ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE 1998-1999

RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de l'Afrique

ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE 1998-1999

RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL

AU COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

©
Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
(2000)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du Protocole No.2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous les droits réservés.

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

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

Imprimé à Harare, Zimbabwe.

Le Directeur régional a l'honneur de présenter au Comité régional le rapport d'activité du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique durant la période allant du 1er janvier 1998 au 31 décembre 1999.

Dr Ebrahim M. Samba
Directeur régional

SOMMAIRE

Pages

PREAMBULE vii

PREMIERE PARTIE : ACTIVITE DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE

INTRODUCTION ..... 1 - 2

Paragraphes

ACTIVITE DE L'OMS AU NIVEAU DES PAYS ..... 1 - 270

- Algérie ..... 1 - 4
- Angola ..... 5 - 12
- Bénin ..... 13 - 18
- Botswana ..... 19 - 22
- Burkina Faso ..... 23 - 28
- Burundi ..... 29 - 32
- Cameroun ..... 33 - 38
- Cap-Vert ..... 39 - 42
- République centrafricaine ..... 43 - 47
- Tchad ..... 48 - 56
- Comores ..... 57 - 60
- Congo (République du) ..... 61 - 64
- Côte d'Ivoire ..... 65 - 69
- République démocratique du Congo ..... 70 - 75
- Guinée équatoriale ..... 76 - 79
- Erythrée ..... 80 - 85
- Ethiopie ..... 86 - 94
- Gabon ..... 95 - 99
- Gambie ..... 100 - 107
- Ghana ..... 108 - 113
- Guinée ..... 114 - 118
- Guinée-Bissau ..... 119 - 127
- Kenya ..... 128 - 135
- Lesotho ..... 136 - 140
- Libéria ..... 141 - 147
- Madagascar ..... 148 - 154
- Malawi ..... 155 - 158
- Mali ..... 159 - 166
- Mauritanie ..... 167 - 171
- Maurice ..... 172 - 179
- Mozambique ..... 180 - 184
- Namibie ..... 185 - 190
- Niger ..... 191 - 195
- Nigéria ..... 196 - 201
- Rwanda ..... 202 - 206

Sao Tomé et Principe ..... 207 - 212
Sénégal ..... 213 - 218
Seychelles ..... 219 - 222
Sierra Leone ..... 223 - 228
Afrique du Sud ..... 229 - 235
Swaziland ..... 236 - 242
Togo ..... 243 - 248
Ouganda ..... 249 - 255
République Unie de Tanzanie ..... 256 - 259
Zambie ..... 260 - 265
Zimbabwe ..... 266 - 270

ACTIVITE DE L'OMS AUX NIVEAUX REGIONAL ET INTERPAYS ..... 271 - 347
Développement et gestion d'ensemble des programmes ..... 271 - 277
Division du développement des systèmes et services de santé ..... 278 - 289
Division de la santé de la famille et de la santé reproductive ..... 290 - 300
Division de la lutte contre les maladies transmissibles ..... 301 - 317
Division des milieux favorables à la santé et du développement durable ..... 318 - 330
Division de la lutte contre les maladies non transmissibles ..... 331 - 336
Division de l'administration et des finances ..... 337 - 347

CONCLUSION GENERALE DU RAPPORT ..... 348 - 351
Leçons à tirer 348
Perspectives pour la période biennale 2000-2001 ..... 349 - 351

DEUXIEME PARTIE : RAPPORT D'ACTIVITE SUR DES PROGRAMMES SPECIFIQUES

Opérations d'urgence et action humanitaire ..... 352 - 358
Ressources humaines pour la santé ..... 359 - 367
Politique et coordination en matière de recherche ..... 368 - 374
Santé bucco-dentaire ..... 375 - 378

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

Introduction 379
Evolution de la situation jusqu'à la quarante-neuvième session du Comité régional ... 380
Evolution de la situation après la quarante-neuvième session du Comité régional ... 381-383

ANNEXES Pages

1. Exécution du budget ordinaire 1998-1999 dans la Région africaine 125
2. Abréviations 128

PREAMBULE

Le rapport annuel du Directeur régional sur les activités de l'OMS dans la Région africaine, tel que soumis à la quarante-neuvième session du Comité régional, est conforme à la nouvelle présentation approuvée par cet organe lors de sa quarante-septième session relativement aux rapports des *années non budgétaires*. Suite au quitus donné par le Comité audit rapport annuel au vu de sa clarté et de sa convivialité, le Secrétariat a décidé de suivre le même format pour le présent rapport biennal. Cette nouvelle présentation devrait en faciliter l'examen ainsi que les délibérations du Comité régional.

Le présent rapport comprend trois parties. La première partie correspond au rapport biennal du Directeur régional pour l'exercice 1998-1999. Elle aborde notamment les principaux résultats du biennium 1998-1999. Elle comporte trois sections. La première section représente l'évaluation de l'activité de l'OMS au niveau des pays; la deuxième l'évaluation de l'activité de l'OMS aux niveaux régional et interpays et la troisième est la conclusion générale du rapport d'évaluation.

La deuxième partie fait le point de la mise en oeuvre des résolutions adoptées lors de sessions précédentes du Comité régional et dont il doit être rendu compte à la cinquantième session, à savoir : opérations d'urgence et action humanitaire (résolution AFR/RC47/R1); développement des ressources humaines pour la santé (résolution AFR/RC48/R3); politique et coordination en matière de recherche (résolution AFR/RC48/R4); et santé bucco-dentaire (résolution AFR/RC48/R5).

Enfin, la troisième partie fait le point sur la situation du Bureau régional de l'OMS à Brazzaville (Congo).

PART I

ACTIVITE DE L'OMS AU NIVEAU DES PAYS

INTRODUCTION

1. L'exercice 1998-1999 correspond à la deuxième période biennale du Neuvième Programme général de Travail (1996-2001).

2. Egalement il faut rappeler qu'au moment de l'élaboration du budget programme 1998-1999 et des plans d'action correspondants, les principaux axes de la collaboration de l'OMS avec les Etats Membres devaient être: la réforme du secteur de la santé en vue d'améliorer le fonctionnement des systèmes de santé et l'état de santé des populations; le développement des ressources humaines pour la santé; la lutte contre les maladies transmissibles; la réponse aux situations d'urgence et aux épidémies; la santé de la reproduction; l'intensification des stratégies et initiatives pour la survie de l'enfant; la promotion de la santé et le plaidoyer en faveur de la santé; et le renforcement de la coordination entre les partenaires du développement sanitaire au niveau des pays et à l'échelle de la Région.

3. A sa prise de fonctions, le Dr Gro Harlem Brundtland, nouveau Directeur général de l'OMS, a redéfini les priorités de l'Organisation et réorganisé la structure du Siège en conséquence. Il s'en est suivi la création de neuf groupes organiques en plus du Cabinet du Directeur général. En conséquence, le Bureau régional a modifié sa structure et ses fonctions, pour d'une part s'aligner sur les réformes opérées au Siège et d'autre part, faire face aux problèmes pressants liés au développement sanitaire dans la Région africaine.

4. Le réaménagement structurel du Bureau régional s'est accompagné de la définition de nouvelles priorités en complément de celles définies lors de la préparation du budget programme 1998-1999 et des plans d'action, à savoir : lutte contre les maladies non transmissibles; paludisme; VIH/SIDA et tuberculose; réduction de la pauvreté et développement durable.

5. Les enseignements tirés de l'évaluation de la mise en œuvre du budget programme 1996-1997 et des plans d'action correspondants ont inspiré la mise en œuvre du budget programme 1998-1999 et de ses plans d'action pour les activités régionales, interpays et nationales. En d'autres termes, on s'est efforcé à la fois de tirer parti des facteurs en ayant facilité l'exécution et de venir à bout des contraintes. Cette démarche a été très payante puisque les objectifs, aussi bien ceux des bureaux pays que du Bureau régional, ont été partiellement ou intégralement atteints à environ 80 %. De même, le taux d'exécution du budget, tant pour les bureaux pays que pour le Bureau régional, a été de 100 % (cf. Annexe 1). De ce double point de vue, les résultats ont été bien meilleurs que ceux de l'exercice précédent.

6. Au niveau des pays, les facteurs ayant facilité la mise en œuvre des activités (cf. Annexe 2) ont été : la décentralisation et la délégation des pouvoirs; l'appui technique de qualité fourni par le Bureau régional; l'amélioration des équipes pays (aux plans du dévouement, de l'engagement, de l'esprit d'équipe, du suivi des programmes et du rôle charnière des Représentants de l'OMS dans les pays); la

qualité supérieure de la planification; l'efficience des partenariats; l'efficacité de la collaboration et de la communication entre les bureaux de l'OMS dans les pays et les autorités nationales; un contexte politique favorable et des projets de développement appropriés, y compris l'existence de politiques, de plans et de cadres juridiques au niveau des pays; le renforcement des capacités des ministères de la santé, y compris la formation des administrateurs de programmes nationaux. Les facteurs qui ont entravé la mise en oeuvre des activités ont été : l'insuffisance des moyens dans les représentations de l'OMS; le trop grand nombre de programmes prioritaires inclus dans les plans; les activités supplémentaires et la répartition des ressources financières entre les activités; les moyens financiers limités; les chevauchements avec d'autres activités nationales; la faible maîtrise des procédures et règles gestionnaires de l'OMS; l'insuffisance de la communication et de la collaboration avec les autorités nationales; l'instabilité politique; les changements apportés par les gouvernements aux priorités et politiques et/ou les remaniements à la tête des ministères de la santé; et certaines déficiences des ministères de la santé.

7. Au niveau régional, les facteurs qui ont facilité la mise en œuvre des programmes (cf. Annexe 2) ont été : la disponibilité de cadres et outils techniques appropriés; pour certains programmes, l'étoffement des ressources humaines; la mobilisation réussie des ressources financières; la restructuration de l'OMS; l'esprit d'équipe; l'amélioration de la collaboration entre les unités et les divisions; la délégation des pouvoirs et la décentralisation; le renforcement des partenariats; l'existence d'équipes interpays; l'amélioration de la communication et de la collaboration avec les pays; de la part des Etats Membres, un engagement accru et des demandes toujours plus nombreuses en vue de la réalisation de certaines activités et initiatives. Les facteurs contraignants, quant à eux, ont été : le déplacement temporaire du Bureau régional; la mobilité fréquente du personnel de l'OMS; l'insuffisance des ressources humaines et financières affectées à certains programmes; certaines faiblesses dans le processus de planification notamment la planification commune avec les pays; une mauvaise coordination entre les trois niveaux de l'Organisation; les réponses tardives ou l'absence de réponse de la part des pays; l'instabilité politique dans certains pays.

8. Il convient d'ajouter que l'évaluation des programmes de coopération technique entre l'OMS et les pays a été menée en étroite collaboration avec les autorités nationales. Des rapports détaillés ont été soumis à ce sujet par chaque pays et par chaque division du Bureau régional.

Introduction

1. La période biennale 1998-1999 a été marquée par la fin de la crise politique dans le pays. La stabilité institutionnelle s'est traduite par une amélioration de la situation sanitaire et une redynamisation du système de santé du pays. Le Comité de sélection, de suivi et d'évaluation des projets de coopération avec l'OMS, présidé par le Secrétaire général du Ministère de la Santé et de la Population, comprenait des représentants de toutes les directions centrales du Ministère de la Santé et des institutions placées sous la tutelle de celui-ci. Le Bureau de liaison de l'OMS a participé à toutes les réunions de cette commission qui procède à une évaluation trimestrielle des projets sur la base des indicateurs de surveillance et d'évaluation arrêtés conjointement par les institutions responsables des projets de l'Organisation.

Réalisations

2. Au cours de l'exercice biennal, les activités de réforme lancées les deux années précédentes se sont poursuivies avec l'appui de l'OMS. Elles portaient notamment sur : la réforme du système national d'information sanitaire; la décentralisation et la régionalisation des actions de santé; la formation continue en santé publique; l'appui aux enquêtes; le soutien à la sécurité transfusionnelle; la santé en milieu scolaire; le renforcement de l'information et de la communication. On a par ailleurs exploré de nouveaux axes compatibles avec les objectifs et cibles de l'Organisation. Il s'agissait principalement de la contractualisation, du soutien aux activités de pharmacovigilance, du développement des activités de surveillance des risques chimiques et du renforcement de la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles.

Analyse

3. Parmi les facteurs ayant facilité les réalisations, on citera la création du Comité de suivi et d'évaluation de la mise en oeuvre des programmes de coopération technique entre l'Algérie et l'OMS; les réunions régulières de ce Comité; les contacts directs entre l'OMS et les administrateurs de projet; la formation suivie par l'agent de liaison et par le fonctionnaire chargé de l'administration. Divers éléments ont entravé la mise en œuvre : communication tardive par les administrateurs de programme, des documents requis à l'appui des demandes; effectifs insuffisants du Bureau de liaison; retards et erreurs de livraisons.

Conclusion

4. Pour faciliter et optimiser la mise en œuvre du programme de coopération technique au cours du prochain exercice biennal, il importe : d'améliorer le système de surveillance, le système d'approvisionnement de l'OMS, la coordination et la complémentarité des partenaires pour éviter les redondances et l'utilisation irrationnelle des ressources; de veiller à ce que les activités prévues dans le programme de coopération technique soient conformes aux priorités nationales.

ANGOLA

Introduction

5. La mise en œuvre des programmes de transition et de reconstruction, commencée après l'amorçage du processus de paix, est au point mort. L'insécurité est l'un des grands obstacles empêchant certains groupes de la population d'avoir accès aux services de santé de base, surtout dans les campagnes. Elle a entraîné une terrible réduction de la couverture sanitaire dans l'ensemble du pays, aboutissant à son tour à des flambées épidémiques et à une hausse de l'incidence des maladies endémiques et de la malnutrition, notamment chez les personnes déplacées et autres groupes vulnérables.

Réalisations

6. L'OMS s'est impliquée davantage dans la formulation et l'examen des politiques de santé et elle s'est concentrée sur la réforme du secteur de la santé. On a renforcé la capacité de gestion sanitaire des municipalités, énoncé une politique nationale des ressources humaines pour la santé, remanié le programme de formation en soins infirmiers et renforcé les capacités nationales en octroyant des bourses d'études à l'étranger ou dans le pays.

7. Deux objectifs avaient été fixés : 80 % des cas de paludisme graves ou compliqués devaient être correctement pris en charge par l'ensemble des établissements de santé de recours; la mortalité devait être réduite de 30 %. Ils ont été quasiment atteints. Par ailleurs, la santé de la reproduction, la santé de la famille et la santé communautaire n'ont pas été négligées : on a formé à cet effet des infirmières, des sages-femmes et des superviseurs, en insistant sur les techniques de la maternité sans risques. L'OMS a d'autre part aidé le programme national antituberculeux à coordonner les activités de lutte. La capacité du Ministère de la Santé a été renforcée de manière à faciliter l'exécution des projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement, ainsi que la surveillance de la qualité de l'eau. Quant au plan stratégique national pour 2000-2002, dont la définition a bénéficié de la participation d'un large éventail de partenaires, il a été approuvé par l'Assemblée nationale.

8. La politique transfusionnelle nationale a été approuvée. On a formé des techniciens de laboratoire au contrôle du sang; dans plusieurs hôpitaux provinciaux, on a installé des laboratoires spécialisés dans le dépistage du VIH; le diagnostic des MST s'est amélioré, de même que leur prise en charge syndromique; quant aux soins et aux conseils aux personnes vivant avec le SIDA, ils ont progressé. L'OMS a fourni aux provinces les plus touchées du matériel pour la banque de sang, y compris des trousses pour le dépistage du VIH.

9. On a préparé des directives pour le traitement de la malnutrition en cas de situation d'urgence. La santé et l'état nutritionnel des personnes déplacées ont reçu la plus grande attention. Le programme d'intervention d'urgence a été décentralisé et étendu à toutes les provinces, de manière qu'on puisse intervenir rapidement en cas de besoin.

10. Dans tout le pays, la surveillance épidémiologique s'est renforcée. Suite à l'épidémie de méningite survenue dans les provinces de Bie, Huambo et Malanje, et à celle de poliomyélite survenue dans les provinces de Luanda, Bengo et Benguela, le Bureau régional a dépêché trois consultants dans le pays pour renforcer le Programme élargi de vaccination. Les Journées nationales de vaccination ont enregistré un grand succès malgré les conditions ambiantes très difficiles. Enfin, chaque fois qu'il y a eu suspicion de paralysie flasque aiguë, on a mené des enquêtes.

Analyse

11. Ont notamment facilité la mise en oeuvre du programme : l'étroite collaboration entre l'OMS et le Ministère de la Santé; les réunions fréquentes entre les Ministres et les administrateurs de programmes pour que les activités soient menées à temps et suivies de près; la délégation des pouvoirs aux Représentants de l'OMS dans le pays pour l'émission des numéros d'imputation budgétaire; l'amélioration de la communication à tous les niveaux de l'Organisation; la rapidité du Bureau régional à répondre aux demandes; la transparence de la mise en œuvre du plan d'action. Parmi les difficultés rencontrées, on peut citer : l'échec du processus de paix; les mutations fréquentes à la tête du Ministère de la Santé; la démotivation du personnel due à l'insuffisance des salaires et au retard de leur versement; la faible capacité de réaction et d'absorption de certains programmes; les difficultés de communication entre les échelons central, provincial et municipal à l'intérieur du pays.

Conclusion

12. L'avenir du programme de coopération technique entre l'Angola et l'OMS est lié à l'évolution du processus de paix et à la consolidation des récents progrès. L'OMS devra continuer d'assumer un rôle directeur pour aider le Ministère de la Santé à énoncer clairement les priorités, à dresser des plans d'intervention stratégique judicieux et à mobiliser les ressources indispensables pour résoudre les problèmes de santé prioritaires. Il faudra également veiller à ce que la santé soit au centre de toutes les initiatives de reconstruction et de développement, y compris celles qui visent à faire disparaître la pauvreté.

BENIN

Introduction

13. Pour l'évaluation de l'exercice biennal 1998-1999, on s'est notamment fondé sur : les rapports d'activités du Ministère de la Santé; les rapports semestriels et à mi-parcours de l'exécution du plan d'action; les rapports concernant les diverses activités et enquêtes; les comptes rendus des séances de travail de l'équipe de l'OMS dans le pays; l'observation directe.

Réalisations

14. Au cours de l'exercice biennal, on a enregistré de nombreuses réalisations significatives : concertation fructueuse avec les ONG intervenant dans le domaine de la santé; formation dispensée à des associations féminines pour leur permettre de prendre en charge leur propre santé; établissement du profil épidémiologique et communication de renseignements scientifiques aux hôpitaux de zone; soutien direct pour la gestion de deux districts et pour le processus de création de zones sanitaires; participation à une analyse du secteur de la santé devant faciliter la définition d'un plan de développement du secteur de la santé; poursuite de la formation du personnel médical et paramédical spécialisé; élaboration d'une politique transfusionnelle nationale; inventaire des plantes médicinales et des tradipraticiens; fourniture d'un appui au centre de recherche en santé de la reproduction et organisation de campagnes de sensibilisation aux mutilations sexuelles féminines dans les deux départements les plus touchés; actualisation de la politique de la santé en milieu scolaire; relance du programme de réadaptation à base communautaire.

15. La gestion des maladies épidémiques s'est nettement améliorée grâce au bon fonctionnement du système d'alerte et à l'élaboration d'un plan national. On a mené des activités de surveillance dans les zones limitrophes du Niger et du Burkina Faso. Le programme de lutte contre le SIDA a été mieux structuré et la prise en charge des cas d'infection par le VIH a démarré, avec la participation de la société civile. On a d'autre part adopté la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Des progrès ont été accomplis sur la voie de l'éradication de la dracunculose. Suite à la découverte du poliovirus sauvage, on a lancé une campagne de ratissage de grande ampleur et prévu quatre Journées nationales de vaccination antipoliomyélitique en l'an 2000. Enfin, l'Initiative "Faire reculer le paludisme" est en passe d'être exécutée, tandis que se poursuivent les activités du programme accéléré de lutte antipaludique.

Analyse

16. Citons parmi les facteurs qui ont favorisé la mise en œuvre : l'efficacité de la collaboration entre les pouvoirs publics et les partenaires du développement sanitaire; la nomination au Ministère de la Santé d'un Secrétaire général pour mieux coordonner les activités; la création d'un nouveau Ministère chargé de la Planification et de la Coordination de l'Action gouvernementale, grâce auquel la concertation intersectorielle sur les questions de santé s'est élargie; l'amélioration de l'esprit

d'équipe au sein du Bureau de l'OMS; des réunions régulières pour la planification et le suivi des activités; la tenue d'une retraite annuelle; la délégation des pouvoirs pour l'émission des numéros d'imputation budgétaire au niveau du pays. Grâce à l'engagement personnel du Chef de l'Etat en faveur du secteur de la santé, celui-ci a bénéficié d'un rang de priorité accru.

17. Toutefois, l'absence d'un cadre général de planification de toutes les activités du secteur de la santé a constitué une contrainte importante. Il convient également de signaler que l'impact réel des activités de coopération sur les indicateurs de santé s'est révélé difficile à évaluer. On s'est donc parfois demandé si les activités planifiées correspondaient effectivement aux besoins du pays. Souvent, la propension à demander le prélèvement de fonds sur le budget de pays au profit d'activités lancées par le Bureau régional a donné lieu à des difficultés. Quant à la gestion des bourses d'études, tant de la part de l'OMS que des autorités nationales, elle ne s'est pas vraiment améliorée.

Conclusion

18. De toute évidence, le programme de coopération a été bien mieux géré par le Gouvernement et par l'équipe OMS dans le pays que lors de l'exercice biennal précédent. Néanmoins, il faut mieux définir les priorités de coopération. La formulation d'un plan de développement du secteur de la santé qui énoncerait clairement les priorités pour les cinq ou dix années à venir ainsi que les indicateurs devant faire l'objet d'une surveillance particulière permettrait aux activités de coopération de l'OMS de mieux refléter les préoccupations des populations en matière de santé.

BOTSWANA

Introduction

19. L'exercice biennal 1998-1999 s'est signalé par une évolution de la coopération technique de l'OMS avec le Botswana, caractérisée par la participation accrue des nationaux à la planification, à la surveillance et à l'évaluation du plan d'action. Pendant cette même période, on a senti la nécessité de mieux cibler la coopération technique de l'OMS sur certains domaines programmatiques, à des fins d'efficacité accrue. La présente évaluation s'est appuyée sur les documents suivants : le plan d'action 1998-1999; les rapports semestriels de surveillance; les rapports trimestriels de contrôle financier; les rapports d'analyse concernant certains programmes tels que la lutte contre la tuberculose ou la lutte contre le paludisme.

Réalisations

20. Méritent d'être signalés au chapitre des réalisations significatives : la révision du plan concernant les effectifs de santé; la tenue, à l'intention des équipes sanitaires de district, d'un atelier national sur la préparation aux situations d'urgence; dans quatre districts, l'organisation - particulièrement réussie - d'un concours sur la santé en milieu scolaire; un séminaire de sensibilisation sur les risques pour la santé sur le lieu de travail, avec la participation de 25 cadres; l'organisation de réunions de concertation et de planification pour les fonctionnaires chargés de la salubrité de l'environnement; la fourniture de matériel d'éducation sanitaire; l'introduction de la PCIME; la réalisation d'un taux de couverture vaccinal supérieur à 90 %, et cela pour tous les antigènes; l'évaluation du programme antituberculeux et l'application des recommandations issues de cette évaluation; la production et la diffusion de la sixième édition du manuel national de lutte contre la tuberculose; la révision et l'impression des directives pour la prise en charge du VIH/SIDA.

Analyse

21. Les activités ont fait l'objet d'une programmation continue durant tout l'exercice biennal. Le bureau du Représentant de l'OMS a témoigné d'une certaine souplesse qui a permis de réaffecter des fonds initialement alloués à des activités planifiées vers d'importantes activités nouvelles non planifiées, et cela pour répondre aux besoins du pays. Les écarts constatés entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'expliquaient en grande partie par l'absence de suivi et de contrôle financier réguliers de la mise en œuvre des activités. Les estimations budgétaires retenues lors de la planification n'étaient donc pas toujours précises, ce qui a souvent entraîné des variations substantielles des dépenses lors de la mise en oeuvre.

Conclusion

22. On a tiré un certain nombre d'enseignements de la mise en œuvre et de l'évaluation du plan d'action biennal. Il convient que des nationaux participent d'emblée intimement au processus de planification, comme cela a été le cas pour le budget programme 2000-2001. Quant à la budgétisation des diverses activités pendant l'élaboration du plan d'action, elle

doit se faire avec un maximum de précision. La reprogrammation des activités, autorisée par le Bureau de pays de l'OMS en 1998-1999, ne se justifiera peut-être plus dorénavant puisque les administrateurs de programme seront impliqués de plus près dans la planification. Les activités non planifiées ou supplémentaires ne devraient être par ailleurs autorisées qu'à titre exceptionnel, c'est-à-dire si elles sont dûment justifiées. Tout au long de l'exercice biennal, il y aura lieu de surveiller méthodiquement et soigneusement le déroulement des activités pour s'assurer que celles-ci donnent les résultats escomptés et concordent avec le budget.

BURKINA FASO

Introduction

23. Le programme de coopération technique au titre de l'exercice biennal 1998-1999 a été défini conformément aux priorités fixées par le Ministère de la Santé, aux indications fournies par le Gouvernement et aux résolutions pertinentes du Comité régional. Il était donc axé sur : les politiques et stratégies de santé; la promotion de la maternité sans risques; l'éducation et la communication pour la santé, la salubrité de l'environnement; la lutte contre les principales épidémies et maladies endémiques du pays.

24. L'évaluation effectuée à la fin de la période biennale avait pour objectif d'apprécier le niveau de succès atteint dans la mise en œuvre du plan d'action afin d'améliorer la planification au titre des exercices ultérieurs. Elle a reposé sur les rapports d'activité établis à la fois par les coordonnateurs nationaux et les administrateurs des programmes OMS dont les plans de travail sont dressés à partir du programme de coopération de l'OMS, des plans d'action du Ministère et des revues trimestrielles et annuelles.

Réalisations

25. L'exercice biennal s'est signalé par d'importantes réalisations significatives : essor marqué des activités de recherche dans le domaine de la santé grâce, en bonne partie, à l'appui technique et financier du Ministère des Enseignements secondaire et supérieur et de la Recherche scientifique (MESSRS) et des divers partenaires, dont l'OMS; opérationnalisation des districts sanitaires; renforcement du programme de formation en hygiène dans les centres de formation pour jeunes filles de Niassan et Débé; sensibilisation du public aux problèmes des maladies mentales, du diabète et du tabagisme; conception d'outils et de mécanismes communautaires de surveillance de la malnutrition; application généralisée de la stratégie DOTS pour la prise en charge des cas reconnus de tuberculose; amélioration des taux de complétude des rapports de notification de cas pour les épidémies; réaction efficace et prompte à chaque flambée épidémique; mobilisation d'importantes ressources financières pour la lutte contre le SIDA et les MST; intensification des activités de lutte antipaludique sur le terrain, doublée du lancement de l'Initiative Faire reculer le paludisme (RBM).

Analyse

26. En 1998-1999, le programme de coopération entre l'OMS et le Burkina Faso a été exécuté de manière satisfaisante, notamment grâce : à la délégation de pouvoirs accrus au Représentant de l'OMS; à l'amélioration de l'appui administratif; à une implication plus poussée des responsables nationaux aux plans de la formulation, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du programme; au renforcement du partenariat local par le truchement de conférences annuelles des partenaires de la santé sous l'égide du Ministère de la Santé, de rencontres trimestrielles des partenaires sous l'égide de l'OMS et de réunions des groupes thématiques.

27. Les contraintes et difficultés ont tenu notamment : à la mobilité des responsables nationaux; à la maîtrise insuffisante du processus gestionnaire; à la faible participation des responsables sanitaires des niveaux intermédiaire et périphérique, ainsi que des autres secteurs intéressés tels que le Ministère de l'Economie et des Finances, les ONG et la société civile au processus de planification. En 1999, les réunions entre l'OMS et les chefs de programme ont été rares, avec pour conséquence le non suivi de la mise en oeuvre des activités par le Ministère de la Santé comme prévu. On en a conclu qu'en 2000-2001, il faudrait faire participer à la formulation du plan d'action ces acteurs incontournables du développement socioéconomique que sont le Ministère de l'Economie, du Plan et des Finances, les institutions spécialisées des Nations Unies, les médias et les fonctionnaires du Ministère de la Santé des niveaux provincial et national.

Conclusion

28. Le renforcement du rôle directeur de l'OMS pour les questions en rapport avec la santé et de la coordination des actions des partenaires devrait permettre d'améliorer les résultats du système de santé. L'amélioration de la mise en oeuvre du programme et de la coordination d'ensemble de la planification au sein du Ministère de la Santé est donc indispensable pour que le programme de coopération soit géré correctement.

BURUNDI

Introduction

29. Le présent rapport se fonde sur des informations tirées des documents suivants : Activités de l'OMS dans la Région africaine, 1996-1997; Budget programme 1998-1999; Budget programme 2000-2001; comptes rendus du bureau de pays de l'OMS de 1998 et 1999; profil de pays et cartographie sanitaire du Burundi.

Réalisations

30. Au cours de la période considérée, les principales réalisations ont été les suivantes : élaboration du plan biennal relatif à l'octroi de bourses, et octroi des dites bourses conformément à ce plan; conception d'un plan national pour la maternité sans risque; achèvement d'une enquête sur la santé des adolescents ; formation d'un plan stratégique quinquennal en faveur de la santé des adolescents; rédaction d'un plan d'action pour la santé mentale; organisation de voyages d'études pour la PCIME; formation des formateurs en santé mentale; formation de laborantins et fourniture de réactifs aux centres nationaux et régionaux de transfusion sanguine; formation de 120 agents de santé au diagnostic des MST; organisation réussie de Journées nationales de vaccination (JNV).

Analyse

31. La mise en œuvre des activités a été entravée comme précédemment par l'insécurité et la crise sociopolitique, lesquelles ont parallèlement empêché l'exécution complète et efficace de la réforme du système national de la santé, amorcée en 1995. Cette situation, dont la sécurité alimentaire s'est ressentie, est à l'origine de la malnutrition généralisée observée dans le pays. L'appauvrissement croissant des communautés a également pesé sur l'autonomie de gestion des établissements de santé, sur le recouvrement des coûts et sur l'amélioration de l'accès à des soins de santé de qualité. Ne comprenant pas toujours l'intérêt des conseils techniques de l'OMS, le pays a eu parfois tendance à demander des fonds pour financer directement les activités. L'équipe de pays a témoigné d'une mauvaise maîtrise du processus gestionnaire durant tout l'exercice considéré, phénomène aggravé par la diminution de ses effectifs imputable en partie à la disparition de deux de ses membres la même année.

Conclusion

32. L'estimation du montant du budget de chaque programme au moment de la préparation du budget programme a été de manière générale très différente de celle figurant dans le plan détaillé qui a été finalement adopté. La raison en a été que les propositions ont été soumises deux ans avant le début de l'exercice biennal et qu'entre-temps la situation s'est fortement modifiée. Il convient donc de revoir le cycle de budgétisation du programme tel que pratiqué par l'Organisation, de manière que les renseignements figurant au budget programme demeurent pertinents au moment de la planification opérationnelle.

Introduction

33. Les domaines prioritaires du plan d'action biennal étaient les suivants : l'éradication de la poliomyélite; l'élimination du tétanos néonatal et de la lèpre; la promotion des soins de santé primaires; la promotion de la salubrité de l'environnement au niveau des communautés rurales et suburbaines; la promotion des comportements favorables à la santé, l'accent étant mis sur l'information et l'éducation; la lutte contre les maladies prévalentes (tuberculose, paludisme, trypanosomiase, diarrhée et infections respiratoires aiguës); le développement et la gestion des systèmes de santé. La présente évaluation s'appuie sur l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre de la coopération ainsi que sur les rapports d'activité.

Réalisations

34. L'OMS a soutenu le développement des programmes de santé prioritaires. Elle a notamment fourni un appui technique à la préparation du plan national de développement sanitaire et au renforcement des capacités techniques et gestionnaires du personnel national. Cet appui a facilité : l'élaboration de divers documents politiques; la création d'un centre national d'approvisionnement en médicaments et produits pharmaceutiques essentiels; l'amorce de la maîtrise des effectifs du Ministère de la Santé; le fonctionnement du laboratoire national de contrôle de qualité; l'approvisionnement en eau potable des zones du pays où les maladies diarrhéiques connaissent une forte incidence. En outre, les activités de plaidoyer se sont poursuivies sans relâche auprès des acteurs du développement de la santé, ce qui a contribué à accroître la visibilité de l'action de santé et la mobilisation des ressources pour la santé.

35. Les actions de l'OMS et des autres partenaires de la santé ont permis de remarquables progrès dans la voie de l'élimination ou de l'éradication de certaines maladies. La prévalence de la lèpre, précédemment de 3,5 cas pour 10 000 habitants, est tombée à 1,5 cas pour 10 000 habitants en 1998-1999. De même, dans les foyers soumis à la surveillance, on n'a signalé aucun cas de dracunculose autochtone. Les Journées nationales de vaccination contre la polio et la rougeole ont été couronnées de succès, la couverture dépassant 80 %. La surveillance épidémiologique des cas de paralysie flasque aiguë a elle aussi été satisfaisante en général. On s'est efforcé de profiter des Journées nationales de vaccination pour relancer les activités systématiques du programme élargi de vaccination dans le pays.

36. La prise en charge des cas de tuberculose s'est améliorée dans le pays grâce d'une part à la sensibilisation du public et des autorités et d'autre part à la stratégie DOTS et à l'application, avec l'aide de l'OMS, de cette stratégie dans l'une des provinces du pays. On a en outre lancé des interventions concernant les maladies émergentes et réémergentes. Un plan de lutte contre les épidémies a été élaboré, un stock de médicaments et fournitures essentiels ayant été par ailleurs constitué à l'échelon central. Dans le cadre de l'ONUSIDA, l'OMS a tout

spécialement mis l'accent sur les efforts de lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA. Il en a résulté une prise de conscience accrue des multiples groupes cibles au sujet des dangers de la pandémie, et aussi une réorganisation de la lutte à tous les niveaux du système de santé. Pour ce qui est de la lutte contre les maladies épidémiques, la prise en charge des cas de paludisme grave est désormais meilleure. Quant à la diffusion des techniques d'imprégnation des moustiquaires avec des insecticides, trois centres provinciaux ont été ouverts, et leur personnel a été dûment formé.

Analyse

37. La mise en œuvre du programme de coopération technique de l'OMS a grandement bénéficié de la participation active des autorités et de celle des populations bénéficiaires. L'amélioration de la collaboration entre les partenaires, l'obtention d'un financement extérieur accru pour les programmes de santé, une meilleure réponse à la mobilisation des ressources pour permettre au pays de faire face aux situations d'urgence et de catastrophe, la volonté politique et la stabilité générale du pays ont tous été des facteurs favorables à la mise en œuvre. Au chapitre des contraintes majeures, on s'est toutefois heurté à la lenteur du déblocage des fonds nécessaires à l'exécution des activités du budget ordinaire au cours de la première année de l'exercice, et souvent, également, à des retards d'exécution de la part du Gouvernement.

Conclusion

38. Dans les années à venir, l'action de l'OMS visera à mobiliser des ressources supplémentaires au profit d'une amélioration de l'organisation du système national de santé et de la santé de la population.

Introduction

39. La coopération technique de l'OMS était axée sur la promotion des soins de santé primaires, la salubrité de l'environnement au sein des communautés, la préparation et la réponse aux situations d'urgence et aux épidémies, le développement des ressources humaines pour la santé, la lutte contre la malnutrition latente et la promotion de modes de vie sains. L'évaluation du programme de coopération s'est fondée sur les sources suivantes : rapports périodiques préparés conjointement par l'OMS et le Ministère de la Santé; rapports financiers sur les activités menées; rapports sur certaines activités du programme; rapport biennal et rapport d'évaluation à mi-parcours pour 1998.

Réalisations

40. Les principales réalisations de l'exercice biennal ont été : le renforcement des effectifs du personnel spécialisé, surtout dans le domaine du génie civil (assainissement); l'actualisation des connaissances du personnel de santé; la livraison rapide des vaccins et autres fournitures pour les situations d'urgence et l'approvisionnement des districts en médicaments essentiels; le renforcement des capacités de gestion et d'intervention au niveau du district; la lutte contre les épidémies; la mise en service de la bibliothèque du Ministère de la Santé; la commémoration des Journées mondiales de la Santé, dont on sait la grande importance pour la santé; la production et la diffusion de la brochure sur les interventions essentielles de santé maternelle et infantile.

Analyse

41. L'exécution de certaines activités planifiées a requis plus de temps et de moyens financiers que prévu, tandis qu'on enregistrait de fréquentes demandes d'allocation de fonds pour des activités non planifiées. Cette situation résultait de contraintes gestionnaires et de la surcharge du personnel du Ministère de la Santé. Toutefois, l'organisation de revues périodiques conjointes par des cadres du Ministère de la Santé et l'équipe de l'OMS dans le pays, et l'amélioration notable des communications ont permis d'en atténuer les effets et de réaffecter des fonds à certaines activités répondant mieux aux besoins nationaux.

Conclusion

42. A en juger par les résultats obtenus et par la visibilité accrue de l'OMS, la mise en œuvre du programme de coopération 1998-1999 a été une réussite, malgré les contraintes évoquées ci-dessus. Il convient de signaler à cet égard que la rapidité avec laquelle le Bureau régional a donné suite aux demandes du pays a beaucoup facilité l'exécution des activités prévues dans le programme biennal.

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Introduction

43. La situation sanitaire du pays se caractérise par de forts taux de mortalité infantile (97 pour 1000 naissances vivantes) et maternelle (948 pour 100 000 naissances vivantes). L'espérance de vie à la naissance est de 49 ans. Le profil épidémiologique est dominé par les maladies infectieuses et parasitaires, VIH/SIDA et MST compris, et par une recrudescence de certaines maladies endémiques telles que la tuberculose ou la trypanosomiase. Les principaux objectifs de la coopération technique de l'OMS avec le pays ont été : le renforcement des politiques et stratégies de développement sanitaire; la promotion de la réforme; l'appui à la lutte contre les maladies transmissibles, dont le VIH/SIDA, et aux maladies non transmissibles; le développement des ressources humaines pour la santé.

Réalisations

44. Les réalisations les plus significatives ont été: l'évaluation du plan national de développement sanitaire 1994-1998; l'élaboration de la politique de santé et du plan intérimaire de développement sanitaire, qui se poursuit actuellement; la formation de personnels spécialisés, médicaux et paramédicaux; l'organisation réussie des Journées nationales de vaccination en 1998-1999; l'instauration d'un mécanisme efficace de surveillance épidémiologique intégrée, notamment pour la paralysie flasque aiguë, et de lutte contre les épidémies; l'amélioration de la qualité des services dans 74 formations sanitaires périphériques consécutivement à la formation ou au recyclage du personnel ainsi qu'à la surveillance et à l'encadrement.

45. En outre, il a été créé une base de données en matière d'informations à l'intention des centres de santé primaires et des postes de santé communautaires. Un accord sur un ensemble minimum de prestations de santé a été signé. Il a été élaboré et diffusé la politique et le programme nationaux concernant la santé des adolescents. On a formé à la salubrité de l'environnement 200 chefs de village, 20 agents de santé et 30 marchands de denrées alimentaires. Il a été déterminé le niveau de chimiorésistance à la chloroquine dans trois régions.

Analyse

46. Les difficultés majeures dans la réalisation des objectifs étaient essentiellement liées au non-paiement des salaires du personnel de santé et à l'insécurité régnant dans l'arrière pays, qui a limité les activités sur le terrain.

Conclusion

47. L'exécution du programme de coopération a été globalement satisfaisante pendant l'exercice biennal : 73 % des objectifs ont été complètement atteints et 27 % l'ont été partiellement. On espère que la stabilisation de la situation économique et politique facilitera la mise en œuvre du programme de coopération pendant le prochain exercice biennal.

Introduction

48. Le présent rapport se fonde sur des relevés épidémiologiques, des rapports de mission, des rapports financiers, et les résultats d'enquêtes.

Réalisations

49. Le système de surveillance épidémiologique intégrée, qui a été mis en place en 1997 et concernait avant tout les cas de paralysie flasque aiguë (PFA) est devenu complètement opérationnel en 1999; il inclut désormais quatre sections régionales. Trois Journées nationales de Vaccination ont été organisées: deux en 1998, une l'année suivante. En 1998, la couverture vaccinale a été de 93 % lors du premier passage et de 91 % lors du second. Pour 1999, les résultats provisoires indiquent un taux de 108 %, grâce à la stratégie du porte-à-porte. A l'occasion de ces journées nationales de vaccination, on a dispensé une supplémentation en vitamine A. Quant à la couverture vaccinale pour la rougeole, elle a, en 1999, atteint 81 % dans 44 agglomérations d'au moins 5000 habitants.

50. Le nombre annuel de cas de paludisme enregistrés a été en constante progression. Ce phénomène est en partie dû à l'augmentation du nombre de formations sanitaires opérationnelles. En revanche, le nombre de décès enregistrés dans les hôpitaux a fortement reculé grâce à une amélioration significative de la prise en charge des cas. Le nombre de centres d'imprégnation de moustiquaires est passé de 54 en 1998 à 85 un an après.

51. Vingt-cinq nouveaux cas de dracunculose ont été notifiés en 1997, dont 22 ont été isolés. En 1998, seuls trois cas ont été enregistrés, et tous ont été isolés. En 1999, on n'a signalé aucun cas autochtone actif. Un seul cas importé du Nigéria l'a été. Cinq préfectures ont bénéficié du traitement à l'ivermectine axé sur les communautés, à hauteur de 82 % environ. Quant à la couverture de la lèpre par la polychimiothérapie, elle a atteint 100 %, le taux de prévalence de cette maladie tombant de 2,21 en 1997 à 1,38 en 1998 puis à 0,87 pour 10 000 habitants en 1999.

52. Un Centre d'appui psycho-médico-social, désormais fonctionnel grâce à l'aide d'ONG et d'institutions des Nations Unies, contribue à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Depuis son lancement en 1998, le programme national pour la santé mentale est mieux compris du public, grâce à des activités de mobilisation sociale menées par des groupes d'intérêts œuvrant pour le soutien, la réinsertion et la prise en charge des malades mentaux, et aussi grâce à l'efficacité de divers programmes radiophoniques, conférences et débats. Dans le cadre de l'Initiative de Bamako, on a par ailleurs fourni des médicaments essentiels à 15 formations sanitaires.

53. Les programmes de formation des travailleurs sociaux ont été réformés et mis en œuvre. Quatre centres régionaux de formation des agents techniques de santé ont été rendus fonctionnels. Trente médecins constituant la première promotion de la Faculté de Médecine ont reçu leur diplôme de docteur

en médecine en 1999. Le programme de bourses a été renforcé, des bourses ont été octroyées par l'OMS pour la formation à l'intérieur du pays et à l'étranger.

54. Il s'est tenu un atelier national de consensus en vue d'élaborer un plan d'action pour la santé de la reproduction, et un autre consacré aux activités de plaidoyer pour faire cesser les mutilations sexuelles féminines. La commémoration des Journées mondiales et nationales de la Santé en rapport avec la promotion de la santé a été l'occasion de produire et de diffuser des messages sanitaires. Quatre numéros du bulletin INFO-OMS ainsi qu'un dépliant ont été publiés et distribués.

Analyse

55. Malgré les contraintes imposées par le manque de ressources matérielles et financières, la pénurie de personnel qualifié et, entres autres, les épidémies de choléra et de méningite, la mise en œuvre du plan d'action biennal a été satisfaisante.

Conclusion

56. La préparation du plan d'action 2000-2001 a tenu compte des contraintes observées dans la mise en œuvre du plan d'action 1998-1999.

Introduction

57. Au cours de l'exercice biennal 1998-1999, le programme de coopération technique entre l'OMS et les Comores a permis d'atteindre les objectifs nationaux prioritaires de développement sanitaire en insistant spécialement sur les domaines suivants : les réformes du secteur de la santé et la gestion des établissements; l'appui aux initiatives à base communautaire et au développement des ressources humaines; la promotion de la santé; la salubrité de l'environnement; la lutte contre la maladie (promotion et utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide); la surveillance épidémiologique.

Réalisations

58. Les principales réalisations du programme ont été : l'opérationalisation du plan national de développement sanitaire; l'élaboration d'un plan de développement des ressources humaines pour la santé; la conception de programmes de formation pour 1998-1999 et 2000-2001; l'achèvement du cadre juridique qui vaudra pour l'ensemble du secteur pharmaceutique; l'élaboration définitive de la politique pharmaceutique nationale pour son adoption par le Conseil des Ministres; la mobilisation et la répartition des fonds devant servir à gérer les pharmacies de district; le renforcement du système d'information de santé publique; la [illegible] préparation des plans de mise en oeuvre. Les centres spécialisés; la formation ou le recyclage de laborantins; l'achat et la distribution d'antipaludiques; la fourniture d'équipements de laboratoire; la communication de renseignements sur le programme national de lutte contre le VIH et les MST; la mise en place d'une surveillance mensuelle active; l'adoption et la diffusion d'un document sur la politique nationale de lutte contre la tuberculose et la lèpre; la formation ou le recyclage de 40 majors et 19 laborantins affectés à la lutte contre la tuberculose et la lèpre; une couverture vaccinale de 80 % pour les enfants de moins d'un an; une enquête nationale sur la santé mentale.

Analyse

59. La coopération technique entre la République fédérale islamique des Comores et l'OMS avait pour objet d'appuyer la réalisation des objectifs nationaux prioritaires et de renforcer le système de santé dans les domaines suivants : gestion, décentralisation et intégration des programmes et initiatives à base communautaire dans le cadre des soins de santé primaires; opérationalisation des districts sanitaires; formation du personnel; lutte contre la maladie. Les programmes ont été adéquats et les ressources suffisantes. Toutefois, les services concernés du Ministère de la Santé ont fait preuve de lenteur dans la préparation des plans de mise en oeuvre. Les

Introduction

128. La présente évaluation s'est basée sur divers rapports de programmes établis par le Ministère de la Santé, et notamment sur : les comptes rendus d'activités de divers programmes, les rapports annuels et les rapports d'ensemble, ainsi que les plans d'action et certains documents stratégiques du Ministère de la Santé. En outre, des consultations et des entretiens ont eu lieu avec plusieurs directeurs de programmes.

Réalisations

129. Le paidoyer en faveur de la santé a été mené efficacement dans tout le pays, surtout à l'occasion des Journées mondiales de la Santé, qui connaissent un retentissement international. A la suite de l'attentat à la bombe perpétré à Nairobi en 1998, des fournitures d'urgence ont été mises à disposition dans les 72 heures. L'élaboration du Plan stratégique national du secteur de la santé 1999-2004 a bénéficié d'un soutien. Les résultats de l'étude sur la décentralisation, à laquelle l'OMS et divers partenaires ont contribué, ont été exploités pour affiner les méthodes applicables en la matière. Dans trois districts, on a procédé aux tests préliminaires des outils élaborés par le Bureau régional pour évaluer le fonctionnement des systèmes de santé de district.

130. Le programme de mise en oeuvre de la politique pharmaceutique nationale du Kenya avec l'assistance technique de l'OMS - qui en est l'agence d'exécution - a permis d'obtenir les résultats suivants : mise sur pied d'un comité national pharmaceutique et thérapeutique; élaboration de directives applicables aux dons de médicaments au Kenya et pour l'élimination sans danger des déchets pharmaceutiques; conception de matériels didactiques sur la gestion efficace et l'usage rationnel des médicaments; examen et actualisation de la législation pharmaceutique. On a également fourni un appui technique et financier au Service kenyan de coordination des fournitures médicales, de manière à faire de celui-ci un établissement semi-autonome d'approvisionnement pharmaceutique.

131. Un appui a été fourni pour la formation post-universitaire de trois étudiants en santé publique dans des universités kenyannes, la spécialisation de quatre autres étudiants en épidémiologie appliquée et l'organisation de stages pratiques pour dix étudiants en radiologie dans un centre situé en zone rurale. La revue du système d'information pour la gestion sanitaire des districts, et les outils utilisés à l'échelon du district, ont également bénéficié d'un soutien. Des activités de renforcement des capacités ont été lancées dans dix districts à l'intention des sages-femmes, des membres des équipes de santé de district et des accoucheuses traditionnelles. Suite à la sensibilisation des responsables de la santé à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), cette méthode a été systématiquement adoptée dans l'ensemble du pays.

132. Ont par ailleurs bénéficié d'un soutien : l'évaluation de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement dans le district de Thika; l'étude de la qualité de l'eau dans trois municipalités; le renforcement, à l'Université Moi, du Département de la

Salubrité de l'Environnement; l'élaboration d'une politique de l'assainissement. Sur la base des données recueillies lors de l'étude sur la prévalence du VIH dans 23 sites sentinelles, le Gouvernement kenyan a, au mois de décembre 1999, proclamé le SIDA "catastrophe nationale". Dans le dessein de renforcer la surveillance des maladies à l'échelon du district, un appui a été fourni à la définition d'un canevas stratégique national utilisable à tous les niveaux.

133. L'appui a par ailleurs concerné la conception et la diffusion nationale de directives portant sur le traitement du paludisme. Des activités de formation ont été organisées dans les districts de 13 provinces exposées aux épidémies. Une formation a par ailleurs été dispensée aux équipes sanitaires des provinces concernées. Le programme élargi de vaccination a été renforcé, cependant que le programme d'éradication de la poliomyélite suivait son cours. Grâce à une action concertée de plaidoyer, la contribution budgétaire de l'Etat au programme, auparavant négligeable, a été de presque 33 % entre 1997 et 1999. Deux séries de Journées nationales de vaccination ont eu lieu au cours de l'exercice biennal et ont atteint un taux de couverture de 82 %. Quant au dépistage des cas de paralysie flasque aiguë, il a progressé de 0,07 à 1,64 pour 100 000.

Analyse

134. Les réalisations ont tenu pour une bonne part au dynamisme du Comité de coordination interinstitutions, créé lors de l'exercice 1998-1999. Si l'on n'a pas enregistré de meilleurs résultats, c'est parce que les infrastructures du district se sont détériorées, de même que les moyens de transport, que le personnel s'est montré peu motivé et enfin que certains partenaires de premier plan ont retiré leur appui. L'absence de stratégies d'information, d'éducation et de communication a elle aussi pesé sur la mise en œuvre du programme. Citons par ailleurs comme autres facteurs contraignants : la grève du personnel infirmier entre novembre 1998 et février 1999; la redéfinition d'activités prioritaires; la survenue de flambées épidémiques.

Conclusion

135. Malgré ces contraintes, les réalisations enregistrées au cours de la période biennale ont été, de manière générale, remarquables. L'adoption du Plan stratégique national relatif au secteur de la santé et des stratégies relatives à la PCIME et à la maternité sans risque mérite une mention particulière. L'OMS est désormais considérée comme le chef de file du développement sanitaire.

Introduction

136. Pour évaluer les résultats de l'exercice biennal 1998-1999, on s'est basé principalement sur: les rapports des directeurs de programmes; les rapports trimestriels de l'équipe de l'OMS au Lesotho; les comptes rendus des ateliers; les rapports des visites de suivi, et enfin le contenu d'entretiens ou de réunions avec divers collaborateurs du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. Une retraite de trois jours a été organisée en juillet 1999 pour faire le point de l'exécution du plan d'action 1998-1999. Y ont assisté d'une part le Ministre de la Santé lui-même, accompagné de son chef de cabinet et de plusieurs hauts fonctionnaires du Ministère, des districts et des régions, et d'autre part, pour l'OMS, le Représentant au Lesotho et des membres de l'équipe de pays.

Réalisations

137. De multiples réalisations significatives ont eu lieu en 1998-1999 : examen de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako; formulation partielle de la politique pharmaceutique nationale; formation en rapport avec la politique de salubrité des aliments; dans le domaine de la santé des adolescents, élaboration d'une étude préliminaire ainsi que d'un manuel de formation; formation relative à l'initiative nationale sur la maternité sans risque, et sensibilisation des districts à cette initiative; lancement partiel de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME); commémoration réussie des Journées mondiales de la Santé; achat de modèles de démonstration pour les soins dentaires; renforcement des capacités et maillage des établissements de santé pour la préparation et la réponse aux situations d'urgence, et formulation de plans d'urgence pour les hôpitaux; pour le VIH/SIDA, élaboration d'une politique de lutte et d'un plan stratégique, ainsi que production du rapport 1996-1997 de surveillance du VIH par réseau sentinelle.

Analyse

138. Pour le Lesotho, l'exercice biennal 1998-1999 a été couronné de succès. Les résultats attendus ont été pour l'essentiel atteints, en grande partie grâce : à l'amélioration de la coopération entre le bureau de pays de l'OMS et ses interlocuteurs du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale; aux visites conjointes sur le terrain; à des réunions ad hoc avec les responsables des programmes au sein du Ministère de la Santé. Au chapitre des facteurs ou actions diverses ayant favorisé cette réussite, il vaut en outre la peine de mentionner la planification multisectorielle - notamment pour ce qui est des campagnes contre la poliomyélite, la tuberculose et la rougeole - la célébration des Journées mondiales de la Santé et l'Initiative "Se libérer du tabac". Enfin, la promptitude avec laquelle le Bureau régional a donné suite aux demandes d'assistance technique a grandement facilité les travaux au niveau du pays.

139. Au cours de l'exercice biennal, le Lesotho a été durement frappé par la sécheresse. En outre, la situation dans le pays s'est trouvée compliquée par les licenciements massifs d'ouvriers survenus dans le secteur minier en Afrique du Sud. La montée du chômage a exacerbé la misère qui a, selon les estimations, atteint 54 % dans les campagnes

et 27 % dans les villes. Pendant le premier semestre de 1998 - année électorale - des désordres sociaux ont marqué les campagnes politiques. C'est à partir de 1999 seulement qu'on a donc pu lancer l'exécution des activités pour la plupart des programmes. Ce retard, doublé d'une décision de suspendre la majorité des activités au profit des journées nationales de vaccination contre la poliomyélite et la rougeole, aggravé de surcroît par un manque de capacité institutionnelle du Ministère, s'est soldé par la réaffectation de certains montants, le report d'activités à la prochaine période biennale et la réalisation d'activités non prévues initialement. La mise en œuvre s'est trouvée en outre gênée par de fréquents changements à la tête des programmes et par la forte rotation des cadres au sein du Ministère.

Conclusion

140. Pour mener à bien les activités prévues dans le programme biennal de coopération de l'OMS, il faut absolument pouvoir compter sur une planification efficace, une atmosphère politique favorable et une étroite collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. Au cours de la prochaine période biennale, le bureau de l'OMS au Lesotho fera en sorte que les partenaires comprennent parfaitement les procédures de l'OMS relatives à l'obtention d'une aide. Par ailleurs, il s'attachera à organiser régulièrement des réunions pour vérifier le bon déroulement du plan d'action et résoudre les problèmes éventuels qui se posent.

Introduction

141. Le Libéria continue de faire face à de nombreux problèmes complexes posés par le passage de l'état de guerre à la paix. Une conférence nationale conjointe sur la planification sanitaire coparrainée par le PNUD et l'OMS a défini en 1997 le cadre de la prestation de soins de santé en 1998-1999. Cette période a été marquée par la décentralisation du système de santé avec le rétablissement et le renforcement des bureaux sanitaires dans les 13 comtés que compte le pays. Les améliorations apportées sur le plan de santé qui commençaient à porter peu à peu leurs fruits, ont été interrompues en avril et de façon plus grave en août 1999 par la situation de crise régnant dans le pays.

Réalisations

142. L'élaboration d'une politique sanitaire nationale à l'appui des réformes du secteur de la santé a été lancée avec l'achèvement de la rédaction de directives politiques relatives aux soins infirmiers, à la nutrition, aux soins de santé primaires (SSP), à la santé des femmes et à la salubrité de l'environnement. L'enseignement médical a continué de bénéficier d'un appui sous forme de subvention pour les traitements de 32 professeurs et autres personnels de la Faculté de Médecine; de matériel éducatif et de laboratoire ainsi que de matériel pédagogique pour les institutions de formation; de matériel électrique et de véhicules pour le transport des étudiants. Six Libériens ont bénéficié de bourses pour des études de troisième cycle à l'étranger.

143. Grâce à l'appui de l'OMS, 11 médecins, deux pharmaciens et 196 agents de santé de niveau moyen ont terminé leurs études de base tandis que 66 personnes achevaient leur formation de base en soins de santé primaires. Les programmes de formation continue ont été mis en oeuvre sur le plan de l'utilisation rationnelle des médicaments, de la lutte contre le paludisme, de la surveillance des maladies, de la promotion de la santé et de l'assainissement pour un grand nombre de membres de communautés partout dans le pays. Les accoucheuses traditionnelles ont été recensées et ont reçu une formation pour dispenser des soins de santé de la reproduction aux personnes déplacées à l'intérieur du pays et regroupées dans des camps situés dans deux comtés. Vingt sages-femmes ont été formées à l'utilisation du partographe tandis que deux cadres supérieurs nationaux ont bénéficié d'une formation à Maurice.

144. Le Ministère de la Santé et les établissements de santé périphériques ont reçu des médicaments essentiels et des fournitures médicales, y compris des médicaments antipaludiques et contre la tuberculose, des trousses pour accoucheuses traditionnelles, des outils d'assainissement. Huit véhicules ont été fournis au Gouvernement pour renforcer la coordination et la supervision au niveau central. Des enquêtes épidémiologiques ont été effectuées pour la fièvre jaune dans les comtés de Nimba et Lofa et les campagnes de vaccination menées ultérieurement ont permis d'obtenir une couverture vaccinale de 89,5 % et de 50 %, respectivement. Des flambées de dysentérie dues à la shigellose résistante ont fait l'objet d'enquêtes et de

l'acide nalidixique a été fourni. Les flambées de choléra ont également fait l'objet d'enquêtes et ont été endiguées dans quatre comtés sur treize.

145. En favorisant la coopération régionale, l'OMS a réintégré le Libéria dans les communautés sanitaires régionale et sous-régionale. La collaboration entre le bureau de l'OMS au Libéria et ceux des autres pays de la Région africaine pour la lutte contre les maladies, notamment, la surveillance de la paralysie flasque aiguë, la fièvre jaune et les maladies diarrhéiques a été renforcée. Le partenariat avec les ONG a été renforcé par la mise en place d'un service OMS/ONG au bureau de l'OMS au Libéria et un atelier de concertation a été organisé. Des projets financés par d'autres institutions des Nations Unies dans les domaines de la santé de la reproduction, du VIH/SIDA, des soins de santé primaires et de la surveillance des maladies ont été exécutés dans le cadre du programme de coopération technique OMS/Libéria. Des études portant sur l'efficacité des médicaments ont été entreprises pour la chloroquine à Bong et dans le Maryland. Une enquête sur le VIH/SIDA a été effectuée pour le Libéria et le plan stratégique élaboré a obtenu un financement du programme ONUSIDA. Une évaluation des besoins en ce qui concerne la maternité sans risque a été lancée.

Analyse

146. Les principaux facteurs qui ont empêché la mise en oeuvre de certaines activités programmées sont les suivants : les capacités limitées du Ministère de la Santé pour la mise en oeuvre des programmes, les efforts déployés par l'OMS pour répondre aux situations d'urgence, la réaction tardive du Bureau régional de l'OMS en ce qui concerne la disponibilité de l'assistance technique pour l'enquête sur les micronutriments, la rotation rapide des cadres supérieurs du Ministère de la Santé, par exemple, le ministre de la santé, le médecin-chef et le contrôleur ont été remplacés au cours de la période biennale.

Conclusion

147. Les perspectives de mise en œuvre des activités de coopération technique de l'OMS pour la prochaine période biennale sont bonnes en raison de conditions créées pour la paix et la stabilité économique et politique du pays. De nombreux professionnels de la santé sont rentrés chez eux et l'on escompte que d'autres encore feront de même si la stabilité perdure.

Introduction

148. Au cours de la période biennale, la coopération entre Madagascar et l'OMS a contribué à la mise en oeuvre de la politique nationale et du plan directeur élaborés par le Ministère de la Santé. Un certain nombre de résultats en ce qui concerne le développement du système de santé et la lutte contre les maladies ont été obtenus dans le cadre de la coopération technique qui a concouru à l'atténuation de la pauvreté à Madagascar.

Réalisations

149. La réforme du système d'information sanitaire a facilité la collecte de données fiables utilisées pour la préparation du répertoire statistique ainsi que pour le développement et la gestion du système de santé national. Une analyse du financement des services sociaux essentiels a été exécutée au titre de l'Initiative 20 % - 20 % en collaboration avec le système des Nations Unies. Pour faciliter le développement du système de santé national, on a préparé les documents suivants : un guide pour l'élaboration de plans de développement au niveau du district; un document sur l'ensemble minimum d'activités à mener dans les centres de santé de base; un guide sur l'introduction de la participation financière des usagers, et comprenant des directives concernant les barèmes ainsi que les principes et les modalités de paiement; un document sur l'autonomie fiancière des hôpitaux de district et des modules de formation à la gestion des services de planification familiale en collaboration avec l'Union européenne.

150. Le Ministère de la Santé, l'OMS et l'UNICEF ont formulé et mis au point le plan d'action conjoint du programme Fahasalmana Iraisam-Bahoaka/Initiative de Bamako et réexaminé les outils de gestion pertinents. Des documents directifs sur la santé bucco-dentaire et la santé scolaire ont été préparés. La politique de santé nationale a été revue pour prendre en compte la prévention de la cécité, la qualité des soins et la santé de la reproduction.

151. L'OMS a contribué au développement des ressources humaines en formant 15 fonctionnaires nationaux à la méthodologie de la recherche sur les systèmes de santé, 36 membres de 12 équipes de santé à la planification sanitaire, à la gestion, au suivi et à l'évaluation et environ 40 gestionnaires de produits pharmaceutiques dans des hôpitaux de recours. Cinq inspecteurs médicaux se sont vu accorder des bourses OMS pour suivre des cours de santé publique et communautaire au niveau local dans le centre de formation Befelatanana et il a été proposé à 16 étudiants de troisième cycle des stages de courte durée au Sénégal et en Côte d'Ivoire.

152. Les résultats obtenus dans le domaine de la lutte contre les maladies comprennent : le lancement de la formation d'un groupe restreint de formateurs dans chaque province, à la prise en charge intégrée des

maladies de l'enfant, l'application de la stratégie DOTS, l'appui à la campagne d'élimination de la lèpre qui a été intensifiée dans 20 districts de santé, la mise en oeuvre du programme de lutte contre le paludisme comprenant deux séries de pulvérisation au DDT dans les hauts plateaux, la prise en charge des malades et l'utilisation de plus de 20 000 moustiquaires imprégnées d'insecticide, l'organisation de journées nationales de vaccination avec des taux de couverture compris entre 112 et 119 % et la fourniture de services d'experts, de médicaments et de produits d'hygiène durant l'épidémie de choléra qui est intervenue en mars-avril 1999.

Analyse

153. La délégation de pouvoirs pour la délivrance des numéros d'imputation budgétaire au bureau de pays s'est traduite par : l'élimination des retards survenant dans le déblocage des fonds en réponse aux demandes du Ministère de la Santé, une amélioration du suivi des fonds déboursés et un suivi efficace des activités pour lesquelles des fonds avaient été déboursés. Le problème le plus important a été le fait qu'on s'est borné à confier la mise en œuvre du programme à des départements déjà surchargés par d'autres activités planifiées par le Ministère de la Santé.

Conclusion

154. La coopération entre Madagascar et l'OMS a contribué au développement du système de santé national et des ressources humaines, à la formulation de politiques sur la santé bucco-dentaire et sur la santé scolaire ainsi qu'à l'intensification des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et de la surveillance épidémiologique. Cependant, au cours de la prochaine période biennale, l'accent sera mis sur l'atténuation de la pauvreté par la promotion de l'accès à des soins de qualité pour la majorité de la population, grâce à une approche globale des soins de santé.

Introduction

155. Le bureau de l'OMS au Malawi continue de jouer un rôle important en coordonnant ses actions de santé avec celles d'autres agences des Nations Unies et d'organisations bilatérales et multilatérales. L'OMS est en train d'intensifier ses activités de plaidoyer pour le compte du Ministère de la Santé.

Réalisations

156. Les principales réalisations accomplies au cours de la période biennale comprennent : le renforcement des capacités par la formation de différentes catégories de personnels de santé; la mise en oeuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) dans six districts; le renforcement des systèmes de santé au niveau national et à l'échelon du district et la formulation de politiques; le développement des ressources humaines pour la santé par l'attribution de bourses OMS; la production et la diffusion de messages d'information sanitaire et de matériel pédagogique pour la formation à la PCIME; la célébration réussie de la Journée mondiale de Lutte contre le SIDA, la protection de 60 latrines à fosse à ventilation améliorée; la réduction de la malnutrition chez l'enfant; l'amélioration de la qualité des services de santé de la reproduction; et l'acquisition et la distribution de médicaments.

Analyse

157. La cordialité des relations et de la coopération entre le bureau de l'OMS dans le pays et le Ministère de la Santé et de la Population a facilité la mise en oeuvre du plan d'action biennal. La dotation insuffisante en personnel du bureau de l'OMS et du Ministère de la Santé a eu une influence négative sur la mise en oeuvre du programme. La soumission tardive par le Gouvernement de rapports financiers et d'activité pour faciliter le paiement de dépenses engagées a empêché certains programmes de mener à bien les activités planifiées à la fin de la période biennale. La plupart des programmes n'ont pas reçu d'allocation budgétaire suffisante au début de la période biennale. Les demandes formulées par les responsables des programmes en vue d'obtenir davantage de fonds n'ont pu être satisfaites, faute de crédits sur le budget ordinaire.

Conclusion

158. Une transparence accrue et un échange fréquent d'informations grâce à diverses instances, des ateliers, des séminaires et des réunions régulières avec le personnel du Ministère de la Santé et de la Population ont notablement accru la confiance placée par le Gouvernement en l'OMS. Il conviendrait d'aborder la pénurie de ressources humaines par une énergique campagne de mobilisation des ressources. Cette pénurie restera un problème dans un avenir prévisible, mais l'OMS devrait continuer de faire de son mieux pour appuyer la faculté de médecine en augmentant le nombre de bourses accordées en vue de renforcer les capacités nationales.

MALI

Introduction

159. L'information qui a servi à la présente évaluation provient des rapports semestriels de 1998 et 1999, du rapport annuel de 1998, des rapports mensuels et/ou trimestriels de l'équipe de pays et des rapports techniques du Ministère de la Santé.

Réalisations

160. Un plan décennal de développement sanitaire et social et un programme quinquennal de développement sanitaire et social ont été préparés ainsi que les outils servant à leur mise en oeuvre. La collaboration entre le Ministère de la Santé et les ONG s'est améliorée et on s'est lancé dans la recherche opérationnelle. Le système d'information sur les hôpitaux a été amélioré conformément aux nouvelles priorités adoptées dans le programme quinquennal de développement sanitaire et social. L'Initiative de Bamako a fait l'objet d'un réexamen. Sept centres de santé communautaires sont devenus opérationnels.

161. Les prescripteurs de médicaments des trois régions du nord ont reçu une formation; une étude a été menée sur les facteurs déterminant la vente illicite de médicaments; et un contrôle de la qualité des médicaments a été assuré. La Commission d'attribution des bourses a été rétablie. Dix-huit nouvelles bourses ont été accordées et une évaluation des précédents boursiers a été faite. Le programme de mobilisation politique et sociale a été renforcé par l'organisation de diverses journées pour célébrer et faire connaître certains événements.

162. Des normes et des procédures ont été préparées dans le domaine de la santé de la reproduction et de la planification familiale. Une étude a été menée pour déterminer le profil de santé des personnes âgées. Soixante-dix agents de santé et travailleurs sociaux ont été formés à la prise en charge des personnes âgées à domicile et dans les hôpitaux. Le programme national sur la santé mentale est en cours de révision. Dix plans de santé urbains ont été préparés. Les mécanismes relatifs à la participation communautaire, à la coopération intersectorielle, au partage des coûts et au rôle du secteur privé ont été renforcés. Le contrôle de la qualité de l'eau potable a été assuré de manière régulière dans les centres urbains.

163. Les modules génériques pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ont été adoptés. Quatorze agents de santé et travailleurs sociaux ont été formés à la prise en charge des malades et dix agents ont été formés en tant que facilitateurs. Les capacités du Mali en matière de lutte contre les épidémies de méningite, de choléra et de rougeole se sont renforcées, notamment du fait de la mise en place d'une équipe d'intervention rapide, du renforcement du laboratoire national de référence, de la révision du plan national de prévention des épidémies et de risposte à celles-ci, et de la formation de 40 médecins à la prise en charge des épidémies dans les districts.

164. Le second plan à moyen terme de lutte contre le VIH/SIDA a été évalué. Les centres de transfusion sanguine ont été renforcés dans deux régions et dix techniciens maîtrisent à présent les techniques de

transfusion sanguine. Les activités de lutte contre la tuberculose et le paludisme ont été décentralisées par la mise en oeuvre de la stratégie DOTS dans 30 districts et par la formation de 45 médecins à la prise en charge des formes graves de paludisme. L'évaluation du PEV a révélé que la couverture vaccinale était inférieure aux objectifs fixés et que les taux d'abandon pour le DTCP1/DTCP3 étaient élevés. Les deuxième et troisième journées nationales de vaccination contre la poliomyélite ont été associées à l'administration de vitamine A et à la vaccination contre la rougeole. Les taux de couverture atteints ont été supérieurs à 100 %. La surveillance épidémiologique de la dracunculose a été poursuivie dans les zones d'endémie et le taux de réduction a été de 98 %.

Analyse

165. Le programme quinquennal de développement sanitaire et social a servi de référence pour toutes les activités et a amélioré la coopération avec le Ministère de la Santé sur le plan de la planification des activités. En outre, il a renforcé la volonté politique d'organiser des journées nationales de vaccination contre la poliomyélite et a permis de disposer en temps voulu des ressources financières et de maintenir un dialogue permanent entre tous les partenaires du développement. L'inadéquation des services techniques, les faiblesses sur le plan de la coordination des activités, les pesanteurs administratives et l'instabilité du personnel sont quelques-uns des facteurs qui ont gêné la mise en oeuvre du programme.

Conclusion

166. La mise en oeuvre du programme de coopération 1998-1999 a révélé que le dialogue permanent entre les différents partenaires, d'une part, et entre ces partenaires et le Ministère de la Santé, d'autre part est un facteur décisif qui détermine l'efficacité et l'efficience des actions entreprises.

MAURITANIE

Introduction

167. La période biennale a été marquée par l'adoption d'une approche sectorielle du développement sanitaire national. Le nouveau plan national de développement sanitaire pour 1998-2002 vise à assurer, d'ici l'an 2002, le meilleur état de santé possible à l'ensemble de la population et à mettre en place les bases d'un développement sanitaire durable par le biais de six grandes priorités. La troisième évaluation annuelle du projet d'appui au secteur de la santé a eu lieu en octobre 1999. Les résultats de celle-ci ont montré que, même si certains progrès avaient été faits, les indicateurs de santé restaient en deçà des attentes.

Réalisations

168. Les réalisations accomplies au cours de la période biennale comprennent : la préparation et la mise en oeuvre d'un plan intégré de développement social et sanitaire, l'octroi d'un soutien à de nombreuses initiatives à assise communautaire, l'organisation d'un atelier de concertation sur les résultats de l'évaluation du système national d'information sanitaire et de ses perspectives futures, l'organisation d'un atelier pour la sélection des indicateurs de suivi et d'évaluation, la diffusion de l'information biomédicale et sanitaire essentielle ainsi que la distribution de Bibliothèques bleues de l'OMS à huit régions sur les treize que compte le pays, l'analyse de la situation du secteur pharmaceutique et la préparation d'un projet de document sur la politique pharmaceutique nationale, l'analyse de la situation en matière de recouvrement des coûts dans les hôpitaux, l'octroi d'un appui financier à la formation de six spécialistes et de quatre généralistes, le renforcement de deux institutions médicales et paramédicales, la création d'une nouvelle filière de formation à l'Ecole nationale de Santé publique en vue de faire participer de futurs médecins à la mise en oeuvre de l'Initiative de la maternité sans risque, l'établissement d'un plan d'action détaillé pour la mise en place d'un système d'assurance qualité, la mise en oeuvre d'un projet sur la maternité sans risque dans la région de Nouakchott, la célébration réussie des Journées mondiales de la Santé et l'achèvement d'un plan d'action concernant la nutrition.

169. Les autres réalisations ont été les suivantes : la participation du Président de la République aux journées nationales de vaccination qui intégraient l'administration de vitamine A et de vaccins contre la rougeole, le renforcement des activités de routine du PEV, l'introduction de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, l'élargissement de la polychimiothérapie à trois régions, la préparation d'un plan d'action triennal pour la lutte antituberculeuse, la mise en place d'un système intégré de surveillance épidémiologique, l'institutionnalisation d'une commission de surveillance épidémiologique multisectorielle, la formation du personnel à la surveillance épidémiologique dans l'ensemble du pays, le renforcement des capacités nationales de lutte contre le paludisme, la disponibilité permanente de stocks de médicaments antipaludiques et de solutions de glucose pour les injections intraveineuses, pour riposter aux épidémies,

la création de 140 centres de traitement de moustiquaires, l'organisation sous l'égide du Premier Ministre des 4ème et 5ème journées nationales de mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme, l'achèvement d'un plan d'action triennal pour la mise en oeuvre de l'initiative Faire reculer le paludisme, le contrôle systématique du sang pour la transfusion et la formation du personnel de santé à la prise en charge syndromique des maladies sexuellement transmissibles dans six régions sur les treize que compte le pays.

Analyse

170. En dépit des résultats obtenus, l'inadéquation de la coordination entre les partenaires du développement a entravé la mise en oeuvre de certains programmes. Les autres problèmes rencontrés étaient liés à la faiblesse des hôpitaux régionaux, à la décentralisation insuffisante des activités et à l'absence d'une politique pharmaceutique.

Conclusion

171. La mise en oeuvre des activités prioritaires et la consolidation des résultats seront poursuivies par le biais des 17 programmes retenus dans le cadre du programme de coopération technique 2000-2001. Dans ce contexte, la décentralisation bénéficiera d'un appui, afin de garantir un développement régional intégré, de formuler une politique du médicament, d'assurer la surveillance des maladies transmissibles et de renforcer la lutte contre les maladies courantes. Des efforts supplémentaires seront faits pour améliorer le système de suivi et d'évaluation et pour consolider les capacités nationales.

ILE MAURICE

Introduction

172. Le programme de coopération technique entre l'OMS et le Gouvernement de Maurice a été mis en oeuvre par le biais du plan d'action biennal 1998-1999. Une somme de US $1 221 600 a été allouée à cet effet au cours de la période biennale 1998-1999.

Réalisations

173. L'OMS a concouru à la formulation et à la mise au point d'un nouveau système intégré de prestation de soins de santé. Un projet pilote a été lancé dans une région relativement mal desservie en vue de transformer deux centres de soins de santé existants en dispensaires qui feraient fonction d'hôpitaux communautaires de jour. L'OMS a également formé le personnel médical et paramédical des dispensaires sur le plan de la gestion sanitaire au niveau du district et en ce qui concerne le système d'information pour la gestion sanitaire. L'OMS a fourni un appui pour l'amélioration de l'infrastructure des soins de santé tant au niveau hospitalier qu'au niveau périphérique. Une étude nationale préliminaire sur la prévalence des maladies non transmissibles a été menée à bien avec l'appui technique des centres collaborateurs de l'OMS. Cependant, les fonds alloués au pays au titre du budget ordinaire et des autres sources de financement ont été affectés à d'autres domaines prioritaires, notamment au programme national de dépistage du cancer.

174. L'appui accordé par l'OMS aux campagnes d'information et d'éducation en cours sur le VIH/SIDA ainsi qu'à la formation du personnel de santé en ce qui concerne les précautions universelles à prendre dans ce domaine a contribué à accroître la sensibilisation générale. Avec l'appui du programme ONUSIDA, le Bureau régional a envoyé sur le terrain une mission chargée d'évaluer les répercussions du VIH/SIDA et de la tuberculose sur les soins de santé et sur l'accès aux médicaments.

175. L'OMS a accordé des bourses de perfectionnement en cardiologie et au contrôle de la qualité des médicaments, spécialités qui souffrent encore d'une pénurie de ressources humaines. Un cours de formation de courte durée a été organisé avec succès à l'intention des infirmiers travaillant dans les services de santé maternelle et infantile afin de remédier à la pénurie de personnels de cette catégorie formés aux techniques d'imagerie par ultrasons.

176. L'appui de l'OMS dans le domaine de l'éducation pour la santé et de la promotion de comportements sains a porté essentiellement sur la responsabilisation des communautés et des groupes à haut risque ainsi que sur la promotion de modes de vie sains. Un appui a été accordé notamment aux activités portant sur la salubrité des aliments et les habitudes alimentaires, le vieillissement en bonne santé, la santé mentale et le diabète. La mobilisation sociale et la visibilité de l'action de l'OMS ont été assurées en célébrant les Journées mondiales de la Santé en collaboration avec les autorités nationales.

177. En étroite collaboration avec l'Université de Montpellier I, la Division des Médicaments essentiels au Siège et au Bureau régional a organisé un cours de formation spécialisé de trois mois sur la gestion des médicaments à l'intention du secteur public. La dernière série de trois cours de formation pour le secteur public a été menée à bien à la fin de 1999. Elle a rassemblé 22 participants, y compris cinq pharmaciens locaux travaillant dans le secteur public.

Analyse

178. La délégation de pouvoirs au bureau de l'OMS dans le pays pour la délivrance des numéros d'imputation budgétaire a facilité la mise en oeuvre des activités retenues dans le plan d'action. Mais la mise en oeuvre des activités supplémentaires non planifiées a connu des retards.

Conclusion

179. Il ressort de la présente évaluation que l'OMS doit concentrer davantage ses ressources sur les priorités retenues par le pays dans les domaines où elle a un net avantage comparatif. Cela signifie que les ressources de l'OMS devront être réorientées vers des domaines dans lesquels les résultats sont plus facilement perceptibles et mesurables. Afin d'éviter des retards dans la mise en oeuvre, il faudra organiser des consultations périodiques entre l'équipe de pays de l'OMS, le directeur et les coordonnateurs du programme pour faire en sorte que tous les partenaires soient informés des procédures de l'OMS.

MOZAMBIQUE

Introduction

180. Les principales sources d'information utilisées pour la présente évaluation biennale ont été les plans d'action annuels, les rapports du programme, les rapports d'activité sur divers programmes, les rapports de suivi semestriels, l'état des allocations de crédits émanant du Bureau régional et les rapports établis suite aux retraites organisées pour l'équipe de pays de l'OMS, le Ministère de la Santé et le bureau de l'OMS dans le pays.

Réalisations

181. Les principales réalisations accomplies au cours de la période biennale comprennent : l'organisation d'une conférence nationale sur la recherche en santé et la formation de chercheurs nationaux en santé, l'évaluation de la recherche opérationnelle et de la recherche sur les systèmes de santé dans les pays, l'octroi d'un appui à la mise au point d'une stratégie de financement des soins de santé ainsi que d'une politique nationale de la santé, le développement des ressources humaines pour la santé par l'octroi de bourses d'études tant dans le pays qu'à l'étranger, l'achèvement de l'évaluation des besoins dans le domaine de la maternité sans risque avec une participation communautaire, la mise en oeuvre de l'ensemble minimum d'activités de santé mentale, l'évaluation des carences en micronutriments, l'évaluation de la situation en vue de formuler une politique sur la salubrité de l'environnement, l'organisation de deux séries de journées nationales de vaccination avec un taux de couverture de 90 % et la mise en place d'un système de surveillance de la paralysie flasque aiguë, la réduction de la prévalence de la lèpre passant de 6 cas pour 10 000 habitants à 3 cas pour 10 000 habitants, l'élaboration d'un plan d'action pour la mise en oeuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), la mise au point d'un module de formation à l'épidémiologie de base au niveau du district et d'un plan d'action pour la formation progressive de groupes de stagiaires à l'épidémiologie de base au niveau du district, la mise en oeuvre de la politique nationale et du plan d'action à moyen terme sur la lutte contre le paludisme.

Analyse

182. Les facteurs qui ont facilité les résultats obtenus comprennent : la délégation de pouvoirs accordée aux Représentants de l'OMS pour la délivrance des numéros d'imputation budgétaire, qui a permis de répondre en temps opportun aux besoins du pays; l'intensification de la collaboration et du dialogue avec les fonctionnaires responsables des programmes au Ministère de la Santé; le renforcement du rôle joué par l'OMS sur le plan du plaidoyer dans un certain nombre de domaines, notamment celui de la santé de la reproduction; le solide soutien du Directeur régional qui a visité le Mozambique à deux reprises et la visite du Directeur général qui a contribué à faire de la santé une priorité politique; l'intensification de la collaboration avec des partenaires bilatéraux et multilatéraux; le maintien de bonnes relations de travail avec les médias, qui a contribué à un nouveau dynamisme de l'OMS; l'accroissement des

capacités d'intervention du bureau de pays, dont l'effectif a plus que doublé et dont les conditions de travail se sont notablement améliorées.

183. Les principaux problèmes rencontrés ont été les suivants : la faiblesse des capacités techniques et gestionnaires dans un certain nombre de services et de programmes au Ministère de la Santé qui s'est parfois traduite par des actions inappropriées, insuffisantes et différées; la réglementation nationale relative à l'importation qui a donné lieu à des retards importants dans la mise en oeuvre de certains programmes, et l'absence d'informations précises sur la répartition des fonds correspondant à chaque résultat escompté.

Conclusion

184. Un appui mieux articulé de la part des différents niveaux de l'OMS est nécessaire. Cela contribuerait à renforcer l'efficacité, l'efficience et la pertinence des interventions de l'OMS et à instaurer un consensus sur les domaines dans lesquels les interventions de l'OMS pourraient apporter un réel changement.

NAMIBIE

Introduction

185. Le rapport d'évaluation pour la période biennale 1998-1999 est basé sur les rapports relatifs à divers programmes, les rapports annuels du Ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que du bureau de l'OMS dans le pays et les rapports d'activité des professionnels du Ministère.

Réalisations

186. Les réalisations au cours de la période biennale comprennent : l'octroi d'un appui aux services du Ministère de la Santé et des Services sociaux au niveau central et aux programmes prioritaires de santé afin de faciliter la restructuration et la décentralisation du système de santé, l'identification des activités prioritaires à mettre en oeuvre au niveau du district, la formulation partielle du plan national de développement des ressources humaines, le renforcement des capacités aux niveaux central et du district par la formation dans les domaines concernés, la formulation partielle d'une politique et d'une stratégie portant sur la santé de la reproduction, la mise au point de profils sanitaires de groupes sélectionnés de jeunes, l'intégration de groupes de jeunes dans la campagne nationale de lutte contre les MST/SIDA, l'élaboration de la politique relative au PEV, la mise en place d'un système de surveillance du PEV et son intégration dans la surveillance épidémiologique existante, la formulation et la mise en oeuvre de plans régionaux et de district pour la prévention et la lutte contre les maladies, la formulation de plans de district pour la prévention et la lutte contre le paludisme, et l'achèvement des études sur le pharmaco-résistance.

Analyse

187. Les résultats escomptés ont été obtenus lorsque l'octroi d'un appui technique et/ou financier correspondait aux nouvelles orientations données dans le domaine politique et à l'évolution de la politique sanitaire nationale. La prise de conscience accrue, par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, du fardeau de la maladie sur le système de soins de santé et la collaboration des partenaires du développement, y compris des institutions des Nations Unies, pour s'attaquer aux problèmes de santé et créer un environnement favorable à la mise en commun des ressources ont également contribué aux résultats obtenus. La disponibilité d'un conseiller technique de l'OMS expérimenté pour le suivi des activités planifiées a facilité l'obtention des résultats. La clarification des rôles et des fonctions des homologues a permis au Ministère de la Santé et des Services sociaux de mieux tirer parti de leurs compétences.

188. L'un des facteurs qui ont gêné la mise en oeuvre des interventions a été l'insuffisance des ressources humaines. Par exemple, le manque de professionnels de niveau supérieur et de savoir-faire a retardé la formulation et la mise en oeuvre du plan de préparation et de réponse aux situations d'urgence. L'introduction de diverses activités

supplémentaires et l'évolution constante des priorités n'ont pas permis d'obtenir certains résultats. Même si le processus participatif adopté favorisait la prise en main nationale des programmes et le renforcement des capacités, il n'en a pas moins retardé l'obtention de certains résultats, notamment la mise au point d'une politique sur la santé de la reproduction et de profils sanitaires régionaux. Enfin, le soutien limité accordé par le niveau central du Ministère de la Santé et des Services sociaux a compromis la mise en oeuvre des activités au niveau du district et des communautés, telles que l'élaboration de plans de district pour l'approvisionnement public en eau dans les districts sélectionnés.

Conclusion

189. Par des consultations et des réunions régulières avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux et avec la Commission nationale de Planification, l'OMS devancera les nouvelles orientations de la politique sanitaire afin de fournir un appui plus efficace et plus efficient à la Namibie. Le bureau de pays doit jouer un rôle plus important parmi les partenaires des divers secteurs qui apportent un appui technique aux réformes du secteur de la santé.

190. L'OMS continuera de fournir un appui pour la surveillance du profil épidémiologique national, notamment des maladies transmissibles. Chaque fois qu'une épidémie ou un problème de santé prioritaire n'est pas reconnu dès le début ou fait l'objet d'une réaction limitée, l'OMS continuera de fournir un appui valable sur le plan technique, y compris l'identification des interventions prioritaires. L'OMS renforcera l'appui accordé aux districts pour identifier les priorités et améliorer les capacités de planification et de gestion, et pour promouvoir des approches novatrices des problèmes de santé et des mécanismes de mise en oeuvre de remplacement.

NIGER

Introduction

191. La coopération technique de l'OMS avec le Niger au cours du second semestre 1999 s'est déroulée dans un contexte socio-politique caractérisé essentiellement par la mise en oeuvre du calendrier de la transition conduite par le Conseil de Réconciliation nationale à la suite du coup d'Etat d'avril 1999.

Réalisations

192. Les principales réalisations accomplies au cours de la période biennale comprennent : l'achèvement de l'examen du programme d'études de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université du Niger; l'élaboration de la politique sanitaire nationale; le développement des ressources humaines grâce à la poursuite d'un soutien financier aux précédents boursiers et à l'attribution de nouvelles bourses; la fourniture d'un stock suffisant de médicaments essentiels pour lutter contre les épidémies et répondre aux situations d'urgence au niveau du district; la formation de différentes catégories de personnel au niveau du district à l'utilisation rationnelle des médicaments; l'évaluation de la politique pharmaceutique nationale, la sensibilisation des communautés à la santé de la reproduction, y compris la planification familiale; la création de 42 comités de district pour suivre régulièrement la mise en oeuvre de l'Initiative Afrique 2000.

193. Les autres réalisations sont : la formation de représentants de communautés à la mobilisation sociale et celle d'agents de santé à la lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës; la création d'une équipe nationale de lutte contre les autres maladies transmissibles et l'octroi d'un appui suffisant à cette équipe; la formation d'agents de santé de village à la lutte contre l'onchocercose; la formation du personnel de district au traitement des moustiquaires par des insecticides et la sensibilisation des populations des districts urbains et ruraux à la lutte contre les maladies tropicales.

Analyse

194. La délégation de pouvoirs accordée par le Directeur régional aux Représentants de l'OMS est une bonne décision en matière de gestion. Cependant, on a rencontré des difficultés pour réunir les documents justificatifs des dépenses engagées, ce qui a entraîné, par précaution, des retards dans le déblocage des fonds pour les activités suivantes. Les situations d'urgence ont en outre imposé une reprogrammation du budget.

Conclusion

195. L'amélioration des moyens de communication entre les bureaux de l'OMS dans les pays et le Bureau régional a contribué à la réalisation d'un haut niveau de performance. On escompte que ce facteur et d'autres encore auront une influence positive sur la mise en oeuvre du plan d'action 2000-2001.

Introduction

196. Le programme de coopération technique entre l'OMS et le Gouvernement fédéral du Nigéria au titre du plan d'action biennal 1998-1999 a mis l'accent sur les quatre programmes prioritaires importants suivants: lutte intégrée contre la maladie, renforcement des systèmes de santé de district, amélioration de la planification, du financement et du suivi des services de soins de santé, promotion et protection de la santé. Conformément aux principes directeurs énoncés par le Bureau régional, l'équipe de l'OMS au Nigéria a basé son évaluation sur les rapports de mise en oeuvre de divers programmes, les rapports techniques mensuels, les rapports semestriels ainsi que sur des enquêtes et études menées au cours de la période biennale.

Réalisations

197. Les résultats enregistrés comprennent le plaidoyer en faveur de l'instauration d'un consensus pour l'adoption de l'Initiative "Faire reculer le paludisme" (RBM) dans le pays et la promotion de l'utilisation de moustiquaires traitées aux insecticides. Au cours du premier trimestre 1998, le pays a également atteint l'objectif de l'élimination de la lèpre au niveau national, fixé par l'OMS, avec un taux de prévalence de 0,8 pour 10 000 habitants. Une étude nationale sur la séroprévalence du VIH/SIDA a été menée en 1999. Les plans de préparation et de réponse aux situations d'urgence mis en place ont été utilisés pour endiguer et prendre en charge les flambées de choléra, de méningite cérébro-spinale et de rougeole dans différentes régions du pays.

198. Deux séries de journnées nationales de vaccination ont été organisées en 1998 et en 1999 ainsi que deux séries de journées supplémentaires en 1999 dans 15 Etats. La stratégie du porte-à-porte a été adoptée pour les journées de vaccination de 1999. Au cours de la première série de journées nationales de vaccination de 1999, un total de 34 196 224 enfants âgés de moins de cinq ans ont été vaccinés. Un système de surveillance intégré a été également mis en place dans tout le pays en mettant l'accent sur la détection des cas de paralysie flasque aiguë.

199. Le pays a par ailleurs intensifié ses efforts en vue de mettre en oeuvre la stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, en organisant divers ateliers de formation et en adaptant le matériel de formation OMS/UNICEF. Les politiques nationales relatives à l'élimination des mutilations sexuelles féminines et à l'éducation et la promotion sanitaires ont été élaborées. Le projet relatif à l'alphabétisation fonctionnelle des femmes pour la promotion de la santé qui a débuté dans deux Etats a été étendu à dix Etats supplémentaires, à 13 autorités administratives locales et à 33 communautés. Une conférence nationale sur la santé de la reproduction chez l'adolescent a été organisée et le Gouvernement a déclaré le 2 avril, Journée nationale de la Maternité sans risque pour

appuyer la mise en oeuvre de la Stratégie de la Région africaine en matière de Santé reproductive, élaborée par l'OMS.

Analyse

200. Certains facteurs ont soit facilité, soit empêché l'obtention des résultats escomptés. Par exemple, des activités relevant du plan d'action n'ont pas été mises en oeuvre à temps en 1998 en raison du retard enregistré dans la mise en oeuvre d'activités remontant à 1997. Cependant, cette situation s'est améliorée en 1999 après la délégation de pouvoirs accordée aux bureaux de l'OMS pour la délivrance des numéros d'imputation budgétaire. La planification et la coordination des activités ont été quelque peu entravées par le transfert des hauts responsables du Ministère fédéral de la Santé de Lagos à Abuja, la capitale fédérale. Cependant, la détermination et le dévouement du personnel de même que les conseils appropriés donnés par la direction ont beaucoup contribué aux résultats présentés plus haut.

Conclusion

201. L'évaluation du programme de coopération au cours de la période biennale a été très utile, car elle a montré, une fois de plus, à quel point le travail d'équipe est nécessaire. Elle a également aidé le bureau de pays à identifier les forces et les faiblesses enregistrées dans la mise en oeuvre des activités et qui mériteraient davantage d'attention au cours de la prochaine période biennale.

Introduction

202. Le programme de coopération technique entre l'OMS et le Rwanda pour la période couverte par la présente évaluation comprenait les programmes prioritaires suivants : opérations d'urgence et action humanitaire, politique nationale de la santé, ressources humaines pour la santé, programme d'action pour les médicaments essentiels, santé de la reproduction, santé mentale, promotion de la santé, nutrition, approvisionnement en eau et assainissement, maladies évitables par la vaccination, lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës, et les maladies émergentes, y compris choléra et autres diarrhées épidémiques, zoonoses et résistance aux antimicrobiens. Les principales sources d'information utilisées pour l'évaluation ont été le plan d'action 1999-1998, les plans de mise en oeuvre 1998 et 1999, les rapports semestriels, les rapports sur des programmes spécifiques et les états financiers mensuels des programmes, fournis par le Bureau régional.

Réalisations

203. Les principales réalisations au cours de la période biennale comprennent : la préparation de plans sanitaires au niveau de district, le renforcement des capacités de la Division du Ministère de la Santé responsable de la qualité des soins, l'élaboration d'un guide sur les procédures de gestion et de modules de formation en gestion financière, le renforcement des ressources humaines pour la santé par l'attribution de bourses d'études, la mise en oeuvre du mécanisme de supervision et de suivi des pharmacies privées, l'organisation d'une formation à la gestion à l'intention des responsables des pharmacies des hôpitaux, l'intégration de la santé mentale dans les activités de tous les hôpitaux de district, la célébration réussie de toutes les Journées mondiales de la Santé, l'organisation de journées nationales de vaccination, l'incorporation de la lutte contre les diarrhées et les infections respiratoires aiguës dans le programme d'études des écoles d'infirmiers, la formation de diverses catégories de personnel de santé à la lutte contre les maladies transmissibles et les épidémies, et l'élaboration d'un guide sur la surveillance épidémiologique et la prise en charge des épidémies.

Analyse

204. Les principaux facteurs qui ont facilité ces réalisations sont : la délivrance des numéros d'imputation budgétaire par le Représentant de l'OMS; la présence d'un administrateur international et d'un assistant administratif, contrairement à la situation qui existait au cours de la période biennale précédente; la présence d'une équipe OMS de pays stable et expérimentée; un climat de confiance et de compréhension mutuelle entre l'OMS et le Ministère de la Santé; une étroite collaboration avec d'autres partenaires ainsi qu'entre les fonctionnaires du Ministère de la Santé et les membres de l'équipe de l'OMS dans le pays; et le respect du calendrier de mise en oeuvre des activités.

205. En revanche, les facteurs suivants ont empêché la mise en oeuvre du programme de coopération : le faible taux d'absorption des fonds de l'OMS parce que de nombreux autres partenaires dont les procédures sont

moins contraignantes ont souvent contribué aux mêmes activités; le remaniement ministériel qui a donné lieu en janvier 1999 au remplacement simultané du Ministre de la Santé et du Secrétaire général du Ministère; l'allocation de fonds par l'OMS pour le financement d'activités non programmées au détriment des activités ordinaires du programme; l'absence de demandes de financement de la part du Ministère de la Santé ou la soumission tardive de celles-ci; les difficultés rencontrées par le personnel du Ministère de la Santé pour obtenir des autorisations de voyage pour des missions et des séminaires à l'étranger; l'insuffisance des allocations budgétaires affectées à certains programmes par rapport aux besoins exprimés; le retard mis par le Bureau régional pour placer les boursiers au cours de la période biennale 1998-1999 et le retard survenu dans le remplacement du personnel du bureau de l'OMS dans le pays, qui est parti en avril 1999.

Conclusion

206. Pour favoriser à l'avenir la mise en oeuvre du programme de coopération technique de l'OMS avec le pays, il importera : de tenir au moins une fois par trimestre une réunion avec les fonctionnaires du Ministère de la Santé afin de suivre la mise en oeuvre des programmes, de simplifier les procédures de l'OMS, de veiller à une répartition plus équitable des ressources financières entre les programmes, et de faire en sorte qu'au niveau national, la répartition des allocations budgétaires entre les différents programmes inscrits dans le plan d'action soit plus souple. L'unité chargée des ressources humaines pour la santé au Bureau régional devra s'attacher davantage à placer les demandeurs de bourses afin de résoudre le problème des ressources humaines au niveau du pays.

Introduction

207. La situation sanitaire est restée précaire étant donné que les principaux problèmes de santé n'ont pas été abordés comme il convenait. L'environnement continue de se dégrader et les capacités de gestion et d'organisation du système de santé demeurent faibles. Les principales sources d'information utilisées pour l'évaluation du programme de coopération ont été les suivantes : les rapports d'activité semestriels sur le programme de coopération OMS/pays pour 1998-1999, le rapport annuel sur les activités de coopération OMS/pays pour 1998, le rapport relatif à la retraite sur la santé organisée à Sao Tomé et Principe (mars 1998) et la politique nationale de la santé de Sao Tomé et Principe.

Réalisations

208. Le processus de réforme du secteur de la santé lancé en mars 1999 par l'organisation de retraites s'est traduit par la rédaction d'un projet de document de politique nationale de la santé. Ce processus a fait intervenir toutes les couches de la société. Afin de le poursuivre, un calendrier des activités pour l'an 2000 a été préparé. Ce calendrier porte notamment sur la production d'une carte sanitaire, d'un plan de développement des ressources humaines et d'un système d'information sanitaire en vue de formuler un plan national de développement sanitaire et d'organiser un table ronde sectorielle.

209. Des accoucheuses traditionnelles ont reçu une formation pour pratiquer des accouchements à domicile, donner des conseils en matière de santé de la reproduction et savoir orienter vers les formations sanitaires appropriées les grossesses et les accouchements présentant des complications. Cette formation était destinée à inverser la tendance à la diminution des accouchements assistés par des agents de santé formés. Toutes les équipes de district ont été formées à la préparation et à la réponse aux situations d'urgence, aux épidémies et aux catastrophes. Une campagne de lutte contre la rougeole a été menée durant une période de neuf mois, se traduisant par un taux de couverture moyen de 93 % dans le groupe des 15 ans. Le réseau national de laboratoires a fait l'objet d'une évaluation pour déterminer la rapidité de confirmation des épidémies. Le plan d'action pour la lutte contre le paludisme a été préparé et le processus de lancement de l'initiative Faire reculer le paludisme a été engagé. Le profil épidémiologique du pays a été finalisé.

Analyse

210. Les facteurs qui ont contribué à ces réalisations sont les suivants : l'adéquation de la coordination assurée par le bureau de l'OMS dans le pays, le renforcement du bureau de l'OMS à Sao Tomé et Principe par le recrutement des membres de l'équipe de l'OMS dans le pays, l'amélioration de la capacité d'intervention du bureau de l'OMS dans le pays qui bénéficie désormais de l'appui de consultants et de conseillers régionaux et sous-régionaux, le resserrement de la collaboration entre le Ministère de la Santé et le bureau de l'OMS à Sao Tomé et Principe, l'amélioration de la collaboration et de la coordination entre l'ensemble des

institutions du système des Nations Unies, la délégation de la délivrance des numéros d'imputation budgétaire aux Représentants de l'OMS, ce qui a permis de réduire le délai de réponse aux demandes formulées par le Ministère de la Santé et d'améliorer les performances du bureau de l'OMS dans le pays.

211. Les facteurs qui ont entravé la mise en oeuvre ont été : l'absence de programmation trimestrielle systématique de la mise en oeuvre des activités de coopération par le Ministère de la Santé de même que la démesure des demandes de reprogrammation, la pénurie de ressources techniques et gestionnaires, la rotation excessive du personnel due essentiellement aux mauvaises conditions de travail et à la médiocrité des salaires et les retards fréquents dans les échanges d'information entre Bureau régional et le bureau de l'OMS dans le pays, notamment en ce qui concerne les questions administratives et financières et, en particulier, pour ce qui est du paiement des salaires du personnel du bureau de l'OMS dans le pays.

Conclusion

212. Les objectifs budgétaires ont été atteints en dépit de demandes excessives de reprogrammation. L'OMS devra appuyer le renforcement des capacités du Ministère de la Santé au cours de la prochaine période biennale. L'un des enseignements tirés porte sur la nécessité de faire participer de plus en plus d'homologues nationaux aux préparatifs de l'évaluation et de former le personnel du Ministère de la Santé aux processus gestionnaires de l'OMS.

Introduction

213. Le programme de coopération entre l'OMS et le Sénégal pour la période considérée avait pour but de renforcer, à travers des programmes prioritaires, le fonctionnement des districts sanitaires en mettant en oeuvre les priorités nationales définies dans le plan de développement intégré du secteur de la santé (1997-2002). La présente évaluation est basée sur l'évaluation à mi-parcours du plan d'action, effectuée en novembre 1998, les rapports d'activité des programmes, les rapports financiers du Bureau régional et les rapports d'examen et d'évaluation du Ministère de la Santé.

Réalisations

214. L'OMS a contribué au renforcement de la gestion des services de santé en coordonnant et en supervisant des réunions et à l'amélioration des capacités opérationnelles du personnel en fournissant de l'équipement et du matériel aux régions et aux districts. L'OMS a également aidé à améliorer les capacités des équipes de santé en organisant des ateliers régionaux d'échange et de réflexion sur le plan de développement intégré du secteur de la santé, en appuyant la décentralisation, en assurant l'octroi de contrats et l'organisation d'une enquête sur les capacités opérationnelles des districts.

215. Huit bourses d'études ont été accordées ou renouvelées notamment pour la formation de médecins en santé publique et d'économistes de la santé. L'OMS a également contribué à l'organisation de deux voyages d'études à l'étranger pour quatre agents du Ministère de la Santé et d'un séminaire sur le financement d'une assurance maladie. Le taux de prévalence du VIH a été maintenu à un niveau inférieur à 2 % grâce aux stratégies mises en oeuvre, si bien que l'ONUSIDA a cité le programme sénégalais de lutte contre les MST/SIDA comme étant l'un des meilleurs d'Afrique et le Chef de l'Etat a reçu une distinction à ce titre.

216. Les autres réalisations ont été : la construction d'installations d'assainissement dans six districts sanitaires exposés au choléra; la supervision et la formation efficaces du personnel, la facilitation des échanges entre pays portant sur l'éradication du ver de Guinée; la finalisation de deux études en vue de la formulation du plan national de recherche en santé; l'organisation d'un séminaire de formation sur la méthodologie de la recherche pour 30 agents de santé; la fnalisation de deux études sur l'identification des besoins en santé des personnes âgées et sur les micro-entreprises liées à la santé; la sensibilisation du personnel de santé de huit régions, sur les dix que compte le pays, à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et le début de sa mise en oeuvre dans trois districts; l'élaboration du plan d'action national de lutte contre les mutilations sexuelles féminines; la finalisation du programme national sur la santé de la reproduction; l'amélioration de la qualité des services de maternité sans risque dans le district de Vélingara par la formation du personnel de santé et la construction de quatre postes sanitaires; le renforcement du système de prise en charge des épidémies par l'organisation de stages de formation de courte durée pour le personnel de santé de

trois régions et pour 50 guides dans les 50 districts du pays; le renforcement de la coopération interpays en matière de lutte contre les maladies transmissibles, par la formulation du plan d'action intitulé "Initiative Santé pour la Paix"; l'évaluation de la mise en oeuvre du plan d'action pour l'accélération de la lutte contre le paludisme; l'élargissement des activités de lutte contre le paludisme à tous les districts sanitaires et le début de la mise en oeuvre de l'initiative "Faire reculer le paludisme"; la fourniture d'un lot de médicaments et l'octroi d'un soutien pour la lutte contre les maladies après les inondations ainsi que la fourniture de vaccins pour appuyer la lutte contre l'épidémie de méningite; et l'organisation de journées nationales de vaccination couronnées de succès, avec un taux de couverture supérieur à 90 %.

Analyse

217. Toutes ces réalisations ont été facilitées par la responsabilisation effective du Ministère de la Santé. Les efforts déployés pour améliorer le processus gestionnaire devraient être cependant poursuivis en remédiant aux principales inadéquations suivantes : la planification insuffisante des activités, la soumission tardive des demandes de fonds et la qualité médiocre des rapports techniques.

Conclusion

218. La mise en oeuvre du programme de coopération entre l'OMS et le Sénégal a sensiblement amélioré la coopération avec le Ministère de la Santé comme le démontre la plus grande concertation entre l'équipe de pays et les responsables de programmes.

Introduction

219. Les principales sources d'information utilisées pour la présente contribution ont été : les procès-verbaux des réunions tenues régulièrement au sujet de la coopération technique entre le Ministère de la Santé des Seychelles et l'OMS, les rapports d'évaluation à mi-parcours et certains rapports de fin d'activités. Etant donné que les Seychelles sont un petit pays où quelques programmes seulement sont mis en oeuvre dans le cadre de la coopération, il a été relativement facile de suivre et d'évaluer cette mise en oeuvre. Au cours de la période biennale 1998-1999, la coopération technique a porté essentiellement sur les secteurs suivants : coopération technique avec les pays, ressources humaines pour la santé, soins de santé primaires, santé mentale, promotion de la santé, évaluation des risques pour la santé liés à l'environnement et autres maladies transmissibles.

Réalisations

220. Les principaux résultats obtenus au cours de la période biennale ont été : l'amélioration du centre de documentation, la sensibilisation des jeunes des îles extérieures au problème de la toxicomanie; la promotion d'une meilleure tenue des registres pour la préparation de rapports destinés à la police et aux tribunaux; la mise au point d'un plan de préparation aux situations d'urgence pour faire face à diverses situations d'urgence; l'octroi d'un appui aux laboratoires pour le diagnostic rapide des maladies endémiques et l'identification des foyers de risque épidémique; la fourniture de directives pour l'utilisation du matériel de laboratoire et la mise en place d'un réseau interrégional; l'actualisation des méthodes de diagnostic, de traitement et de prévention du VIH/SIDA en y intégrant les derniers progrès réalisés; la célébration réussie de la Journée mondiale de lutte contre le SIDA et de la Journée mondiale sans Tabac; la formation de secrétaires archivistes et de consultants médicaux; et le développement des ressources humaines pour la santé par la poursuite du programme de bourses.

Analyse

221. Les réalisations des principaux secteurs du programme de coopération entre l'OMS et le Gouvernement des Seychelles ont été en général très positives. La population et la superficie modestes du pays facilitent considérablement la mise en oeuvre des programmes. Cependant, le détournement fortuit et plutôt fréquent de fonds alloués à une activité planifiée au profit d'une autre activité non planifiée bien que nécessaire a été la principale source de difficultés pour obtenir de manière optimale les résultats escomptés. Ceci montre que la planification et la définition des priorités des activités proposées n'ont pas été faites de manière appropriée avant la finalisation et la mise en oeuvre du plan d'action 1998-1999.

Conclusion

222. L'évaluation biennale a été, aussi bien pour l'OMS que pour le Ministère de la Santé, une excellente occasion d'examiner objectivement les activités de la période biennale écoulée en vue d'améliorer la

coopération technique de l'OMS et de renforcer la visibilité de l'Organisation dans le pays. Il ne fait aucun doute que cette évaluation a contribué à améliorer la planification et la qualité du plan d'action 2000-2001.

Introduction

223. Durant la majeure partie de la période biennale, la Sierra Leone a été confrontée aux problèmes posés par la poursuite de la guerre civile, la détérioration des conditions sanitaires, la destruction massive des établissements sanitaires et l'instabilité politique. En dépit de ces difficultés, la plupart des activités planifiées ont été réaliseés à temps et dans les limites des budgets. Un processus de planification a été mis en oeuvre à partir du milieu de l'année 1999, d'abord sous forme d'une activité interne, puis en consultation avec le Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale.

Réalisations

224. Voici quelques-unes des réalisations importantes accomplies au cours de la période biennale : renforcement des capacités pour la mise en oeuvre de divers programmes grâce à l'organisation d'ateliers de formation à l'intention des cadres supérieurs de la santé à la prise en charge des cas de paludisme grave et compliqué; des agents de santé communautaires de six districts à la lutte contre le paludisme; de 12 techniciens de laboratoire à la surveillance de maladies à potentiel épidémique; de 120 membres des équipes de gestion sanitaire de district à l'informatique et à l'analyse de données; des agents de soins de santé primaires de district à la préparation aux situations d'urgence; du personnel de santé de district à la prise en charge des cas de tuberculose; de 240 agents de santé communautaires à la prévention de la tuberculose dans quatre districts; des sages-femmes, de fonctionnaires de santé communautaires et d'assistants en SMI aux soins d'urgence en obstétrique/aux soins donnés à la mère et aux nouveau-nés ainsi qu'à l'information et à l'éducation pour la santé. Les autres réalisations ont été la formation des agents de vaccination travaillant dans le cadre du PEV dans six districts aux soins donnés à la mère et aux nouveau-nés; du personnel de santé aux carences en micronutriments et du personnel des équipes de santé de district à la détection des cas et à la notification de la paralysie flasque aiguë; la célébration réussie des Journées mondiales de la Santé; le développement des ressources humaines pour la santé par l'octroi de bourses de l'OMS et le paiement des salaires de trois enseignants de l'Institut de Médecine et des Sciences de la Santé connexes; l'élaboration de lignes directrices sur la formation en santé de la reproduction et en planification familiale ainsi que sur la nutrition; l'élaboration du plan d'action pour l'éradication de la poliomyélite et la sensibilisation des partenaires locaux et internationaux aux stratégies relatives à l'éradication de la poliomyélite.

225. Des progrès importants ont été également réalisés sur la voie de l'éradication de la poliomyélite; 75 %, 85 % et 84 % respectivement de l'ensemble des enfants cibles de moins de cinq ans ont été vaccinés dans le cadre de trois séries de journées nationales de vaccination. La distribution du vaccin antipoliomyélitique oral et de vitamine A aux enfants à l'occasion de ces journées a été le premier et seul service rendu par le Gouvernement à l'ensemble du pays au cours de ces neuf dernières années

de guerre civile, ce qui a permis de fournir d'autres services essentiels pour la survie de l'enfant et favorisé un rapprochement en faveur de la paix en Sierra Leone.

226. Un autre résultat qui mérite d'être mentionné concerne le personnel national du bureau de l'OMS dans le pays. Celui-ci est resté à son poste pendant la période du régime militaire lorsque la totalité du personnel expatrié des Nations Unies, y compris le Représentant de l'OMS, a été évacuée du pays, ainsi que durant l'invasion de Freetown en janvier 1999, si bien que, contrairement à certaines autres institutions des Nations Unies, l'OMS a perdu très peu de véhicules.

Analyse

227. La collaboration avec le Ministère de la Santé, les institutions des Nations Unies et les ONG a été productive et cordiale. Cependant, certains problèmes ont entravé l'obtention de bons résultats, à savoir la poursuite de l'insécurité; l'absence de ressources publiques pour financer les activités en raison du blocage du processus de désarmement, de démobilisation et d'intégration; les déplacements massifs des populations et le surpeuplement, la pauvreté et le bouleversement culturel qui en ont résulté et qui ont fait courir des risques graves de transmission de maladies, notamment du SIDA; le pillage ou la destruction des établissements sanitaires dans la plupart des zones rurales; le non paiement et la démoralisation des équipes de gestion sanitaire de district et le non fonctionnement du système de surveillance des maladies. Un autre problème important à signaler c'est que les programmes de l'OMS semblaient diffus et peu clairs pour nos partenaires.

Conclusion

228. Etant donné les conditions qui prévalaient pendant la période considérée, les résultats ont été plutôt bons. Un meilleur ciblage des activités, une mobilisation accrue de ressources extrabudgétaires et une attention plus soutenue au contenu technique des programmes devraient permettre d'améliorer les résultats au cours de la prochaine période biennale.

Introduction

229. Les données utilisées pour l'évaluation du programme de coopération technique 1998-1999 de l'OMS avec la République d'Afrique du Sud proviennent des rapports de suivi semestriels, des rapports d'activités de divers programmes élaborés par le Ministère de la Santé et des entretiens avec les responsables du programme.

Réalisations

230. Plusieurs textes législatifs relatifs au développement sanitaire national ont été élaborés et adoptés par les provinces. Les activitées menées au titre du programme de coopération technique 1998-1999 ont été régulièrement suivies; tous les programmes du Ministère de la Santé parrainés par l'OMS utilisent à présent de manière systématique les outils gestionnaires et financiers de l'OMS. L'appui de l'OMS au développement sanitaire national a été évalué. Dix-sept nouvelles bourses de l'OMS ont été accordées dans le cadre de la politique nationale de développement des ressources humaines.

231. Un séminaire d'information sur les problèmes d'obstétrique moderne a été organisé à l'intention des sages-femmes, des médecins et des responsables politiques et des solutions ont été proposées dans ce domaine, en même temps que des agents de santé provinciaux ont reçu une formation en obstétrique avancée. Des agents de santé ont acquis des compétences pour mieux répondre aux besoins des enfants en matière de santé mentale. Des rapports sur les maladies respiratoires professionnelles ont été établis et distribués. Des programmes de prestation de services en médecine du travail ont été élaborés au niveau du district et de la province et les compétences techniques du personnel national et provincial de santé et de sécurité ont été améliorées.

232. Un avant projet relatif à la mise en place de programmes pilotes de prévention au niveau scolaire a été élaboré. Des campagnes spéciales ont été menées au cours de la Journée mondiale de l'Environnement pour faire mieux comprendre aux enfants d'âge scolaire, dans l'ensemble du pays, la nécessité d'un environnement sûr et sain. Soixante-trois dispensaires et écoles ruraux ont été alimentés en eau courante et dotés de toilettes et 215 responsables de la salubrité de l'environnement ont acquis des compétences en ce qui concerne l'évaluation de l'impact des projets sur la salubrité de l'environnement et la méthodologie participative. Un schéma directeur pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a été mis au point et 350 agents de santé, 50 animateurs et 21 superviseurs de huit provinces ont acquis des connaissances sur la mise en oeuvre de la PCIME.

Analyse

233. Les résultats obtenus dans les divers programmes ont été facilités par l'amélioration de la communication entre le bureau de liaison de l'OMS et le Ministère de la Santé ainsi que par le développement d'une masse critique de connaissances relatives aux processus et procédures gestionnaires de l'OMS au cours de ces dernières années.

234. Cependant, les performances ont été limitées par le fait qu'il n'y a toujours pas d'équipe d'appui dans le pays, ce qui a nui aussi bien à la qualité qu'à l'efficacité de l'appui technique accordé par le bureau de liaison de l'OMS; l'ignorance des processus et procédures gestionnaires de l'OMS, notamment aux niveaux de la province et du district; le niveau de rémunération des consultants, considéré comme faible d'après les normes nationales; l'insuffisance des effectifs au Ministère de la Santé, qui s'est traduite par une précipitation de dernière minute pour utiliser les ressources fournies par l'OMS; la non finalisation de la loi nationale sur la Santé, qui a retardé la mise en place de la législation provinciale sur la santé; la démission du fonctionnaire chargé de la promotion et de l'information sanitaires, qui a empêché de promouvoir efficacement les politiques de l'OMS en faveur du développement sanitaire; et la mise en œuvre d'un grand nombre de programmes prioritaires, qui a rendu insignifiante la contribution de l'OMS au développement sanitaire dans les domaines concernés et a semé le doute quant au sérieux des activités programmatiques entreprises.

Conclusion

235. En dépit du succès relatif obtenu dans la mise en oeuvre du plan d'action, les enseignements suivants devraient améliorer encore l'efficacité et l'efficience au cours des futures périodes biennales : en limitant à quatre environ le nombre des programmes de coopération technique poursuivis, on devrait accroître l'impact des activités de coopération sur le développement sanitaire; la mobilisation d'une équipe de l'OMS dans le pays, comprenant quatre ou cinq administrateurs recrutés sur le plan national devrait améliorer aussi bien la qualité que l'efficience de l'appui technique accordé par l'OMS au Ministère de la Santé; les autorités sanitaires des provinces et des districts doivent être formées aux processus et procédures gestionnaires de l'OMS. Une telle formation aura une influence positive sur la gestion des ressources au niveau de la province et du district, renforcera la participation des autorités sanitaires à la détermination des priorités en matière de coopération technique et accélèrera la mise en oeuvre des activités de coopération.

Introduction

236. La collaboration entre le Bureau régional et le bureau de l'OMS dans le pays a été sensiblement améliorée, notamment en ce qui concerne la coordination de l'appui technique accordé au pays et la fourniture de matériel et de publications techniques. Les autorités nationales font davantage confiance au Bureau régional en ce qui concerne la sélection, le recrutement d'experts techniques et l'appui à leur accorder.

Réalisations

237. La politique sanitaire nationale a été révisée. Des stages de formation à la gestion sanitaire à l'intention des cadres supérieurs de santé ont été menés à bien. Des réunions de plaidoyer et d'information portant notamment sur les principaux problèmes de santé ont eu lieu avec les médias. Le nombre de bourses accordées par l'OMS a sensiblement augmenté à la suite du lancement du projet d'enseignement à distance. La loi sur la pharmacie, la législation sur les drogues et la loi sur les remèdes et les substances apparentées ont été finalisées. La mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako a été renforcée.

238. Le lancement de l'Initiative sur la Maternité sans risque a fait mieux comprendre le problème au grand public. De nombreuses accoucheuses traditionnelles et des animateurs de santé ruraux ont été formés aux techniques d'accouchement sûres et des sages-femmes ont été formées avec succès aux techniques qui sauvent. Le projet relatif à l'élimination de la syphilis congénitale a été mis en application. Deux réunions nationales de formation ont été organisées à l'intention des infirmières et des techniciens de laboratoire. Un projet a été lancé sur le développement psychosocial du nouveau-né et la réadaptation des mères adolescentes. La promotion des comportements sains et de la santé mentale a été renforcée. La sensibilisation à l'abus de tabac et de drogues et à la toxicomanie a été intensifiée avec le concours de jeunes écoliers par l'intermédiaire des clubs anti-drogue. La couverture des programmes de promotion et d'éducation sanitaires a été élargie grâce à la formation de membres des médias sur la couverture appropriée des questions sanitaires.

239. La politique nationale sur l'alimentation et la nutrition a été revue et la phase 2 du programme de formation sur la nutrition a été menée à terme. Une recherche sur les aliments indigènes qui ont une influence sur la prévention des maladies liées au régime alimentaire a été organisée. Des groupes cibles clés ont été formés avec succès aux méthodes de manipulation sûre des aliments. La construction et la modernisation des réseaux d'adduction d'eau dans les communautés mal desservies ont été intensifiées et une formation a été dispensée aux communautés sur la maintenance de ces installations. La prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles est devenue plus visible grâce à la mise à disposition des informations de base sur l'évaluation des risques chimiques dans le pays. Des stages de formation ont été organisés pour faire mieux connaître les risques chimiques.

240. Des journées nationales de vaccination contre la rougeole couplées de la fourniture de la vitamine A et des opérations de ratissage pour la polio ont été menées à bien en 1998. Les journées nationales de vaccination, organisées en 1999, se sont aussi traduites par un taux élevé de couverture. La surveillance épidémiologique de la paralysie non flasque a été renforcée. La stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a été lancée et encouragée par la formation de ressortissants nationaux à sa mise en oeuvre. La stratégie DOTS a été lancée dans deux régions. La sixième enquête sur la surveillance par réseau sentinelle du VIH/SIDA a été menée à bien. Le plan à moyen terme a été mis au point et le projet sur les soins à assise communautaire a été lancé avec succès. De nombreux professionnels de la santé ont été formés à la prise en charge du paludisme grave et compliqué. Un registre du cancer a été créé et la sensibilisation à la lutte contre les maladies non transmissibles a été poursuivie.

Analyse

241. L'intensification de la planification et de la collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale s'est traduite par une mise en oeuvre des programmes couronnée de succès. Le niveau d'engagement et le désir de collaborer de toutes les ONG et d'autres partenaires intervenant dans le secteur de la santé ont également facilité cette mise en oeuvre.

Conclusion

242. Le Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale a continué de rassembler tous les partenaires intéressés pour qu'ils participent aux réunions de planification et d'évaluation conjointes, avec le concours de l'OMS, afin d'harmoniser la prestation des services et d'éviter des doubles emplois des ressources. La finalisation de la politique nationale de santé aura un effet positif pour toutes les parties concernées et permettra d'améliorer la prestation des services jusqu'au niveau local.

Introduction

243. La situation sanitaire du Togo est caractérisée par la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires, dont la principale est le paludisme. Les taux de mortalité maternelle et infantile sont élevés, à savoir 478 décès de femmes pour 100 000 naissances vivantes et 80 décès d'enfants pour 1000 naissances vivantes, respectivement. La pénurie de personnel persiste en dépit du recrutement de 1088 agents en 1998. Les établissements sanitaires ne sont pas entretenus. Le taux de couverture des soins de santé primaires stagne à 60 %. La présente évaluation est basée sur le budget programme 1998-1999, les plans d'action biennaux (1998-1999), les plans de mise en oeuvre 1998 et 1999, des rapports annuels et biennaux ainsi que sur des rapports d'activité de divers programmes, des études et des enquêtes.

Réalisations

244. La politique sanitaire nationale et la stratégie nationale ont été finalisées et adoptées par le Gouvernement. Les situations d'urgence dans les districts sanitaires ont été gérées avec efficacité. La couverture en médicaments essentiels génériques dans les districts sanitaires a atteint 100 % et le personnel de santé de district a été formé à l'utilisation de ces médicaments ainsi qu'à la détection et à la prise en charge appropriée des maladies neuropsychiatriques. Vingt accoucheuses traditionnelles ont reçu une formation dans des villages ayant un accès difficile aux services de santé. Trente trousses d'accouchement et 30 balances ont été fournies à des maternités. La mise en oeuvre du plan national sur la nutrition a démarré. Des données fiables sur la couverture en eau et assainissement sont disponibles. Trente maçons non qualifiés ont été formés et 90 installations d'assainissement ont été réalisées pour des buts de démonstration.

245. La promotion de l'utilisation des préservatifs a été intensifiée. Le PEV a bénéficié d'un appui et tous les enfants âgés de 0 à 59 mois ont été vaccinés contre la poliomyélite durant les première et seconde journées nationales de vaccination. Cinq mille moustiquaires ont été distribuées; 200 litres de K. Othrine (insecticide) ont été fournis et 659 agents de santé ont été formés pour renforcer la lutte contre le paludisme. Cent mille doses de vaccin anti-méningococcique A+C et 60 000 ampoules de chloramphénicol ont été acquises et 289 agents de santé ont été formés aux techniques de prise en charge des cas d'infections respiratoires aiguës (IRA). Cent six écoles ont été dotées de boîtes à pharmacie. Sept formateurs et 12 agents ont été formés à la réadaptation à assise communautaire et 50 % des prestataires de soins de santé ont été formés à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

246. L'équipe nationale en charge de l'assurance de la qualité des soins a reçu une formation; 120 bourses et subventions d'études ont été accordées ou renouvelées. Les journées mondiales pour la lutte contre le tabac, le diabète, la tuberculose et le SIDA ont été célébrées de même que la Journée des infirmiers(ières). Dix projets d'étude, d'enquête et de recherche ont été réalisés.

Les résultats et les données statistiques de la recherche ont servi à la préparation de documents nationaux de référence dans les domaines suivants : politique et gestion sanitaires, développement des services de santé, promotion et protection de la santé, et lutte intégrée contre la maladie. Cinquante-cinq tournées de supervision, de suivi, d'évaluation et d'investigation ont été effectuées ainsi que 107 déplacements sur le terrain et missions d'appui technique. L'utilisation d'ordinateurs dans les régions et dans certains districts sanitaires a été facilitée pour la production de données fiables permettant la prise de décision à ces niveaux.

Analyse

247. La délégation de pouvoirs accordée au bureau de l'OMS dans le pays pour la délivrance des numéros d'imputation budgétaire est un précieux atout qui a contribué à améliorer la mise en oeuvre du plan d'action. Les divers ateliers de formation organisés ont contribué à améliorer le niveau de performance des responsables de programme. Les facteurs qui ont gêné la mise en oeuvre ont été : les campagnes électorales présidentielle et législative; la non maîtrise et/ou le non respect de certaines procédures de gestion de l'OMS par certains responsables de programme; la sous-évaluation du coût de certaines activités et le nombre élevé de programmes appuyés par l'OMS.

Conclusion

248. L'opérationalisation des districts sanitaires se poursuit par l'informatisation des données sanitaires, la formation du personnel, le renforcement des capacités de planification et de gestion des ressources et la mise en oeuvre d'activités de promotion de la santé et de lutte intégrée contre la maladie. Etant donné que le plan national de développement sanitaire est en cours de finalisation, les priorités et les domaines d'intervention de l'OMS seront redéfinis.

Introduction

249. La période biennale a été marquée par un travail intensif portant sur les principaux éléments du programme national ougandais de réforme du secteur de la santé, dans lequel l'OMS a joué un rôle essentiel de conseiller technique, à la fois, pour le Gouvernement et ses partenaires intervenant dans le développement sanitaire. Le bureau de l'OMS dans le pays a servi de secrétariat pour la finalisation de la plupart des documents du programme de réforme du secteur de la santé. Le groupe consultatif mixte présidé par le Représentant de l'OMS a préparé la voie à un large consensus sur l'adoption d'une approche sectorielle de la santé en Ouganda.

Réalisations

250. L'OMS a participé activement à l'élaboration de la nouvelle politique sanitaire nationale et du plan stratégique pour 2000-2001 et 2004-2005 relatif au secteur de la santé en facilitant l'acceptation par tous les intéressés de l'approche sectorielle de la santé. Elle a coordonné l'action des bailleurs de fonds et apporté une contribution technique pour la détermination des coûts et le financement du plan stratégique. L'Initiative de Bamako, pilotée avec succès dans un seul district, est en cours d'extension à trois autres districts.

251. Dix districts ont bénéficié d'une assistance pour établir des plans en matière de santé de la reproduction; 30 % du personnel chargé de la santé de la reproduction dans les centres de santé et les établissements de recours de sept districts sur dix ont été formés aux soins obstétricaux d'urgence. La commercialisation à but social de la trousse hygiénique d'accouchement est en cours et la production de ces trousses a commencé. L'OMS a aidé le Ministère de la Santé à formuler un projet de programme sur la santé des adolescents. Un manuel de formation des agents de santé à la communication et au soutien psychologique est en cours de finalisation. Le renforcement des capacités a été entrepris et un appui à la promotion de l'assainissement a été accordé, notamment, en ce qui concerne la qualité de l'eau.

252. Des réductions sensibles du nombre de cas de dracunculose notifiés et des améliorations dans la détection des cas ont été enregistrées. Les 3ème et 4ème journées nationales de vaccination ont atteint des niveaux de couverture vaccinale de 98 et de 107 % en 1998 et de 107 et 113 % en 1999, respectivement. Les campagnes de lutte contre la rougeole ont été intégrées aux journées nationales de vaccination dans sept districts afin d'en tirer des enseignements en vue de l'expansion de cette pratique. Quarante-cinq équipes de santé de district et des agents de santé du niveau opérationnel provenant de 25 districts ont été formés à la surveillance épidémiologique. De l'ivermectine a été distribuée dans les 17 districts où l'onchocercose est endémique et des progrès notables ont été enregistrés dans la lutte contre cette maladie. Les activités visant l'éradication du vecteur sont pratiquement terminées dans l'une des deux zones où elles ont été mises en oeuvre.

253. Les principales réalisations accomplies dans le cadre de la mise en oeuvre du programme de lutte contre le paludisme ont été l'élaboration de principes directeurs essentiels et de modules de formation, la formation d'équipes d'animateurs de base à la prise en charge du paludisme grave, à la lutte antivectorielle et au suivi de l'efficacité des médicaments. Les autorités ont accepté de renoncer aux taxes perçues sur les matériels traités aux insecticides. La collaboration entre le programme de lutte contre le paludisme et celui de la PCIME a amélioré la coordination de la mise en oeuvre des deux programmes. Six cours d'essai portant sur la PCIME et s'adressant à des aides-soignants ont été menés à bien. Au moins 40 % des agents de santé professionels de 20 districts ont été formés à la PCIME. La capacité de ces districts a été consolidée par l'adjonction d'autres composantes de la PCIME. Des directives relatives à l'orientation des malades et un stage de formation préparatoire à l'entrée en fonctions sont également en cours de préparation. Huit districts ont adopté la stratégie DOTS. La promotion de l'oeuvre de l'OMS a été assurée par la célébration des journées consacrées à la santé, la production et la distribution de matériel de promotion de la santé ainsi que par une formation à l'intention des journalistes.

Analyse

254. La mise en oeuvre du plan d'action biennal a été facilitée, entre autres, par la politique de décentralisation du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique; la collaboration des parties concernées et une coordination dynamique des bailleurs de fonds; la participation active des ministères concernés, notamment ceux des collectivités locales et des finances; une plus grande coopération entre départements au sein du Ministère de la Santé; et par les structures existantes au niveau local. Les principaux facteurs qui ont entravé la mise en oeuvre du programme ont été : la restructuration du Ministère de la Santé, les élections aux conseils locaux au début de 1998, la démoralisation des fonctionnaires, les approches verticales au sein des programmes, des lacunes en ce qui concerne la gestion des données, l'insécurité régnant dans certains districts et les contretemps liés aux procédures comptables à respecter, qui ont retardé le déblocage des fonds.

Conclusion

255. L'évaluation de la coopération technique entre l'OMS et l'Ouganda a montré que la coordination des divers acteurs renforce la mise en oeuvre harmonieuse des programmes et qu'il est nécessaire d'assurer un approvisionnement régulier en matériels essentiels et une supervision appropriée du personnel formé pour garantir la qualité des soins. Il est impératif de recourir aux techniques de promotion et de mobilisation sociale pour introduire l'approche des soins de santé communautaire dans les établissements scolaires et les systèmes de santé. Par ailleurs, l'évaluation montre que la formation "en cascade" est bon marché, mais médiocre sur le plan du contenu technique.

Introduction

256. La présente évaluation est basée sur les plans et stratégies nationaux, les rapports semestriels et annuels ainsi que sur les plans de travail et les rapports techniques du Ministère de la Santé et de l'Organisation mondiale de la Santé portant sur la mise en oeuvre de programmes spécifiques.

Réalisations

257. Les principaux résultats obtenus au cours de la période biennale comprennent : la participation à la préparation et à l'établissement de plans conjoints entre l'OMS et le programme d'interventions sanitaires essentielles pour l'octroi d'un appui technique aux districts; la participation à la planification au niveau national d'interventions à mettre en oeuvre au niveau du district; l'examen de la mise en œuvre de la stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et l'impression de matériels pédagogiques sur la PCIME. Les autres résultats ont été : l'instauration d'une collaboration formelle avec l'OMS en vue d'organiser des études sur l'efficacité de la PCIME pour une évaluation globale de celle-ci; l'obtention d'une couverture vaccinale de 97 % et 100% au cours des journées nationales de vaccination de 1998 et 1999, respectivement, ainsi que d'une couverture de 92 % dans 31 districts sélectionnés au cours de la campagne de lutte contre la rougeole organisée en 1999; l'amélioration de la complétude et de la promptitude de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, ce qui s'est traduit par un taux de détection des cas de 1,13 pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans et la production d'un rapport relatif à une étude analytique de la salubrité des aliments. Les ressources humaines pour la santé ont été développées grâce à l'attribution de bourses de l'OMS et au placement réussi des bénéficiaires; des projets de recherche ont été élaborés pour être mis en oeuvre ultérieurement; un atelier de formation des formateurs à l'intention des équipes de gestion sanitaire de district a été organisé dans le cadre de la réforme du secteur de la santé; et un appui a été accordé au processus de réforme du secteur de la santé en cours.

Analyse

258. Les principaux facteurs qui ont favorisé les résultats positifs obtenus ont été : la définition claire des objectifs et des résultats escomptés dans le plan d'action conjoint approuvé par le Ministère de la Santé et l'OMS; le respect des priorités nationales et l'utilisation des mécanismes existant pour la mise en oeuvre du plan d'action; le suivi et l'évaluation simultanés ainsi que la demande d'un appui supplémentaire auprès des partenaires intervenant dans le domaine de la santé; la coordination de la collaboration avec les principaux partenaires, à savoir le Gouvernement, les ONG, les institutions des Nations Unies, les bailleurs de fonds et le secteur privé, et l'étroite coopération régnant entre ceux-ci. Les obstacles qui ont gêné la mise en oeuvre et les réalisations ont été les suivants : la non concordance des allocations budgétaires avec les fonds effectivement disponibles; la charge de travail importante et la nécessité d'un appui technique complémentaire; la capacité limitée des

districts de mettre en oeuvre leurs propres plans; les retards intervenant dans les districts où la réforme du secteur de la santé n'avait pas encore été menée; le déblocage tardif des fonds par le Bureau régional et le manque de vaccins antipoliomyélitiques oraux destinés au programme élargi de vaccination.

Conclusion

259. Globalement, les résultats obtenus pendant la période biennale 1998-1999 sont satisfaisants. Il est nécessaire d'examiner de plus près l'absence de concordance entre les fonds inscrits au budget et les fonds disponibles. Pour éviter de trop disperser les ressources entre de nombreux programmes, il est recommandé d'avoir un petit nombre de programmes complets, axés sur des objectifs plus tangibles. En raison de la nature très étendue des systèmes de santé nationaux et des processus gestionnaires et étant donné que l'on fait largement appel aux fonds extrabudgétaires pour réaliser les objectifs visés, le programme de coopération OMS/ Tanzanie aura à l'avenir besoin d'un appui plus important.

Introduction

260. L'OMS a accordé un appui technique et financier au Ministère de la Santé et au Conseil supérieur de la Santé. Dès le début de 1998, l'OMS, le Ministère de la Santé et le Conseil supérieur de la Santé ont tenu une réunion tripartite pour harmoniser les cibles de l'OMS avec les objectifs stratégiques du pays. Ces réunions ont constitué la base de la mise en œuvre du programme tout au long de la période biennale.

Réalisations

261. Les principales réalisations accomplies grâce à une collaboration étroite entre l'OMS, le Ministère de la Santé, le Conseil supérieur de la Santé et d'autres partenaires comprennent : le renforcement de la réforme du secteur de la santé en Zambie; l'élaboration d'une politique et de stratégies dans le domaine de la santé de la reproduction; l'organisation réussie de journées nationales et régionales de vaccination en 1998 et 1999, avec une couverture vaccinale moyenne supérieure à 90 %; la mise au point de l'initiative pour l'indépendance en matière de vaccins, en collaboration avec des partenaires du PEV; la formulation d'une politique nationale de financement de la santé; la mise en oeuvre réussie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, avec la formation de 208 agents de santé et 157 agents de santé communautaires, respectivement; et l'élaboration d'un manuel de formation aux soins et au soutien psychologique des séropositifs et des sidéens ainsi que le lancement du processus d'élaboration d'une politique de dépistage volontaire du VIH assorti de conseils.

262. Les autres réalisations ont été l'élaboration d'un plan initial pour l'initiative "Faire reculer le paludisme" (RBM) et la mise en oeuvre d'activités essentielles pour asseoir le programme de lutte contre le paludisme sur des bases factuelles; l'utilisation accrue de moustiquaires imprégnées d'insecticides; la mise en oeuvre réussie de l'Initiative Afrique 2000, notamment dans les zones rurales; l'achèvement de l'évaluation globale de la situation de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, et la finalisation de la stratégie nationale sur la communication dans le domaine de la santé; l'appui accordé aux programmes de formation à la planification et à la mise en oeuvre de la communication dans les districts; l'appui accordé aux thèmes spécifiques des Journées mondiales de la Santé; le lancement de la stratégie nationale sur l'assainissement de l'environnement dans les zones rurales et péri-urbaines et la production de modules à l'intention des formateurs sur les produits chimiques toxiques, l'environnement et la santé.

Analyse

263. Les réalisations ont été facilitées, entre autres, par des réunions de concertation régulières entre l'OMS, le Ministère de la Santé et le Conseil supérieur de la Santé, pour évaluer le niveau de mise en oeuvre du plan d'action, ainsi que par la nomination de points focaux et de directeurs de programmes pour la mise en oeuvre des différents programmes; le renforcement du bureau de

pays par le recrutement des administrateurs recrutés sur le plan national devant travailler avec les responsables des programmes; l'existence de moyens de communication excellents et fiables au bureau de l'OMS dans le pays; et la formation du personnel du Ministère de la Santé et du Conseil supérieur de la Santé, menée à bien par l'OMS, afin de permettre à celui-ci d'entreprendre des activités conformément à ses objectifs et directives.

264. Les obstacles à la mise en oeuvre ont été : le non déblocage des fonds extrabudgétaires pour des programmes inscrits sur le budget ordinaire et disposant d'un financement limité; la décision prise par le gouvernement d'interdire l'organisation d'ateliers; l'inadéquation des ressources humaines au bureau de pays; la réallocation de certains fonds du budget ordinaire pour l'expédition de fournitures médicales, l'achat de médicaments ou pour des situations d'urgence telles que des flambées de choléra et un afflux de réfugiés; l'absence d'appui de la part du Bureau régional pour riposter rapidement aux catastrophes naturelles ou causées par l'homme et le fait que les propositions soumises par le Ministère de la Santé et/ou le Conseil supérieur de la Santé étaient soit tardives, soit non conformes aux priorités et aux objectifs convenus.

Conclusion

265. Les principaux enseignements tirés ont été les suivants : l'utilisation de fonds extrabudgétaires pour des programmes financés sur le budget ordinaire montre que ces programmes nécessitent une dotation budgétaire élevée; les évaluations à mi-parcours et les réunions périodiques permettent d'accélérer la mise en oeuvre et d'améliorer le degré de réalisation des objectifs; les fonds extrabudgétaires, notamment, peuvent améliorer l'efficience et le niveau des résultats dans les situations d'urgence ou servir à d'autres priorités; le degré d'efficience est directement lié à l'allocation de fonds suffisants et à la disponibilité du personnel pour la mise en oeuvre des programmes; et les réunions de concertation entre l'OMS, le Ministère de la Santé et le Conseil supérieur de la Santé permettent de s'assurer que les cibles fixées sont conformes aux objectifs.

Introduction

266. Les sources d'information utilisées pour la préparation du présent rapport ont été les rapports annuels de divers programmes, des rapports concernant des enquêtes, des ateliers et des stages de formation.

Réalisations

267. Les principales réalisations accomplies au cours de la période biennale ont été : le renforcement des capacités pour la préparation aux situations d'urgence des comités multisectoriels de protection civile aux niveaux provincial et district; l'analyse très complète du système d'information sanitaire; l'élaboration de la stratégie nationale de la santé pour la période 1997-2007 en concertation et avec la participation des parties concernées; la tranduction de la stratégie en actions concrètes par la formulation d'un plan triennal à horizon mobile et d'un plan de mise en oeuvre du programme; l'adoption du rapport de la Commission chargée d'évaluer la situation sanitaire et la restructuration ultérieure du Ministère de la Santé et du Bien-être de l'Enfant sur la base des recommandations faites par la Commission; le développement des ressources humaines pour la santé par l'attribution de bourses de l'OMS dans divers domaines et l'adoption de stratégies en matière de ressources humaines pour la santé, de santé de la reproduction et de santé de la reproduction chez l'adolescent.

268. Les autres réalisations ont été : la création du programme de santé scolaire; l'organisation d'un atelier sur la couverture médiatique du VIH/SIDA et la désignation de certains journalistes pour parler du VIH/SIDA; la célébration réussie de six journées de la santé; la fourniture de moyens d'approvisionnement en eau et d'assainissement à 24 villages de zones sujettes au choléra; le lancement par le Président de la République de la politique nationale sur le SIDA; la création du Conseil national de lutte contre le SIDA et l'annonce au journal officiel de la taxe pour le SIDA; les campagnes réussies du PEV avec un taux de couverture vaccinale de 93 % et un taux de dépistage de la paralysie flasque aiguë de1pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans; la réintroduction du vaccin contre l'hépatite B dans les activités classiques du PEV et la détermination du Gouvernement à acquérir ses propres vaccins pour renforcer la viabilité du PEV; la disponibilité de directives standard relatives au diagnostic et au traitement des cas de paludisme compliqué et non compliqué dans 70 % des districts; la prise en charge correcte des malades dans 93 % des établissements; l'instauration d'un consensus à propos de l'Initiative "Faire reculer le paludisme"; l'étude pilote menée à bien de la mise en oeuvre de la stratégie DOTS au niveau communautaire dans sept districts; et la rapidité des interventions en présence d'épidémies de choléra et de paludisme.

Analyse

269. La volonté et le soutien politiques ont joué un rôle important, entre autres, dans la lutte contre les épidémies, l'éradication de la poliomyélite et dans la mise en oeuvre de l'Initiative "Faire reculer le paludisme".

L'absence de changement de comportements en dépit d'une forte sensibilisation a considérablement gêné le programme VIH/SIDA. La baisse de la couverture du PEV, faute de moyens de transport et d'autres moyens logistiques indispensables pour desservir les zones reculées, constitue un sujet de préoccupation.

Conclusion

270. Les enseignements tirés de l'évaluation sont les suivants : les priorités fixées avec le Ministère doivent être réexaminées tous les six mois pour tenir compte de faits nouveaux imprévisibles; les fonctionnaires du Ministère de la Santé et du bureau de l'OMS dans le pays devront garder une trace des dépenses effectuées, compte tenu de la nature complexe du système comptable de l'OMS; il conviendra d'accroître l'appui budgétaire au programme VIH/SIDA pour tenir compte de l'ampleur de cette pandémie; et des réunions semestrielles avec le bureau de pays seront nécessaires pour faciliter le suivi et l'évaluation du plan d'action.

ACTIVITE DE L'OMS AUX NIVEAUX REGIONAL ET INTERPAYS

Introduction

271. Le Développement et la Gestion d'ensemble des programmes concernent toutes les divisions techniques et se divisent en trois grands programmes : Santé, science et politiques publiques (HSP), Mobilisation des ressources interorganisations (IRM) et Situations d'urgence et action humanitaire (EHA). Le premier grand programme (HSP) regroupe lui-même les programmes spécifiques suivants : la santé dans le développement durable (HSD), la coopération technique avec les pays (TCC) et la coordination de la politique et de la stratégie de la recherche (RPS). Pour la présente évaluation, les principales sources d'information ont été : les plans d'action pour 1998-1999, les examens à mi-parcours des programmes, les rapports sur des activités importantes telles que les Réunions régionales du Programme (RPM), le budget programme 1998-1999, les états financiers fournis par le service du budget et des finances (BFO).

Réalisations

272. Les principales réalisations enregistrées au cours de la période biennale ont été : un accroissement de la capacité du Bureau régional et des bureaux OMS de pays de mobiliser des ressources extrabudgétaires pour la mise en œuvre des programmes de l'OMS dans les pays; l'organisation de trois réunions interpays sur les réformes du secteur de la santé pour permettre un partage des données d'expérience en matière de conception, de mise en œuvre et de surveillance continue des réformes; des réunions régionales du programme mieux organisées et mieux centrées; un soutien plus coordonné assuré aux bureaux de pays dans la gestion des programmes de l'OMS, notamment dans la préparation des plans d'action; l'élaboration de directives plus claires pour la planification, la surveillance et l'évaluation; l'élaboration d'un plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie régionale de recherche; et un accroissement de la capacité des pays à se préparer et à réagir aux situations d'urgence.

Analyse

273. L'unité IRM a joué un rôle déterminant en ce qui concerne la mobilisation de fonds extrabudgétaires, surtout après le détachement de l'un de ses cadres techniques au Bureau de l'OMS auprès de l'Union européenne.

274. Certaines activités du programme HSD ont été transférées à d'autres divisions telles que DSD et DES à la suite de la restructuration en cours. L'inventaire des initiatives de micro-financement et des textes de législation sanitaire n'a pas été mené, mais trois réunions interpays sur les réformes du secteur de la santé ont été organisées.

275. Pour le programme interpays (ICP) et le programme de coordination des politiques et stratégies de recherche (RPS), la mobilité du personnel et la surcharge de travail ont entravé la mise en oeuvre des activités planifiées. La qualité des propositions de projets présentées en vue d'un financement laissait également à désirer. Néanmoins, certaines réalisations ont été enregistrées

après le recrutement d'un Conseiller régional chargé de la coopération technique avec les pays, et d'un STP chargé de la planification, de la programmation et de l'évaluation, ainsi que de la politique et de la coordination en matière de recherche.

276. Malgré la rotation fréquente de son personnel, le programme EHA a obtenu des résultats appréciables en ce qui concerne les activités planifiées et les activités non planifiées mais présentant un intérêt pour le programme. Les principaux facteurs qui ont facilité l'obtention de ces résultats ont été la ferme détermination des Etats Membres à opter pour la préparation aux situations d'urgence ainsi que l'amélioration de la coordination entre EHA et d'autres divisions techniques du Bureau régional (DDC, DSD, DRH et DNC) afin de satisfaire les besoins propres à chaque pays.

Conclusion

277. La période biennale, et particulièrement la deuxième année, a été une période de transition au cours de laquelle les programmes TCC, PDC et EHA sont devenus des unités à part entière. Le renforcement de ces unités par la révision des descriptions de postes et le recrutement de conseillers régionaux chargés de divers secteurs programmatiques entraînera une amélioration sensible de l'efficacité et de l'efficience des actions futures dans les domaines suivants : appui technique aux pays, politique et coordination en matière de recherche, constitution d'une base factuelle et collecte de l'information pour la politique sanitaire, planification, surveillance et évaluation, et préparation et réponse aux situations d'urgence.

Introduction

278. La mise en œuvre du plan d'action 1998-1999 de la Division du Développement des Systèmes et Services de Santé (DSD) a subi l'influence de facteurs et d'événements particulièrement liés à la réorganisation et à la restructuration du Bureau régional pendant la période biennale. La nécessité de s'atteler à de nouvelles priorités et des contraintes financières ont en outre conduit à la révision du plan d'action de plusieurs programmes.

Réalisations

279. L'une des principales réalisations du programme intitulé "Systèmes nationaux de Santé" a été l'élaboration de la Politique régionale de la santé pour tous au 21ème siècle qui propose une vision à longue échéance du développement sanitaire dans la Région africaine. Des lignes directrices ont été définies pour l'élaboration de politiques de la santé et un certain nombre de pays ont bénéficié d'un appui pour actualiser leurs politiques et leurs stratégies. Quatorze pays ont bénéficié d'un soutien technique régulier en matière de réformes du secteur sanitaire. Le programme a concouru à la prise en compte des problèmes relatifs au développement des systèmes de santé qui se posaient dans des initiatives spéciales telles que "Faire reculer le paludisme" et le volet sanitaire de l'Initiative spéciale des Nations Unies pour l'Afrique.

280. Pour le programme relatif au Développement des systèmes de santé (DHS), les deux principales réalisations ont été la mise au point de matériels de formation pour le renforcement de la gestion des districts de santé ainsi que d'instruments permettant d'évaluer le fonctionnement des systèmes de santé de district. Ces instruments ont été essayés dans quatre pays. Une deuxième réunion régionale a été organisée conjointement avec l'UNICEF et le Gouvernement du Mali afin de faire le point de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako. A l'issue de cette réunion, on a entrepris la définition de la dimension communautaire de la réforme du secteur de la santé, avec le concours de différents partenaires de la Région. Le programme DHS a renforcé ses liens avec des initiatives spécifiques telles que "Faire reculer le paludisme" et "Maternité sans risque". Il a également contribué à l'appui apporté aux initiatives locales ou de district en matière de lutte contre le VIH/SIDA, ainsi qu'aux soins communautaires à domicile.

281. Les pays ont bénéficié d'un appui pour évaluer et réformer leurs systèmes d'information sanitaire, élaborer des plans d'action pour le développement de ces systèmes ainsi que pour choisir les indicateurs essentiels de santé. Une réunion d'experts a été organisée pour évaluer les méthodes et les instruments mis au point ainsi que pour élaborer un cadre applicable à l'évaluation de l'initiative régionale visant à renforcer les systèmes d'information sanitaire.

282. D'importantes transformations ont eu lieu dans le domaine de la recherche sur les systèmes de santé (HSR). Le projet conjoint, initialement entrepris à l'échelon sous-régional, a été transformé en un programme s'étendant à toute la Région. Plus de 80 agents

de santé ont été formés à la méthodologie de la recherche sur les systèmes de santé et certains d'entre eux préparés à un rôle de formateurs. Un répertoire des personnels formés à la recherche sur les systèmes de santé a été constitué. Un soutien technique et financier a été fourni à des ministères de la santé.

283. Le Comité régional a adopté la *Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé*. Trois réunions interpays ont été organisées au cours desquelles la stratégie a été présentée aux pays et des profils de pays sur la situation des ressources humaines pour la santé ont été mis au point. Un cadre régional pour la mise en œuvre de la stratégie régionale a été édifié à partir des informations recueillies au cours de ces réunions. Des lignes directrices ont été élaborées pour la politique et la planification des ressources humaines pour la santé ainsi que pour la conception du programme de formation des infirmiers et des sages-femmes. Le programme Ressources humaines pour la santé (HRH) a contribué à la publication du premier numéro de l'*African Nursing and Midwifery Journal*.

284. Le programme des médicaments essentiels a fourni un soutien aux pays en matière d'élaboration de politiques et de programmes pharmaceutiques. Les autres grandes réalisations ont été la promotion de mécanismes d'achats groupés de médicaments et la mise en place de moyens pour le contrôle de la qualité au niveau des sous-régions. Une réunion régionale a été organisée sur le thème de la production locale de médicaments essentiels. A sa quarante-neuvième session, le Comité régional a adopté le Programme intensifié de Médicaments essentiels. Une session d'information technique sur l'étude de la qualité des antipaludiques et l'examen du projet Pharmacien/VIH/SIDA ont été deux exemples de collaboration avec des programmes prioritaires et de contributions apportées à ceux-ci.

285. L'élaboration du programme relatif à la médecine traditionnelle (TRM) a effectivement commencé et les relations entre ce programme et les quatre centres collaborateurs de l'OMS ont été relancées. On a mis en place une base de données sur la situation de la médecine traditionnelle dans la Région. Un projet de *Stratégie régionale pour la médecine traditionnelle* a été élaboré puis examiné au cours d'une réunion consultative d'experts. Un rapport sera présenté à ce sujet à la cinquantième session du Comité régional.

286. La quarante-neuvième session du Comité régional a adopté la *Politique régionale sur la technologie sanitaire*. Un soutien a été apporté aux pays pour la mise en place de systèmes de contrôle de la qualité dans les laboratoires ainsi que pour l'élaboration et le renforcement de programmes nationaux d'assurance de la qualité dans les soins de santé. Des lignes directrices ont été définies pour l'élaboration de politiques nationales relatives à la technologie des soins de santé. On a intensifié les activités menées dans le domaine de la sécurité sanguine et un fructueux atelier sous-régional a été organisé

à l'intention des directeurs de services nationaux de transfusion sanguine des pays francophones.

Analyse

287. Le travail de la Division a été facilité par l'élaboration d'instruments opérationnels pour la planification, la surveillance et l'évaluation de la mise en œuvre du plan d'action. Divers programmes ont été renforcés en personnel de catégorie professionnelle, tandis que l'instauration d'un solide esprit d'équipe a favorisé l'action d'ensemble.

288. Les principales contraintes ont été : la rapide rotation du personnel et le volume des activités supplémentaires pour répondre aux besoins des pays, activités qui ont compromis la performance de certains programmes spécifiques.

Conclusion

289. En dépit des contraintes, 75 % des résultats attendus pour la période biennale 1998-1999 ont été partiellement ou entièrement réalisés. La restructuration et le renforcement des différents programmes ont entraîné une hausse de la production de la division et permettront certainement d'améliorer les résultats au cours de la période biennale 2000-2001.

DIVISION DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DE LA SANTE REPRODUCTIVE

Introduction

290. La nouvelle Division de la Santé de la Famille et de la Santé reproductive (DRH) a pour mission de promouvoir la santé des familles et des individus par une approche globale du cycle vital. Son action consiste essentiellement à mener des interventions pour prévenir la mortalité maternelle et néonatale, à sensibiliser les Etats Membres face à la montée des problèmes de santé des enfants et des adolescents, à soutenir, aux niveaux des pays et interpays, l'action de planification en vue de l'élimination des mutilations sexuelles féminines (MSF), et à améliorer l'accès des femmes aux soins de santé.

Réalisations

291. Parmi les nouveautés du programme Santé de la famille et santé reproductive ont figuré le lancement de la mise en œuvre de la *Stratégie régionale de santé reproductive pour la période 1998-2007*, adoptée par le Comité régional en 1997; et l'inscription du programme "Maternité sans risque" parmi les domaines prioritaires de la Région.

292. Dans le domaine de la "Maternité sans risque" et des soins aux nouveau-nés, cinq des dix pays choisis ont diffusé l'ensemble d'interventions sur le couple "mère-enfant" au niveau du district, avec le soutien du bureau de pays ou du Bureau régional. Des plans de district ont été préparés afin d'adapter les interventions prioritaires pertinentes. Les lignes directrices et les protocoles relatifs à ces interventions ont été mis à jour et des cours d'actualisation des connaissances ont été organisés à l'intention des soignants engagés dans la pratique obstétricale. Les six pays visés pour la mise en œuvre de l'Initiative ont entrepris ou achevé une évaluation des besoins en matière de services de santé maternelle en vue d'une analyse factuelle des plans de "Maternité sans risque" formulés par les pays. La mobilisation de ressources et la coprogrammation en vue d'améliorer l'accès à des services de santé reproductive de qualité, et notamment de maternité sans risque, se sont accomplies avec succès dans trois des neuf pays programmés dans la Région, grâce à des groupes thématiques inter-institutions et d'autres mécanismes.

293. Pour ce qui est de la santé néonatale, des partenariats interinstitutions plus efficaces ont permis une action de prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant. Une approche globale de la formulation et de la gestion des projets pilotes a été élaborée dans neuf pays où la prévalence du VIH est très élevée chez les femmes enceintes. Un large consensus s'est également réalisé sur les modes opératoires permettant de trouver une solution aux problèmes connexes dans le cadre des maternités et au sein des programmes nationaux de santé reproductive.

294. La *Stratégie régionale de santé reproductive*, adoptée à la quarante-septième session du Comité régional, a été lancée et diffusée, et une réunion d'orientation a été organisée à l'intention d'administrateurs de programmes nationaux et de Représentants de l'OMS. Par la suite, trois des quinze pays visés (20 %) ont utilisé ce cadre stratégique pour

réorganiser le programme de santé reproductive, examiner et adopter des composantes prioritaires de santé reproductive, et se livrer à une analyse approfondie des politiques et des lacunes existant en matière de disponibilité, d'accessibilité et de qualité des services.

295. En l'absence d'un plan d'action officiel pour la santé infantile, des activités ponctuelles ont été entreprises pour renforcer, au niveau des pays, la capacité de répondre à des questions de santé publique relatives à *l'enfant bien portant*. Au nombre de ces activités ont figuré l'organisation d'un atelier de formation sur la prévention et la prise en charge de l'abus sexuel chez l'enfant auquel treize pays ont participé, la fourniture d'une aide à l'alimentation du nourrisson et de l'enfant dans des situations d'urgence, grâce à un réseau interpays, et le lancement de projets de démonstration sur le développement psycho-social de l'enfant dans trois pays.

296. En matière de santé des adolescents, une stratégie régionale a été lancée, en s'appuyant sur ce que l'on sait actuellement des problèmes de santé des adolescents. Un soutien a été fourni respectivement à trois et quatre pays pour, d'une part, mieux répondre à des besoins particuliers des adolescents dans une situation de conflit et, d'autre part, élaborer des programmes tenant compte de la culture et visant à lutter efficacement contre la transmission du VIH/ SIDA.

297. Dans le domaine de la santé de la femme, des réalisations ont été accomplies en matière de mutilations sexuelles féminines (MSF), de violence sexiste et d'alphabétisation fonctionnelle. Sept des dix pays visés (70 %) pour l'élimination des MSF ont élaboré des plans nationaux avec le soutien technique et financier du Bureau régional, et quatre d'entre eux (soit 40 %) sont passés à la phase d'exécution. D'autres pays, où le problème se pose, ont tiré profit d'activités de plaidoyer interpays.

298. Deux consultations sous-régionales ont été organisées pour examiner l'expérience des pays en matière d'élaboration de stratégies multi-sectorielles sur la prévention de la violence à l'encontre des femmes et des filles, ainsi qu'en ce qui concerne le soutien physique et psycho-social et les soins aux victimes. Au cours de ces réunions, des stratégies ont été élaborées en vue de renforcer le rôle du secteur sanitaire dans la prévention de la violence. Les quatre pays qui appliquent une stratégie d'alphabétisation fonctionnelle ont reçu une aide technique et financière afin d'élargir leurs activités. Des stratégies ont été mises au point afin d'intégrer à cette initiative les besoins des femmes atteintes par le VIH et de leurs familles.

Analyse

299. Le faible taux de réalisation de la plupart des objectifs tient vraisemblablement à une insuffisance de planification, de suivi et de mise en oeuvre. En outre, la mobilité accrue du personnel, déjà en nombre insuffisant,

consécutive à la relocalisation du Bureau régional, a beaucoup entravé la mise en œuvre des programmes.

Conclusion

300. Un recentrage adéquat sur le concept de "Maternité sans risque" reste à opérer, tant à l'échelon régional que dans les pays, depuis l'adoption du cadre stratégique décennal applicable à la santé reproductive. Il est important d'établir des articulations entre les programmes existants, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la Division, afin d'accroître leur synergie, condition nécessaire à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, et de se préoccuper des autres questions qui intéressent la santé des femmes, des enfants et des jeunes dans la Région.

Introduction

301. Grâce à une collaboration intense avec les Etats Membres, la Division a pu appliquer son plan d'action. De nouveaux progrès et de nouvelles approches sont devenus possibles en matière de lutte contre les maladies. Ces réalisations s'expliquent en grande partie par la meilleure collaboration avec les partenaires et un soutien constant de ceux-ci.

Réalisations

302. Onze Etats Membres ont procédé à une évaluation préliminaire de la possibilité d'appliquer la PCIME. Sept pays ont poursuivi le processus de mise en oeuvre en tenant des réunions d'orientation afin de garantir une compréhension commune de la PCIME. Onze pays ont adapté les matériels de formation génériques à la PCIME et sept pays ont tenu une réunion destinée à planifier la première année d'application. Trente-deux pays ont commencé à appliquer la PCIME. Des recherches opérationnelles sur la PCIME ont également débuté. Un plan stratégique pour la période 2000-2005 a été adopté par la quarante-neuvième session du Comité régional.

303. La lutte contre la schistosomiase a été relancée et cinq pays ont élaboré ou révisé leur plan national de lutte contre cette maladie. En collaboration avec le programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC), différentes activités ont été entreprises pendant la période biennale : des opérations de cartographie épidémiologique rapide ont été menées dans 15 pays; 57 projets de traitement par l'ivermectine ont été poursuivis, y compris 48 actions de traitement sous direction communautaire, 4 projets d'élimination du vecteur, et 5 projets administrés par le Siège et destinés à soutenir des groupes spéciaux nationaux.

304. La Région africaine a enregistré près de 20 % de tous les cas de tuberculose notifiés dans le monde en 1998. Un soutien a été fourni à cinq nouveaux pays pour les aider à mettre en œuvre la stratégie DOTS de lutte antituberculeuse, portant ainsi à 37 le nombre total de pays ayant adopté cette stratégie. Cela signifie que 61 % des populations cibles ont maintenant accès à des services fondés sur la stratégie DOTS dans la Région. Les résultats du traitement des nouveaux malades à frottis positif ont progressé de 50 % dans 12 pays. Le taux de succès général des traitements antituberculeux a été de 62 % dans la Région en 1998, contre une cible de 85 %. La profonde évaluation des programmes effectuée dans trois pays a abouti à une replanification des interventions afin de relever de nouveaux défis tels que l'épidémie de VIH/SIDA. Des ateliers d'orientation ont été organisés dans 16 pays afin d'inscrire la stratégie DOTS au programme d'enseignement des écoles de médecine, et une révision des programmes a été entreprise dans six pays. Dix-huit pays ont bénéficié d'un appui en vue de mettre en place un système de contrôle de la qualité dans les laboratoires antituberculeux afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge des cas.

305. Quatre pays ont bénéficié du recrutement d'un administrateur national du programme de lutte contre le VIH/SIDA afin de renforcer leur capacité de gestion. Un appui technique a été fourni à huit pays pour améliorer leur système de surveillance du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles (IST). Au cours de l'exercice biennal, un réseau technique a été mis en place et des lignes directrices élaborées pour la surveillance du VIH/SIDA et des IST, ce qui a permis de renforcer les programmes menés par les pays. Cinq pays ont bénéficié d'un appui pour élaborer des politiques et des plans nationaux en matière de sécurité sanguine, ce qui a porté à 15 le nombre de pays disposant de telles politiques dans la Région. Un groupe spécial régional pour la lutte contre les IST a été mis en place et a formulé des recommandations qui ont permis d'accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte contre les IST dans les pays.

306. Pour l'ulcère de Buruli, un système de surveillance générale a été élaboré et adopté, et il est actuellement mis en oeuvre dans quatre des cinq pays d'endémie. Une stratégie générale a été également mise au point pour lutter contre cette maladie. L'incidence de la dracunculose a été ramenée de 34 261 à 18 500 cas et le nombre des pays d'endémie est passé de 16 à 13. L'unité de lutte intégrée contre la maladie (IDS) élabore actuellement des moyens de surveillance intégrée de la maladie et met également en place une base de données régionale informatisée pour la surveillance des maladies transmissibles. Elle a en outre organisé des cours et des ateliers de formation à la gestion des données.

307. Le programme régional de lutte contre le SIDA (RPA) a recruté des administrateurs nationaux de projets dans quatre pays afin de renforcer la capacité de ces derniers en matière de gestion du programme. Le Réseau technique interpays pour la surveillance du complexe VIH/SIDA/IST a été constitué au Bureau régional. Un consensus s'est dégagé au sujet des réseaux de surveillance de base du VIH/SIDA et des IST pour la Région, et des principes directeurs ont été élaborés. Des lignes directrices générales sur l'utilisation sûre, efficace et équitable de la thérapie antirétrovirale ont été préparées et mises à l'essai dans quatre pays. Un groupe spécial régional pour la lutte contre les IST a été créé. Un soutien technique a été apporté à cinq pays pour l'élaboration de politiques et de plans nationaux sur la sécurité sanguine.

308. La Région africaine comptait 67 526 cas de lèpre déclarée à la fin de 1998, soit moins de 10 % du nombre total de cas enregistrés dans le monde. Mais sept des 12 pays les plus touchés dans le monde se trouvent dans la Région. A la fin de la période biennale, cinq nouveaux pays avaient pu éliminer cette maladie par la mise en oeuvre des activités de base, portant ainsi de 26 à 40 le nombre de pays de la Région qui ont atteint la cible de l'élimination.

309. En 1998, le programme accéléré de lutte antipaludique a été élargi à 27 pays contre 21 en 1997. Quatre pays en situation d'urgence ont reçu un soutien spécial. Quarante-cinq agents de santé originaires de 25 pays ont suivi un cours de formation

international de trois mois sur la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de lutte antipaludique. Trente-quatre des quarante-deux pays d'endémie ont installé 97 sites sentinelles pour la surveillance de l'efficacité des médicaments antipaludiques. Trente pays de la Région ont entrepris une action systématique visant à promouvoir l'utilisation sur une grande échelle de matériaux imprégnés d'insecticide. En 1999, à la suite d'une série de consultationss organisées avec de hauts responsables de 43 pays, l'initiative "Faire reculer le paludisme" a été adoptée dans 30 pays.

310. Six pays ont évalué leur état de préparation et de réaction aux épidémies et ont élaboré des plans d'action nationaux. Trente-neuf pays se sont maintenant dotés d'équipes de district. Un réseau sous-régional de laboratoires a été progressivement mis en place, réunissant 17 pays qui renforcent leur potentiel afin de pouvoir confirmer rapidement les épidémies. Des épidémiologistes sont venus renforcer cinq équipes interpays d'appui aux pays.

311. Dans le domaine des maladies évitables par la vaccination, le soutien logistique a été renforcé. Des plans de restauration de la chaîne de froid, et notamment de formation à l'entretien et à la réparation, ont été préparés dans 13 pays. Des 38 pays qui sont dotés d'un plan national PEV, 7 ont produit des plans complets intégrant une composante "sécurité des injections". Quarante et un administrateurs logisticiens nationaux, originaires de 21 pays, ont reçu une formation en logistique et en gestion de la chaîne de froid.

312. Des journées nationales de vaccination (JNV) ont été organisées avec succès dans 33 pays, 94 % d'entre elles atteignant un taux de couverture d'au moins 80 %. Des journées nationales de vaccination supplémentaires ont eu lieu principalement dans des pays des blocs épidémiologiques de l'Afrique australe et orientale, atteignant dans tous les cas un taux de couverture d'au moins 80 %.

313. A l'échelon régional, la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) a spectaculairement progressé, le nombre de cas notifiés atteignant 3134 entre janvier et septembre 1999, contre 1699 en 1998. La proportion des cas de PFA non poliomyélitique a doublé, passant de 0,3 en 1998 à 0,6 en 1999. Un réseau régional de laboratoires antipoliomyélitiques a été constitué, se composant de trois laboratoires régionaux de référence et de 12 laboratoires nationaux ou interpays. En 1999, quatre laboratoires antipoliomyélitiques ont été accrédités pour faire partie de ce réseau.

314. Des pays d'Afrique orientale ont adopté une stratégie en vue d'améliorer la couverture systématique, mettre en place une surveillance basée sur l'étude des cas, et appliquer des stratégies vaccinales complémentaires. De nombreux pays d'Afrique australe ont lancé un programme d'élimination de la rougeole.

Analyse

315. Les réalisations ont été facilitées par une meilleure communication avec les pays et une collaboration plus étroite entre les conseillers régionaux du Bureau régional et

les gestionnaires de programmes nationaux; la possibilité nouvellement offerte d'émettre des autorisations de voyage aux niveaux des pays et de la Région; l'implication des équipes interpays dans la mise en œuvre des programmes poursuivis dans les pays; la fourniture aux pays de directives techniques et de différents canevas; l'implication de partenaires dans l'exécution, la surveillance et l'évaluation des activités; et la possibilité d'obtenir des fonds extrabudgétaires pour des activités supplémentaires.

316. Les principales contraintes d'exécution ont été : le grand nombre d'activités supplémentaires non planifiées à mettre en œuvre; les effectifs limités dont disposent certains programmes; l'instabilité politique et l'agitation sociale dans de nombreux pays; les problèmes de coordination et d'interaction avec les autres programmes et divisions, compte tenu de la dispersion géographique du personnel et des équipes relevant de la Division.

Conclusion

317. L'exécution du plan d'action 1998-1999 a mis en évidence la nécessité de planifier rationnellement; de formuler les résultats biennaux d'une façon claire et adéquate; de suivre l'exécution du budget; de continuer à améliorer la communication avec les bureaux de pays; et de ramener les programmes essentiels au Bureau régional.

Introduction

318. La nouvelle Division Milieux favorables à la santé et Développement durable (DES) est chargée d'aider les pays à déceler et à neutraliser les effets indésirables des conditions économiques et environnementales sur la santé. Elle est également chargée de veiller à l'intégration de la santé dans la politique de développement durable.

Réalisations

319. Dans le domaine de l'approvisionnement public en eau et de l'assainissement, les pays de la Région, dans leur quasi-totalité, ont lancé l'Initiative AFRIQUE 2000 et élaboré des plans d'action. La deuxième Consultation régionale sur AFRIQUE 2000 s'est déroulée avec succès. Des projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement à base communautaire ont été mis en œuvre en milieu rural dans 16 pays qui, pour la plupart, étaient touchés par l'épidémie de choléra. Cinq des dix pays pour lesquels il était prévu d'organiser des ateliers sur les problèmes d'exploitation et d'entretien ont exécuté cette activité avec succès. Les cinq autres pays n'ont pas été en mesure de bénéficier de ce programme en raison de la situation politique ambiante. Un rapport d'ensemble a également été préparé sur les activités d'exploitation et d'entretien en Afrique.

320. Huit pays pilotes ont évalué leur projet portant sur la participation à la transformation de l'hygiène et de l'assainissement (projet PHAST), et dix pays ont approuvé l'élargissement de l'approche PHAST lors de l'atelier régional qui s'est tenu à Harare en septembre 1999. L'évaluation mondiale du secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement a obligé tous les pays de la Région à faire le point de leurs activités dans ce domaine.

321. Dans le domaine de la promotion de la sécurité chimique, plus de quatre pays ont élaboré des profils de sécurité chimique. Deux pays ont reçu un appui pour leurs programmes de sécurité des rayonnements ionisants. Des campagnes de prévention et de sensibilisation sur les risques liés aux produits chimiques et aux rayonnements ont eu lieu dans deux pays, tandis que des ateliers nationaux étaient organisés dans cinq pays.

322. Bien que les rapports de situation sur l'application de la résolution WHA50.13 dans huit pays n'aient pas été reçus, le Bureau régional n'en a pas moins apporté sa contribution aux plans d'action OMS pour l'élimination du DDT. Un pays a reçu un soutien technique pour élaborer son système de gestion des produits chimiques. Cinq pays ont préparé des rapports sur la façon dont ils gèrent les produits chimiques dangereux.

323. Pour ce qui est de l'évaluation des risques pour la santé liés à l'environnement (EHH), les rapports de situation sur l'application de la résolution WHA50.14 n'ont pas été reçus de six pays. Toutefois, le Bureau régional a contribué et participé à la réunion internationale sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans les pays insulaires. Seulement trois des six rapports de situation sur le système mondial de surveillance continue de l'environnement (GEMS) ont été reçus. Un appui a été apporté à trois pays

pour l'organisation de cours portant sur le contrôle de la qualité de l'eau et le matériel nécessaire a été acheté pour un pays.

324. On a mis en place un réseau d'information reliant des points focaux EHH établis dans dix pays. Des questionnaires portant sur les plans d'action nationaux en matière de salubrité de l'environnement et sur le développement institutionnel ont été dépouillés et analysés. Quatre pays ont reçu un appui pour élaborer une politique de salubrité de l'environnement. Des discussions techniques sur le rôle des ministères de la santé en matière de salubrité de l'environnement ont eu lieu lors de la quarante-huitième session du Comité régional. Des activités d'évaluation de l'impact des projets sur la salubrité de l'environnement et de cartographie des risques ont été lancées. Un document de travail a été préparé traitant des effets sur la santé humaine de la désertification et de la sécheresse en Afrique.

325. Dans le domaine du développement urbain et rural, quatre ateliers de planification "villes-santé" ont été organisés auxquels ont participé 172 délégués venant de 45 pays. Le Congo, le Gabon, la Guinée équatoriale, le Mali et le Togo ont reçu un soutien spécial pour dresser des plans d'action "villes-santé" et une aide a été accordée à quatre pays pour mettre en œuvre un projet "écoles-santé".

326. Deux nouveaux programmes ont été créés dans le cadre de la Division pendant la période biennale : Planification sanitaire à long terme et Pauvreté et mauvaise santé.

327. Un projet de note d'information a été élaboré sur la pauvreté et la mauvaise santé, proposant un cadre conceptuel applicable aux corrélations entre pauvreté et santé ainsi que de nouvelles stratégies et approches permettant de traiter des aspects sanitaires de la réduction de la pauvreté en Afrique. Un exercice de consultation et de planification conjointe Bureaux régionaux/ Siège s'est déroulé sur le thème de la réduction de la pauvreté.

328. Le projet de lignes directrices sur la méthodologie applicable aux études sanitaires à long terme a été mis à la disposition des pays. Tous les pays ont été sensibilisés grâce à une action d'information des Représentants de l'OMS sur ces deux programmes qui a eu lieu pendant la vingt-quatrième Réunion régionale du Programme. Les réactions recueillies ont révélé que les programmes répondaient aux besoins des pays et qu'ils sont de nature à contribuer efficacement aux efforts faits par le Bureau régional pour créer la différence.

Analyse

329. La création de la Division en remplacement de l'unité jusque-là chargée de la salubrité de l'environnement a constitué un grand événement au cours de la période biennale et a entraîné des orientations nouvelles et novatrices tant au sein de la Division qu'au niveau du Bureau régional. La pénurie de moyens humains a été l'une des principales contraintes.

Conclusion

330. La période biennale considérée, et notamment la deuxième année de celle-ci, a été consacrée à produire des documents jetant les bases des nouveaux secteurs d'activité ainsi qu'à redynamiser les anciens programmes. Le niveau de visibilité de la Division s'est élevé en conséquence et l'on s'attend que la Division atteigne des sommets au cours de la prochaine période biennale.

DIVISION DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Introduction

331. La période biennale 1998-1999 a été marquée par une réorganisation et une restructuration profondes du Bureau régional, touchant notamment l'ancienne Division de la lutte contre la maladie et aboutissant à la création de la Division de la Lutte contre les maladies non transmissibles, en septembre 1998. Le programme de lutte contre les maladies chroniques, qui fait partie de la Division de la Lutte contre les maladies non transmissibles, a été mis sur pied, avec notamment pour mandat de soutenir les pays dans la lutte contre des pathologies telles que le cancer, les maladies cardio-vasculaires et le diabète.

Réalisations

332. La Division a aidé : un pays à organiser le premier congrès sur l'hypertension en Afrique; un pays à mener des recherches sur l'hypertension chez les nourrissons; un pays à organiser un atelier de formation sur la drépanocytose, tout en soutenant son programme national; un pays à renforcer ses moyens nationaux de lutte contre le diabète en finançant la participation de nationaux à un cours sur l'épidémiologie du diabète; quatre pays à constituer un potentiel en matière de techniques d'enregistrement du cancer en aidant des nationaux à assister à un cours organisé au Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) à Lyon; et un pays à équiper son centre d'enregistrement du cancer.

333. En outre, la Division a préparé un projet de document sur la stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles en Afrique. Elle a aussi organisé une réunion consultative OMS en vue d'adapter au contexte africain les Directives OMS-ISH pour la prise en charge de l'hypertension, et a rassemblé des données de recherche publiées et non publiées sur les maladies non transmissibles en Afrique, recrutant à cette occasion un consultant chargé de rédiger un rapport sur ces données.

Analyse

334. L'obtention de ces résultats a été facilitée notamment par le recrutement d'un consultant à court terme qui a développé les activités du Programme, entraînant ainsi une augmentation du nombre des demandes émanant des pays à mesure que les autorités nationales prenaient mieux conscience du poids représenté par la morbidité non transmissible.

335. Au nombre des facteurs qui ont gêné l'obtention de certains des résultats escomptés ont figuré l'insuffisance des crédits budgétaires affectés à la mise en œuvre des programmes interpays envisagés; le manque de bases factuelles convaincantes entravant la volonté des Etats Membres de s'engager dans un programme de lutte contre les maladies non transmissibles; et la pénurie de personnel qualifié pour la conception et la mise en oeuvre des programmes au niveau des pays.

Conclusion

336. L'OMS et les Etats Membres devront s'atteler plus efficacement à ce secteur du programme dès qu'une stratégie régionale aura été adoptée et que l'on disposera d'une base factuelle plus solide sur la charge que représentent les maladies non transmissibles. On espère que les contraintes ci-dessus pourront être surmontées et que le Bureau régional sera mieux en mesure de lutter efficacement contre la montée de l'épidémie de maladies non transmissibles dans la Région.

DIVISION DE L'ADMINISTRATION ET DES FINANCES

Introduction

337. Comme par le passé, la période considérée a été celle d'un immense défi consistant à fournir en temps voulu aux unités techniques et aux bureaux de pays un soutien efficace dans l'exécution de leurs programmes. La Division de l'Administration et des Finances (DAF) a continué à assurer avec succès les services courants.

Réalisations

338. Dans le domaine du budget et des finances, les principales réalisations ont notamment consisté à : collaborer étroitement avec les divisions techniques à la préparation du budget programme pour la période 2000-2001; prévoir des allocations budgétaires pour les différentes activités prévues en 1998-1999 conformément aux plans d'action approuvés; confier l'émission des numéros d'imputation budgétaire aux bureaux de pays et faciliter ainsi l'exécution des activités en temps opportun; préparer, dans les délais impartis, les rapports financiers pour 1998 et 1999; suivre en permanence les taux d'exécution, permettant ainsi à la Région d'utiliser la totalité des fonds alloués pour la période biennale 1998-1999; et doter le Bureau régional d'un nouveau système d'information administrative et financière dans le cadre d'un programme général visant à faciliter la gestion des comptes au Bureau régional.

339. Dans le domaine du personnel, l'Unité du Personnel a été réorganisée. Elle comprend désormais quatre services distincts s'occupant de la classification et du recrutement, de l'administration des contrats, du personnel engagé à court terme et des services médicaux. Cette réorganisation a favorisé la spécialisation et la normalisation ainsi qu'une amélioration générale du fonctionnement de l'unité. On a élaboré de nouvelles orientations applicables à la durée de séjour dans les différents lieux d'affectation, au paiement des heures supplémentaires pour les chauffeurs, ainsi qu'aux séances d'information en début et fin de mission organisées à l'intention du personnel de la catégorie professionnelle. Les bureaux de pays ont été habilités à établir des contrats d'engagement à court terme d'agents des services généraux.

340. Afin de répondre aux besoins toujours plus grands des Etats Membres et à l'évolution des priorités, le recrutement de personnel est demeuré un aspect important des activités de l'unité. Vingt fonctionnaires de la catégorie professionnelle ont été recrutés au niveau international pour occuper des postes vacants ou nouveaux et un total de 92 postes de professionnels recrutés à l'échelon national ont été créés dans différents pays. Avec ces recrutements et d'autres, l'effectif total du personnel engagé pour une durée déterminée dans la Région a frôlé les 700. De nombreux autres personnels ont été employés au titre de contrats de courte durée et selon d'autres modalités contractuelles.

341. Les activités entreprises dans le domaine de l'appui aux systèmes de gestion et d'information ont été les suivantes: achèvement de la mise en place d'un environnement technologique de base au Bureau régional et dans les bureaux de pays; amélioration de l'accès aux moyens informatiques et aux télécommunications;

mise en marche du nouveau système d'information administrative et financière du Bureau régional; création du site Internet du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique; diffusion d'outils informatiques en veillant à la compatibilité entre le Bureau régional, les bureaux de pays et le Siège; lancement d'un certain nombre de nouveaux projets afin d'améliorer les communications entre les pays, les Bureaux régionaux et le Siège; mise en compatibilité avec l'An 2000 du système informatisé de comptes d'avances temporaires ainsi que de tous les systèmes centraux informatiques et de télécommunications du Bureau régional; fourniture de conseils aux bureaux de pays en prévision du passage à l'An 2000.

342. Dans le domaine des services de documentation et de publications, quelques-unes des grandes réalisations ont été les suivantes : une documentation scientifique, technique et statutaire a continué d'être fournie aux Etats Membres dans les trois langues officielles de la Région; les réunions tenues dans la Région en vue de la mise en œuvre des programmes régionaux ont bénéficié d'un soutien linguistique; la qualité et la présentation des publications régionales se sont nettement améliorées; la version portugaise de la "Bibliothèque bleue" s'est enrichie de plusieurs titres; le Dossier d'information sanitaire du Bureau régional a été traduit en langues locales dans les pays; en collaboration avec le Siège, les publications de l'OMS ont fait l'objet d'une action de promotion constante; et une aide a été fournie aux Etats Membres pour l'acquisition de documents publiés par l'OMS et d'autres institutions.

343. L'unité chargée des approvisionnements a pu mener toutes ses activités malgré les perturbations dues à la relocalisation du Bureau régional. L'informatisation de l'unité, commencée à Brazzaville mais interrompue pendant toute l'année 1998, a repris et se poursuit actuellement. En outre, l'unité s'est acquittée de ses missions courantes consistant notamment à dresser des inventaires au Bureau régional et dans les bureaux de pays ainsi qu'à analyser des propositions de contrats en vue de leur présentation au Comité d'examen des contrats.

344. L'unité chargée des services administratifs a continué de mettre à la disposition du Bureau régional, temporairement installé à Harare, des surfaces de bureaux suffisantes et du matériel adéquat pour un personnel dont l'effectif est passé de 120 à la fin de 1997 à plus de 310 à la fin de 1999. Parallèlement, un vaste travail préparatoire a été entrepris afin de trouver des solutions au problème posé par le manque de surfaces de bureaux.

345. Trois missions d'évaluation sont allées à Brazzaville en vue d'étudier la possibilité de ramener le Bureau régional à son véritable siège, et pour évaluer les dégâts occasionnés au Bureau à l'occasion de la guerre de 1997 au Congo.

Analyse

346. La période couverte par le présent rapport a embrassé celle de la relocalisation temporaire du Bureau régional de Brazzaville à Harare. L'Administration a donc dû relever les défis consistant à tenter de se relocaliser, dans des conditions difficiles, tout en continuant d'assurer des services normaux. La pénurie

de personnel, la nécessité de recruter et de former de nouveaux membres du personnel à Harare, les conditions de travail difficiles et les contraintes budgétaires ont figuré parmi les principales sujétions. Malgré cela, la Division a pu atteindre ses objectifs. Cette période a également été celle d'un renforcement de la Division, notamment avec la réorganisation des Unités du Budget et des Finances et du Personnel afin de mieux satisfaire les demandes. La formation intensive donnée au personnel administratif des bureaux des Représentants de l'OMS a entraîné une amélioration de la qualité de la prestation fournie par ces bureaux. Les progrès ont été jugés suffisamment importants pour que le vérificateur intérieur des comptes en fasse état dans le rapport adressé à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1999, où il est dit que "les contrôles effectués au Bureau régional ont révélé une amélioration constante et satisfaisante de la situation par rapport à la période précédente".

Conclusion

347. Malgré de sérieuses contraintes, la Division a pu réaliser ses objectifs en assurant le soutien nécessaire aux programmes techniques et aux bureaux de pays.

CONCLUSION GENERALE DU RAPPORT

LEÇONS A TIRER

348. Des lignes directrices plus claires et plus conviviales ont contribué au plus grand succès obtenu dans l'élaboration, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation des activités régionales et interpays ainsi que des activités intégrées aux programmes OMS de coopération technique avec les pays pendant la période 1998-1999 par rapport à 1996-1997. Toutefois, des améliorations restent possibles et quelques-unes des principales leçons à tirer de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des plans d'action pour 1998-1999 figurent ci-après :

1) Travailler à des priorités sanitaires définies par les pays eux-mêmes et faire en sorte que l'équipe OMS collabore étroitement avec les responsables du Ministère de la Santé, tout en mettant l'accent sur les domaines dans lesquels l'OMS présente un avantage par rapport à d'autres acteurs, sont deux mesures très importantes pour garantir la pertinence, l'efficacité et l'efficience du choix et de la mise en œuvre des activités intégrées au programme de coopération technique.

2) Il est important de restreindre le nombre des domaines d'intervention de l'OMS aux seuls secteurs prioritaires si l'on ne veut pas éparpiller les ressources limitées de l'Organisation.

3) La souplesse doit continuer à être tolérée tout au long de la mise en œuvre du Programme OMS de coopération technique avec les pays, compte tenu de l'évolution des besoins et notamment des circonstances imprévues telles que les épidémies ou les catastrophes survenant dans les pays.

4) Vu que l'OMS est de plus en plus reconnue comme chef de file de l'action sanitaire internationale, on n'insistera jamais assez sur la nécessité de renforcer la capacité des bureaux pays afin qu'ils soient en mesure de jouer efficacement leur rôle.

5) Le renforcement du mécanisme impliquant la participation active des responsables du Ministère de la Santé et des membres de l'équipe du bureau OMS de pays dans la planification, la surveillance et l'évaluation des activités inscrites dans le programme de coopération technique avec les pays facilitera la réalisation des objectifs et des résultats attendus de ce programme.

6) La paix, mais aussi la stabilité politique et économique dans les pays sont d'importantes conditions préalables à une mise en œuvre fructueuse du Programme de coopération technique de l'OMS.

7) Il faut encore informer davantage les autorités nationales au sujet des processus et des procédures de l'OMS, ainsi que de la nouvelle stratégie d'ensemble de l'Organisation. Une telle pédagogie facilitera l'action menée par l'OMS dans les pays et avec ceux-ci.

8) Une collaboration plus grande et plus étroite de l'OMS avec les partenaires du développement sanitaire, tant au niveau régional qu'à celui des pays, s'impose de plus en plus si l'on veut que les moyens limités dont dispose le secteur sanitaire concourent le mieux possible à la réalisation des objectifs de développement sanitaire des pays.

9) Vu l'importance d'une meilleure gestion des ressources, l'OMS et les Ministères de la Santé doivent redoubler d'efforts afin d'améliorer les compétences gestionnaires.

PERSPECTIVES POUR LA PERIODE BIENNALE 2000-2001

349. En fonction des résultats de l'évaluation de la mise en œuvre des plans d'action biennaux 1998-1999, et après une étude attentive des orientations données par le Comité régional, les domaines suivants sont apparus comme prioritaires du point de vue de l'efficacité des interventions de l'OMS dans la Région

1) Paludisme

2) VIH/SIDA et tuberculose

3) Maternité sans risque

4) Survie de l'enfant (dont la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et l'éradication de la polio)

5) Santé mentale

6) Préparation et réponse aux situations d'urgence, y compris les épidémies et catastrophes

7) Réformes du secteur de la santé (et mise en place de systèmes de santé durables), en se concentrant particulièrement sur la gestion, le renforcement des capacités, la recherche et la mobilisation de ressources

8) Promotion de la santé

9) Réduction de la pauvreté par l'amélioration de la santé.

350. Ces domaines prioritaires de la Région serviront de base aux échanges de vues que le Bureau régional aura avec les Etats Membres à propos de la coopération technique. Ces priorités devraient permettre de réorienter les ressources et de soutenir des activités dans les pays et au niveau interpays. Des normes et des standards seront élaborés là où il n'en existe pas ou adaptés là où il en existe déjà.

351. Toute l'activité de l'OMS tendra vers un seul et même but : fournir un soutien dans les domaines prioritaires. C'est à cette fin que seront conçues les interventions de l'OMS au cours de la période 2000-2001, que l'on réunira des éléments d'appréciation et des informations pour déterminer la politique à suivre - sur la base d'une évaluation tant épidémiologique qu'économique - et que toutes les unités et divisions techniques entreprendront des recherches primaires.

DEUXIEME PARTIE

RAPPORT D'ACTIVITE SUR DES PROGRAMMES SPECIFIQUES

OPERATIONS D'URGENCE ET ACTION HUMANITAIRE

352. Lorsqu'il a adopté la stratégie régionale relative aux opérations d'urgence et à l'action humanitaire, à sa quarante-septième session, le Comité régional a notamment demandé au Directeur régional, dans la résolution AFR/RC47/R1, de lui faire tous les ans un rapport sur la mise en œuvre de la stratégie. Le compte rendu succinct présenté ci-après répond à cette demande.

353. L'OMS a continué à aider les Etats Membres touchés par des catastrophes naturelles ou imputables à l'homme. Cette aide s'est traduite notamment par l'envoi sur le terrain d'experts en santé publique (Angola, Rwanda, Sierra Leone) ou en épidémiologie (Burundi) pour des missions de longue durée, mais aussi de consultants à court terme pour répondre à certaines demandes. Ce soutien technique a porté essentiellement sur l'évaluation rapide de la situation sanitaire, sur l'élaboration du volet santé des programmes nationaux d'intervention en cas d'urgence et sur les mécanismes nationaux de coopération entre partenaires intervenant dans le domaine de la santé.

354. Des enquêtes épidémiologiques ont été menées en étroite collaboration avec des organisations non gouvernementales pour endiguer des flambées de poliomyélite (Angola), de rougeole (Est de la République démocratique du Congo) et de méningite (Angola, Burundi, Sierra Leone). L'OMS a coordonné la riposte internationale à l'épidémie de fièvre de Lassa survenue dans l'est de la République démocratique du Congo.

355. L'OMS a favorisé la mise sur pied d'activités de santé publique conjointes trans-frontalières. Des initiatives, comme la lutte contre les épidémies et les campagnes de masse pour l'éradication de la poliomyélite en République démocratique du Congo, ont donné l'occasion aux professionnels de la santé des diverses parties en conflit de se rencontrer pour étudier les mesures de santé publique à prendre en vue de protéger les populations civiles. Dans un contexte analogue, l'OMS a appuyé les initiatives du Sénégal, de la Gambie et de la Guinée-Bissau visant à répondre aux besoins sanitaires de la population et contribuer ainsi au rétablissement de la paix dans la sous-région.

356. Des médicaments essentiels et du matériel médical ont été livrés aux pays touchés pour assurer l'accès à des soins de qualité. Cet appui, intégré et coordonné dans le cadre des activités des institutions des Nations Unies, des organisations non gouvernementales et d'autres organismes d'assistance bilatéraux, a pris notamment les formes suivantes : au Congo-Brazzaville, fourniture de médicaments, de pastilles de chlore pour la purification de l'eau et de trousses pour les tests VIH; en Erythrée et en Ethiopie, fourniture de matériel médical pour répondre aux besoins des personnes touchées par le conflit; au Libéria, en collaboration avec des ONG, aide à la vaccination contre la fièvre jaune des populations qui n'avaient pas bénéficié de la campagne précédente et vaccination de 163 000 personnes dans trois comtés; en Guinée-Bissau, fourniture de matériel médical, notamment de vaccins contre la méningite et la fièvre jaune, ainsi que de médicaments antituberculeux et antilépreux

à des patients abandonnés au moment des troubles; en Gambie, aide visant à atténuer les conséquences sanitaires des inondations et à rétablir l'accès aux soins pour 20 000 habitants de la zone touchée.

357. Conformément aux recommandations de la quarante-septième session du Comité régional, l'OMS a poursuivi son plaidoyer pour la promotion et le renforcement de la préparation aux situations d'urgence. Parmi les réalisations concrètes, on peut citer la désignation par 30 pays de points focaux au sein du Ministère de la Santé pour la préparation et la réaction aux situations d'urgence. Ces points focaux seront directement soutenus par les bureaux de l'OMS dans les pays, dont les capacités seront renforcées. Par ailleurs, un cadre de mise en œuvre de la préparation et de la réaction aux situations d'urgence a été examiné et entériné par 30 pays. Enfin, cinq pays (Angola, Lesotho, Mozambique, Namibie et Zimbabwe) ont bénéficié d'un renforcement des capacités de planification des services hospitaliers d'urgence grâce à la formation de trois ressortissants de chacun de ces pays.

358. Devant les graves conséquences sociales des mines antipersonnel en Afrique, l'OMS a organisé un groupe de travail régional pour en étudier les incidences sur la santé publique. Elle a renforcé sa coopération avec le Burundi, le Mozambique et l'Ouganda en matière de prévention des traumatismes, avec un accent particulier sur la surveillance, les soins pré-hospitaliers et hospitaliers, la réadaptation psychosociale et la rééducation physique.

RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

359. Lorsqu'il a adopté la *Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé* (document AFR/RC48/10) à sa quarante-huitième session, le Comité régional a notamment demandé au Directeur régional, dans la résolution AFR/RC48/R3, de lui faire tous les deux ans un rapport sur la mise en œuvre de la stratégie. Le compte rendu sucinct présenté ci-après répond à cette demande.

360. Le Programme régional des Ressources humaines a été restructuré en trois sous-programmes, à savoir : Ressources humaines pour la santé (HRH), responsable du renforcement des capacités institutionnelles, de la promotion de la recherche sur le développement des ressources humaines pour la santé et de l'aide directe aux établissements de formation et aux associations et conseils professionnels; Gestion des ressources humaines (HRM), responsable de la formulation et de la mise en œuvre de la politique et des plans de développement des ressources humaines pour la santé, ainsi que des plans nationaux de développement sanitaire; et Ressources humaines pour l'enseignement (HRE), responsable de la promotion des réformes de l'enseignement et de la pratique des soins et des sciences de la santé.

361. Trois réunions interpays ont été organisées pour promouvoir la stratégie, respectivement à Maputo pour les pays lusophones, à Abidjan pour les pays francophones, et à Prétoria pour les pays anglophones. Elles ont notamment

permis d'acquérir une meilleure connaissance de la situation dans les pays, d'identifier les principaux acteurs et de déterminer les interventions prioritaires en ce qui concerne le développement des ressources humaines pour la santé.

362. Un programme de formation à la gestion des ressources humaines a été mis en place en collaboration avec l'Ecole nationale de Santé publique d'Alger et le *Centre for Human Resources for Health* de l' Université de Western Cape. Ce programme vise à renforcer la capacité des cadres et des travailleurs des services de santé ainsi que des fonctionnaires des ministères de la santé dans le domaine de l'administration et de la gestion des ressources humaines. La première session, en avril 2000, a réuni 25 participants. La deuxième session est prévue pour octobre 2000.

363. Un projet de développement des ressources humaines a été élaboré pour les pays lusophones de la Région. Ce projet, fondé sur des projections établies pour les vingt prochaines années, vise à mettre en place, dans chaque pays et dans le cadre des activités menées pour l'OMS, les mécanismes qui permettront de répondre aux besoins en matière de ressources humaines pour la santé et de mener des actions communes ou propres à chaque pays.

364. Une conférence sur les soins infirmiers et obstétricaux a été organisée à Durban du 3 au 7 avril 2000 par le Bureau régional et le Centre collaborateur pour la formation de base et la recherche en soins infirmiers, Département des soins infirmiers, Université du Natal. Elle a élaboré un plan d'action pour l'harmonisation des programmes de formation en soins infirmiers ainsi que des lignes directrices pour l'accréditation de cette catégorie de professionnels dans cinq pays.

365. Tous les pays de la Région ont entrepris des réformes du secteur de la santé. Ces réformes visent à garantir à l'ensemble de la population un accès équitable aux soins et aux services de santé, à améliorer la qualité des soins et des services de santé à maîtriser l'augmentation des dépenses, à assurer une gestion efficace des ressources disponibles et à mieux satisfaire les usagers et le personnel de santé. Pour atteindre ces objectifs, il est urgent de résoudre un certain nombre de problèmes urgents, à savoir : pénurie et mauvaise répartition du personnel, absence de mécanismes permettant d'assurer la formation continue et le maintien de la qualité, manque d'efficacité et de motivation du personnel.

366. Les activités entreprises ont consisté principalement à formuler des politiques et des plans de développement des ressources humaines pour la santé, à évaluer les programmes de formation et à réviser les programmes d'études. On peut aussi signaler l'établissement de systèmes d'information pour la gestion des ressources humaines, le renforcement des moyens du service du personnel des ministères de la santé, l'amélioration de la compétence du personnel affecté à certains programmes ou initiatives tels que les médicaments essentiels, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, Faire reculer le paludisme, l'enseignement à distance.

367. A cet égard, le Bureau régional a apporté une aide technique et financière aux pays suivants pour les activités mentionnées ci-dessus : Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cap-Vert, Erythrée, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

POLITIQUE ET COORDINATION EN MATIERE DE RECHERCHE

368. Pour donner suite aux discussions techniques antérieures, notamment celles qui ont eu lieu lors de ses quarante-deuxième (AFR/RC42/TD/1) et quarante-septième (AFR/RC47/TD/1) sessions, le Comité régional de l'Afrique a adopté dans sa résolution AFR/RC48/R4 le *Plan stratégique de promotion de la recherche en santé dans la Région africaine de l'OMS* à sa quarante-huitième session.

369. La première étape de la mise en œuvre de cette stratégie régionale a été la désignation par le Bureau régional d'un fonctionnaire à plein temps responsable de la politique et de la coordination en matière de recherche. Ce fonctionnaire a été affecté à l'unité du Développement et de la coordination du programme (PDC). Ce programme a pour but de coordonner et de promouvoir la recherche dans le domaine de la santé au niveau régional, de mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation des progrès accomplis dans la Région et d'assurer un appui technique aux Etats Membres en matière de recherche. Le plan stratégique de recherche, qui doit servir à guider les travaux de recherche dans la Région, a été publié et est actuellement en cours de diffusion.

370. Un des aspects importants de la coordination de la recherche est l'évaluation mensuelle des demandes de financement de propositions de recherche soumises aux différents programmes et divisions du Bureau régional. Le Comité de développement de la recherche qui se réunit régulièrement pour examiner ces demandes a été renforcé. Au cours de l'année écoulée, il a reçu et examiné plus de 20 propositions. Malheureusement, la qualité de beaucoup d'entre elles laissait à désirer. Un formulaire normalisé de présentation des protocoles de recherche a donc été élaboré pour tenter d'en améliorer la qualité. Ce formulaire est maintenant disponible auprès des Représentants de l'OMS dans les pays.

371. Une base de données informatisée a été créée pour dresser l'inventaire des projets et des institutions de recherche dans la Région. La collecte des informations devant alimenter la base de données est l'un des principaux éléments du plan d'action relatif à la politique et à la coordination en matière de recherche pour la période biennale 2000-2001. Désireux d'élargir le cercle de ses partenaires, le Bureau régional a établi des contacts avec le réseau africain de recherche nationale essentielle en santé pour lui demander de participer à cette compilation.

372. Les recommandations de la consultation régionale sur les Centres collaborateurs de l'OMS font l'objet d'un suivi. Ces recommandations représentaient une partie de la contribution du Bureau régional à la récente enquête mondiale sur les centres collaborateurs. Depuis lors, le Conseil exécutif de l'OMS a approuvé plusieurs modifications apportées aux procédures d'accréditation ou de renouvellement de l'accréditation de ces centres. L'une des principales innovations porte sur le rôle accru qui incombe désormais au Bureau régional dans cette procédure. Le Bureau régional a créé à cet effet un comité spécial chargé des questions relatives aux centres collaborateurs.

373. La recherche dans le domaine de la santé couvre un champ très vaste et les parties intéressées sont nombreuses. Il est certain que l'OMS ne possède pas à elle seule des ressources suffisantes pour répondre à toutes les demandes. Il a donc fallu encourager la coopération avec d'autres partenaires qui ont manifesté leur intérêt pour la promotion de la recherche dans la Région. En particulier, le Bureau régional travaille actuellement en étroite collaboration avec le Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement (COHRED) pour apporter une aide financière et technique aux Etats Membres.

374. Un élément important du plan d'action sur la politique et la coordination en matière de recherche pour la période biennale 2000-2001 est l'appui au développement des capacités de recherche nationales. Des mesures ont été prévues dans le plan d'action pour créer et/ou renforcer les mécanismes de coordination de la recherche dans les pays, mais aussi pour soutenir directement les activités de recherche nationales. Les pays bénéficieront d'une assistance pour définir leurs besoins prioritaires en matière de recherche et recevront l'aide nécessaire pour entreprendre ces recherches.

SANTE BUCCO-DENTAIRE

375. Lorsqu'il a adopté la *Stratégie régionale de la santé bucco-dentaire* (document AFR/RC48/9), à sa quarante-huitième session, le Comité régional a notamment prié le Directeur régional, dans la résolution AFR/RC48/R5, de lui faire rapport tous les deux ans sur la mise en œuvre de la stratégie. Le compte rendu succinct présenté ci-après répond à cette demande.

376. Le Bureau régional, en collaboration avec le Siège de l'OMS, a organisé une réunion consultative sur la mise en œuvre de la stratégie et de la résolution, après les avoir largement diffusées à l'intention des Etats Membres. Cette réunion, qui s'est tenue à Harare (Zimbabwe) en mars 1999, avait pour but de définir des mesures concrètes pour aider les pays à mettre en œuvre la stratégie et la résolution. Elle a rassemblé les responsables des services de santé bucco-dentaire de 17 pays africains, des experts en santé bucco-dentaire de la Région africaine, ainsi qu'un certain nombre de partenaires et de directeurs de centres collaborateurs de l'OMS dans ce domaine. Elle s'est traduite par la mise en place d'un cadre relatif aux domaines de prévention prioritaires et autres interventions au niveau des pays, d'un canevas des principaux éléments à inclure dans un plan d'action régional pour la période 2000-2001 et d'un réseau de

partenariat. Le rapport final de la réunion a été largement diffusé aux Etats Membres ainsi qu'aux partenaires et aux centres collaborateurs de l'OMS pour la santé bucco-dentaire. Le Bureau régional a déjà reçu des réponses positives de certains partenaires qui ont proposé leur aide.

377. La *Stratégie régionale* a certainement incité les pays de la Région à accorder davantage d'attention à la santé bucco-dentaire et à recentrer leurs efforts sur les priorités locales. A cet égard, un certain nombre de pays ont lancé diverses activités largement inspirées des principes de la stratégie. Les rapports en provenance des pays montrent que, depuis l'adoption de la stratégie et de la résolution la concernant, sept autres pays ont déjà élaboré ou sont en train d'élaborer une stratégie nationale de la santé bucco-dentaire et un plan de mise en œuvre axé sur la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge des affections bucco-dentaires, sept autres pays ont élaboré des programmes spécialement conçus pour répondre aux besoins de la population en matière de santé bucco-dentaire, dix autres pays ont décidé d'accorder une attention spéciale à des problèmes particulièrement graves tels que la stomatite gangreneuse, les cancers de la bouche et les manifestations bucco-dentaires du VIH/SIDA, six autres pays intègrent les activités relatives à la santé bucco-dentaire dans tous leurs programmes de soins de santé primaires et trois autres pays intègrent la santé bucco-dentaire dans leur système national d'information pour la gestion sanitaire.

378. Le Bureau régional a poursuivi son action de plaidoyer en faveur de cette nouvelle conception de la santé bucco-dentaire dans la Région africaine et intensifié ses efforts en vue de mobiliser les ressources nécessaires à sa mise en œuvre dans les pays. Les principales activités liées à l'application de la stratégie en 2000-2001 seront les suivantes: rédaction de lignes directrices pour l'élaboration des plans nationaux de santé bucco-dentaire, création d'une base de données contenant des informations sur l'efficacité et le rapport coût/efficacité des pratiques traditionnelles actuelles en matière de santé bucco-dentaire et organisation d'un atelier de formation interpays sur les méthodes atraumatiques de traitement restaurateur. Les activités en rapport avec le plan d'action contre la stomatite gangreneuse en Afrique seront renforcées en collaboration avec le Siège. Ces activités consisteront notamment à sensibiliser le public, produire du matériel éducatif, améliorer la formation, organiser des campagnes de dépistage de la stomatite gangreneuse et mener des recherches épidémiologiques et étiologiques. En outre, un plus grand nombre de pays bénéficieront d'un appui pour lancer et évaluer des programmes de soins de santé bucco-dentaire axés sur la prévention au niveau du district.

TROISIEME PARTIE

RAPPORT SUR LA SITUATION DU BUREAU REGIONAL DE L'OMS A BRAZZAVILLE (CONGO)

INTRODUCTION

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

EVOLUTION DE LA SITUATION JUSQU'A LA QUARANTE-NEUVIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

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

1) La première mission conjointe (d'établissement des faits) menée par le Siège et le Bureau régional de l'OMS s'est rendue à Brazzaville en novembre 1997 et a préparé un rapport qui a incité le Conseil exécutif à décider le 13 janvier 1998 de transférer temporairement le Bureau régional de Brazzaville à Harare.

2) La deuxième mission conjointe (d'évaluation de la situation), qui s'est rendue à Brazzaville en juin 1998, a recommandé au Directeur régional d'entreprendre un retour par étapes à Brazzaville, peu après la réunion du Comité régional, en septembre 1998.

3) Après la troisième mission chargée de clarifier un certain nombre de questions avec le Gouvernement de la République du Congo en juillet 1998, et en prévision du retour progressif du Bureau régional à Brazzaville, le Directeur régional a ordonné à tout le personnel du Bureau régional recruté localement encore présent à Brazzaville d'y reprendre le travail à partir du 1er août 1998.

4) Dans le cadre de l'exécution de la résolution AFR/RC48/R6, des dispositions ont été prises pour renvoyer à Brazzaville, avant le mois de décembre 1998, le personnel de la Bibliothèque et de l'Unité de Duplication et d'Impression dont les moyens matériels laissés à Brazzaville ne pouvaient être reconstitués à Harare.

5) La reprise des hostilités, de décembre 1998 à janvier 1999, a non seulement ajourné les dispositions prises mais a également empêché d'entreprendre une deuxième mission d'évaluation qui devait contribuer à l'établissement d'un plan pour le retour progressif du Bureau régional à Brazzaville.

6) Le rapport de la deuxième mission d'évaluation, finalement entreprise en juillet 1999, a permis d'actualiser les informations que l'OMS avait transmises à sa compagnie d'assurance, tout en fournissant également une meilleure base au Gouvernement congolais pour mener son action de remise en état de l'infrastructure, des installations et du matériel du Bureau régional.

EVOLUTION DE LA SITUATION APRES LA QUARANTE-NEUVIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

381. En exécution de la résolution AFR/RC48/R6 du Comité régional et à l'invitation du Gouvernement de la République du Congo, le Directeur régional a mené une mission à Brazzaville en octobre 1999, au cours de laquelle le Président de la République du Congo a réaffirmé sa volonté de réparer les dégâts occassionnés au Bureau régional de l'Afrique. Il s'est également enquis de la façon dont on détermine la phase de sécurité des Nations Unies ainsi que des rumeurs selon lesquelles certains pays auraient proposé une relocalisation permanente du Brueau régional. Le Directeur régional a expliqué que la phase de sécurité des Nations Unies est déterminée par le Coordonnateur des mesures de sécurité (UNSECOORD), en fonction de critères bien définis et il a également assuré à nouveau le Président qu'aucun Chef d'Etat n'avait jamais pris contact avec l'OMS en vue d'une relocalisation permanente du Bureau régional ailleurs qu'à Brazzaville.

382. On a constaté à l'occasion de cette mission que l'ampleur des dégâts subis par le Bureau régional était beaucoup plus grande que ne l'avait signalé la deuxième mission, en juillet 1999, ou même le Ministre congolais de la Santé et de l'Action humanitaire, à la quarante-neuvième session du Comité régional, à Windhoek, en septembre 1999.

383. Etant donné que le Gouvernement congolais avait fait de grands progrès dans la remise en état du Bureau régional en décembre 1999, une troisième mission d'évaluation s'est rendue à Brazzaville en mars 2000. Selon les projections, ces travaux de remise en état devraient être très avancés en juillet 2000. On s'attend qu'ils soient achevés et que les locaux soient livrés d'ici la fin du mois de décembre 2000. Dès lors, il sera possible d'envisager le retour progressif du personnel, conformément aux normes de sécurité des Nations Unies. Le Directeur régional informera davantage le Comité régional sur cette question.

ANNEXES

ANNEXE 1

EXECUTION DU BUDGET ORDINAIRE 1998-1999 DANS LA REGION AFRICAINE

L'exécution du budget ordinaire de la période biennale 1998-1999 a été l'une des mieux réussies à ce jour. Tous les fonds ont été engagés en octobre 1999 et entièrement utilisés à la fin de l'exercice biennal. Ce résultat s'explique en partie par un renforcement de la décentralisation au profit des bureaux de l'OMS dans les pays, laquelle a permis d'accélérer la mise en oeuvre des programmes au niveau des pays, et en partie par l'adoption de mesures rigoureuses qui ont permis aux pays et aux divisions d'exécuter leurs programmes dans les délais prévus.

Les deux tableaux ci-après montrent les taux de mise en oeuvre des divers programmes, d'abord au niveau du Bureau régional (Tableau 1), ensuite au niveau des pays (Tableau 2). Chaque tableau contient par ailleurs deux taux d'exécution : l'un fondé sur l'allocation de fonds approuvée au départ par l'Assemblée mondiale de la Santé, et l'autre fondé sur l'allocation définitive, qui tient compte des ajustements, des reprogrammations et des transferts intervenus entre divers programmes au cours de la période biennale. Ces variations concernent les ajustements de taux de change au Bureau régional, la retenue de 3 % effectuée par le Directeur général, la reprogrammation due au changement de priorités et les transferts effectués à partir de quelques programmes qui, pour une raison ou une autre, n'ont pas épuisé tous les crédits qui leur étaient alloués au départ.

Le taux d'exécution du budget pour l'ensemble de la Région a été de 100 % des crédits alloués, c'est-à-dire US $154 millions.

Tableau 1 : Bureau régional

Programme Numéro	Code	Titre	Allocation initiale	Ajustements/ reprogrammation	Allocation et mise en oeuvre finales	Taux de mise en oeuvre basé sur l'allocation initiale	Taux de mise en oeuvre basé sur l'allocation finale
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.1.3	RCO	Comités régionaux	1 467 000	296 000	1 763 000	120%	100%
2.1.1	EXM	Direction générale	1 205 000	(215 000)	990 000	82%	100%
2.1.2	GPD	Développement et direction d'ensemble des programmes	3 119 000	(1 943 000)	1 176 000	38%	100%
2.1.3	ISM	Systèmes d'information : Gestion et appui	1 294 000	(254 000)	1 040 000	80%	100%
2.1.4	DGP	Programme du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement	698 000	(698 000)	-	0%	-
2.1.5	COR	Coordination avec d'autres organisations	190 000	196 000	386 000	203%	100%
2.2.1	HSD	Mobilisation de ressources sanitaires extérieures La santé dans le développement socio-économique	301 000	510 000	811 000	269%	100%
2.2.2	RPS	Coordination des politiques et des stratégies de recherche	890 000	(534 000)	356 000	40%	100%
2.3.1	TCC	Coopération technique avec les pays	1 536 000	(910 000)	626 000	41%	100%
2.3.2	ICO	Collaboration avec les pays et les peuples les plus démunis	-	316 000	316 000	.	100%
2.3.3	SUP	Services d'approvisionnement	994 000	16 000	1 010 000	102%	100%
2.3.4	EHA	Opérations d'urgence et action humanitaire	522 000	209 000	731 000	140%	100%
2.4.1	HST	Epidémiologie, statistiques, appréciation des tendances et information sanitaire	1 255 000	(342 000)	913 000	73%	100%
2.4.2	PLL	Services d'édition, de traduction et de bibliothèque	4 208 000	482 000	4 690 000	111%	100%
3.1.1	HSR	Recherche et développement sur les systèmes de santé	34 000	978 000	1 012 000	2976%	100%
3.1.2	NHP	Systèmes et politiques nationaux de santé	648 000	169 000	817 000	126%	100%
3.1.3	DHS	Systèmes de santé de district	30 000	440 000	470 000	1567%	100%
3.2.1	HRH	Ressources humaines pour la santé	4 487 000	(1 535 000)	2 952 000	66%	100%
3.2.2	MFP	Bourses d'études	812 000	(84 000)	728 000	90%	100%
3.3.1	DAP	Programme d'action pour les médicaments essentiels	548 000	193 000	741 000	135%	100%
3.4.1	THC	Technologie des soins de santé	525 000	241 000	766 000	146%	100%
3.4.3	TRM	Médecine traditionnelle	100 000	216 000	316 000	316%	100%
4.1.1	RPM	Santé reproductive	1 414 000	4 000	1 418 000	100%	100%
4.1.2	CHD	Santé de l'enfant	60 000	(2 000)	58 000	97%	100%
4.1.3	ADH	Santé de l'adolescent	112 000	(51 000)	61 000	54%	100%
4.1.4	WHD	Santé de la femme	120 000	455 000	575 000	479%	100%
4.1.5	AHE	Vieillissement et santé	56 000	(26 000)	30 000	54%	100%
4.1.7	OCH	Médecine du travail	75 000	(27 000)	48 000	64%	100%
4.2.1	MNH	Santé mentale	569 000	(145 000)	424 000	75%	100%
4.2.2	ADT	Toxicomanies, abus de l'alcool et du tabac compris	90 000	55 000	145 000	161%	100%
4.2.3	HEP	Promotion de la santé	100 000	518 000	618 000	618%	100%
4.2.4	INF	Communications et relations publiques	1 518 000	262 000	1 780 000	117%	100%
4.2.5	RHB	Réadaptation	771 000	(73 000)	698 000	91%	100%
4.3.1	NUT	Nutrition	1 319 000	(364 000)	955 000	72%	100%
4.3.2	FOS	Salubrité des aliments	56 000	(56 000)	-	0%	-
4.4.1	CWS	Approvisionnement public en eau et assainissement	2 257 000	(422 000)	1 835 000	81%	100%
4.4.2	EUD	Salubrité de l'environnement et aménagement urbain	387 000	37 000	424 000	110%	100%
4.4.3	EHD	Evaluation des risques pour la santé liés à l'environnement	484 000	(91 000)	393 000	81%	100%
4.4.4	PCS	Promotion de la sécurité chimique	90 000	(22 000)	68 000	76%	100%
5.1.1	GEE	Eradication ou élimination mondiale de certaines maladies transmissibles	149 000	209 000	358 000	240%	100%
5.2.1	VID	Maladies évitables par la vaccination	599 000	(77 000)	522 000	87%	100%
5.2.2	CDR	Lutte contre la diarrhée et les infections respiratoires aiguës	351 000	288 000	639 000	182%	100%
5.2.3	TUB	Tuberculose	577 000	116 000	693 000	120%	100%
5.2.4	EMC	Maladies émergentes	502 000	537 000	1 039 000	207%	100%
5.2.5	OCD	Autres maladies transmissibles	3 633 000	(670 000)	2 963 000	82%	100%
5.2.6	CTD	Lutte contre les maladies tropicales	1 280 000	652 000	1 932 000	151%	100%
5.2.7	TDR	Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales	351 000	(306 000)	45 000	13%	100%
5.2.8	PBD	Prévention de la cécité et de la surdité	56 000	(45 000)	11 000	20%	100%
5.3.1	NCD	Maladies non transmissibles	1 068 000	(17 000)	1 051 000	98%	100%
6.1.1	PER	Services relatifs au personnel et administration	2 115 000	132 000	2 247 000	106%	100%
6.2.1	GAD	Soutien administratif aux programmes techniques	13 495 000	(2 224 000)	11 271 000	84%	100%
6.3.1	BFI	Budget et Finance	3 127 000	310 000	3 437 000	110%	100%
Total			**61 644 000**	**(3 296 000)**	**58 348 000**	**95%**	**100%**

Tableau 2 : Programmes de pays

Programme Numéro	Code	Titre	Allocation initiale	Ajustements/ reprogrammation	Allocation et mise en oeuvre finales	Taux de mise en oeuvre basé sur l'allocation initiale	Taux de mise en oeuvre basé sur l'allocation finale
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.1.2	GPD	Développemet et direction d'ensemble des programmes	2 418 000	(1 136 000)	1 282 000	53%	100%
2.1.3	ISM	Systèmes d'information : Gestion et appui	37 000	(6 000)	31 000	84%	100%
2.1.4	DGP	Programme du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement	-	-	-	-	-
2.1.5	COR	Coordination avec d'autres organisations, et mobilisation des ressources sanitaires extérieures	-	104 000	104 000	-	100%
2.2.1	HSD	La santé dans le développement socioéconomique	449 000	(236 000)	213 000	47%	100%
2.2.2	RPS	Coordination des politiques et des stratégies de recherche	197 000	(134 000)	63 000	32%	100%
2.3.1	TCC	Coopération technique avec les pays	36 907 000	6 261 000	43 168 000	117%	100%
2.3.2	ICO	Collaboration avec les pays et les peuples les plus démunis	86 000	25 000	111 000	129%	100%
2.3.4	EHA	Opérations d'urgence et action humanitaire	-	1 154 000	1 154 000	-	100%
2.4.1	HST	Epidémiologie, statestiques, Appréciation des tendances et information sanitaire dans les pays	2 576 000	(1 044 000)	1 532 000	59%	100%
2.4.2	PLL	Services d'édition, de traduction et de bibliothèque	133 000	(54 000)	79 000	59%	100%
3.1.1	HSR	Recherche et développement sur les systèmes de santé	1 651 000	(1 311 000)	340 000	21%	100%
3.1.2	NHP	Systèmes et politiques nationaux de santé	5 412 000	(1 788 000)	3 624 000	67%	100%
3.1.3	DHS	Systèmes de santé de district	4 859 000	130 000	4 989 000	103%	100%
3.2.1	HRH	Ressources humaines pour la santé	8 233 000	5 051 000	13 284 000	161%	100%
3.2.2	MFP	Bourses d'études	5 959 000	(5 959 000)	-	0%	-
3.3.1	DAP	Programme d'action pour les médicaments essentiels	1 542 000	(123 000)	1 419 000	92%	100%
3.3.2	PDC	Développement et coordination du programme	261 000	92 000	353 000	135%	100%
3.4.1	THC	Technologie des soins de santé	291 000	(109 000)	182 000	63%	100%
3.4.2	DSE	Milieux favorables à la santé et développement durable	-	33 000	33 000	0%	100%
3.4.3	TRM	Médecine traditionnelle	154 000	76 000	230 000	149%	100%
4.1.1	RPH	Santé reproductive	3 439 000	(930 000)	2 509 000	73%	100%
4.1.2	CHD	Santé de l'enfant	511 000	(470 000)	41 000	8%	100%
4.1.3	ADH	Santé de l'adolescent	489 000	(163 000)	326 000	67%	100%
4.1.4	WHD	Santé de la femme	260 000	(165 000)	95 000	37%	100%
4.1.5	AHE	Vieillessement et santé	145 000	(108 000)	37 000	26%	100%
4.1.6	HRP	Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine	-	12 000	12,000	-	100%
4.1.7	OCH	Médecine du travail	1 010 000	(127 000)	883 000	87%	100%
4.2.1	MNH	Santé mentale	640 000	(110 000)	530 000	83%	100%
4.2.2	ADT	Toxicomanies, abus de l'alcool et du tabac compris	111 000	(77 000)	34 000	31%	100%
4.2.3	HEP	Promotion de la santé	870 000	326 000	1 196 000	137%	100%
4.2.4	INF	Communications et relations publiques	390 000	299 000	689 000	177%	100%
4.2.5	RHB	Réadaptation	31 000	19 000	50 000	161%	100%
4.3.1	NUT	Nutrition	603 000	(94 000)	509 000	84%	100%
4.3.2	FOS	Salubrité des aliments	21 000	27 000	48 000	229%	100%
4.4.1	CWS	Approvisionnement public en eau et assainissement	3 846 000	(397 000)	3 449 000	90%	100%
4.4.2	EUD	Salubrité de l'environnement et aménagement urbain	485 000	(198 000)	287 000	59%	100%
4.4.3	EHH	Evaluation des risques pour la santé liés à l'environnement	88 000	2 000	90 000	102%	100%
4.4.4	PCS	Promotion de la sécurité chimique	26 000	48 000	74 000	285%	100%
4.4.5	HCE	Intégration des préoccupations liées à la santé dans la gestion de l'environnement	-	31 000	31 000	-	100%
5.1.1	GEE	Eradication ou élimination mondiale de certaines maladies transmissibles	942 000	590 000	1 532 000	163%	100%
5.1.2	REE	Eradication ou élimination régionale de certaines maladies transmissibles	-	2 000	2 000	-	100%
5.2.1	VID	Maladies évitables par la vaccination	1 002 000	(367 000)	635 000	63%	100%
5.2.2	CDR	Prévention de l'invalidité et réadaptation	1 363 000	(400 000)	963 000	71%	100%
5.2.3	TUB	Tuberculose	652 000	(185 000)	467 000	72%	100%
5.2.4	EMC	Maladies émergentes	242 000	1 841 000	2 083 000	861%	100%
5.2.5	OCD	Autres maladies transmissibles	4 436 000	(170 000)	4 266 000	96%	100%
5.2.6	CTD	Lutte contre les maladies tropicales	2 547 000	(259 000)	2 288 000	90%	100%
5.2.7	TDR	Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales	130 000	(106 000)	24 000	18%	100%
5.2.8	PBD	Prévention de la cécité et de la surdité	11 000	28 000	39 000	355%	100%
5.3.1	NCD	Maladies non transmissibles	310 000	10 000	320 000	103%	100%
Total			**95 765 000**	**(65 000)**	**95 700 000**	**100%**	**100%**

ANNEXE 2

Abreviations

ADH	Santé des adolescents
ADT	Toxicomanies, abus de l'alcool et du tabac compris
AHE	Vieillissement et Santé
BFI	Budget et Finances
CDR	Lutte contre la diarrhée et les infections respiratoires aiguës
CHD	Santé de l'enfant
COR	Coordinatiion avec d'autres organisations. Mobilisation de ressources sanitaires extérieures
CTD	Lutte contre les maladies tropicales
CWS	Approvisionnement public en eau et assainissement dans les établissements humains
DAF	Administration et Finances
DAP	Programme d'action pour les médicaments essentiels
DCP	Coordination extérieure et promotion du programme
DDC	Lutte contre les maladies transmissibles
DES	Milieux favorables à la santé et développement durable
DGP	Programmes du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement
DHS	Systèmes de santé de district
DNC	Lutte contre les maladies non transmissibles
DPM	Gestion des programmes
DRH	Santé de la famille et santé reproductive
DSD	Développement des systèmes et services de santé
EHA	Opérations d'urgence et action humanitaire
EHH	Evaluation des risques pour la santé liés à l'environnement
EMC	Maladies émergentes
EUD	Salubrité de l'environnement et aménagement urbain
EXM	Direction générale
FOS	Salubrité des aliments
GAD	Soutien administratif aux programmes techniques
GEE	Eradication ou élimination mondiale de certaines maladies transmissibles
GPD	Développement et direction d'ensemble des programmes
HEP	Promotion de la santé
HRH	Ressources humaines pour la santé
HSD	La santé dans le développement socioéconomique
HSR	Recherche et développement sur les systèmes de santé
HST	Epidémiologie, statistiques, appréciation des tendances et information sanitaire dans les pays
ICO	Collaboration avec les pays et les peuples les plus démunis
INF	Communications et relations publiques
ISM	Systèmes d'information : Gestion et appui

MFP	Bourses d'études
MNH	Santé mentale
NCD	Maladies non transmissibles
NHP	Systèmes et politiques nationaux de santé
NUT	Nutrition, sécurité alimentaire et salubrité des aliments
OCD	Autres maladies transmissibles
OCH	Médecine du travail
PBD	Prévention de la cécité et de la surdité