etats Membres disposent désormais, au sein de leur ministère de la santé, d'unités des maladies non transmissibles.
259. La stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles constitue une riposte au danger croissant que posent ces maladies dans la Région. Elle vise à renforcer l'aptitude des Etats Membres à améliorer la qualité de la vie en réduisant la charge de morbidité liée à ces pathologies et en favorisant des modes de vie sains parmi les populations de la Région africaine.
260. La stratégie et la résolution ayant fait l'objet d'une large diffusion dans les Etats Membres et les institutions concernées, le Bureau régional, en collaboration avec le Siège de l'OMS, a organisé à Harare (Zimbabwe), en avril 2001, une consultation sur la mise en œuvre de la

<sup>69</sup> Afrique du Sud, Angola, Botswana, Gambie, Ghana, Kenya, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

<sup>70</sup> Afrique du Sud, Algérie, Cap-vert, Côte d'Ivoire, Erythrée, Ghana, Mozambique, Nigéria, Zimbabwe.

stratégie. Cette consultation a débouché sur un cadre d'action dans les secteurs prioritaires qui sont la surveillance, la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque; une esquisse des principaux éléments à inclure dans un plan d'action régional pour la période 2002–2003, et de la création d'un réseau de partenariats. Le rapport final de la réunion a été largement diffusé dans les Etats Membres et les institutions actives dans le domaine des maladies non transmissibles, y compris les Centres collaborateurs de l'OMS.

### **Santé de l'adolescent : Stratégie de la Région africaine**

261. Le Comité régional a adopté la Stratégie régionale pour la santé de l'adolescent aux termes de sa résolution AFR/RC51/R3. Elle prie le Directeur régional de continuer à plaider en faveur de programmes pour la santé de l'adolescent et de mobiliser des ressources adéquates pour leur mise en œuvre; de fournir aux Etats Membres un appui technique pour l'élaboration et l'application de politiques et programmes nationaux; de mobiliser les gouvernements nationaux, les institutions des Nations Unies, les ONG et d'autres parties intéressées pour qu'ils organisent des séminaires et des conférences pour la jeunesse où seront débattus les problèmes et les difficultés des adolescents afin d'améliorer leur santé et leur développement. La résolution demande en outre une assistance aux institutions et aux experts nationaux afin qu'ils mènent des recherches sur les besoins et problèmes de santé des adolescents. Elle demande enfin qu'un rapport d'activités soit présenté à la cinquante-troisième session du Comité régional sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre des programmes de santé de l'adolescent aux niveaux national et régional.
262. La Stratégie régionale pour la santé de l'adolescent, désormais disponible dans les trois langues de travail de la Région, a été distribuée aux Etats Membres et aux partenaires. Compte tenu de sa pertinence et de son utilité aux fins de la santé des adolescents, plusieurs pays ont obtenu, sur leur demande, des exemplaires supplémentaires, destinés à être distribués à leurs partenaires. La santé des adolescents figure maintenant dans le plan d'action biennal (2002–2003) de 29 Etats Membres.
263. Des affiches destinées à promouvoir des services de santé tournés vers les adolescents et l'apprentissage de la vie en société ont été créées dans les trois langues de travail et diffusées dans les Etats Membres et auprès des partenaires.
264. Un cadre a été établi pour la mise en œuvre de la stratégie et un dossier d'information portant sur la santé et le développement des adolescents a été produit pour faciliter la mise en œuvre de la stratégie et sa transposition en orientations et programmes pertinents dans les Etats Membres. Ces documents seront bientôt traduits et distribués.
265. Une campagne a été menée auprès des experts et des responsables nationaux des programmes concernés. La stratégie pour la santé de l'adolescent et le cadre établi pour sa mise en œuvre ont été présentés aux administrateurs des programmes de santé génésique des

Etats Membres, au cours d'une réunion tenue à Johannesburg en juin 2002. Par la suite, 34 des 46 pays membres ont demandé l'appui du Bureau régional pour traduire la Stratégie régionale en programmes au niveau des pays. Nombre d'entre eux mènent désormais des programmes axés sur les adolescents.

266. La sensibilisation à la santé des adolescents au sein du Bureau régional a eu pour effet une collaboration plus étroite entre divisions et unités techniques, et en particulier entre la Division de la Santé de la famille et de la Santé génésique (DRH), la Division de la Lutte contre les maladies transmissibles (DDC) (Programme régional de lutte contre le SIDA), la Division de la Lutte contre les maladies non transmissibles (DNC) (Promotion de la santé, toxicomanies) et la Division du Développement des systèmes et services de santé (DSD) (Réformes du secteur de la santé, Ressources humaines pour les soins infirmiers) en vue de la mise en oeuvre des interventions. En outre, la collaboration avec des partenaires tels que le *Commonwealth Regional Health Community Secretariat for Eastern, Central and Southern Africa* a renforcé la visibilité de la santé de l'adolescent.
267. Un soutien technique a été assuré aux Etats Membres pour le renforcement des compétences relatives au travail avec les enfants des rues; on a mobilisé à cet effet des dirigeants d'ONG de neuf pays,<sup>71</sup> qui ont reçu une formation. Certaines ONG en Ouganda et en Zambie interviennent désormais sur la base de cette formation. La Gambie et le Cameroun ont reçu un appui pour intégrer à leurs programmes de santé sexuelle et génésique une perspective axée sur les droits de l'enfant. Neuf pays<sup>72</sup> ont bénéficié d'un appui pour élaborer des projets intégrés de santé de l'adolescent.
268. Des politiques et programmes de santé de l'adolescent ont été examinés, élaborés ou renforcés dans 15 pays, en collaboration avec le *Commonwealth Regional Health Community Secretariat for Eastern, Central and Southern Africa*.<sup>73</sup> Les conclusions des études ainsi réalisées serviront de base pour la préparation de principes directeurs applicables à la santé des adolescents dans la Région et au renforcement des interventions portant sur la santé des adolescents dans les pays.
269. Un soutien technique a été apporté pour l'organisation de réunions, stages et séminaires nationaux ou régionaux consacrés à la santé des adolescents. Un exposé portant sur la stratégie régionale relative à la santé de l'adolescent et sur la collaboration entre le Bureau régional et les pays, a été présenté au cours de la réunion interpays consacrée à la coopération technique de l'OMS, qui a été organisée au Swaziland pour huit pays d'Afrique australe.<sup>74</sup> Un soutien technique et financier a été apporté au septième congrès de la Société africaine de Gynécologues et obstétriciens, tenu au Mali en 2003. Une journée a été consacrée aux questions touchant la santé des adolescents. Le Bureau régional a fait un exposé sur les orientations stratégiques et perspectives de la santé des adolescents.

<sup>71</sup> Angola, Ethiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Ouganda, Sierra Leone, Zambie, Zimbabwe.

<sup>72</sup> Botswana, Ethiopie, Lesotho, Malawi, Mozambique, Swaziland, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

<sup>73</sup> Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Erythrée, Guinée, Lesotho, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Ouganda, Sénégal, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

<sup>74</sup> Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie.

270. Une formation a été impartie à des jeunes en matière de recherche et de rédaction de propositions de projets. Six projets ont été élaborés sur les facteurs intervenant dans les problèmes de santé prioritaires chez les jeunes : MST/VIH/SIDA (Cameroun), grossesses chez les adolescentes (Lesotho), avortement non médicalisé (Malawi), exploitation sexuelle (Mozambique), usage de drogues et toxicomanies (Zambie), comportement des jeunes lors de la recherche des soins de santé (Kenya). Des crédits ont été alloués aux pays pour exécuter leurs projets. Une synthèse des résultats est en préparation et sera diffusée dans les pays.

### **Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003–2005**

271. Aux termes de sa résolution AFR/RC52/R2, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté la Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003–2005. La résolution prie le Directeur régional de surveiller la mise en œuvre de stratégies accélérées de lutte contre la maladie avec un accent particulier sur l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos néonatal, le contrôle de la rougeole et de la fièvre jaune et le renforcement des systèmes de vaccination de routine. La résolution vise à renforcer davantage la collaboration avec toutes les institutions internationales, les organisations de bailleurs de fonds et les partenaires du Programme élargi de vaccination afin de mieux coordonner les politiques et l'utilisation des ressources de façon efficace et durable. Un rapport sur les progrès réalisés doit être présenté au Comité régional chaque année.
272. Le Bureau régional a continué d'aider les Etats Membres à renforcer leurs programmes nationaux de vaccination et à exécuter la stratégie en vue d'atteindre tous les districts sous la forme, notamment, d'une micro-planification et d'un suivi des programmes à l'échelle du district dans 17 pays. Un appui a été assuré pour la réalisation d'études et la mise en œuvre des recommandations visant à inverser la tendance à une régression de la couverture vaccinale au Botswana, en Namibie et au Swaziland. Onze pays ont reçu un appui pour la planification ou l'évaluation des vaccins, de la chaîne du froid, du transport et de la sécurité des injections (y compris la gestion des déchets).
273. Dix-huit pays ont bénéficié d'un appui pour transmettre au Comité indépendant compétent de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination des propositions de projets et des demandes de financements. Ces propositions portaient sur un appui aux systèmes de vaccination, la sécurité des injections et de nouveaux vaccins. Le Bureau régional a financé l'évaluation de vaccins nouvellement adoptés dans cinq pays. Les recommandations découlant de certaines de ces études sont déjà en cours d'application. En collaboration avec le secrétariat de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, le Bureau régional a aidé sept pays à élaborer et à présenter des plans de faisabilité financière relatifs à leur programme élargi de vaccination.
274. Un soutien a été apporté aux Etats Membres en vue de l'éradication de la poliomyélite. En décembre 2002, cette maladie demeurait endémique dans trois pays seulement de la Région africaine, y compris le Nigéria qui représentait plus de 97 % des poliovirus sauvages

- 
- identifiés. Pour la première fois, la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) a atteint les normes requises pour la certification à l'échelle régionale et, dans près de 70 % des pays, au niveau national. Près de 60% des pays de la Région ont mis à profit les ressources disponibles et l'expérience acquise dans la surveillance de la PFA pour promouvoir la surveillance d'autres maladies transmissibles prioritaires.
275. Les enseignements tirés des contrôles externes de la surveillance de la PFA dans huit pays prioritaires en 2002 ont permis d'élaborer les plans de surveillance pour 2003, dans le souci d'améliorer cette surveillance dans tous les pays où elle laisse encore à désirer à l'échelle nationale ou au niveau local.
276. La Commission de certification de la Région africaine a examiné les rapports présentés par cinq comités nationaux de certification et a donné des orientations sur la certification des régions exemptes de polio. Le Bureau régional a assuré dans 13 pays la formation de membres des comités nationaux de certification et des comités nationaux d'experts en poliomyélite. Deux pays ont achevé la préparation de leurs plans d'endiguement de la polio.
277. En vue d'une réduction rapide de la mortalité imputable à la rougeole, l'OMS a assuré à huit pays un soutien technique pour les activités de vaccination supplémentaires et de surveillance. En collaboration avec l'UNICEF, l'OMS a aidé quatre pays à organiser une seconde campagne de vaccination contre la rougeole. Vingt millions de dollars supplémentaires ont été dégagés en 2003 en faveur de 37 millions d'enfants dans neuf pays, pour éviter des cas de rougeole dont le nombre est estimé à 161 023 chaque année. Cinq pays supplémentaires ont intensifié leur surveillance de la rougeole, portant ainsi à 18 le nombre de pays engagés dans cette action.
278. Pour ce qui est de l'élimination du tétanos maternel et néonatal, 14 nouveaux pays ont bénéficié d'un appui pour mettre au point des plans pluriannuels dans ce sens. Dix pays ont organisé des activités supplémentaires de vaccination pour inoculer l'anatoxine tétanique, et l'élimination du tétanos néonatal a été validée dans trois pays.
279. Dans le souci de faciliter l'accès au vaccin contre la fièvre jaune, la proposition conjointe formulée par l'OMS et l'UNICEF au Conseil d'administration de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), et visant à porter de deux à six millions de doses les stocks de vaccins destinés aux interventions d'urgence a été approuvée à la réunion du Conseil tenue en novembre 2002.
280. En 2002, le Groupe spécial pour la vaccination et le Comité de coordination interinstitutions de la Région africaine ont tenu leurs réunions annuelles à Abuja (Nigéria). Dix-huit partenaires y ont participé et délibéré sur la voie à suivre pour renforcer les activités de vaccination dans la Région africaine, y compris sur les modalités d'une utilisation efficace des ressources dans la durée.

281. Les Représentants de l'OMS dans les pays ont poursuivi leur aide aux comités nationaux de coordination interinstitutions afin de favoriser la concertation, la mobilisation des ressources et le suivi. L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination a été un catalyseur à cet égard. L'OMS est demeurée une figure de proue pour les groupes de travail sous-régionaux du GAVI. À cet égard, l'ensemble des partenaires majeurs continue de se réunir régulièrement pour examiner les progrès accomplis et planifier le soutien technique.

## CONCLUSION

282. Les contributions apportées et les progrès réalisés par le Bureau régional reflètent le travail de l'OMS dans la Région, tel qu'il a pu être observé en 2002 lors de l'examen à mi-parcours du Budget Programme 2002–2003. L'accent a été placé au cours de cette période sur la livraison des produits et services escomptés d'une part, et sur le niveau de mise en œuvre des résolutions du Comité régional d'autre part.
283. Dans l'ensemble, des progrès remarquables sont observés à tous les niveaux de la Région. Ils se sont traduits sur le plan financier par un taux d'absorption budgétaire de l'ordre de 67 % en moyenne, bien au-delà de la cible fixée de 55 %.
284. Parmi les réalisations notables, on peut citer le renforcement des capacités de gestion des programmes. Ceci comprend, d'une part, l'élaboration des nouvelles stratégies de coopération de l'OMS avec les pays pour lesquelles 23 documents ont déjà été mis au point, et d'autre part, la mise en œuvre de l'approche de la gestion basée sur les résultats avec l'implantation du système informatique de gestion des activités (AMS).
285. En ce qui concerne la prise en charge des problèmes prioritaires de santé, les principales réalisations ont été l'amélioration de l'appui apporté aux pays pour l'élaboration ou le renouvellement de leurs stratégies, directives et protocoles de prise en charge; la fourniture de ressources additionnelles et d'experts aux pays pour la lutte contre les maladies transmissibles; la réduction des facteurs de risques connus des maladies non transmissibles; et la promotion de la santé génésique, notamment par la réduction de la mortalité maternelle.
286. À ceci s'ajoutent l'adoption des stratégies régionales portant sur la réduction de la pauvreté, la santé et l'environnement, la vaccination (2003-2005), ainsi que l'accélération de la mise en œuvre de la stratégie régionale de développement des ressources humaines, et l'adoption du Budget Programme 2004-2005.
287. Le soutien continu au développement des ressources humaines dans la Région, l'amélioration de la technologie de l'information et de la communication au Bureau régional et dans les pays, la relocalisation réussie des membres du personnel et le transfert de leurs effets de Harare à Brazzaville figurent également parmi les réalisations notables.

- 
288. En ce qui concerne les résolutions adoptées par le Comité régional, des efforts substantiels ont été faits pour leur mise en œuvre, même si on constate à ce sujet différents niveaux de réalisations. Ainsi, les activités relatives à certaines résolutions se trouvent dans une phase d'expansion. C'est le cas de la résolution relative à la stratégie DOTS qui est maintenant largement répandue dans les pays. De même, l'accès de la population aux services de santé s'est accru et la mise en œuvre de la stratégie régionale de la santé mentale connaît une expansion dans 74 % des pays de la Région.
289. La mise en œuvre de certaines autres résolutions a été amorcée avec succès. C'est le cas de la surveillance épidémiologique intégrée qui a été entamée dans 35 des 46 pays de la Région. En ce qui concerne les maladies non transmissibles, les efforts sont actuellement orientés vers la création de structures spécifiques au sein des Ministères de la Santé dans deux-tiers des pays ainsi que vers l'analyse de la situation épidémiologique de ces maladies et de leurs facteurs de risques. Pour ce qui est de la santé des adolescents, un appui technique a été fourni à 15 pays pour l'élaboration ou la mise à jour de politiques spécifiques, ainsi qu'aux ONG qui travaillent avec les enfants de la rue dans neuf pays. Par ailleurs, la stratégie régionale pour les opérations d'urgence et l'action humanitaire a permis le renforcement des capacités des pays en ce qui concerne la préparation aux situations d'urgence, l'organisation des secours et la mobilisation des ressources, notamment dans le cadre des appels consolidés.
290. Concernant la mise en œuvre de l'Agenda 2020, les Objectifs de Développement du Millénaire sont désormais mieux incorporés dans les politiques nationales de santé de 34 pays sur les 46 que compte la Région et différentes initiatives telles que le NEPAD et le Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme contribuent à leur application.
291. D'autres initiatives comme l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination favorisent l'accélération de la mise en œuvre du Programme élargi de vaccination pour la période 2003-2005, notamment en ce qui concerne les activités systématiques de vaccination. Les efforts déployés pour l'éradication de la poliomyélite ont permis de ramener à trois le nombre de pays où le poliovirus sauvage a encore été identifié, ce qui témoigne des progrès accomplis vers l'éradication. Des efforts ont également été fournis pour la vaccination contre la rougeole, le tétanos néo-natal et la fièvre jaune.
292. Malgré les contraintes rencontrées au cours de la première année pour la mise en œuvre du Budget Programme 2002-2003, un certain nombre de conditions favorables ont néanmoins facilité les réalisations énumérées ci-dessus et bien d'autres encore. Cette première année a en effet été marquée par un engagement sans précédent des Etats Membres et des organisations internationales de coopération en faveur des questions relatives à la santé. A ceci s'ajoute une meilleure compréhension du processus gestionnaire du Programme de l'OMS dans la Région. Les efforts conjugués de tous les niveaux de l'Organisation et le dévouement du personnel ont concrétisé l'unicité de l'Organisation, appelée à travailler comme «UNE SEULE OMS».

- 
293. Face aux nombreux défis qui se posent dans la Région africaine, l'option du Bureau régional est de concentrer les efforts et les ressources dans les domaines où l'intervention de l'OMS pourrait faire la différence. Un appel est donc lancé aux Etats Membres pour une meilleure compréhension de cette option et pour qu'ils soutiennent les efforts qui vont dans ce sens.
294. Pour terminer, et comme on peut le voir dans ce rapport, le personnel de l'Organisation, à qui je le dédie, a accompli des progrès remarquables avec l'aide de tous, et ce dans des conditions difficiles. Je voudrais lui exprimer ma gratitude pour son dévouement.

# ANNEXE 1

MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2002-2003 - SECTION DE LA RESOLUTION PORTANT OUVERTURE DE CREDITS														
Au 31 décembre 2002														
#	Description	Budget ordinaire				Autres sources				Total				
		Approuvé	Transferts	Budget effectif	Réalisé	Taux	Approuvé	Budget effectif	Réalisé	Taux	Approuvé	Budget effectif	Réalisé	Taux
01	Maladies transmissibles	5,428,000	575,000	6,003,000	4,281,000	71%	104,500,000	30,854,000	16,728,000	54%	109,928,000	36,857,000	21,009,000	57%
02	Maladies non transmissibles et santé mentale	5,226,000	473,000	5,699,000	3,060,000	54%	2,500,000	1,668,000	1,129,000	68%	7,726,000	7,367,000	4,189,000	57%
03	Santé familiale et santé communautaire	8,864,000	46,000	8,910,000	6,257,000	70%	38,684,000	12,717,000	7,622,000	60%	47,548,000	21,627,000	13,879,000	64%
04	Développement durable et milieux favorables à la santé	5,443,000	300,000	5,743,000	4,122,000	72%	268,000	1,467,000	685,000	47%	5,711,000	7,210,000	4,807,000	67%
05	Technologie sanitaire et produits pharmaceutiques	3,898,000	-140,000	3,758,000	2,504,000	67%	91,832,000	63,406,000	47,602,000	75%	95,730,000	67,164,000	50,106,000	75%
06	Bases factuelles et information à l'appui des politiques	13,410,000	92,000	13,502,000	7,887,000	58%	268,000	2,858,000	871,000	30%	13,678,000	16,360,000	8,758,000	54%
07	Relations extérieures et Organes directeurs	3,979,000	408,000	4,387,000	3,143,000	72%	1,462,000	3,427,000	2,077,000	61%	5,441,000	7,814,000	5,220,000	67%
08	Administration générale	18,977,000	6,063,000	25,040,000	17,102,000	68%	12,168,000	16,430,000	10,093,000	61%	31,145,000	41,470,000	27,195,000	66%
09	Directeur général, Directeurs régionaux et fonctions indépendantes	1,714,000	-15,000	1,699,000	1,196,000	70%	0	0	0		1,714,000	1,699,000	1,196,000	70%
10	Pays	119,533,000	-11,645,000	107,888,000	72,678,000	67%	1,458,000	123,533,000	81,038,000	66%	120,991,000	231,421,000	153,716,000	66%
	Total	186,472,000	-3,843,000	182,629,000	122,230,000	67%	253,140,000	256,360,000	167,845,000	65%	439,612,000	438,989,000	290,075,000	66%

## ANNEXE 2

MISE EN OEUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2002-2003 - DOMAINES D'ACTIVITE													
Au 31 décembre 2002													
Domaines d'activité	Budget ordinaire					Autres sources					Total		
	Approuvé	Transferts	Budget effectif	Réalisé	Taux	Approuvé	Budget effectif	Réalisé	Taux	Approuvé	Budget effectif	Réalisé	Taux
01.1.01	1,795,000	195,000	1,990,000	1,573,000	79%	3,000,000	8,354,000	3,598,000	43%	4,795,000	10,344,000	5,171,000	50%
01.2.01	1,141,000	675,000	1,816,000	1,425,000	78%	65,000,000	1,855,000	1,611,000	87%	66,141,000	3,671,000	3,036,000	83%
01.3.01	380,000	-9,000	371,000	158,000	43%	-	-	-	-	380,000	371,000	158,000	43%
01.4.01	1,131,000	-301,000	830,000	398,000	48%	34,500,000	17,470,000	10,463,000	60%	35,631,000	18,300,000	10,861,000	59%
01.5.01	981,000	16,000	997,000	727,000	73%	2,000,000	3,175,000	1,056,000	33%	2,981,000	4,172,000	1,783,000	43%
02.1.01	2,457,000	-87,000	2,370,000	1,119,000	47%	1,000,000	511,000	214,000	42%	3,457,000	2,881,000	1,333,000	46%
02.2.01	701,000	308,000	1,009,000	509,000	50%	1,000,000	819,000	749,000	91%	1,701,000	1,828,000	1,258,000	69%
02.3.01	442,000	124,000	566,000	566,000	100%	-	279,000	140,000	50%	442,000	845,000	706,000	84%
02.4.01	275,000	295,000	570,000	301,000	53%	-	26,000	3,000	12%	275,000	596,000	304,000	51%
02.5.01	1,351,000	-167,000	1,184,000	565,000	48%	500,000	33,000	23,000	70%	1,851,000	1,217,000	588,000	48%
03.1.01	1,221,000	255,000	1,476,000	559,000	38%	7,000,000	7,612,000	4,871,000	64%	117,654,000	44,225,000	25,198,000	57%
03.2.01	1,666,000	198,000	1,864,000	1,625,000	87%	1,684,000	1,577,000	839,000	53%	3,350,000	3,441,000	2,464,000	72%
03.3.01	2,098,000	-429,000	1,669,000	1,292,000	77%	-	-	-	-	2,098,000	1,669,000	1,292,000	77%

MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2002-2003 - DOMAINES D'ACTIVITE

Au 31 décembre 2002

Domaines d'activité	Budget ordinaire						Autres sources						Total				
	Approuvé	Transferts	Budget effectif	Réalisé	Taux	Approuvé	Budget effectif	Réalisé	Taux	Approuvé	Budget effectif	Réalisé	Taux	Approuvé	Budget effectif	Réalisé	Taux
03.4.01	862,000	92,000	954,000	535,000	56%		225,000	61,000	27%	862,000	1,179,000	596,000	51%				
03.5.01	3,017,000	-69,000	2,948,000	2,247,000	76%	30,000,000	3,303,000	1,851,000	56%	33,017,000	6,251,000	4,098,000	66%				
04.1.01	1,132,000	200,000	1,332,000	935,000	70%	268,000	280,000	189,000	68%	1,400,000	1,612,000	1,124,000	70%				
04.2.01	682,000	152,000	834,000	659,000	79%	0	117,000	96,000	82%	682,000	951,000	755,000	79%				
04.3.01	2,254,000	-374,000	1,880,000	1,375,000	73%		110,000	12,000	11%	2,254,000	1,990,000	1,387,000	70%				
04.4.01	150,000	150,000	300,000	123,000	41%					150,000	300,000	123,000	41%				
04.5.01	1,225,000	172,000	1,397,000	1,031,000	74%		960,000	389,000	41%	1,225,000	2,357,000	1,420,000	60%				
05.1.01	1,609,000	-37,000	1,572,000	1,133,000	72%		469,000	446,000	95%	1,609,000	2,041,000	1,579,000	77%				
05.2.01	415,000	240,000	655,000	397,000	61%	91,832,000	62,937,000	47,156,000	75%	92,247,000	63,592,000	47,553,000	75%				
05.3.01	1,874,000	-343,000	1,531,000	974,000	64%					1,874,000	1,531,000	974,000	64%				
06.1.01	1,505,000	25,000	1,530,000	604,000	39%	0	27,000	25,000	93%	1,505,000	1,557,000	629,000	40%				
06.2.01	3,677,000	85,000	3,762,000	2,620,000	70%		25,000	21,000	84%	3,677,000	3,787,000	2,641,000	70%				
6.3.01	7,160,000	-16,000	7,000,000	332,000	47%		5,000	1,000	20%	7,160,000	7,005,000	333,000	47%				
06.4.01	7,512,000	-4,000	7,508,000	4,330,000	58%	268,000	2,801,000	824,000	29%	7,780,000	10,309,000	5,154,000	50%				
07.1.01	1,374,000	318,000	1,692,000	1,570,000	93%					1,374,000	1,692,000	1,570,000	93%				
07.2.01	2,605,000	90,000	2,695,000	1,573,000	58%	1,462,000	3,427,000	2,077,000	61%	4,067,000	6,122,000	3,650,000	60%				
08.1.01	557,000	118,000	675,000	489,000	72%	0	229,000	98,000	43%	557,000	904,000	587,000	65%				

## MISE EN OEUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2002-2003 - DOMAINES D'ACTIVITE

Au 31 décembre 2002

Domaines d'activité	Budget ordinaire						Autres sources						Total		
	Approuvé	Transferts	Budget effectif	Réalisé	Taux		Approuvé	Budget effectif	Réalisé	Taux	Approuvé	Budget effectif	Réalisé	Taux	
08.2.01	2,442,000	0	2,442,000	988,000	40%		1,691,000	2,601,000	1,011,000	39%	4,133,000	5,043,000	1,999,000	40%	
08.3.01	3,600,000	0	3,600,000	1,847,000	51%		3,141,000	3,241,000	2,553,000	79%	6,741,000	6,841,000	4,400,000	64%	
08.4.01	12,378,000	5,945,000	18,323,000	13,777,000	75%		7,336,000	10,359,000	6,430,000	62%	19,714,000	28,682,000	20,207,000	70%	
09.1.01	1,084,000	-25,000	1,059,000	675,000	64%		0	0	0		1,084,000	1,059,000	675,000	64%	
09.2.01	630,000	10,000	640,000	521,000	81%		0	0	0		630,000	640,000	521,000	81%	
Pays	119,533,000	-11,645,000	107,888,000	72,678,000	67%		1,455,000	123,533,000	81,038,000	66%	120,991,000	231,421,000	153,716,000	66%	
Total	186,472,000	-3,843,000	182,629,000	122,230,000	67%		253,140,000	256,360,000	167,845,000	65%	439,612,000	438,989,000	290,075,000	66%	

### ANNEXE 3

#### MISE EN OEUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2002-2003-PAYS

Au 31 décembre 2002

Pays	Budget ordinaire					Autres sources					Total				
	Approuvé	Transferts	Budget effectif	Réalisé	Taux	Approuvé	Transfert	Budget effectif	Réalisé	Taux	Approuvé	Transferts	Budget effectif	Réalisé	Taux
Algérie	1,870,000	(94,000)	1,776,000	950,000	53%		48,000	48,000	29,000	60%	1,870,000	(46,000)	1,824,000	979,000	54%
Angola	3,135,000	(172,000)	2,963,000	2,207,000	74%		10,021,000	10,021,000	7,249,000	72%	3,135,000	9,849,000	12,984,000	9,456,000	73%
Bénin	2,447,000	(156,000)	2,291,000	1,819,000	79%		1,011,000	1,011,000	190,000	19%	2,447,000	855,000	3,302,000	2,009,000	61%
Botswana	2,001,000	(46,000)	1,955,000	1,110,000	57%		160,000	160,000	61,000	38%	2,001,000	114,000	2,115,000	1,171,000	55%
Burkina Faso	2,927,000	(287,000)	2,640,000	1,780,000	67%		3,138,000	3,138,000	1,732,000	55%	2,927,000	2,851,000	5,778,000	3,512,000	61%
Burundi	2,894,000	(431,000)	2,463,000	1,647,000	67%		1,320,000	1,320,000	555,000	42%	2,894,000	889,000	3,783,000	2,202,000	58%
Cameroun	2,239,000	(237,000)	2,002,000	1,460,000	73%	400,000	153,000	553,000	407,000	74%	2,639,000	(84,000)	2,555,000	1,867,000	73%
Cap-Vert	2,084,000	(273,000)	1,811,000	1,245,000	69%		63,000	63,000	12,000	19%	2,084,000	(210,000)	1,874,000	1,257,000	67%
République centrafricaine	2,699,000	(162,000)	2,537,000	1,763,000	69%		133,000	133,000	38,000	29%	2,699,000	(29,000)	2,670,000	1,801,000	67%
Tchad	2,989,000	(219,000)	2,770,000	2,365,000	85%		1,040,000	1,040,000	794,000	76%	2,989,000	821,000	3,810,000	3,159,000	83%
Comores	2,420,000	(286,000)	2,134,000	1,593,000	75%		155,000	155,000	41,000	26%	2,420,000	(131,000)	2,289,000	1,634,000	71%
Congo	2,247,000	(272,000)	1,975,000	1,224,000	62%		770,000	770,000	513,000	67%	2,247,000	498,000	2,745,000	1,737,000	63%
Côte d'Ivoire	2,256,000	(252,000)	2,004,000	1,336,000	67%		1,228,000	1,228,000	771,000	63%	2,256,000	976,000	3,232,000	2,107,000	65%
République démocratique du Congo	3,206,000	(293,000)	2,913,000	2,489,000	85%	500,000	15,029,000	15,529,000	12,977,000	84%	3,706,000	14,736,000	18,442,000	15,466,000	84%
Guinée équatoriale	1,561,000	(136,000)	1,425,000	1,104,000	77%		201,000	201,000	166,000	83%	1,561,000	65,000	1,626,000	1,270,000	78%
Erythrée	2,245,000	(142,000)	2,103,000	1,419,000	67%		1,244,000	1,244,000	371,000	30%	2,245,000	1,102,000	3,347,000	1,790,000	53%
Ethiopie	4,526,000	(540,000)	3,986,000	2,466,000	62%		15,219,000	15,219,000	10,390,000	68%	4,526,000	14,679,000	19,205,000	12,856,000	67%
Gabon	1,738,000	(246,000)	1,492,000	966,000	66%	326,000	58,000	384,000	219,000	57%	2,064,000	(188,000)	1,876,000	1,205,000	64%

MISE EN OEUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2002-2003 - PAYS

Au 31 décembre 2002

Pays	Budget ordinaire					Autres sources					Total				
	Approuvé	Transferts	Budget effectif	Réalisé	Taux	Approuvé	Transfert	Budget effectif	Réalisé	Taux	Approuvé	Transferts	Budget effectif	Réalisé	Taux
Gambie	2,029,000	(197,000)	1,832,000	1,495,000	82%		762,000	762,000	434,000	57%	2,029,000	565,000	2,594,000	1,929,000	74%
Ghana	2,245,000	(326,000)	1,919,000	1,175,000	61%		2,106,000	2,106,000	1,010,000	48%	2,245,000	1,780,000	4,025,000	2,185,000	54%
Guinée	2,900,000	(254,000)	2,646,000	1,750,000	66%		1,110,000	1,110,000	715,000	64%	2,900,000	856,000	3,756,000	2,465,000	66%
Guinée-Bissau	2,308,000	(109,000)	2,199,000	1,533,000	70%		56,000	56,000	31,000	55%	2,308,000	(53,000)	2,255,000	1,564,000	69%
Kenya	2,586,000	(209,000)	2,377,000	1,641,000	69%		4,429,000	4,429,000	2,432,000	55%	2,586,000	4,220,000	6,806,000	4,073,000	60%
Lesotho	2,454,000	(664,000)	1,890,000	729,000	39%		384,000	384,000	116,000	30%	2,454,000	(180,000)	2,274,000	845,000	37%
Libéria	2,724,000	(166,000)	2,558,000	2,127,000	83%		899,000	899,000	701,000	78%	2,724,000	733,000	3,457,000	2,828,000	82%
Madagascar	2,532,000	(318,000)	2,214,000	1,175,000	53%		3,767,000	3,767,000	3,105,000	82%	2,532,000	3,449,000	5,981,000	4,280,000	72%
Malawi	2,685,000	(303,000)	2,382,000	1,425,000	60%		2,913,000	2,913,000	673,000	23%	2,685,000	2,610,000	5,295,000	2,099,000	40%
Mal	3,153,000	(372,000)	2,781,000	1,769,000	64%		913,000	913,000	707,000	77%	3,153,000	541,000	3,694,000	2,476,000	67%
Mauritanie	2,553,000	(255,000)	2,298,000	1,376,000	60%		807,000	807,000	457,000	57%	2,553,000	552,000	3,105,000	1,833,000	59%
Maurice	1,609,000	(111,000)	1,498,000	627,000	42%		13,000	13,000	2,000	15%	1,609,000	(98,000)	1,511,000	629,000	42%
Mozambique	3,149,000	(172,000)	2,977,000	1,916,000	64%		2,529,000	2,529,000	1,118,000	44%	3,149,000	2,357,000	5,506,000	3,034,000	55%
Namibie	2,103,000	(478,000)	1,625,000	1,331,000	82%		380,000	380,000	251,000	66%	2,103,000	(98,000)	2,005,000	1,582,000	79%
Niger	3,178,000	(123,000)	3,055,000	2,335,000	76%		1,408,000	1,408,000	1,118,000	79%	3,178,000	1,285,000	4,463,000	3,453,000	77%
Nigéria	4,255,000	(268,000)	3,987,000	2,789,000	70%		21,112,000	21,112,000	16,725,000	79%	4,255,000	20,844,000	25,099,000	19,514,000	78%
Réunion	196,000	(4,000)	192,000	37,000	19%		-	-	-	-	196,000	(4,000)	192,000	37,000	19%
Rwanda	3,085,000	(435,000)	2,650,000	1,395,000	53%		1,510,000	1,510,000	1,137,000	75%	3,085,000	1,075,000	4,160,000	2,532,000	61%
Sainte Héline	144,000	(3,000)	141,000	15,000	11%		-	-	-	-	144,000	(3,000)	141,000	15,000	11%

MISE EN OEUVRE DU BUDGET PROGRAMME 2002-2003 - PAYS

Au 31 décembre 2002

Pays	Budget ordinaire						Autres sources						Total				
	Approuvé	Transferts	Budget effectif	Réalisé	Taux		Approuvé	Transfert	Budget effectif	Réalisé	Taux		Approuvé	Transferts	Budget effectif	Réalisé	Taux
Sao Tomé & Príncipe	1,812,000	(327,000)	1,485,000	995,000	67%			36,000	36,000	27,000	75%		1,812,000	(291,000)	1,521,000	1,022,000	67%
Sénégal	2,450,000	(156,000)	2,294,000	1,370,000	60%			1,038,000	1,038,000	463,000	45%		2,450,000	882,000	3,332,000	1,833,000	55%
Seychelles	1,522,000	(135,000)	1,387,000	702,000	51%			6,000	6,000	(2,000)	-33%		1,522,000	(129,000)	1,393,000	700,000	50%
Sierra Leone	2,492,000	(130,000)	2,362,000	1,533,000	65%			3,101,000	3,101,000	1,105,000	36%		2,492,000	2,971,000	5,463,000	2,638,000	48%
Afrique du Sud	3,733,000	(430,000)	3,303,000	2,185,000	66%			2,033,000	2,033,000	1,063,000	52%		3,733,000	1,603,000	5,336,000	3,248,000	61%
Swaziland	2,077,000	(148,000)	1,929,000	1,278,000	66%			759,000	759,000	385,000	51%		2,077,000	611,000	2,688,000	1,663,000	62%
Togo	2,324,000	(140,000)	2,184,000	1,504,000	69%			640,000	640,000	127,000	20%		2,324,000	500,000	2,824,000	1,631,000	58%
Ouganda	2,894,000	(356,000)	2,538,000	2,560,000	101%			2,887,000	3,087,000	2,140,000	69%		3,094,000	2,531,000	5,625,000	4,700,000	84%
République Unie de Tanzanie	2,894,000	(354,000)	2,540,000	1,700,000	67%			7,119,000	7,119,000	3,637,000	51%		2,894,000	6,765,000	9,659,000	5,337,000	55%
Zambie	2,997,000	(439,000)	2,558,000	1,653,000	65%			2,168,000	2,168,000	1,404,000	65%		2,997,000	1,729,000	4,726,000	3,057,000	65%
Zimbabwe	2,966,000	(119,000)	2,847,000	1,594,000	56%			6,199,000	6,231,000	3,442,000	55%		2,998,000	6,080,000	9,078,000	5,036,000	55%
Total	119,533,000	(11,645,000)	107,888,000	72,678,000	67%			122,075,000	123,533,000	81,038,000	66%		120,991,000	110,430,000	231,421,000	153,716,000	66%

