

ACTIVITÉS DE l'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2010-2011

Rapport biennal du Directeur régional

*à la soixante-deuxième session du Comité régional de l'Afrique,
Luanda, République d'Angola, 19-23 novembre 2012*

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Activités de l'OMS dans la Région africaine 2010-2011 : Rapport biennal du Directeur régional

1. Planification de la santé au niveau régional
2. Politique de santé
3. Réalisations
4. Organisation mondiale de la Santé
5. Afrique
- I. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique. II. Titre

ISBN : **978 929 031 1874** (Classification NLM : **WA 541 HA1**)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2012

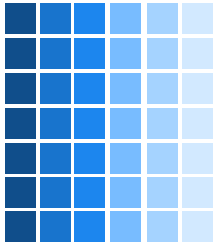
Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole n° 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de la Bibliothèque du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39425; télécopie : +47 241 39501 ou +47 241 39503; courriel : bibliotheque@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

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

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

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

Conception graphique et impression au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
en République du Congo



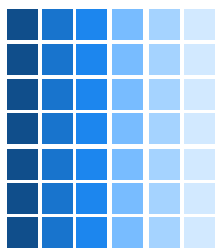
AVANT-PROPOS

Le Directeur régional a l'honneur de présenter au Comité régional le rapport d'activités de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine pour la période biennale 2010-2011.

Dr. Luís Gomes Sambo
Directeur régional







SOMMAIRE

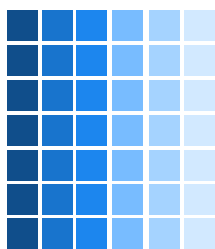
	Page
AVANT-PROPOS	iii
ABRÉVIATIONS	ix
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	xi
	Paragraphes
1. INTRODUCTION	1 - 4
2. CONTEXTE	5 - 16
3. MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME	17 - 26
4. RÉALISATIONS NOTABLES, PAR OBJECTIF STRATÉGIQUE	27 - 155
4.1 OS1 : Maladies transmissibles	27 - 43
4.2 OS2 : VIH/sida, tuberculose et paludisme	44 - 56
4.3 OS3 : Maladies chroniques non transmissibles, troubles mentaux, violence et traumatismes	57 - 65
4.4 OS4 : Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la mère, et vieillissement	66 - 78
4.5 OS5 : Urgences, catastrophes, crises et conflits	79 - 84
4.6 OS6 : Facteurs de risque pour la santé	85 - 95
4.7 OS7 : Déterminants sociaux et économiques de la santé	96 - 101
4.8 OS8 : Un environnement plus sain	102- 108
4.9 OS9 : Nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire	109 - 114
4.10 OS10 : Services de santé	115 - 127
4.11 OS11 : Technologies et produits médicaux	128 - 140
4.12 OS12 : Rôle moteur, gouvernance et partenariat	141 - 149
4.13 OS13 : Une OMS efficiente et efficace	150 - 155

5. PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DES RÉOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL	156–167
5.1 Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine : rapport de situation	156 - 157
5.2 Stratégie pour agir sur les principaux déterminants de la santé dans la Région africaine : rapport de situation	158 - 159
5.3 Mise en œuvre de la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac dans la Région africaine : rapport de situation	160 - 161
5.4 Mise en œuvre de la stratégie régionale de survie de l’enfant : rapport de situation	162 - 163
5.5 Élimination de la rougeole dans la Région africaine : rapport de situation	164 - 165
5.6 Mise en œuvre de la stratégie de réduction de l’usage nocif de l’alcool dans la Région africaine de l’OMS : rapport de situation	166 - 167
6. DÉFIS, CONTRAINTES ET LEÇONS APPRIS	168–176
6.1 Défis et contraintes	168 - 172
6.2 Leçons apprises	173 - 176
7. CONCLUSION	177–179
	Page
ANNEXES	61–62
Tableau 1 : Plan stratégique à moyen terme de l’OMS 2008–2013 : Exposé des objectifs stratégiques	61
Tableau 2 : Allocation du Budget Programme approuvé pour 2010–2011, par objectif stratégique, source de financement et répartition entre les bureaux de pays et le Bureau régional (en US \$000)	62
NOTES DE FIN DE DOCUMENT	63

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Répartition des cas de poliovirus sauvage dans la Région africaine en 2010 et 2011	12
Figure 2a :	Tendances de l'éradication de la maladie du ver de Guinée en 2009, 2010 et 2011	13
Figure 2b :	Répartition de l'éradication de la maladie du ver de Guinée selon l'endémicité de la maladie, 2011	13
Figure 3 :	Tendances de l'élimination de la lèpre, 2009 et 2011	14
Figure 4 :	État des capacités essentielles requises en vertu du RSI dans la Région africaine, établi d'après les rapports des États Parties, décembre 2011	15
Figure 5 :	Répartition géographique des cas de choléra dans la Région africaine de l'OMS, 2010- 2011	16
Figure 6 :	Nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral dans la Région africaine de l'OMS, 2005–2010	18
Figure 7 :	Évolution du nombre de moustiquaires distribuées/vendues et du nombre de personnes protégées par PID et CTA, 2000-2010	20
Figure 8 :	Taux de mortalité des MNT dans la Région africaine en 2010	22
Figure 9 :	Pays dotés de politiques et de plans d'action intégrés de lutte contre les MNT dans la Région africaine de l'OMS	24
Figure 10 :	Progrès réalisés vers l'atteinte du 4 ^{eme} objectif du Millénaire pour le développement – réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2015	26
Figure 11 :	État de l'analyse de situation et de l'évaluation des besoins pour la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville dans la Région africaine de 2009 à 2011	36
Figure 12 :	Atlas des statistiques sanitaires, 2011	40

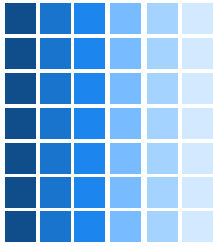




ABRÉVIATIONS

AFRO	Bureau régional de l'Afrique	CV	Contributions volontaires
AHO	Observatoire Africain de la Santé	DAES	Département des Affaires économiques et sociales des Nations Unies
ANDI	Réseau africain de l'innovation dans le domaine des médicaments et des produits diagnostiques	DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe
APOC	Programme africain de lutte contre l'onchocercose	DTC3	(Trois doses du) vaccin antidiptérique-antitétanique-anticoquelucheux
ASSIST	Test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives	ECSA-HC	Communauté sanitaire de l'Afrique de l'Est, centrale et australe
AVS	Activités de vaccination supplémentaires	EVIPNet	Réseau de politiques reposant sur des bases factuelles
CARMMA	Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique	GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
CCLAT	Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	G8	Groupe des pays les plus industrialisés du monde
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (des États-Unis d'Amérique)	GIEM	Groupe interinstitutions des Nations Unies sur l'estimation de la mortalité de l'enfant
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest	GRC	Gestion des risques de catastrophe
CER	Communautés économiques régionales	GSM	Système mondial de gestion
CF	Contributions fixées	HELP	Urgences sanitaires pour de grandes populations
CILSS	Comité Inter-États de Lutte contre la Sécheresse au Sahel	HHA	Harmonisation pour la Santé en Afrique
CSIS	Centre d'études stratégiques et internationales	MCV	Maladie cardiovasculaire
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine	MGF	Mutilations génitales féminines
		MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
		MILDA	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action

MNT	Maladies non transmissibles	RSI	Règlement sanitaire international (2005)
MTN	Maladies tropicales négligées		
NECT	Association thérapeutique nifurtimox-éflornithine	SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique	SHOC	Centre stratégique d'opérations sanitaires
NSHP	Plans nationaux de développement sanitaire	SIMR	Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte
OCEAC	Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique centrale	SNIS	Systèmes nationaux d'information sanitaire
OCR	Riposte en cas d'épidémie ou de crise	SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida	STEP	Approche par étapes de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé	TARV	Thérapie antirétrovirale
OMS	Organisation mondiale de la Santé	TB-MR	Tuberculose à bacilles multirésistants
OS	Objectif stratégique	TB-MR/UR	Tuberculose à bacilles multirésistants et ultrarésistants
PAC	Partenariats et accords de collaboration	TB-UR	Tuberculose à bacilles ultrarésistants
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	TB-VIH	Tuberculose-VIH
PID	Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent	THA	Trypanosomiase humaine africaine
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement	TIDC	Traitement à l'ivermectine sous directives communautaires
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant	TMM	Taux de mortalité maternelle
PSA	Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration	UA	Union africaine
PVS	Poliovirus sauvage	UNDAF	Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
RC	Comité régional	UNDG	Équipe des directeurs régionaux du Groupe des Nations Unies pour le développement
RHS	Ressources humaines pour la santé	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
RPC	Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique – Guide du Prestataire	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
		VPH	Virus du papillome humain
		WCO	Bureau de pays de l'OMS
		WHA	Assemblée mondiale de la Santé



RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Au cours de la période biennale 2010-2011, les activités de l'OMS dans la Région africaine ont été régies par le Onzième Programme général de travail (PGT), le Plan stratégique à moyen terme (PSMT) 2008-2013, les Stratégies de Coopération avec les Pays (SCP) et les Orientations stratégiques pour l'OMS 2010-2015 dans la Région africaine, dont les repères définissent un ensemble de résultats concrets à atteindre pour la Région. Les réalisations pour chacun des 13 objectifs stratégiques (OS) sont présentées dans le résumé d'orientation, en vertu des six fonctions essentielles de l'OMS, qui consistent à : a) jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire; b) fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles; c) fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application; d) définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes; e) fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles; et f) surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances.
2. Le Budget Programme 2010-2011 a été mis en œuvre dans un contexte marqué par une lourde charge épidémiologique due aux maladies transmissibles et non transmissibles, avec pour corollaire des taux élevés de mortalité maternelle et infantile. En outre, le Bureau régional et les bureaux de pays de l'OMS, de nombreux partenaires et les États Membres ont mené leurs activités dans un climat de restrictions imposées par la crise financière actuelle. Cependant, en dépit de cette conjoncture difficile, des progrès notables ont été réalisés dans l'ensemble des OS.
3. Au 31 décembre 2011, l'allocation budgétaire totale de la Région africaine s'élevait à US \$1 593 411 000, même si, à la fin de la période biennale, seuls US \$1 163 824 000 avaient été rendus disponibles. Le montant financé représentait 92 % du budget initialement approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé, mais uniquement 73 % de l'allocation budgétaire révisée. Il existait également un déséquilibre de financement entre les différents objectifs stratégiques, qui résultait essentiellement de l'affectation des contributions volontaires à des usages prédéfinis. Par exemple, le Programme d'éradication de la poliomyélite a reçu 216 % de son allocation budgétaire initiale au titre de l'OS1, soit 51 % des contributions volontaires de la Région. Au total, l'OS1 a été financé à hauteur de 156 % de l'allocation budgétaire initiale, tandis que les OS4, 9 et 10 ont reçu une enveloppe inférieure à la moitié de leur allocation budgétaire.

4. Le rôle de chef de file de l'OMS et d'engagement des partenaires pour une action concertée a été confirmé par le plaidoyer intensif et de haut niveau entrepris par l'Organisation en faveur de l'accroissement de l'investissement dans la santé, en particulier dans un contexte marqué par une profonde récession financière, à travers la mobilisation de dirigeants et décideurs nationaux et de partenaires internationaux au développement. Ces actions ont porté des fruits, comme en témoigne la hausse des contributions de certains États Membres au profit de la vaccination et d'autres programmes. Le mécanisme Harmonisation pour la Santé en Afrique a élargi le nombre de ses membres, favorisé la synergie dans l'appui fourni aux pays et renforcé l'alliance entre le secteur de la santé et le secteur financier, afin d'améliorer le financement de la santé à partir des budgets nationaux des pays. À travers l'UNDAF, les activités de l'OMS ont permis d'améliorer l'harmonisation de l'appui des Nations Unies à la santé, réduisant ainsi les coûts de transaction supportés par les États.
5. En sa qualité d'agence chef de file du groupe sectoriel santé dans l'action humanitaire, l'OMS a renforcé et amélioré la mobilisation de ressources, l'efficacité et la coordination de l'action sanitaire, ainsi que l'élargissement et le renforcement des partenariats. Cela a amélioré la diligence dans la fourniture d'un appui et d'une riposte efficaces en cas d'urgences et de catastrophes, tout en favorisant la sensibilisation et le renforcement des capacités en matière de gestion des risques de catastrophe. Trente pays de la Région ont élaboré leurs plans de contingence pour les urgences sanitaires.
6. Par ailleurs, à la suite des efforts de médiation et de plaidoyer de l'OMS, les États Membres se sont approprié la riposte aux urgences sanitaires en décidant de créer le Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP). Ce mécanisme permettra de mobiliser et de gérer des ressources supplémentaires destinées au financement des investigations et de la riposte en temps voulu aux situations d'urgence aiguë de santé publique dans la Région. La contribution annuelle totale des États Membres au Fonds fixée à US \$50 millions permet de mettre en place une riposte efficace aux futures urgences de santé publique dans la Région. Les chefs d'État et de Gouvernement ont entériné le FAUSP lors du Sommet de l'Union africaine tenu en juillet 2012.
7. Grâce à l'intensification du plaidoyer, plus de 50 % des pays ont intégré les activités liées à la nutrition et à la sécurité sanitaire des aliments dans leurs stratégies de réduction de la pauvreté en 2010-2011. Le plaidoyer entrepris a également permis à 19 pays d'instituer la gratuité des services de santé de l'enfant, et 17 pays proposent désormais des traitements permettant de sauver des vies dans le cadre de la prise en charge communautaire intégrée des cas de pneumonie, de diarrhée et de paludisme. Le nombre d'enfants malades faisant l'objet d'une prise en charge appropriée au niveau communautaire s'est ainsi accru, et un pays a même atteint des taux de guérison supérieurs à 90 % pour la fièvre, la diarrhée et les affections

respiratoires aiguës. L'amélioration de l'accès à des soins de qualité a permis d'augmenter de 3-5 % les taux moyens annuels de réduction de la mortalité infantile dans 17 pays de la Région. Par ailleurs, l'adoption de l'approche intégrée au niveau communautaire a attiré un financement additionnel de partenaires pour des interventions à assise communautaire. Lorsqu'elle sera pleinement mise en œuvre, cette approche permettra également d'améliorer significativement la survie de l'enfant dans les États Membres.

8. Par son rôle fédérateur et de chef de file et son assistance à la formulation de politiques reposant sur des bases factuelles, l'OMS a fourni un appui aux États Membres pour qu'ils s'engagent dans des accords et initiatives stratégiques décisifs. C'est ainsi qu'en avril 2011, les États Membres ont adopté la Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (MNT). Les trois quarts des États membres ont désormais élaboré et mettent en œuvre des plans d'action intégrés de lutte contre les MNT. En application de la résolution AFR/RC58/R1 de la cinquante-huitième session du Comité régional, intitulée «Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Appel à l'action», une Commission de la Santé de la Femme a produit un rapport intitulé *Relever le défi de la santé de la femme en Afrique*. Ce rapport analyse en profondeur les problèmes liés à la santé de la femme et explique comment libérer le potentiel des femmes pour contribuer significativement au développement socioéconomique de la Région.
9. La soixantième session du Comité régional a adopté une stratégie régionale préparant le terrain pour agir sur les déterminants de la santé et réduire l'usage nocif de l'alcool. S'agissant des facteurs de risque et des principaux déterminants de la santé, certains pays ont élaboré et appliqué des lois sur la lutte antitabac, et des plans d'action portant interdiction de fumer dans les lieux publics et sur les lieux de travail, prohibant toute publicité, promotion et tout parrainage en faveur du tabac et exigeant l'inscription de mises en garde concernant les risques pour la santé sur les emballages des paquets de cigarettes et des produits à base de tabac.
10. La deuxième conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique s'est tenue à Luanda en 2010, et la soixantième session du Comité régional a approuvé un cadre pour l'adaptation de la santé publique au changement climatique, par la résolution AFR/RC61/R2.
11. À travers le Projet de vaccins contre la méningite, l'OMS a fourni un appui à la recherche scientifique et au contrôle réglementaire exigé par les pays pour parvenir à mettre au point et à homologuer MenAfriVac, un vaccin contre la méningite à méningocoque A dont l'efficacité est avérée. Grâce à cette initiative et à bien d'autres, les capacités des autorités nationales de réglementation et des comités d'éthique de la recherche de plusieurs États Membres ont été renforcées de telle sorte que ces structures sont désormais capables d'examiner les demandes d'essais

cliniques, d'approuver de tels essais et d'inspecter des sites d'expérimentations cliniques, conformément aux principes de bonnes pratiques applicables. Grâce à l'appui continu fourni par l'OMS, plusieurs pays ont pu délivrer des autorisations de mise sur le marché de vaccins et de médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle.

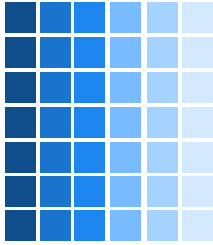
12. L'appui continu fourni par l'OMS pour la mise au point et l'adaptation de normes, lignes directrices et outils a permis aux pays de la Région d'enregistrer des avancées notables dans l'amélioration des systèmes de santé, de la santé de la mère et de l'enfant, de la promotion de la santé, et dans d'autres domaines liés à la santé. Parmi ces avancées figure l'intégration du Règlement sanitaire international (2005) et des maladies non transmissibles dans la Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR), qui est cruciale pour pouvoir suivre l'impact des interventions sur l'évolution de la maladie dans les pays. L'appui technique et normatif fourni par l'OMS aux pays s'est traduit par l'introduction réussie d'un nombre sans précédent de nouveaux vaccins [vaccin antipneumococcique conjugué (PCV), vaccin antirotavirus, vaccin contre le papillomavirus humain (VPH), vaccin conjugué contre la méningite à méningocoque A (MenAfriVac)], par un meilleur accès aux médicaments essentiels et aux technologies et produits médicaux, par une meilleure réglementation des marchés et par une réduction du nombre de produits médicaux de contrefaçon dans la chaîne d'approvisionnement. Cinquante-quatre millions de personnes ont reçu le nouveau vaccin MenAfriVac au Burkina Faso, au Mali et au Niger, qui sont les pays de la ceinture de la méningite. À l'issue de cette campagne de vaccination, seuls quatre cas de méningite à méningocoque due à *Neisseria meningitidis* de type A ont été notifiés en 2011, dont aucun au sein de la population vaccinée.
13. En plus des orientations normatives et de la collaboration avec les partenaires, l'OMS s'est attelée à renforcer les capacités et à fournir une assistance technique en vue d'assurer l'accès universel aux interventions sanitaires dans les États Membres. L'un des résultats enregistrés est l'augmentation du nombre de femmes enceintes VIH-positives ayant reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, passée de 54 % en 2009 à 60 % en 2010. En outre, d'après les estimations, 5,1 millions de personnes se trouvant à un stade avancé de l'infection à VIH étaient sous traitement antirétroviral en 2010, contre 3,9 millions de personnes en 2009. La charge due au paludisme a été allégée dans la Région en 2010. Douze pays ont enregistré une réduction de plus de 50 % du nombre des cas de paludisme confirmé ou du nombre d'hospitalisations et de décès liés au paludisme.
14. Les équipes d'appui interpays de l'OMS ont fourni aux pays un appui direct et rapide, grâce à des missions couvrant tous les volets programmatiques et en phase avec les besoins des pays. L'appui technique fourni a favorisé l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, stratégies et plans nationaux et généré des résultats importants qui sont décrits dans le présent rapport. À titre d'exemple, tous les 12 pays qui ont

connu des importations ou des flambées de poliovirus sauvage (PVS), à l'exception d'un seul, ont riposté à temps, ce qui a permis d'interrompre la transmission dans le délai prescrit de six mois et d'atteindre le repère 1 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). L'Angola, qui fait partie des pays où la transmission du poliovirus avait été rétablie, est restée exempte de poliomyélite depuis juillet 2011.

15. Un Centre stratégique d'opérations sanitaires (SHOC) a été créé au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique à Brazzaville pour améliorer l'appui technique fourni aux pays, grâce à une meilleure coordination et à une riposte rapide en cas de flambées épidémiques et d'autres urgences de santé publique. Le Centre pour la lutte antitabac en Afrique a été établi en Ouganda pour servir de centre-ressource pour la Région. L'OMS a coordonné et contribué à l'organisation de réunions interministérielles transfrontalières à Abuja en octobre 2010 et à Lusaka en mars 2011. Ces rencontres ont abouti à l'adoption de mesures de riposte cohérentes, diligentes et coordonnées contre la poliomyélite, d'autres flambées épidémiques et les urgences de santé publique. Dans le cadre de la riposte du secteur de la santé à la crise humanitaire qui sévit dans la Corne de l'Afrique, 1,5 millions d'enfants ont été vaccinés contre la poliomyélite et 7,2 millions contre la rougeole en Éthiopie et au Kenya. En outre, des doses de vitamine A et de vermifuge ont été administrées à quelque 90 000 enfants au Kenya, tandis que les campagnes de promotion de la santé ont été intensifiées dans les deux pays déjà mentionnés pour éviter toute flambée épidémique, notamment de choléra.
16. Dans le cadre de l'appui fourni aux pays pour renforcer les capacités des systèmes de santé nationaux et de district dans les domaines des politiques, des stratégies, de la planification et de l'évaluation, divers outils et lignes directrices élaborés par l'OMS sont en cours d'application, avec comme fondements la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique et la Déclaration d'Alger sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine. Cela a considérablement aidé les pays à mieux gérer et coordonner le secteur de la santé, notamment par une meilleure utilisation des ressources nationales et extérieures pour obtenir des résultats. L'Observatoire Africain de la Santé, désormais opérationnel, facilite la production, l'échange et l'exploitation des informations par les pays en vue de la formulation de politiques et de la prise de décision.
17. Les systèmes de surveillance des maladies et de suivi des tendances ont été renforcés. Le Règlement sanitaire international (2005), la nutrition et les maladies non transmissibles ont été intégrés dans la Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR), créant ainsi une plateforme unique de suivi déterminant des tendances de la maladie et de l'impact des interventions, sur la base des données de routine. L'Observatoire Africain de la Santé a été lancé pour soutenir les pays dans la production et le partage des informations, en vue de faciliter l'élaboration

de politiques et la prise de décision. Avec ses profils statistiques détaillés de tous les 46 pays de la Région africaine, l'Atlas des statistiques sanitaires 2011 constitue une ressource qui permet de mieux appréhender les tendances et d'effectuer des comparaisons entre pays.

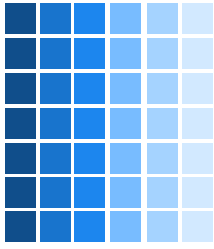
18. Grâce au partenariat renforcé avec l'Union africaine (UA), un appui technique a été fourni à l'organisation du Sommet des chefs d'État et de Gouvernement de l'UA, qui se tenait sur le thème «La santé maternelle, néonatale et infantile et le développement en Afrique» et s'est conclu par d'importantes décisions visant à sauver la vie des mères et des enfants. L'OMS a également fourni un appui aux pays, en synergie avec les efforts des communautés économiques régionales et des équipes de Directeurs régionaux des Nations Unies.
19. Le déploiement réussi du Système mondial de gestion (GSM) au Bureau régional de l'Afrique (AFRO) en 2011 a permis à l'OMS de renforcer ses fonctions d'appui. En effet, ce système permet l'accès en temps voulu du personnel, de la direction, des États Membres et des donateurs à des informations financières et programmatiques plus complètes, en vue d'un meilleur suivi des performances. De même, grâce à son automatisation, le GSM a permis de rationaliser les fonctions administratives de nombreuses unités du Bureau régional, notamment celles qui s'occupent des finances, du personnel, des achats et des voyages. Certaines fonctions ont été transférées au Centre mondial de services de l'OMS, basé à Kuala Lumpur, Malaisie, avec pour effets un gain d'efficacité administrative et une réduction des coûts. Cependant, les sérieuses restrictions budgétaires qui lui ont été imposées ont, hélas, amené l'OMS à devoir se séparer d'environ 250 membres de son personnel. À cette réduction d'effectif s'ajoute la profonde tragédie survenue en août 2011, avec l'attentat suicide perpétré contre la Maison des Nations Unies à Abuja, Nigeria, qui a coûté la vie à de nombreuses personnes, dont trois fonctionnaires de l'OMS. L'Organisation est néanmoins parvenue à surmonter cette épreuve et a réaffirmé sa détermination à poursuivre, voire à intensifier ses interventions au Nigeria.
20. Au cours du prochain exercice biennal, l'accent sera mis sur les plans de travail qui sont assortis d'un nombre ajusté d'activités prioritaires, conformément aux fonctions essentielles de l'OMS. Ces plans de travail prennent également en compte les restrictions inhérentes à la crise financière persistante, ainsi que le processus actuel de réforme de l'OMS. Dans cette optique, l'OMS s'attachera à atteindre les repères fixés pour la période 2012-2013, dans le cadre des Orientations stratégiques de l'OMS pour la Région africaine 2010-2015, tout en veillant à fournir en temps voulu l'appui approprié dont les pays ont grand besoin pour atteindre leurs objectifs sanitaires et les objectifs convenus sur le plan mondial.



1. INTRODUCTION

1. Le présent rapport biennal du Directeur régional reflète la mise en œuvre du Budget Programme 2010-2011 par les bureaux de pays et le Bureau régional afin de soutenir les États Membres dans leurs efforts visant à améliorer la santé des populations. La Région supporte une charge élevée due aux maladies transmissibles et une charge croissante due aux maladies non transmissibles, dans un contexte marqué par des difficultés financières qui affectent à la fois les États Membres, l'OMS et les partenaires. Cependant, les États Membres et les partenaires n'ont pas ménagé leurs efforts vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), ainsi que d'autres objectifs convenus sur les plans régional et mondial.
2. Le Budget Programme de l'OMS pour 2010-2011 a été adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé tenue en mai 2009. Le budget total alloué à la Région africaine se chiffrait à US \$1 262 864 000. Il couvre les plans opérationnels élaborés par les bureaux de pays et le Bureau régional, équipes d'appui interpays comprises, conformément au Onzième Programme général de travail (PGT), au Plan stratégique à moyen terme (PSMT), aux Orientations stratégiques de l'OMS pour la Région africaine 2010-2015 et aux Stratégies de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP).
3. Le présent rapport comprend sept chapitres :
 1. Introduction;
 2. Contexte;
 3. Mise en œuvre du Budget Programme 2010-2011;
 4. Réalisations notables, par objectif stratégique;
 5. Progrès réalisés dans la mise en œuvre des résolutions du Comité régional;
 6. Défis, contraintes et leçons apprises;
 7. Conclusion.

4. Deux tableaux sont annexés au présent rapport. Le tableau 1 est intitulé «Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 : Exposé des objectifs stratégiques». Le tableau 2 est intitulé «Allocation du Budget Programme approuvé pour 2010-2011, par objectif stratégique, source de financement et répartition entre les bureaux de pays et le Bureau régional (en US \$000)».



2. CONTEXTE

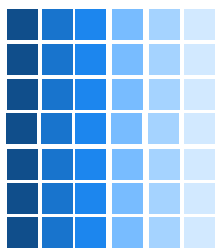
5. La crise financière mondiale actuelle a eu d'importantes répercussions négatives sur la situation socioéconomique et le financement de la santé aux niveaux national et international. Elle a également affecté négativement le financement de l'OMS. Cependant, il convient de relever que malgré les contraintes financières, de nombreux donateurs et partenaires bilatéraux ont fait des efforts pour honorer leurs engagements en matière de financement de la santé, notamment au niveau des pays. Le Bureau régional de l'Afrique a été restructuré pour faire face à la réduction des financements et dans le contexte du processus actuel de réforme de l'OMS. Certains programmes prioritaires tels que la lutte contre la maladie et la santé de la mère et de l'enfant ont été particulièrement affectés par cette nouvelle donne.
6. La charge de morbidité due aux maladies évitables par la vaccination reste généralement élevée dans la Région, en partie à cause d'une couverture vaccinale insuffisante. Malgré une réduction de la mortalité liée à la rougeole estimée à 85 % en 2010 par rapport à l'an 2000, plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont connu de sérieuses flambées épidémiques de cette maladie en 2010. Conjugée à la recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage (PVS) au Nigeria, à la résurgence du PVS de type 3 en Afrique de l'Ouest et à la persistance de la transmission du PVS de type 1 en Angola, au Tchad et en République démocratique du Congo, cette situation confirme l'impérieuse nécessité d'atteindre et de maintenir des taux élevés de couverture vaccinale dans tous les districts. La mise au point et l'introduction de nouveaux vaccins dans les programmes nationaux de vaccination ont fourni une opportunité d'alléger la charge de morbidité due à certaines maladies.
7. Le lourd fardeau des autres maladies transmissibles se reflète également dans les niveaux particulièrement élevés de morbidité et mortalité liées au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme. Les programmes de prévention du VIH n'ont pas encore touché comme il se doit les populations les plus à risque de contracter ce virus, notamment les jeunes, les travailleurs ou travailleuses du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les prisonniers, ce qui se traduit par une incidence toujours élevée de l'infection à VIH. L'épidémie de tuberculose (TB) est aggravée par une forte prévalence de la coïnfection TB-VIH. En effet, près de 51 % des cas notifiés de tuberculose sont coïnfectés par le VIH, tandis que 38 % seulement de ces patients avaient accès à la thérapie antirétrovirale en fin 2009.

8. La charge due aux maladies non transmissibles (MNT), y compris la santé mentale et les traumatismes dus à la violence, est en augmentation dans la Région. Si des mesures urgentes de prévention ne sont pas prises, la Région africaine devrait enregistrer la plus forte hausse (27 %) de la prévalence des MNT au cours des deux prochaines décennies. Les facteurs de risque communs des MNT sont liés aux modes de vie personnels et à des facteurs de risques non modifiables qui comprennent des considérations d'ordre génétique et ethnique, associées à un accroissement de l'espérance de vie, à des facteurs prénatals et au genre. La situation est aggravée par l'absence de plans stratégiques exhaustifs et de politiques nationales de santé qui intègrent les MNT, ainsi que par la coordination insuffisante des actions visant à améliorer la situation sanitaire des populations. Le contexte dans lequel l'OMS mène ses activités dans la Région africaine est aussi marqué par l'absence de mécanismes efficaces susceptibles de favoriser l'action sur les déterminants de la santé au sens large comme l'alimentation, l'éducation, l'habitat, le logement, l'eau, l'assainissement et le changement climatique.
9. L'Afrique subsaharienne est la plus touchée par les risques pour la santé liés à l'insalubrité de l'eau, aux mauvaises conditions d'assainissement et à la pollution de l'air à l'intérieur des habitations. Près de 677 000 décès d'enfants survenus dans la Région sont dus au manque d'eau potable, à de mauvaises conditions d'assainissement et d'hygiène, tandis que 500 000 autres décès d'enfants peuvent être imputés à la fumée à l'intérieur des habitations. Pour surmonter ces difficultés, les pays africains ont adopté la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique en 2010, sous l'égide de l'OMS et du PNUE.
10. La Région africaine enregistre près de 52 % des décès de mères et 46 % des décès d'enfants survenus dans le monde, une mortalité qui est très souvent due à des maladies évitables. Les estimations des tendances de la mortalité maternelle entre 1990 et 2010 montrent que la Région africaine de l'OMS continue d'afficher le taux de mortalité maternelle (TMM) le plus élevé au monde, à savoir 480 décès pour 100 000 naissances vivantes.
11. Malgré quelques légères améliorations dans les systèmes de santé de plusieurs pays, la faiblesse généralisée des systèmes de santé justifie amplement les mauvais résultats sanitaires de la Région. Les domaines à renforcer sont le rôle moteur et la gouvernance, la participation communautaire, le financement, les effectifs sanitaires et l'accès aux médicaments essentiels, aux nouveaux vaccins et aux technologies médicales. Il existe également une fragmentation de l'appui fourni par les partenaires, qui se solde par des niveaux excessivement bas d'exécution des plans stratégiques et des politiques de santé, et par le fait que les bases factuelles, les nouveaux outils et innovations tardent à être traduits en services.

12. Les pays de la Région africaine ont été confrontés à des situations d'urgence, d'origine naturelle ou humaine, ainsi qu'à des troubles sociaux, qui ont causé des traumatismes, des décès, des déplacements de populations, la destruction d'établissements de santé et la désorganisation des services. En 2011, la sécheresse à elle seule a affecté plus de 13 millions de personnes dans la Corne de l'Afrique, avec pour conséquences l'insécurité alimentaire et la malnutrition. Selon le Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), en 2010, il y avait plus de 3 millions de personnes déplacées à l'intérieur de leurs pays et plus de 2 millions de réfugiés dans la Région¹. À cela s'ajoutent des problèmes d'insécurité dans des parties de plusieurs pays, exacerbés par l'insuffisance des infrastructures qui entrave la fourniture d'appui au niveau national.
13. Au cours de la période biennale 2010-2011, la Région a enregistré un bond en matière de recherche-développement sur les médicaments, les vaccins et d'autres technologies. Cela s'est traduit par la disponibilité des nouveaux vaccins antipneumococcique, antirotavirus et contre le cancer du col de l'utérus dans des pays de la Région.
14. La santé est plus que jamais à l'ordre du jour politique international, ce qui fournit aux États Membres et aux partenaires des opportunités d'investir davantage dans la santé et de multiplier les interventions. Le financement de la santé s'est également accru dans la Région, grâce notamment aux initiatives mondiales en faveur de la santé, qui offrent à l'OMS la possibilité de fournir un appui normatif et technique en vue de l'utilisation la plus rationnelle de ces ressources. La multiplicité des intervenants dans le secteur de la santé a par ailleurs constitué une opportunité pour accroître les ressources humaines et autres au niveau des pays, afin de soutenir la santé en général et de renforcer les systèmes de santé en particulier.
15. Au cours de la période biennale 2010-2011, l'action de l'OMS dans la Région africaine consistait à accélérer les efforts en vue de l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement d'ici 2015, en particulier les OMD 4 et 5. Cette action dans la Région était régie par plusieurs initiatives et engagements pris par les États Membres et le Secrétariat, à savoir : i) le document intitulé «Pour un développement sanitaire durable dans la Région africaine : Orientations stratégiques pour l'OMS 2010-2015»; ii) la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique; iii) les activités de la Commission de la Santé de la Femme dans la Région africaine; iv) la Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique, et le Repositionnement de la planification familiale dans la Région africaine; v) le document intitulé «Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine»; vi) la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies; vii) le Plan mondial pour éliminer les

nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie; viii) et la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) de l'Union africaine.

16. Dans cet environnement complexe, l'OMS s'est engagée dans un processus de réforme axé sur la définition des priorités et les questions de gouvernance et de gestion qui visent à accroître son efficacité.



3. MISE EN ŒUVRE DU BUDGET

PROGRAMME 2010-2011

17. Par la résolution WHA62.9, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Budget Programme de l'OMS pour l'exercice biennal 2010-2011, avec une allocation budgétaire s'élevant à US \$1 262 864 000 pour la Région africaine. L'exécution du Budget Programme 2010-2011 était axée sur les priorités sanitaires convenues au niveau de la Région et sur les orientations fournies durant la cinquante-neuvième session du Comité régional tenue à Kigali, Rwanda.
18. Le Budget Programme a été financé par les contributions fixées (CF), qui s'élevaient à US \$209 600 000 (17 % de l'allocation totale) et par les contributions volontaires (CV), qui se chiffraient à US \$1 053 264 000 (83 % de l'allocation totale). Entre 2008-2009 et 2010-2011, la part des contributions fixées du budget est restée inchangée, tandis que la part des contributions volontaires n'a cessé d'augmenter. Il convient de relever que les contributions volontaires se caractérisent par une forte incertitude car tributaires des efforts de mobilisation des ressources.
19. Le Budget Programme comprend trois segments budgétaires, à savoir : i) les programmes de base de l'OMS, qui couvrent les activités pour lesquelles l'Organisation détient un contrôle budgétaire exclusif, ii) les programmes spéciaux et dispositifs de collaboration (PSA), que l'OMS exécute en collaboration avec les partenaires; et iii) les interventions en cas d'épidémies ou de crises (OCR), qui couvrent l'action de l'OMS en cas de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme, ainsi que lors des événements de santé publique. Ce découpage budgétaire vise à assurer une transparence accrue dans le financement et l'exécution du Budget Programme et à en faciliter la gestion.
20. La répartition du budget par objectif stratégique (OS) reflète bien la priorité accordée à la prévention et au contrôle des maladies transmissibles (OS1), qui recueillent 34 % de l'allocation budgétaire totale, en particulier le partenariat et l'engagement mondiaux en faveur de l'éradication de la poliomyélite. Le reste du budget était ventilé comme suit : VIH/sida, paludisme et tuberculose (OS2), 16 % du budget; fonctions d'appui de l'OMS, y compris le renforcement de sa présence dans les États Membres (OS12 et OS13), 14 % de l'enveloppe; renforcement des systèmes de santé (OS10 et OS11), 12 % du budget; santé de la mère et de l'enfant, santé de l'adolescent, santé sexuelle et génésique et vieillissement (OS4), 9 %; préparation et riposte aux situations d'urgence (OS5), 8 % de l'enveloppe totale.

21. L'allocation budgétaire de la Région a été révisée à US \$1 593 456 000 au cours de la période biennale, alors que le budget initial approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé s'élevait à US \$1 262 864 000. Cette augmentation de 26 % était essentiellement due au financement additionnel qui était nécessaire pour l'éradication de la poliomyélite.
22. L'exécution du Budget Programme 2010-2011 a révélé d'importantes disparités entre les 13 objectifs stratégiques, en termes de déficits de financement et de taux d'exécution budgétaire. Au total, 92 % du budget initial approuvé a été financé (US \$1 162 601 000), ce qui signifie que le déficit de financement s'élevait à US \$100 263 000. Ce niveau de financement relativement élevé du budget total approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé occulte néanmoins des écarts importants entre les 13 objectifs stratégiques en matière de déficit de financement. Les déficits les plus graves ont été enregistrés dans les objectifs stratégiques suivants : sécurité sanitaire des aliments et nutrition – OS9 (70 %); systèmes de santé – OS10 (60 %); santé de la mère et de l'enfant – OS4 (52 %); VIH/sida, tuberculose et paludisme – OS2 (47 %); facteurs de risque pour la santé – OS6 (46 %); et un environnement plus sain – OS8 (42 %). Le programme de lutte contre la poliomyélite, qui relève de l'OS1, a, quant à lui, reçu 216 % de son budget approuvé.
23. Au total, 99 % des contributions fixées ont été rendues disponibles et 91 % des contributions volontaires approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé (US \$954 000 205) avaient été financées avant la fin de la période biennale. Un montant total de US \$1 059 656 575, soit 91 % de l'ensemble des fonds mis à disposition, a été exécuté, dont 76 % au niveau des pays. Une synthèse du Budget Programme 2010-2011 et des taux d'exécution par objectif stratégique est présentée au tableau 1.
24. La crise financière mondiale a entraîné un important déficit de financement dans certains programmes, ce qui n'a pas permis à la Région de combler tous ses besoins financiers pour les activités programmées. Pour faire face au déficit de financement, la plupart des centres budgétaires ont révisé et ajusté leurs plans de travail, que ce soit au niveau régional ou dans les bureaux de pays de l'OMS. Cet exercice de reprogrammation s'est traduit par l'annulation de certaines activités et la diminution du nombre de résultats escomptés. À la fin de la période biennale, l'atteinte de certains résultats planifiés avait été compromise.
25. L'évaluation des performances effectuée à la fin de la période biennale montre que 54 % des 2554 résultats escomptés de bureaux (OSER) ont été pleinement atteints. Dix-neuf pour cent des OSER ont été partiellement atteints, tandis que les 27 % restants ont été reprogrammés ou annulés en raison de l'insuffisance des financements. Malgré ces difficultés, des réalisations notables ont été enregistrées dans tous les objectifs stratégiques, et la coopération technique avec les pays s'est poursuivie avec la même efficacité, y compris grâce à l'appui direct fourni par les équipes d'appui interpays.

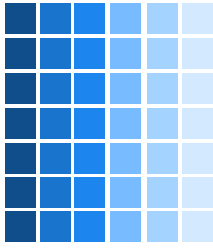
26. Face au déficit budgétaire enregistré, l'Organisation a dû prendre des mesures d'austérité, telles que l'annulation et la réduction du nombre de réunions et de voyages, ainsi que la restructuration des effectifs de tous les programmes, dans les bureaux de pays comme au Bureau régional. Ces mesures se sont également traduites par une réduction importante du niveau d'appui fourni aux pays dans des domaines d'activités tels que le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; les systèmes de santé; la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant; la promotion de la santé et la prévention primaire, y compris pour les maladies non transmissibles. La plupart de ces domaines sont liés aux OMD.

Tableau 1 : Budget Programme 2010-2011 : Exécution du budget par objectif stratégique, au 31 décembre 2011 (en US \$000)

OS*	Budget approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé (allocation initiale) (1)	Budget Programme alloué (2)	Total fonds disponibles (3)	% fonds disponibles par rapport au Budget approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé (4) = (3/1)	Exécution budget (fonds engagés) (5)	Taux d'exécution budgétaire par rapport au Budget Programme approuvé 6 = (5/1)	Taux d'exécution budgétaire par rapport au Budget Programme alloué 7 = (5/2)	Taux d'exécution budgétaire par rapport aux fonds disponibles 8 = (5/3)
OS 01	424 120	744 390	662 260	156 %	606 658	143 %	81 %	92 %
OS 02	208 208	207 337	109 335	53 %	91 777	44 %	44 %	84 %
OS 03	19 444	19 504	13 959	72 %	12 405	64 %	64 %	89 %
OS 04	107 735	106 146	52 124	48 %	45 680	42 %	43 %	88 %
OS 05	98 782	129 465	62 577	63 %	55 100	56 %	43 %	88 %
OS 06	23 943	23 965	12 958	54 %	12 303	51 %	51 %	95 %
OS 07	8495	8660	7579	89 %	6577	77 %	70 %	87 %
OS 08	16 335	16 403	9518	58 %	8701	53 %	53 %	91 %
OS 09	37 182	36 898	11 201	30 %	9832	26 %	27 %	88 %
OS 10	124 035	122 645	50 132	40 %	44 792	36 %	37 %	89 %
OS 11	19 663	20 300	16 528	84 %	13 199	67 %	65 %	80 %
OS 12	49 735	51 140	49 701	100 %	49 455	99 %	97 %	100 %
OS 13	125 187	106 603	104 729	84 %	103 181	82 %	97 %	99 %
Total	1 262 864	1 593 456	1 162 601	92 %	1 059 657	84 %	67 %	91 %

* Voir le tableau 2 en annexe pour les états de tous les 13 objectifs stratégiques.





4. RÉALISATIONS NOTABLES, PAR OBJECTIF STRATÉGIQUE

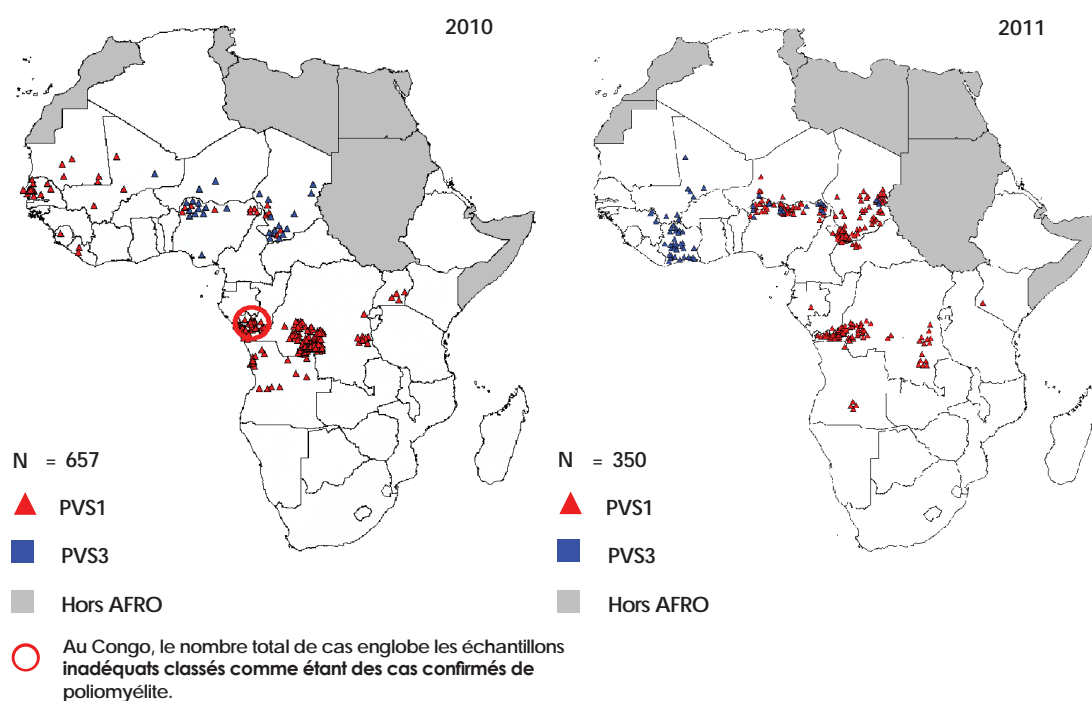
4.1 OS1 : Maladies transmissibles

27. La vaccination systématique, l'éradication de la poliomyélite, les maladies tropicales négligées, la surveillance intégrée des maladies, la recherche, le Règlement sanitaire international, ainsi que la préparation et la riposte aux épidémies constituent les cibles de l'objectif stratégique 1, qui vise à réduire la charge sanitaire et socioéconomique due aux maladies transmissibles.
28. En fin décembre 2011, le taux de couverture de la vaccination systématique par administration de trois doses du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) était maintenu à 82 % dans la Région. Afin d'encourager l'utilisation des services de vaccination grâce au plaidoyer et à une meilleure communication, la première édition de la Semaine africaine de la vaccination (SAV) a été organisée en avril/mai 2011, avec la participation de 36 des 46 États Membres de la Région africaine². Au cours de la SAV, plus de 325 000 agents de santé et bénévoles ont vacciné, en une semaine, 75 millions d'enfants et adultes en leur administrant le vaccin antipoliomyélitique oral. La dynamique créée par la SAV se traduira par un meilleur accès aux vaccins, surtout pour les populations difficiles à atteindre.
29. Quatre nouveaux vaccins ont été introduits par les pays de la Région. Le vaccin antipneumococcique conjugué a été introduit dans 13 États Membres³; le vaccin antirotavirus a été introduit en Afrique du Sud et en Zambie, tandis que le vaccin antipapillomavirus a été introduit au Lesotho et au Rwanda. Le vaccin conjugué contre la méningite à méningocoque A (MenAfriVacTM) a été administré à près de 54,6 millions de personnes dans 6 pays⁴ de la Région en 2010-2011. Ces activités de vaccination ont permis de diminuer sensiblement le nombre de cas de méningite à méningocoque A, avec uniquement quatre cas notifiés au Burkina Faso au cours de la saison épidémique de méningite 2011, dont aucun parmi les individus vaccinés.
30. L'OMS continue de fournir des orientations et un appui techniques, de compiler et diffuser les meilleures pratiques dans la réalisation des campagnes ou activités de vaccination supplémentaire (AVS) intégrées et de qualité contre la rougeole. En 2010 et 2011, 31 pays⁵ ont bénéficié d'un appui pour réaliser des AVS antirougeoleuse de suivi et de riposte en cas d'épidémie, qui ont permis d'atteindre 128 millions d'enfants en tout. Par ailleurs, six pays⁶ ont bénéficié d'une assistance en 2011 afin de solliciter

auprès de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) un appui qui devait leur permettre d'introduire une deuxième dose de vaccin contre la rougeole dans leurs programmes de vaccination systématique. En 2011, l'incidence régionale de la rougeole est tombée à 4,2 cas pour 100 000 habitants, contre 17,2 cas pour 100 000 habitants en 2010. En septembre 2011, le Comité régional de l'Afrique a adopté la résolution AFR/RC61/R1, qui vise l'élimination de la rougeole dans la Région d'ici 2020.

31. S'agissant de l'élimination du tétanos maternel et néonatal, 13 pays ont mené des activités de vaccination supplémentaire par l'anatoxine tétanique dans 595 districts à haut risque, ciblant 37,1 millions de femmes en âge de procréer. En outre, l'élimination du tétanos maternel et néonatal a été validée dans 24 pays⁷ de la Région en fin 2011, grâce à la validation de 5 autres pays au cours de la période biennale.
32. L'éradication de la poliomyélite demeure l'une des priorités majeures de l'OMS dans la Région africaine. Grâce à l'effort colossal fourni par les États, avec le concours technique et financier de l'OMS et d'autres partenaires internationaux, le nombre de cas notifiés de poliovirus sauvage a diminué dans la Région africaine, passant de 657 cas en 2010 à 350 cas en 2011, ce qui représente une baisse de 47 % (figure 1). Sur les 657 cas notifiés en 2010, 64 % étaient dus à la flambée épidémique survenue dans la population adulte en République du Congo et en République démocratique du Congo. En 2011, des progrès ont été réalisés dans tous les pays, à l'exception d'un seul, pour mettre fin dans un délai de six mois aux flambées de poliomyélite, et atteindre ainsi le repère 1 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP).

Figure 1 : Répartition des cas de poliovirus sauvage dans la Région africaine en 2010 et 2011



Source : Mises à jour hebdomadaires sur la poliomyélite, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, fin 2011.

33. La Région est en train de franchir la «dernière étape» vers l'éradication de la maladie du ver de Guinée (dracunculose). Le Tchad, l'Éthiopie et le Mali ont notifié des cas de maladie du ver de Guinée en 2011, en dépit d'une surveillance étroite de cette maladie. Les figures 2a et 2b ci-dessous présentent les tendances de l'éradication de la maladie du ver de Guinée de 2009 à 2011 et les pays endémiques en fin 2011. Le Ghana, où la transmission de la maladie du ver de Guinée avait été interrompue en 2008, est resté exempt de dracunculose en 2011. Le nombre de nouveaux cas de dracunculose a diminué de 458 cas en 2009 à 100 cas en 2010, puis à 30 cas en 2011.

Figure 2a : Tendances de l'éradication de la maladie du ver de Guinée en 2009, 2010 et 2011

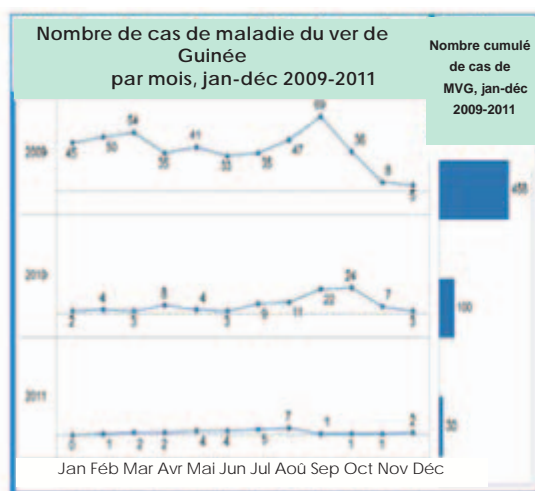
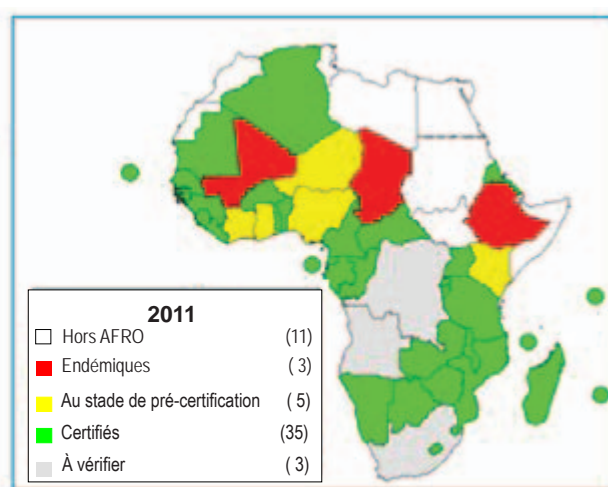


Figure 2b : Répartition de l'éradication de la maladie du ver de Guinée selon l'endémicité de la maladie, 2011

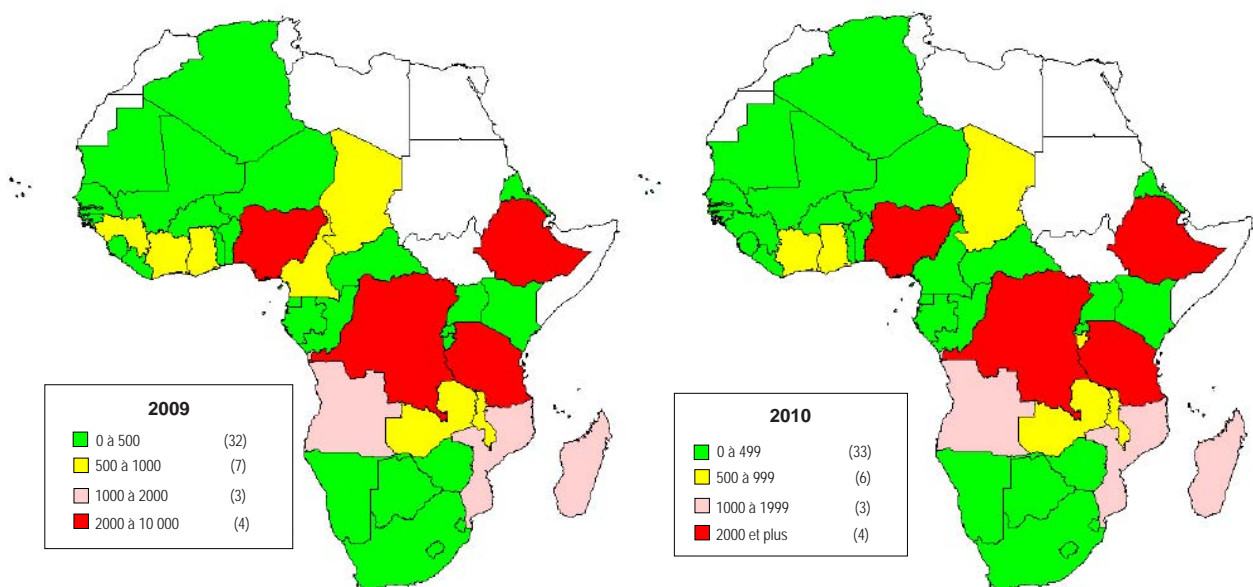


Source : Base de données d'AFRO

34. L'objectif de l'élimination de la lèpre au niveau national a été maintenu dans les États Membres en 2010/2011 (figure 3). La prévalence de la lèpre a encore diminué, passant de 31 996 cas en 2010 à 30 405 cas en 2011, soit une réduction de 5 % de la charge de la lèpre. Cependant, des foyers de lèpre subsistent aux Comores et au Liberia, ainsi qu'au niveau du district dans certains pays. En décembre 2010, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution invitant les pays à prendre les mesures nécessaires, et notamment à changer de cap pour accorder dorénavant la priorité à l'élimination de la lèpre au niveau du district, à la prévention de l'apparition de nouveau cas et à la protection des droits humains des personnes affectées par la maladie.
35. La prévalence de la trypanosomiase humaine africaine (THA), dont l'objectif d'élimination est fixé à 2015 a baissé, passant de 9878 cas en 2010 à 7141 cas en 2011, soit une réduction de 28 % de la charge due à cette maladie. Pour consolider les acquis, la nouvelle association thérapeutique nifurtimox-éflornithine (NECT) a été introduite dans le traitement de l'infection à *T. b. gambiense*, qui est la forme la plus sévère de maladie du sommeil.

36. Une dynamique nouvelle s'amplifie aux niveaux mondial, régional et national en faveur de la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN). La mise à l'échelle d'une chimiothérapie préventive simple, sûre et offrant un bon rapport coût-efficacité pour lutter contre les MTN s'accélère également. Les nouveaux médicaments reçus gracieusement de l'industrie pharmaceutique sont désormais disponibles. Dans le cadre des efforts visant l'élimination de la filariose lymphatique, la dernière campagne d'administration massive de médicaments de 2010 a permis de traiter 84 millions de personnes, soit une hausse de 30 % par rapport aux 65 millions de personnes traitées en 2009.

Figure 3 : Tendances de l'élimination de la lèpre, 2009 et 2011



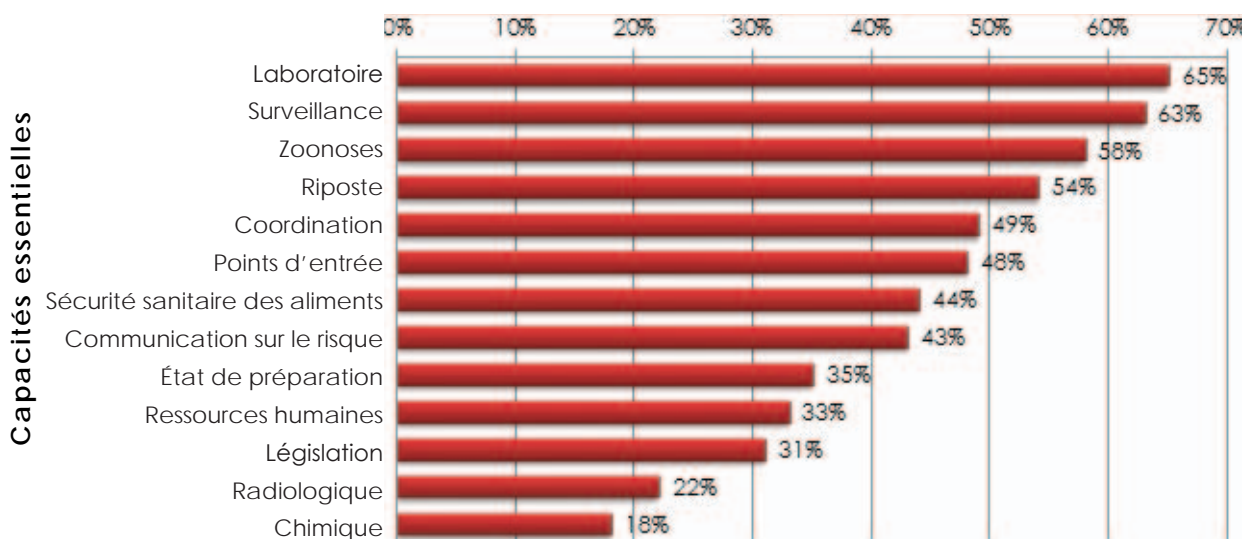
Source : Base de données du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Base de données des MTN

37. Le plan stratégique 2011–2015 de la Région pour la lutte contre les MTN a été finalisé, grâce aux lignes directrices de l'OMS. Tous les pays ciblés ont élaboré des plans directeurs pluriannuels de lutte contre les MTN, ce qui était essentiel pour renforcer leur capacité à mobiliser les ressources nécessaires et à améliorer l'intégration des interventions de lutte contre les maladies tropicales négligées. Cela permettra à terme d'accentuer l'allègement de la charge de morbidité due aux MTN.

38. L'OMS a continué à fournir des orientations pour la surveillance des maladies à potentiel épidémique et pandémique et riposte. L'accent était mis sur : le renforcement des systèmes de surveillance des maladies et de riposte; l'application du Règlement sanitaire international dans le cadre de la Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR); le renforcement de la collaboration transfrontalière durant les épidémies; l'amélioration de la coordination de la riposte en cas d'épidémies et d'autres urgences de santé publique, à travers le Centre stratégique d'opérations sanitaires (SHOC); et la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique.

39. Le Guide technique pour la Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte de la Région et les modules de formation connexes ont été révisés et tiennent à présent compte du Règlement sanitaire international (2005) et des maladies non transmissibles prioritaires. À la fin de la période biennale, 10 pays⁸ avaient achevé l'adaptation de leur guide technique national de SIMR. L'utilisation de ce guide par les États Membres permettra d'améliorer les systèmes d'information sanitaire, pour une meilleure prise de décision, le suivi des tendances des maladies, la planification et l'évaluation des politiques et actions de santé publique.
40. En ce qui concerne l'application du Règlement sanitaire international (RSI), si la plupart des pays n'ont pas atteint les cibles mondiales concernant le développement des capacités essentielles requises en vertu du RSI, il convient de souligner que 40 pays⁹ ont réalisé une évaluation des capacités essentielles nationales. À la suite de ces évaluations, 37 pays¹⁰ ont élaboré des plans nationaux d'application du RSI. Pour se conformer à l'exigence d'établissement de rapports annuels formulée par l'Assemblée mondiale de la Santé, 23 pays¹¹ et 37 pays¹² ont rempli les questionnaires annuels de suivi du RSI en 2010 et en 2011 respectivement. Les réalisations et lacunes dans le domaine des capacités essentielles nationales requises en vertu du RSI (2005) pour la surveillance des événements de santé publics et la riposte sont présentées dans la figure 4 ci-après.

Figure 4 : État des capacités essentielles requises en vertu du RSI dans la Région africaine, établi d'après les rapports des États Parties, décembre 2011



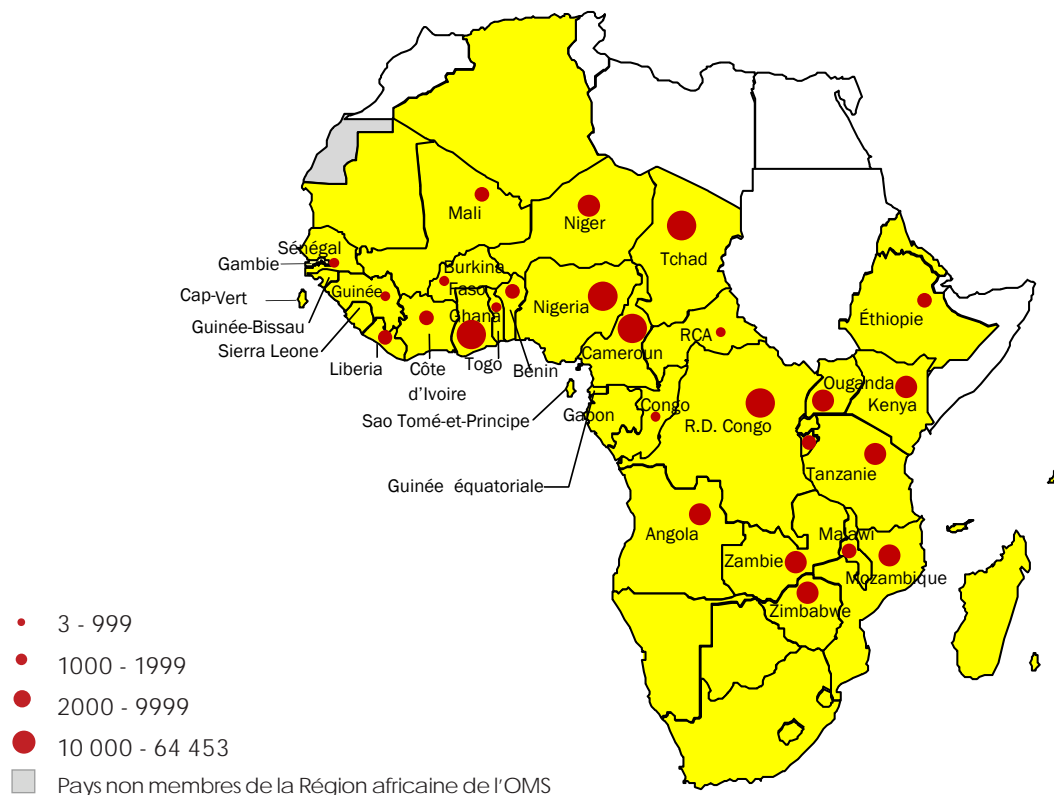
Source : Rapports des États Parties sur le suivi de l'application du RSI, 2011

41. La capacité de laboratoire pour améliorer la confirmation des flambées présumées a continué de se renforcer dans la Région. Les lignes directrices pour la création de centres d'excellence ont été mises au point, et, par la suite, l'Angola, le Kenya et l'Ouganda ont élaboré des plans nationaux de création de centres d'excellence.

Le protocole pour la surveillance sentinelle nationale de la grippe a été finalisé puis adapté par huit pays¹³. Les données provenant des laboratoires nationaux pour la grippe sont analysées et communiquées aux États Membres et partenaires chaque semaine pour renforcer la préparation et la riposte à la grippe pandémique et saisonnière.

42. Le suivi épidémiologique des tendances des maladies prioritaires a permis de mieux cerner le profil régional des principaux risques épidémiques et pandémiques. Au cours de la période biennale 2010-2011, 38 États Membres¹⁴ ont notifié 201 événements de santé publique graves à l'OMS. En dépit du fait que l'immense majorité de ces crises étaient d'origine infectieuse, 12 % étaient dues à d'autres causes telles que les catastrophes naturelles et celles provoquées par l'homme, ou encore des intoxications chimiques ou alimentaires.

Figure 5 : Répartition géographique des cas de choléra dans la Région africaine de l'OMS, 2010-2011



Source : Rapports hebdomadaires des États Membres sur la SIMR

43. Pour freiner la propagation du choléra dans la Région, l'OMS a apporté son concours aux pays dans des domaines comme la surveillance, la prise en charge des cas, qui englobe la fourniture de kits de prévention du choléra, la sensibilisation du public en matière de santé, la coordination et la collaboration intersectorielle. Au cours de la période biennale, 26 pays¹⁵ ont notifié un total de 207 996 cas de choléra, pour 6070 décès (figure 5 ci-dessus), soit un taux de létalité de 2,9 %. À eux seuls, le Cameroun, le Tchad, la République démocratique du Congo, le Ghana et le Nigeria ont subi 79 % des cas de choléra et 88 % des décès dus à cette maladie dans la Région.

4.2 OS2 : VIH/sida, tuberculose et paludisme

44. Dans le cadre de la coopération technique avec les États Membres en vue de diminuer la charge de morbidité due au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme dans la Région, l'OMS a mis l'accent sur le renforcement des capacités, la fourniture d'une orientation normative et d'un appui technique afin de porter à l'échelle les interventions d'un bon rapport coût-efficacité susceptibles de favoriser l'accès universel aux soins de santé, qui est défini comme la couverture d'au moins 80 % de la population cible.

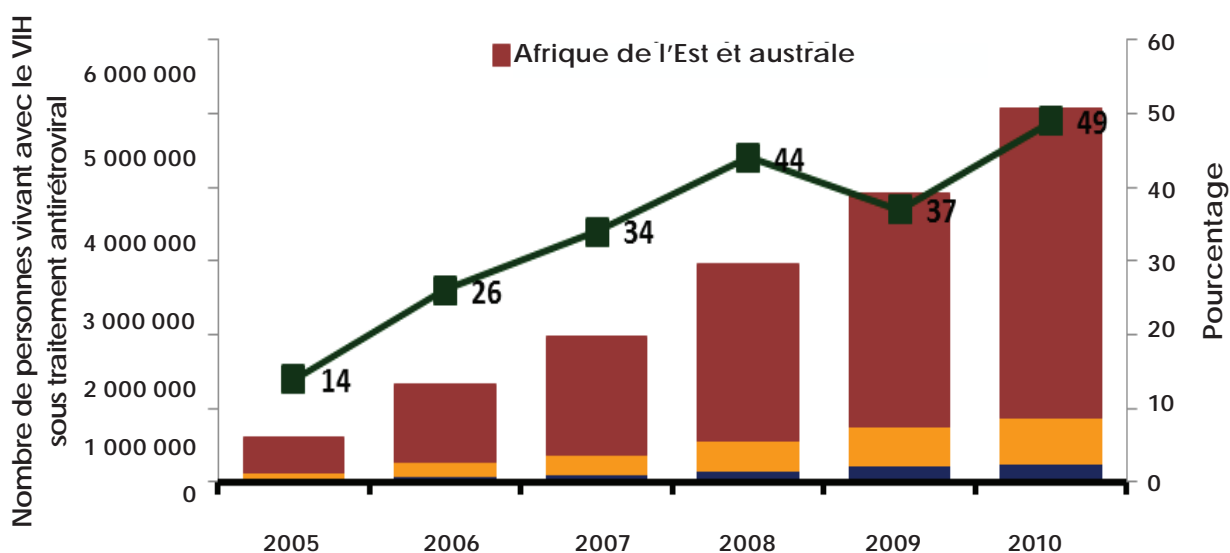
45. Le VIH est demeuré une priorité régionale. Le nombre de nouvelles infections par le VIH a continué à baisser en 2010, tombant à 1,9 million, alors que l'on comptait 2 millions de nouvelles infections en 2009. Les baisses les plus marquantes ont été enregistrées dans 22 pays¹⁶ de la Région, y compris dans certains des pays les plus touchés par l'infection comme l'Éthiopie, le Nigeria, la Zambie et le Zimbabwe¹⁷.

46. Les progrès vers l'accès universel à des interventions essentielles dans le domaine du VIH se sont poursuivis au cours de la période biennale. En 2010, 42 % des femmes enceintes avaient subi un test de dépistage du VIH, contre 35 % en 2009. La proportion de femmes enceintes VIH-positives ayant accès aux antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant (PTME) a augmenté, passant de 49 % en 2009 à 60 % en 2010. Parmi les 21 pays classés prioritaires¹⁸ pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH dans la Région, sept¹⁹ ont franchi le seuil de 80 % de couverture, atteignant ainsi la cible de l'accès universel à des traitements antirétroviraux efficaces. Cependant, la couverture de la thérapie antirétrovirale pour les enfants est restée faible, avec un taux de 21 % en 2010, oscillant entre 9 % en Afrique de l'Ouest et centrale et 26 % en Afrique de l'Est et australe.

47. En fin 2010, 14 pays prioritaires²⁰ d'Afrique de l'Est et australe présentant un fort taux de prévalence du VIH et de faibles taux de circoncision masculine ont mis en place les principales interventions visant à soutenir le lancement de programmes de circoncision masculine. Plus de 400 000 hommes de ces pays ont ainsi été circoncis en 2010 dans le cadre de la prévention du VIH, contre 122 988 en 2009. Cela devrait contribuer à la réduction de l'incidence du VIH dans ces pays.

48. Conformément à ses lignes directrices édictées en 2010, l'OMS a continué à fournir un appui technique aux pays pour leur permettre d'élargir l'accès à la thérapie antirétrovirale (TARV). Près de 5,1 millions de personnes infectées par le VIH en Afrique subsaharienne ont été placées sous traitement antirétroviral en 2010 (figure 6), contre 3,9 millions de personnes en 2009. Cela représente une progression de 30 % dans la Région en un an et une couverture de 49 % en 2010, contre 37 % en fin 2009. La mise à l'échelle rapide des programmes de TARV a entraîné une diminution graduelle du nombre de personnes décédant de causes liées au sida, avec environ 1,2 millions de décès en 2010, contre 1,3 millions de décès en 2009.

Figure 6 : Nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral dans la Région africaine de l'OMS, 2005-2010



Source : La riposte mondiale au HIV/sida : Rapport de situation 2011

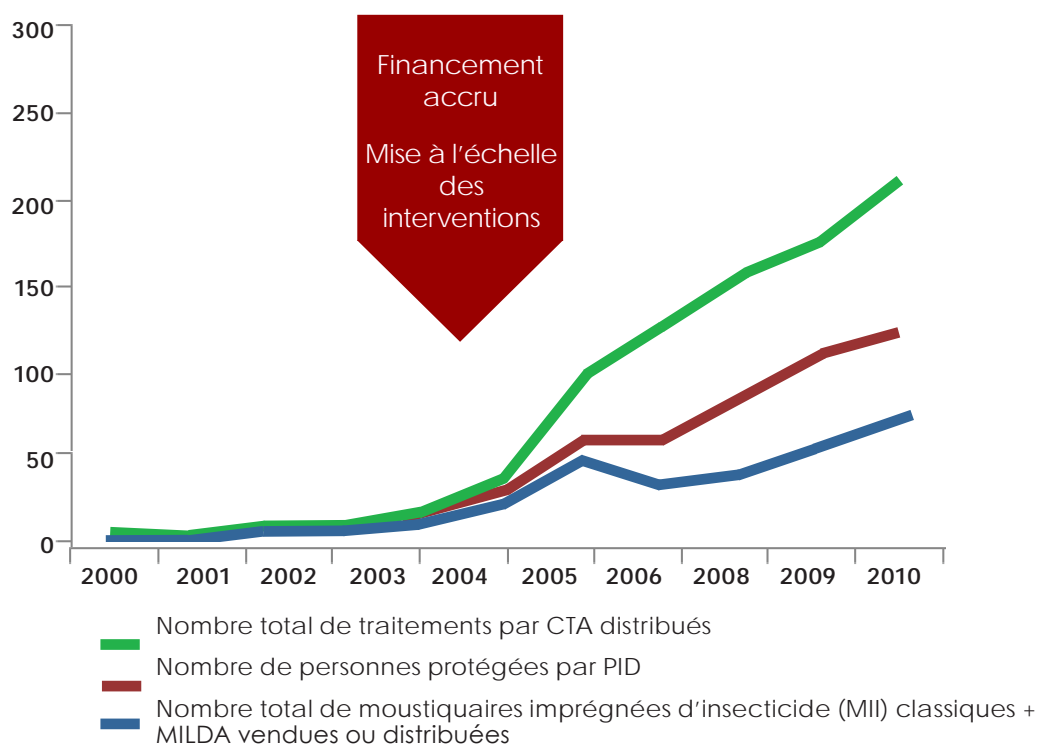
49. En ce qui concerne la lutte contre la tuberculose, les cibles régionales fixées pour l'extension de la stratégie DOTS étaient de dépister au moins 70 % des cas de tuberculose et de guérir au moins 85 % des cas placés sous traitement. En 2010, 15 pays (33 %)²¹ de la Région ont atteint la cible de 70 % pour le taux de dépistage des cas, et 20 pays (43 %)²² la cible de 85 % pour le taux de guérison. En 2009, 15 pays de la Région (28 %)²³ avaient atteint la cible de 70 % pour le taux de dépistage des cas, et 13 pays (28 %) la cible de 85 % pour le taux de guérison. Huit pays²⁴ avaient atteint ces deux cibles en 2010, contre cinq pays²⁵ seulement en 2009. Les progrès réalisés dans l'atteinte des indicateurs ciblés sont le fruit d'inlassables efforts déployés pour l'extension de la stratégie DOTS et la mise en œuvre de l'ensemble des composantes de la stratégie Halte à la tuberculose de l'OMS dans 37 pays²⁶ de la Région au cours de la période biennale. Des études sur la prévalence de la tuberculose se trouvent à divers stades d'élaboration et/ou de mise en œuvre dans huit pays²⁷ de la Région, afin de confirmer le niveau réel de la charge de morbidité due à la tuberculose dans ces pays.

50. Tous les pays ont adapté le système de notification des données électroniques par Internet, ce qui a permis d'atteindre un taux d'établissement de rapports de 100 % au cours de la période biennale. Grâce à ce système, au-delà de la notification des cas et des résultats de traitements, des données plus fiables sont recueillies dans des domaines comme la lutte contre la coinfection TB-VIH et la tuberculose à bacilles multirésistants et ultrarésistants (TB-MR/UR). La mise en œuvre de la stratégie Halte à la tuberculose a accentué l'utilisation de stratégies comme les soins communautaires de la tuberculose ou les partenariats public-privé, qui ont eu un impact sur les activités de collaboration dans le cadre de la lutte contre la coinfection TB-VIH. Les activités de collaboration contre la coinfection TB-VIH ont été consolidées dans 30 pays²⁸. La proportion de patients souffrant de tuberculose qui ont subi un test de dépistage du VIH a atteint 59 % en 2010, contre 56 % en 2009. Grâce à l'appui fourni par l'OMS et les partenaires, les interventions de lutte contre la coinfection TB-VIH ont permis de placer 250 000 patients de tuberculose VIH-positifs sous traitement antirétroviral en 2011, contre près de 80 000 patients de tuberculose VIH-positifs en 2010.
51. Pour la seule année 2010, plus de 9750 nouveaux cas de tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR) et 536 cas de tuberculose à bacilles ultrarésistants (TB-UR) ont été notifiés. Dès la mi-2011, quarante-deux pays²⁹ avaient notifié au moins un cas de TB-MR, tandis que neuf pays³⁰ avaient notifié au moins un cas de TB-UR. La véritable ampleur de la TB-MR n'est pas connue en raison de la faible capacité de diagnostic dans plusieurs pays. À la fin de la période biennale, l'OMS et les partenaires avaient fourni un appui à 18 pays³¹ pour leur permettre de renforcer les capacités nationales de dépistage de la TB-MR. En mai 2011, vingt-huit pays de la Région africaine avaient introduit des programmes visant à traiter les cas de tuberculose pharmacorésistante³². En effet, si le taux de guérison des patients placés sous traitement de première intention de la tuberculose à frottis positif est de 80 %, le taux de guérison chute à 50 % pour les cas TB-MR, pour un taux de létalité de 19 %. Le taux de guérison est de 27 % pour les cas de TB-UR, avec un taux de létalité de 43 %³³.
52. En fin 2010, 12 pays de la Région³⁴ avaient pu alléger de 50 % la charge de morbidité due au paludisme. Cet acquis peut être largement attribué au rôle moteur joué par les pays, à une planification et une mise en œuvre stratégiques fondées sur des bases factuelles, à l'harmonisation et à l'alignement de l'action des partenaires et à la disponibilité des moyens permettant d'appliquer à grande échelle les principales interventions.
53. Des progrès ont été réalisés dans la mise à l'échelle des différentes interventions de lutte antipaludique au cours de la décennie des Nations Unies pour faire reculer le paludisme en Afrique (2000-2010), comme l'illustre la figure 7. Le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) pour les enfants de moins de cinq ans dépassait les 40 % dans 10 pays³⁵, atteignant 70 % au Mali et 75 % à Madagascar. La proportion de femmes enceintes dormant sous MILDA a dépassé les 40 % dans 14 pays, atteignant 60 % au Rwanda et 71 % au Niger et à Madagascar³⁶. Le nombre de pays procédant à la pulvérisation intradomiciliaire (PID) d'insecticides à effet rémanent

pour lutter contre le paludisme a augmenté, passant de 24 en 2009 à 29 en 2011. Il en résulte que la couverture de la population grâce à la PID est passée d'environ 50 millions de personnes en 2009 à environ 75 millions de personnes en 2011.

54. Trente-trois pays³⁷ ont adopté comme politique la confirmation parasitologique de tous les cas suspects de paludisme et tous les pays d'endémie palustre de la Région utilisent désormais les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) comme traitement de première intention du paludisme. Les approches à assise communautaire ont contribué à la mise à l'échelle du diagnostic du paludisme grâce à des tests rapides. En 2011, tous les pays d'endémie palustre de la Région, sauf quatre, disposaient de fonds suffisants pour financer les traitements par CTA permettant de couvrir tous les cas notifiés de paludisme³⁸.

Figure 7 : Évolution du nombre de moustiquaires distribuées/vendues et du nombre de personnes protégées par PID et CTA, 2000-2010



Source : Base de données du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2011

55. Faisant suite à l'appel du Comité régional en 2009 pour l'«accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine», une initiative de la SADC comprenant quatre pays de la «ligne de front» et quatre pays³⁹ à faible transmission⁴⁰ a été mise en place pour favoriser un contrôle durable et le renforcement des capacités en vue de la transition vers la pré-élimination du paludisme. Au cours de la période biennale sous revue, les quatre pays à faible transmission ont bénéficié d'un appui pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies d'élimination du paludisme, notamment des activités transfrontalières.

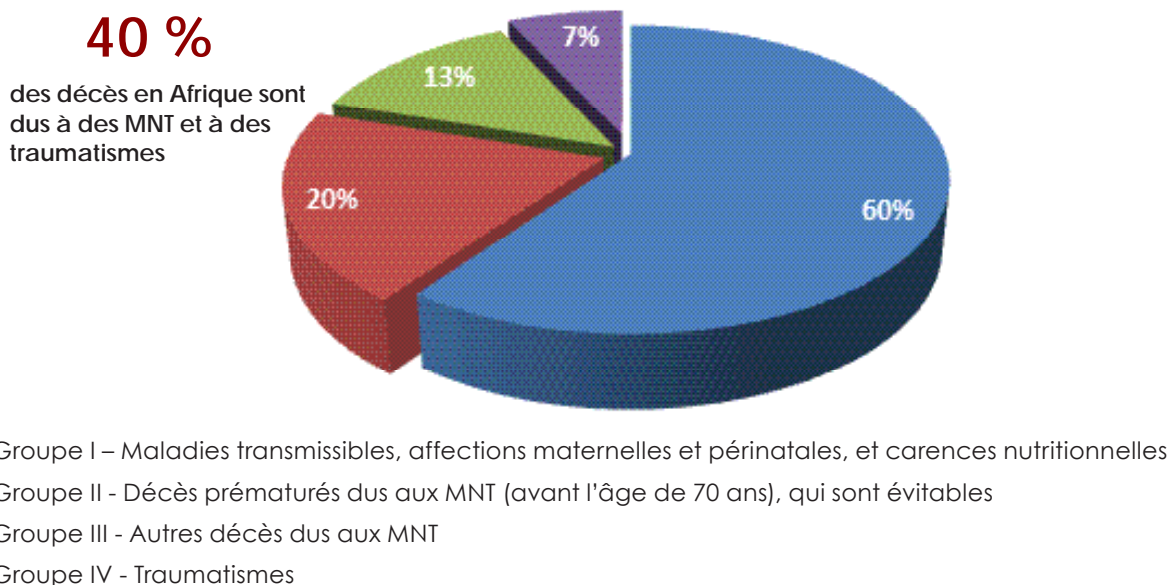
56. L'OMS a fourni un appui à la Commission de l'Union africaine, aux communautés économiques régionales et à d'autres mécanismes de partenariat dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. L'OMS a ainsi participé à l'organisation de la cinquième Conférence des ministres africains de la santé tenue en 2011, aux activités de l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme et à celles de l'initiative «Champions pour une génération sans VIH». Le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme demeure la principale source de financement des activités de lutte contre ces trois maladies. L'OMS a joué un rôle de tout premier plan dans la fourniture d'orientations et d'un appui techniques destinés à la formulation des projets à adresser au Fonds mondial, et en matière de suivi et d'évaluation des programmes. La Région a obtenu des financements supérieurs à US \$12 milliards⁴¹ auprès du Fonds mondial depuis son lancement. Une rencontre ministérielle sur le Fonds mondial a eu lieu durant la soixantième et unième session du Comité régional afin d'optimiser l'accès au Fonds et l'utilisation de ses ressources.

4.3 OS3 : Maladies chroniques non transmissibles, troubles mentaux, violence et traumatismes

57. Les maladies non transmissibles (MNT) telles que les maladies cardiovasculaires (MCV), les cancers, le diabète, les pneumopathies chroniques, la drépanocytose, les troubles mentaux, la violence et les traumatismes, les affections bucco-dentaires, ainsi que les déficiences visuelles et auditives sont devenues des causes importantes de morbidité dans la Région. Les MNT ont causé plus de 3 millions de décès en 2010, soit 40 % du nombre total de décès enregistrés dans la Région africaine de l'OMS (figure 8). La Région enregistre les taux de mortalité normalisés des MNT selon l'âge les plus élevés au monde, pour tous les âges, qui s'établissent à 844 décès pour 100 000 habitants chez les hommes et à 724 décès pour 100 000 habitants chez les femmes. Près de la moitié des décès dus aux MNT surviennent chez des personnes âgées de moins de 70 ans, ce qui classe les MNT parmi les principales causes de décès prématuré et d'incapacité en Afrique. Selon les projections, les décès dus aux MNT devraient progresser de 17 % au cours des 10 prochaines années dans le monde, la hausse la plus forte étant prévue en Afrique (27 %). Si la tendance actuelle se poursuit, les MNT devraient surpasser les maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles comme la principale cause de décès en Afrique d'ici 2025.

58. Au cours de la période biennale, les principales réalisations étaient liées au plaidoyer de haut niveau entrepris en faveur de l'affectation d'une priorité accrue aux MNT, à l'élaboration de politiques, de stratégies et de plans, à l'établissement de la collaboration, de partenariats et de réseaux, à la mise en œuvre de plans d'action nationaux intégrés de lutte contre les MNT, à la surveillance, au renforcement des capacités et à l'amélioration des soins et des services, y compris au niveau des soins primaires.

Figure 8 : Taux de mortalité des MNT dans la Région africaine en 2010



Source : Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles, 2010

59. Le plaidoyer entrepris au plus haut niveau par l'OMS dans la Région a permis d'accroître l'engagement politique des États Membres en faveur de la prévention et du contrôle des MNT. La Déclaration historique de Brazzaville sur les MNT a été adoptée en avril 2011 dans le cadre d'une consultation ministérielle organisée par le Bureau régional qui a rassemblé plus de 30 ministres de la Santé, environ 150 experts de la Région, des partenaires et des organisations de la société civile. La Déclaration de Brazzaville, qui reconnaît que les MNT posent un problème de développement à l'échelle mondiale, a accru la sensibilisation à cette problématique et permis de définir les mesures requises pour la prévention et le contrôle des MNT. La Déclaration a été utilisée dans le monde entier et considérée comme la position de la Région africaine lors de la première conférence ministérielle mondiale sur les MNT et les modes de vie sains tenue en avril 2011 à Moscou. Sa mise en œuvre a d'ores et déjà débuté dans les États Membres avec l'appui technique de l'OMS.
60. En outre, le plaidoyer intensif entrepris par le Bureau régional s'est traduit par une présence massive de chefs d'État et de Gouvernement de la Région à la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la lutte contre les MNT tenue en septembre 2011, et par une importante contribution à la Déclaration politique des Nations Unies sur les MNT adoptée à cette occasion. L'OMS a noué des partenariats avec des communautés économiques sous-régionales⁴², d'autres institutions du système des Nations Unies⁴³ et des ONG internationales⁴⁴. Toutes ces initiatives ont conduit à

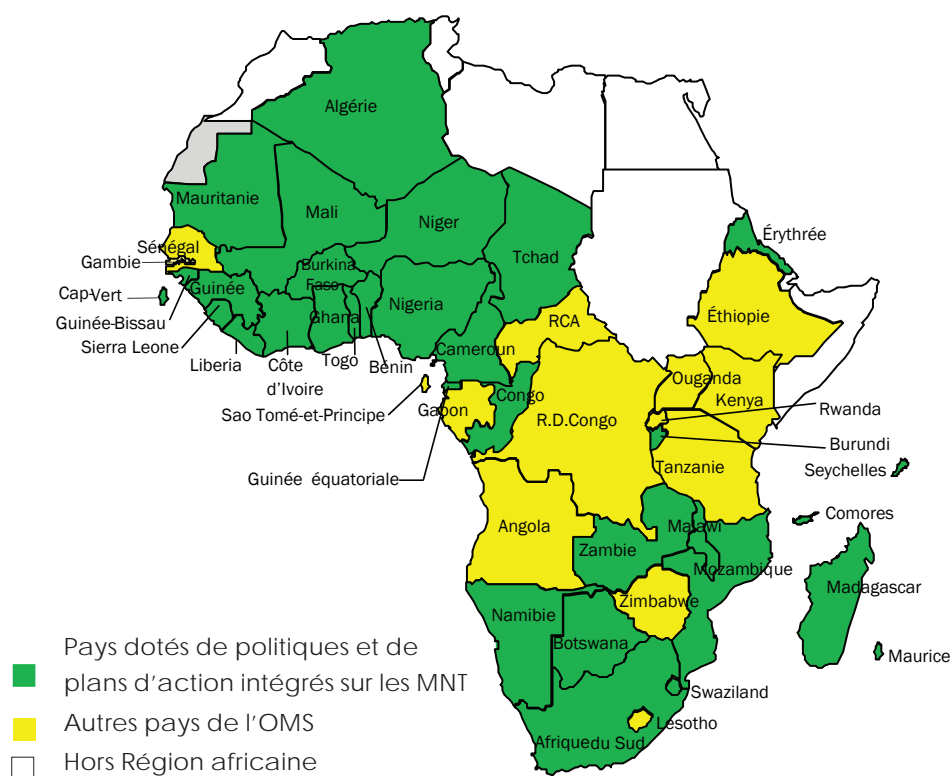
l'adoption par les communautés économiques sous-régionales de deux résolutions sur les MNT, qui invitent instamment les États Membres à mettre en œuvre les stratégies de l'OMS en matière de prévention et de contrôle des MNT. En outre, le nombre des donateurs a augmenté avec la signature de quatre protocoles d'accord consacrant des ressources supplémentaires à la prévention et au contrôle des MNT dans la Région.

61. Grâce à l'appui fourni par l'OMS, les États Membres ont pu élaborer des politiques, stratégies et plans d'action nationaux intégrés de prévention et de prise en charge des MNT, notamment de la santé mentale⁴⁵, de la violence, des traumatismes et des incapacités, sans oublier la réadaptation. Vingt-sept pays⁴⁶ ont bénéficié d'un appui au cours de la période biennale 2010-2011, ce qui porte à 32 le nombre de pays de la Région ayant élaboré des plans d'action intégrés de lutte contre les MNT, qu'ils mettent en œuvre (figure 9). Une stratégie régionale de prévention et de contrôle de la drépanocytose a été adoptée en 2010, dotant les pays d'une feuille de route claire pour la mise en œuvre d'interventions prioritaires visant à alléger la charge due à cette pathologie.
62. Par ailleurs, un appui a été fourni à huit pays⁴⁷ ayant formulé et finalisé des plans de lutte contre le cancer pour la mise en œuvre de ces plans. Avec le concours de l'OMS, onze pays⁴⁸ ont élaboré et mettent en œuvre des plans d'action ou des stratégies de santé bucco-dentaire et de lutte contre le noma, tandis que 19 pays⁴⁹ ont intégré les stratégies de santé bucco-dentaire dans leurs programmes de lutte contre les MNT. Le Congo, Madagascar et les Seychelles ont élaboré des politiques et plans pour la santé oculaire et la prévention de la déficience auditive. La décennie d'action pour la sécurité routière, qui est un engagement des États Membres à réduire le nombre de décès et traumatismes causés par les accidents de la route, a été lancée dans 20 pays de la Région. La mise en œuvre de ces politiques, stratégies et plans d'action contribuera à réduire la morbidité et la mortalité dues aux MNT, ainsi que les souffrances que ces maladies causent aux populations.
63. Le Mozambique, le Kenya et les Seychelles ont réalisé des évaluations de leurs services de santé mentale à l'aide de l'Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale de l'OMS (WHO-AIMS) et sept États Membres ont effectué des analyses de situation de la déficience auditive dans leur pays. En outre, 41 pays ont réalisé des analyses de situation de la santé bucco-dentaire. Ces analyses serviront de base à la formulation et à la planification de politiques.
64. Les capacités de prise en charge des MNT ont été renforcées dans cinq pays, notamment avec l'utilisation de la série d'interventions essentielles contre les MNT au niveau des soins de santé primaires (WHO-PEN) et l'utilisation du Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP), en vue de recenser et de traiter les troubles mentaux courants au Nigeria et en Éthiopie. Par ailleurs, l'OMS a

soutenu l'intégration des soins oculaires primaires dans les services de soins de santé primaires dans 12 pays. La prise en charge des MNT au niveau des soins primaires a contribué à améliorer l'accès aux services et l'équité.

65. La prochaine étape de la prévention et du contrôle des MNT dans la Région africaine s'inspirera des acquis de l'exercice biennal 2010-2011 pour mieux intégrer les initiatives de prévention et de lutte et élargir l'accès aux services.

Figure 9 : Pays dotés de politiques et de plans d'action intégrés de lutte contre les MNT dans la Région africaine de l'OMS



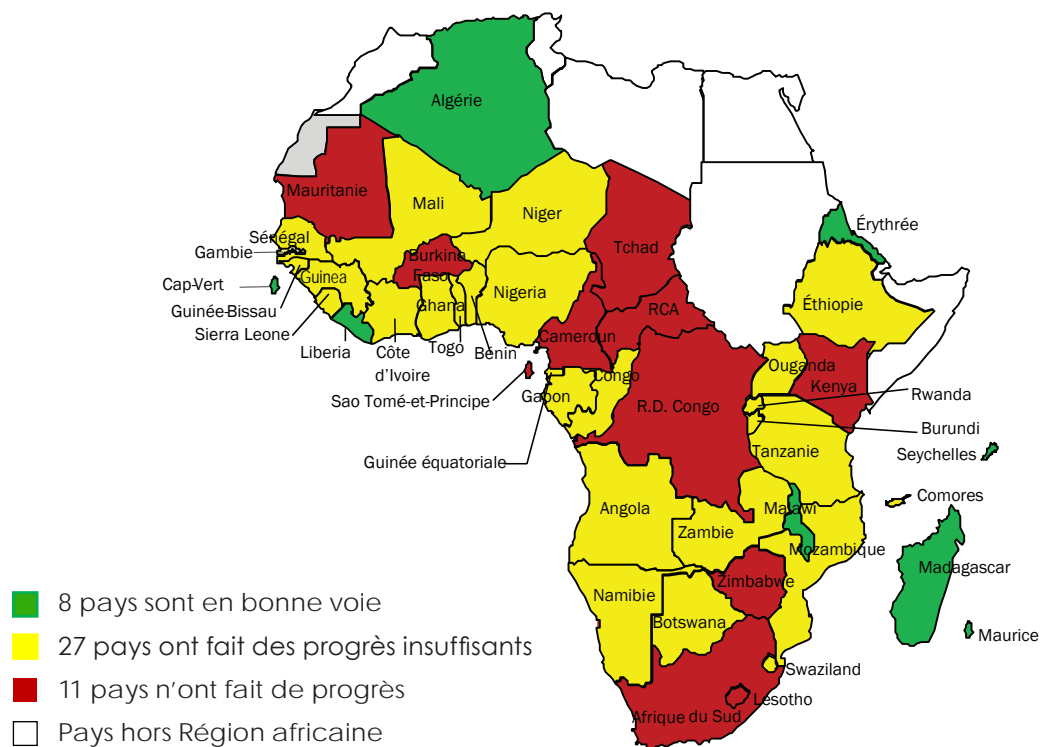
Source : Programme NPC, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

4.4 OS4 : Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la mère, et vieillissement

66. L'objectif stratégique 4 vise à : réduire la morbidité et la mortalité; améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris); améliorer la santé sexuelle et génésique; et permettre à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.

67. En Afrique subsaharienne, le taux annuel moyen de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans a doublé⁵⁰, passant de 1,2 % par an au cours de la période allant de 1990 à 2000 à 2,4 % par an au cours de la période allant de 2000 à 2010. En 2010, huit pays⁵¹ de la Région étaient en bonne voie pour atteindre la cible de réduction de deux tiers de la mortalité infantile entre 1990 et 2015, contre cinq en 2008 (figure 10). Si la Guinée équatoriale et l'Érythrée sont les deux seuls pays en bonne voie pour atteindre l'OMD 5, il est indéniable que des progrès ont été accomplis dans la Région. Pour preuve, 26 pays africains ont désormais enregistré une baisse du taux de mortalité maternelle supérieure ou égale à 40 % entre 1990 et 2010, contre 15 pays seulement en 2008⁵². En outre, dans certains pays d'Afrique de l'Est et australe (Botswana, Lesotho, Namibie, Afrique du Sud et Swaziland) où le taux de mortalité maternelle (TMM) était en hausse en raison notamment de la grave épidémie de VIH qui a sévi dans les années 1990 à 2000, l'on a enregistré une diminution de la mortalité, à cause de la disponibilité de la thérapie antirétrovirale.
68. Avec l'appui de l'OMS et des partenaires, 27 pays africains⁵³ ont renouvelé leur engagement à améliorer l'accès à la planification familiale, aux soins prénatals et aux services d'accoucheuses qualifiées afin de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Cet engagement s'inscrit dans le droit fil de la stratégie mondiale du Secrétaire général des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant, qui vise à sauver la vie de 16 millions de femmes et d'enfants au cours des cinq années à venir.
69. Les pays ont réalisé des progrès considérables dans l'adoption de politiques et de stratégies favorables à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et à la santé génésique. Trente-huit pays de la Région sur 46 se sont déjà dotés de politiques, stratégies et plans nationaux exhaustifs de promotion de la santé de la mère et de l'enfant. Vingt-trois pays⁵⁴ ont adopté des politiques de prise en charge communautaire de la pneumonie⁵⁵, contre 10 pays en 2008. Par conséquent, 17 pays⁵⁶ assurent à présent une prise en charge communautaire intégrée de la pneumonie, de la diarrhée et du paludisme⁵⁷. Douze pays⁵⁸ ont élaboré ou adapté leurs politiques, normes et directives nationales de planification familiale/santé génésique, alors que 19 autres⁵⁹ ont instauré la gratuité des services de soins de santé de la mère et de l'enfant, afin d'élargir l'accès à des interventions efficaces de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Onze pays⁶⁰ ont finalisé leurs plans stratégiques de promotion de la santé de l'adolescent, ce qui porte à vingt-neuf⁶¹ le nombre de pays qui se dotés de tels plans. Six pays⁶² ont révisé leurs stratégies ou plans de santé de l'adolescent dans le contexte du VIH.
70. L'OMS a élaboré un cadre stratégique régional, en écho au «Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie». Dix pays⁶³ ont formulé des plans en vue de l'élimination des infections pédiatriques à VIH, conformément au cadre stratégique régional.

Figure 10 : Progrès réalisés vers l'atteinte du 4^{ème} objectif du Millénaire pour le développement – réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2015



Source : UNICEF, OMS, Banque mondiale, DAES. Niveaux et tendances de la mortalité infantile : Rapport 2011 - Estimations développées par le groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité de l'enfant. New York, UNICEF 2011.

71. Les capacités de mise en œuvre des interventions de survie de l'enfant ont été renforcées. Le nombre de pays qui appliquent la PCIME dans plus de 75 % de leurs districts est ainsi passé de 22 en 2009 à 26⁶⁴ en fin 2011. En collaboration avec les ministères de la Santé, l'UNICEF et d'autres partenaires, l'OMS a organisé trois ateliers régionaux visant à promouvoir la mise en œuvre d'interventions coordonnées et élargies de lutte contre la pneumonie et la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans. Ces ateliers ont réuni 23 pays et confirmé l'importance d'une démarche ciblée et coordonnée de lutte contre la pneumonie et la diarrhée, dans le cadre de l'approche intégrée de survie et de santé de l'enfant. En plus de sa contribution importante à l'atteinte du quatrième objectif du Millénaire pour le développement, qui vise à réduire la mortalité infantile, l'allègement du fardeau de ces maladies permettra également d'atteindre le premier objectif du Millénaire pour le développement, qui vise l'éradication de l'extrême pauvreté et de la faim.

72. Le passage à l'échelle de diverses interventions de santé au niveau communautaire a donné des résultats encourageants. Les bases factuelles de la Région africaine montrent que des agents de santé communautaire formés sont tout à fait capables d'examiner convenablement des enfants malades, de prescrire des antibiotiques, des sels de réhydratation par voie orale et des antipaludiques (par exemple en République démocratique du Congo, au Malawi, au Rwanda et au Sénégal). Cela a accru le nombre d'enfants faisant l'objet d'une prise en charge correcte au niveau communautaire, et un pays a même atteint des taux de guérison supérieurs à 90 % pour la fièvre, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës. Le rôle moteur joué par les gouvernements pour intégrer la prise en charge communautaire des maladies de l'enfant, grâce à l'utilisation de directives standardisées, a abouti au renforcement des partenariats entre les ministères de la Santé et les partenaires chargés de l'exécution, notamment les organisations non gouvernementales. L'adoption d'une approche communautaire intégrée a également permis de lever davantage de fonds auprès des partenaires pour mettre en œuvre des interventions à assise communautaire. On peut mentionner par exemple la subvention octroyée par le gouvernement français pour financer des programmes de santé de l'enfant dans sept pays de la Région, qui était centrée sur la prise en charge communautaire intégrée, ou encore la subvention octroyée par l'Agence canadienne pour le développement international au Programme mondial de lutte contre le paludisme en faveur de cinq pays.
73. Le suivi des stratégies de santé de la mère et du nouveau-né a été renforcé pendant la période biennale. Dix pays⁶⁵ ont réalisé une évaluation à mi-parcours des feuilles de route nationales pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Des correctifs appropriés ont été apportés pour pallier les lacunes et goulots d'étranglement identifiés. Treize autres pays⁶⁶ ont évalué les besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et formulé des plans visant à corriger les insuffisances constatées. Quatre pays⁶⁷ ont fait de la mortalité maternelle un événement à déclaration obligatoire dans les 48 heures, ce qui est un bon indicateur de l'amélioration de la qualité des soins.
74. En collaboration avec d'autres partenaires, l'OMS a élaboré et diffusé des lignes directrices et des outils pour aider les pays à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né. Il s'agit : i) des «Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et en Afrique – Guide du prestataire» (RPC); ii) du Cadre pour des interventions intégrées de promotion de la santé au niveau communautaire; et iii) du manuel de formation de l'OMS sur les soins essentiels aux nouveau-nés.
75. L'OMS a élaboré et introduit deux modules de formation en santé du nouveau-né : 1) le cours sur les soins néonataux essentiels (dans 26 pays⁶⁸); et 2) le cours de formation en soins du nouveau-né à domicile, pour les agents de santé communautaires (dans 22 pays⁶⁹). En outre, un document stratégique intitulé «Cancer du col de l'utérus

dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives» a été adopté par la soixantième session du Comité régional. Sept pays⁷⁰ ont élaboré des stratégies de prévention et de contrôle du cancer du col de l'utérus.

76. Au cours de la période biennale sous revue, le partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant s'est amélioré. En réponse à l'accent mis sur les OMD par la réunion du G8 tenue en 2010 à Muskoka, un certain nombre de pays membres de cette institution comme le Canada et la France ont mobilisé un concours financier substantiel, complété par l'expertise précieuse fournie par le personnel technique de l'OMS. Cet appui requiert et encourage des partenariats comme le H4+ (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale, ONUSIDA) et bien au-delà (exemples : le mécanisme Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) et les partenaires bilatéraux).
77. Le plaidoyer entrepris pour lever tous les obstacles à la fourniture de services de soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant s'est intensifié. Onze pays⁷¹ ont ainsi lancé la «Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA)» sous le slogan «L'Afrique se mobilise : Aucune femme ne doit mourir en donnant la vie». Trente-cinq pays⁷² ont désormais lancé leurs CARMMA nationales.
78. Le Directeur régional a créé une Commission de la Santé de la Femme dans la Région africaine en réponse à la résolution AFR/RC58/R1 intitulée «Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Appel à l'action», adoptée par la cinquante-huitième session du Comité régional de l'Afrique. La Commission a produit des bases factuelles concernant l'effet bénéfique de l'amélioration de l'état de santé des femmes sur le développement socioéconomique dans la Région et établi un rapport intitulé «Relever le défi de la santé de la femme en Afrique». Ce rapport aborde les liens toujours complexes qui existent entre la santé de la femme et le développement socioéconomique dans la Région et relève la nécessité d'adopter des approches multisectorielles, entre autres, pour s'occuper de cette question.

4.5 OS5 : Urgences, catastrophes, crises et conflits

79. Au cours de la période biennale, l'action de l'OMS au titre de l'objectif stratégique 5 était centrée sur la gestion des risques et la préparation à mettre en place une riposte efficace et rapide. Les pays de la Région africaine demeurent confrontés à des situations d'urgence qui entraînent des catastrophes, avec leurs corollaires de pertes en vies humaines et de répercussions socioéconomiques néfastes. Trente-cinq pays⁷³ de la Région ont connu des situations d'urgence en 2011. Un accent particulier a été mis sur la fourniture d'un appui coordonné à tous les niveaux et dans l'ensemble des secteurs programmatiques, notamment avec le programme Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie et le programme Nutrition.

80. La Région a joué un rôle prépondérant dans le processus ayant abouti à l'adoption de la résolution WHA64.10 de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui invite instamment les États Membres à renforcer les programmes de gestion des urgences sanitaires et de l'ensemble des risques de catastrophe. Un outil d'évaluation des capacités existantes et d'élaboration d'une feuille de route pour la mise en œuvre de la gestion intégrée des risques de catastrophe a été adopté et expérimenté sur le terrain. Cet outil a été utilisé en Sierra Leone pour identifier les lacunes et élaborer une feuille de route pour la gestion des risques de catastrophe (GRC) dans ce pays. Des cartes des risques (e-atlas) ont été dressées pour tous les pays de la Région, avec l'assistance technique du Centre méditerranéen de l'OMS sur la réduction des risques sanitaires. Ces cartes constituent la première étape de l'analyse des risques et de la cartographie. Un appui technique a été fourni à 30 pays⁷⁴ pour élaborer des plans nationaux de préparation en cas d'urgences portant sur des risques multiples.
81. La Région a participé à l'élaboration et à l'adoption du cadre d'action d'urgence de l'OMS. La rapidité de la riposte en cas d'urgences a continué à s'améliorer dans la Région au cours de la période biennale grâce à la liste fonctionnelle régionale de spécialistes des urgences et au dépôt humanitaire qui se trouve à Accra au Ghana. Cela s'est traduit par une célérité accrue de la riposte en cas d'urgences, une diligence facilitée par le déploiement rapide des experts et la réduction du délai de livraison des kits sanitaires d'urgence aux pays. Un appui a été fourni aux pays pour déployer une action sanitaire lors des urgences et des catastrophes, y compris la crise en Côte d'Ivoire, la sécheresse dans la Corne de l'Afrique, les inondations en Afrique australe et de l'Ouest et les situations d'urgence complexes au Tchad, en République centrafricaine et en République démocratique du Congo, ce qui a permis de sauver des vies. L'appui de l'OMS était centré sur la coordination de l'action sanitaire, ainsi que sur l'identification et le comblement des lacunes. Les insuffisances les plus courantes étaient relevées dans des domaines comme la formation, l'élaboration d'une stratégie de riposte, la surveillance et la mobilisation des ressources. L'appui fourni par l'OMS a permis de vacciner des centaines de milliers d'enfants contre la poliomyélite, la rougeole et d'autres maladies évitables par la vaccination, et de renforcer les actions de promotion de la santé en vue de la prévention des flambées épidémiques lors des situations d'urgences.
82. La formation dispensée à des membres du personnel de l'OMS, à des partenaires et au personnel du ministère de la Santé a favorisé l'amélioration des performances lors des interventions d'urgence et la reconnaissance accrue de l'approche de gestion des risques. L'OMS a soutenu les institutions de formation en contribuant à l'organisation de deux cours sur la santé en urgences sanitaires pour de grandes populations (HELP) à l'Université de Pretoria, en Afrique du Sud, et à l'Institut régional de santé publique de Ouidah, au Bénin. L'OMS a également contribué à l'animation d'un cours sur la santé publique dans les situations d'urgence complexes à l'Université de Makerere en Ouganda. Quarante-huit participants en tout ont pu bénéficier de ces formations au cours de l'exercice biennal 2010-2011. Pour harmoniser le

contenu des cours et des activités de formation sur les urgences dans la Région, un groupe de travail a été chargé d'élaborer des programmes et modules de formation spécialisée, sur le tas et permanente au cours de la prochaine période biennale.

83. Le rôle moteur a été fourni pour les groupes sectoriels Santé dans l'action humanitaire mis en place au niveau des pays, permettant d'améliorer la mobilisation de ressources et la coordination des interventions sanitaires. Les partenaires régionaux pour la santé étaient régulièrement informés de la situation sanitaire grâce à la publication de bulletins mensuels et à la tenue de réunions mensuelles présidées par l'OMS, ce qui a favorisé une prise de décision éclairée sur les interventions en cas d'urgence de santé. Les partenariats ont été renforcés et élargis au cours de la période biennale pour inclure la collaboration avec la CEDEAO, la SADC et la Stratégie internationale de prévention des catastrophes (SIPC) des Nations Unies, avec pour corollaire la prise en compte de la composante santé dans le Programme d'action pour la mise en œuvre de la stratégie régionale africaine de prévention des catastrophes 2010–2015.
84. Les pays ont bénéficié d'un appui pour mobiliser des ressources durant les situations d'urgence aiguës et prolongées, à travers le plaidoyer et des contributions visant à améliorer la qualité des propositions. À la fin de la période biennale, plus de US \$77 millions avaient été mobilisés. Un appui a été fourni aux pays pour leur permettre d'exploiter les ressources par l'utilisation d'un système de suivi en ligne et d'un suivi permanent garantissant la conformité aux exigences des donateurs. L'exhaustivité et l'établissement en temps voulu des rapports destinés aux donateurs se sont nettement améliorés.

4.6 OS6 : Facteurs de risque pour la santé

85. L'objectif stratégique 6 vise à promouvoir la santé et le développement, et à prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage de substances psychoactives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque.
86. Le Bureau régional a fait des efforts considérables pour renforcer les capacités des États Membres dans la mise en œuvre de l'approche multisectorielle de promotion de la santé et la prévention des facteurs de risque pour la santé. Au cours de la période biennale sous revue, des résultats concrets ont été atteints dans l'élaboration de législations et de politiques nationales de promotion de la santé. Cinq pays ont élaboré des politiques nationales de promotion de la santé⁷⁵.
87. Le Bureau régional de l'OMS a accru l'appui fourni aux États Membres pour renforcer leur capacité à élaborer des plans nationaux fondés sur des bases factuelles visant à promouvoir les modes de vie sains, à prévenir et contrôler

les principaux facteurs de risque pour la santé. Par conséquent, un appui a été fourni à quatre pays⁷⁶ pour leur permettre de concevoir des plans d'action stratégiques de mise en œuvre des politiques de promotion de la santé. En outre, quatre pays⁷⁷ ont adopté des plans stratégiques nationaux de lutte antitabac. Des équipes des départements Promotion de la santé et Alerte et action au niveau mondial de l'OMS ont organisé des sessions de formation sur l'application des stratégies de promotion de la santé durant les flambées épidémiques. Ainsi, un consensus a été trouvé sur les éléments clés qui doivent figurer dans la communication lors des flambées épidémiques.

88. Sept pays⁷⁸ ont promulgué des lois portant interdiction de fumer dans les lieux publics et sur les lieux de travail, de diffuser la publicité, de faire de la promotion et du parrainage en faveur du tabac, et requérant par ailleurs des mises en garde sanitaires sous forme de pictogrammes sur les paquets de cigarettes et les emballages de produits à base de tabac. Le Kenya, Maurice et l'Ouganda ont organisé des ateliers nationaux destinés à l'élaboration et au renforcement des politiques, règlements et plans de travail nationaux de lutte antitabac.
89. Un appui a été fourni aux États Membres pour les amener à mettre en œuvre la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT). La Côte d'Ivoire est devenue le 41^{ème} pays de la Région à ratifier la CCLAT. Des délégués de 16 pays⁷⁹ représentant les ministères de la Santé et les ministères des Finances ont participé à l'atelier sur l'instauration d'une taxation plus élevée du tabac. Les participants à la réunion ont convenu de revoir les régimes fiscaux des pays afin de contribuer à l'atteinte de l'objectif de santé publique que constitue la lutte antitabac. Par conséquent, quatre pays ont initié le processus de révision de leur fiscalité⁸⁰.
90. La disponibilité des données sur le tabac s'est améliorée dans les pays grâce à l'appui fourni par l'OMS, avec la collaboration des «Centers for Disease Control and Prevention» (CDC) des États-Unis. Quarante-cinq pays, dont 24 présentant des données sur les tendances, disposent actuellement de données sur le tabagisme et l'exposition des jeunes à ce fléau. Les données de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS) montrent que la prévalence du tabagisme chez les jeunes de la Région oscille entre 6,6 % et 36,1 %, avec une médiane de 17,5 %. L'incidence du tabagisme chez la jeune fille augmente sans cesse et sera bientôt aussi élevée que celle des garçons. Tous les pays de la Région ont contribué à la troisième édition du rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme et les données complètes sur leurs politiques et législations sont disponibles sur le site web du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

91. Le Centre pour la lutte antitabac en Afrique a été créé par l'OMS avec l'appui financier de la Fondation Bill et Melinda Gates. Le Centre est basé à l'École de santé publique de Makerere en Ouganda et servira de centre-ressource pour la lutte antitabac dans la Région. Il permet de renforcer les capacités de lutte antitabac dans cinq pays cibles⁸¹ et d'appliquer de nouvelles règles.
92. Pour faciliter la mise en œuvre de la stratégie régionale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool dans la Région, le Réseau régional des homologues nationaux de l'OMS a été constitué. Composé de points focaux issus de tous les 46 pays de la Région, ce réseau s'est réuni en 2011 pour réviser le projet de Plan d'action de lutte contre l'alcoolisme dans la Région africaine de l'OMS pour la période 2012-2020. Grâce à l'appui fourni par le Bureau régional, cinq pays⁸² ont élaboré des documents de politique nationale de lutte contre l'alcoolisme, alors que de nombreux responsables politiques, administratifs et d'ONG, ainsi que des représentants de médias du Lesotho et de Madagascar ont reçu une formation pour élaborer des politiques nationales de lutte contre l'alcoolisme fondées sur des bases factuelles et tenant compte de la situation socioéconomique qui prévaut dans leurs pays. Un guide est en cours d'élaboration pour soutenir les États Membres dans la mise en œuvre de chaque domaine d'intervention identifié dans la stratégie régionale.
93. Pour pallier l'absence de données sur les pratiques de commercialisation de l'alcool dans les pays, l'OMS a réalisé une étude pilote dans quatre pays⁸³ afin d'évaluer l'action que mène l'industrie dans la commercialisation de l'alcool. Les résultats de cette étude, qui ont été publiés en 2011, montrent qu'en l'absence de dispositifs réglementaires, législatifs et de régulation, les populations sont exposées à des niveaux très élevés de commercialisation de l'alcool, ce qui accentue le risque d'un usage nocif accru de l'alcool.
94. L'utilisation des données disponibles pour la planification, le suivi et l'évaluation des programmes est cruciale dans l'action de santé publique face à la charge due aux maladies non transmissibles. À cet égard, le Bureau régional de l'OMS a fourni un appui à cinq pays⁸⁴ pour appliquer les données disponibles sur les facteurs de risque provenant de l'approche par étape (STEPS) de surveillance des facteurs de risque pour la santé ou de l'enquête mondiale sur la santé à l'école (GSHS). Grâce à cet appui, ces pays ont pu élaborer ou actualiser leurs plans d'action nationaux sur les MNT, en mettant un accent particulier sur la prévention primaire pour réduire les facteurs de risque identifiés.
95. L'OMS a soutenu le renforcement des systèmes nationaux en vue de la surveillance des principaux facteurs de risque pour la santé, grâce à des outils comme l'approche STEPS et l'enquête GSHS. Au cours de la période biennale 2010-2011, sept pays⁸⁵ ont réalisé des enquêtes STEPS, portant à 37 le nombre de pays qui

disposent de données démographiques de référence sur les principaux risques pour la santé. Dans la Région, les données STEPS montrent que la prévalence du tabagisme chez les adultes de la tranche d'âge de 25 à 64 ans varie de 2,4 % en Éthiopie à 23 % en Sierra Leone, avec une médiane régionale de 9,3 %. Pour ce qui est de l'obésité, la courbe oscille entre 1 % en Éthiopie et 31 % en Afrique du Sud dans le même groupe d'âge, avec une médiane régionale de 5 %.

4.7 OS7 : Déterminants sociaux et économiques de la santé

96. L'objectif stratégique 7 traite des déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et programmes qui accroissent l'équité et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.
97. La soixantième session du Comité régional tenue à Malabo en Guinée équatoriale a adopté le document intitulé «Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine» et la résolution y afférente. Par la suite, cinq pays⁸⁶ ont bénéficié d'un appui pour organiser des ateliers nationaux afin de renforcer les rôles moteur et d'encadrement joués par le ministère de la Santé en ce qui concerne les principaux déterminants sociaux dans les affections prioritaires de santé publique. Les tendances en matière d'équité en santé ont été suivies dans quatre pays⁸⁷. Les niveaux de pauvreté, d'instruction, de stabilité politique et d'accès aux services de santé ont été identifiés comme des facteurs clés des lacunes dans l'équité en santé constatées au niveau des pays.
98. Un appui a été fourni à huit pays⁸⁸ pour leur permettre de documenter les expériences dans la mise en œuvre d'actions multisectorielles dans les domaines de la gestion des flambées de maladies transmissibles et des facteurs de risque des MNT, de la prévention du VIH/sida, de la nutrition et de la promotion de la santé de l'adolescent. Les études de cas présentées comme documents de référence lors de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, tenue à Rio de Janeiro, au Brésil, en octobre 2011, ont indiqué que des actions multisectorielles comme la prise en compte de la santé dans toutes les politiques, la gouvernance sanitaire, le partenariat et la participation communautaire sont importantes pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.
99. La poursuite du plaidoyer a renforcé l'engagement et la détermination des pays de la Région africaine à résoudre le problème des inégalités en matière de santé et à agir sur les déterminants sociaux de la santé. Un examen de la deuxième génération des Stratégies de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) a montré que 40 pays avaient inclus des actions prioritaires sur les déterminants sociaux et économiques de la santé dans leurs SCP. En outre, 38 des 46 pays de la Région africaine étaient représentés à la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé de Rio de Janeiro, au cours de laquelle quatorze ministres de la Santé de la Région africaine ont prononcé des allocutions sur la problématique des déterminants sociaux de la Santé⁸⁹.

100. Pour aider les pays à traduire les accords internationaux en actions concrètes au niveau national, trois ateliers de formation portant sur le thème «Intégrer le genre, l'équité, les droits de l'homme et la planification familiale dans les programmes de santé» ont été organisés à l'intention de participants issus de 18 pays⁹⁰. Ces ateliers de formation ont contribué à l'élaboration de documents de politique générale, de lignes directrices et de lois sur le genre et la violence fondée sur le sexe dans les pays. Dans quatre pays⁹¹, l'OMS a apporté son concours à l'organisation de réunions d'orientation sur l'analyse de la problématique de l'égalité hommes-femmes et la planification fondée sur le genre, ainsi que des séminaires de sensibilisation visant à éliminer les disparités fondées sur le genre et à promouvoir l'égal accès des hommes et des femmes à la santé. Des études ont été réalisées dans cinq pays⁹² sur la violence sexiste à l'égard des femmes et des enfants, et sur l'élimination des mutilations génitales féminines (MGF).
101. Une enquête a été réalisée pour produire des informations sur l'existence et les capacités des comités nationaux d'examen éthique. Les indications préliminaires fournies par 29 pays montrent que, si certains d'entre eux ont établi des comités nationaux d'examen éthique dont l'action est fondée sur une politique et/ou une loi sur la recherche faisant intervenir des sujets humains, de nombreux autres pays ne l'avaient pas encore fait. Depuis 2006, les comités nationaux d'éthique de 19 pays africains⁹³ ont bénéficié d'un appui dans le cadre d'un réseau, le 'Forum africain pour la réglementation des vaccins (AVAREF)'. Cela s'est traduit par des revues conjointes conduites par les comités éthiques et les autorités nationales de régulation des pays. Les revues conjointes ont examiné les demandes d'expérimentation clinique soumises à leur approbation, et ont assuré le contrôle éthique et réglementaire des principaux essais cliniques de vaccins effectués dans la Région, notamment le vaccin conjugué contre la méningite de type A et le vaccin antipaludique RTS,S/AS01. Un cours est dispensé sur la législation s'appliquant à la régulation des essais cliniques. Tous ces efforts, associés à un renforcement supplémentaire de capacités, contribueront à renforcer les comités nationaux d'éthique actuels et à promouvoir l'établissement d'autres comités. Cela permettra d'assurer la sécurité et la protection des droits des participants à la recherche, et favorisera la génération de données de recherche fiables en vue d'une prise de décision éclairée dans la Région.

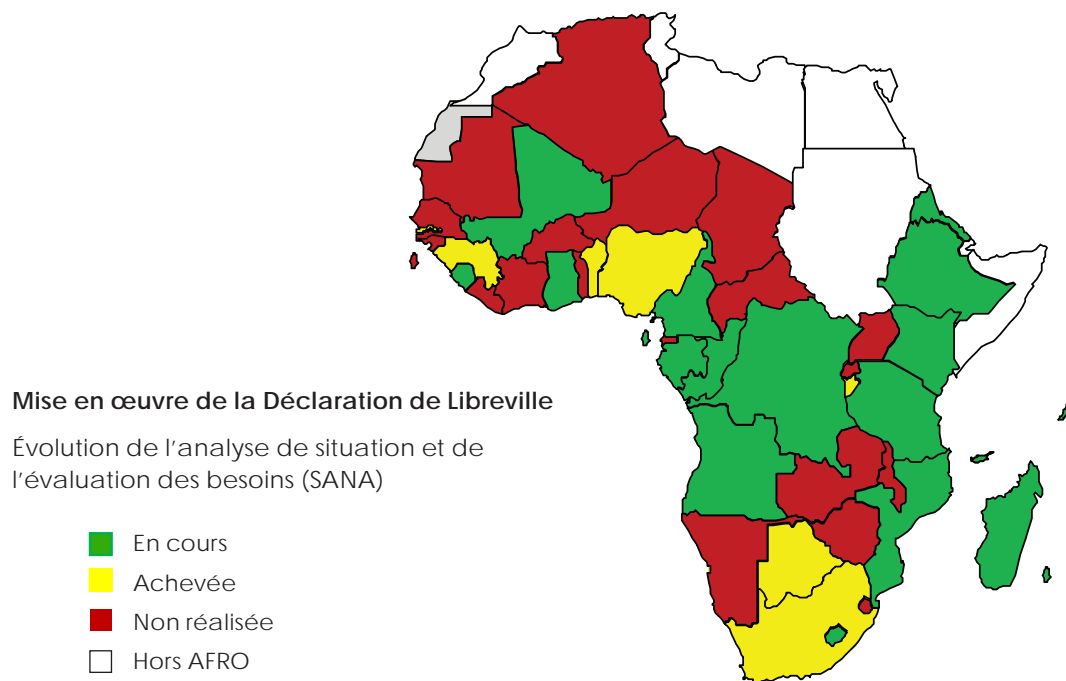
4.8 OS 8 : Un environnement plus sain

102. L'objectif stratégique 8 vise à promouvoir un environnement plus sain, à développer la prévention primaire et à infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs, de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.
103. L'OMS a continué à mener et à coordonner les activités de l'Alliance stratégique entre la santé et l'environnement et a organisé la deuxième conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique à Luanda, en 2010, en partenariat avec le

PNUE et le Gouvernement de l'Angola. Cette conférence a adopté trois importants documents de grande portée politique. Il s'agit de «l'Engagement de Luanda», des «Dispositions relatives à l'Alliance stratégique entre la santé et l'environnement», et de la «Déclaration des ministres africains de la Santé et de l'Environnement sur les changements climatiques et la santé».

104. L'OMS a renforcé son partenariat avec le PNUE pour continuer à fournir un appui à la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique. Cet appui passe par une assistance technique et financière devant permettre aux pays d'effectuer une analyse de situation et une évaluation des besoins (SANA). En fin 2009, le Gabon et le Kenya étaient les seuls pays à avoir terminé leur SANA. En fin 2011, 13 pays supplémentaires⁹⁴ avaient finalisé leur SANA à travers l'approbation de leurs rapports nationaux. Neuf autres pays⁹⁵ ont initié la procédure (figure 11).

Figure 11 : État de l'analyse de situation et de l'évaluation des besoins pour la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville dans la Région africaine de 2009 à 2011



Source : Programme PHE, OMS/AFRO

105. En 2010, l'évaluation annuelle sur l'assainissement et l'eau potable dans le monde (GLAAS) de l'ONU-Eau encadrée par l'OMS a publié son premier rapport mondial, qui portait sur une revue détaillée effectuée dans 26 pays africains⁹⁶ des principaux déterminants qui influent sur l'amélioration de la qualité de l'eau, de l'hygiène, de l'assainissement et de la santé. En 2012, le rapport du Programme commun de

suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement a été publié par l'OMS, en collaboration avec l'UNICEF, sur la base des données recueillies en 2010. Le rapport a montré que l'utilisation d'installations sanitaires améliorées a augmenté substantiellement dans la Région, passant de 31 % à 49 % entre 2008 et 2010, alors que l'accès à l'eau potable a stagné (61 % en 2010, contre 60 % en 2008). Selon les conclusions dudit rapport, seuls cinq pays⁹⁷ sont sur la bonne voie pour atteindre la cible "c" de l'OMD 7 d'ici 2015.

106. L'OMS a fourni un appui à des pays pour mettre en œuvre des actions de gestion des déchets sanitaires et de santé au travail. Le cadre régional de gestion des déchets sanitaires a été défini, ce qui a facilité la mise en œuvre des activités de gestion des déchets sanitaires financées par GAVI dans 27 pays⁹⁸.
107. Près de 100 métropoles et villes de la Région africaine se sont associées aux manifestations marquant la célébration de la Journée mondiale de la Santé 2010, dont le thème de campagne était «1000 VILLES, 1000 vies». Cette initiative de villes africaines visait à mettre en exergue les risques pour la santé qui prévalent dans tout environnement urbain, ainsi que les opportunités et les politiques mises en œuvre pour améliorer la santé en zone urbaine. L'Outil d'évaluation de l'équité en santé en milieu urbain et d'intervention (Urban HEART) a été conçu par l'OMS pour aider les décideurs et les planificateurs à évaluer et réduire les inégalités en matière de santé dans les villes. Cet outil a été introduit dans sept nouveaux pays en 2010-2011, portant à 10⁹⁹ le nombre total de pays qui l'utilisent.
108. L'activité relative à l'adaptation de la santé au changement climatique s'est intensifiée au cours de la période biennale sous revue. En 2010, l'OMS a réalisé une évaluation des considérations touchant à la santé dans les plans d'action nationaux d'adaptation au changement climatique (PANA) élaborés par 41 pays les moins avancés (dont 29 pays africains). Il ressort de cette évaluation que 39 des 41 pays concernés considéraient la santé comme l'un des secteurs qui subissent l'effet du changement climatique. Cependant, seuls neuf PANA ont été jugés exhaustifs dans leur évaluation de la vulnérabilité dans le domaine de la santé. Au total, 30 PANA comprenaient des interventions sanitaires dans le cadre des besoins d'adaptation et des actions proposées, même si seulement huit des interventions proposées ont été jugées appropriées. Eu égard à ce qui précède, les ministres de la Santé ont entériné la résolution AFR/RC61/R2, intitulée «Cadre pour l'adaptation de la santé publique au changement climatique dans la Région africaine», à l'occasion de la soixante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique tenue en septembre 2011. Des lignes directrices ont été élaborées pour la conception des plans nationaux d'adaptation et cinq pays¹⁰⁰ ont produit leurs plans d'action sur le changement climatique et la santé.

4.9 OS 9 : Nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire

109. De 2010 à 2011, la Corne de l'Afrique a été touchée de plein fouet par l'une des plus graves crises d'insécurité alimentaire survenues dans la Région africaine en 60 ans. Dix millions de personnes se sont retrouvées en situation d'insécurité alimentaire en Éthiopie, au Kenya et en Ouganda, nécessitant une aide humanitaire d'urgence. Cela s'est traduit par des niveaux élevés de malnutrition, avec une malnutrition infantile tournant autour de 15 % à 45 % dans les pays touchés. L'OMS a réagi en fournissant un appui aux pays à travers le renforcement de leurs capacités en vue d'améliorer les aptitudes de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et de soutenir les campagnes de vaccination antirougeoleuse et les actions de prévention du choléra chez les populations particulièrement vulnérables.
110. L'OMS a travaillé en collaboration avec l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), le Comité Inter-États de Lutte contre la Sécheresse au Sahel (CILSS), l'UNICEF, le Programme alimentaire mondial (PAM), la Communauté de Santé d'Afrique de l'Est, centrale et australe (ECSA-HC), l'Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC), d'autres institutions du système des Nations Unies et l'Union africaine à travers le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) pour renforcer les capacités et harmoniser les indicateurs de la surveillance nutritionnelle. Un atelier sur la surveillance nutritionnelle a été organisé à Grand Bassam, Côte d'Ivoire, à l'intention de neuf pays¹⁰¹, pour redynamiser les systèmes de surveillance nutritionnelle existants et les aider à réagir en temps voulu.
111. Pour améliorer la prévention, le dépistage précoce, la riposte en temps voulu et la prise en charge des cas, les indicateurs concernant la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments ont été intégrés à la SIMR. En conséquence, les maladies d'origine alimentaire et les cas de malnutrition sont régulièrement notifiés grâce à la SIMR et 22 pays¹⁰² disposent actuellement de données nationales de surveillance sur la malnutrition. Pour renforcer les capacités des pays en matière de surveillance des maladies d'origine alimentaire, 50 épidémiologistes et microbiologistes issus de 10 pays¹⁰³ et travaillant dans les secteurs vétérinaire, alimentaire et de la santé publique ont participé à une formation sur la surveillance en laboratoire des maladies d'origine alimentaire organisée à leur intention au Kenya. Un atelier de formation de niveau IV du Réseau mondial des infections d'origine alimentaire (GFN) a été organisé au Cameroun en faveur de 14 pays francophones¹⁰⁴ et en Afrique australe au profit de neuf pays¹⁰⁵. Jusqu'à présent, 33 pays¹⁰⁶ disposent d'un plan visant à réduire l'incidence d'au moins une grande maladie d'origine alimentaire.
112. Grâce à un plaidoyer intensifié en faveur de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments, le nombre de pays ayant inclus les activités de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments dans leurs stratégies de réduction de la pauvreté a augmenté,

passant de six pays en 2008-2009 à 23 pays¹⁰⁷ en 2010-2011. La surveillance et une prise de conscience de l'importance de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments se sont ainsi améliorées, donnant lieu au renforcement des équipes multisectorielles de coordination des activités de sécurité sanitaire des aliments et de nutrition dans 32 pays¹⁰⁸.

113. L'OMS a fourni un appui à certains pays dans la mise en œuvre des normes, standards, lignes directrices et stratégies visant à améliorer l'alimentation du nourrisson, notamment chez les enfants de mères vivant avec le VIH/sida. Trois ateliers sous-régionaux ont été organisés à l'intention de 26 pays¹⁰⁹ sur les nouvelles recommandations de l'OMS relatives à l'alimentation des enfants dans le contexte du VIH, de la PTME et du traitement antirétroviral. Vingt pays¹¹⁰ ont adapté ces nouvelles recommandations dans leurs lignes directrices nationales. Neuf pays¹¹¹ ont finalisé leurs stratégies et plans d'action sur la prévention et la prise en charge de la malnutrition sévère. Six pays¹¹² ont procédé à l'évaluation de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et se sont fondés sur leurs observations pour réviser leurs stratégies nationales.
114. La base juridique et politique qui encadre la réglementation en matière de sécurité sanitaire des aliments a été renforcée à travers l'évaluation des systèmes de contrôle des aliments, en vue de l'élaboration de politiques, plans d'action et projets de loi sur la sécurité sanitaire des aliments dans 13 pays¹¹³, portant à 28¹¹⁴ le nombre total de pays qui disposent de tels cadres juridique et réglementaire. Huit pays¹¹⁵ ont entrepris une analyse globale de la propension des pays à accélérer leur action dans le domaine de la nutrition, et sont en train de réviser leurs politiques concernant la nutrition sur la base de leurs constats. Les programmes pilotes de «marché d'aliments sains» ont été mis en œuvre dans cinq pays¹¹⁶ pour améliorer l'hygiène environnementale, la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition. Des plans d'action pour la mise en place de comités nationaux du Codex Alimentarius ont été conçus au Gabon, en Érythrée et en République démocratique du Congo, avec l'appui conjoint de l'OMS et de la FAO, afin de renforcer les opérations de ces comités nationaux du Codex.

4.10 OS10 : Services de santé

115. L'objectif stratégique 10 vise à accroître l'accessibilité, la qualité et la sécurité des services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, la dotation en personnels et la gestion, grâce à des bases factuelles fiables et accessibles et à la recherche. La faiblesse des systèmes de santé influe négativement sur les progrès réalisés vers l'atteinte des OMD, sur le contrôle et la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles et sur la santé de la mère, de l'enfant et de la femme.

116. Dans le cadre de son appui au renforcement des capacités des systèmes de santé nationaux et de district dans des domaines comme la politique générale, les stratégies, la planification et la mise en œuvre, divers outils et lignes directrices élaborés par l'OMS sont mis en œuvre, sur la base de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique et de la Déclaration d'Alger sur la Recherche pour la Santé. Par conséquent, 21 pays¹¹⁷ ont renforcé la capacité de leurs systèmes de santé de district à planifier, gérer, superviser, suivre et évaluer leurs activités. Grâce aux lignes directrices de l'OMS sur les plans nationaux de développement sanitaire (NHSP), 15 pays¹¹⁸ ont révisé leurs politiques nationales de santé et 18 autres¹¹⁹ ont actualisé leurs plans nationaux de développement sanitaire.
117. Vingt-deux pays¹²⁰ ont élaboré et révisé les propositions adressées à GAVI et au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme afin de renforcer leurs systèmes de santé. Cet effort de mobilisation des ressources a permis d'améliorer le financement des systèmes de santé dans ces pays. Treize pays¹²¹ ont organisé des revues annuelles conjointes du secteur de la santé, au cours desquelles ils ont évalué le niveau d'alignement des partenaires sur les politiques et plans stratégiques nationaux. Les Comores et la République démocratique du Congo ont élaboré un code de santé publique en 2010. Des mécanismes de renforcement de la coordination des partenaires et autres parties prenantes ont été institués au Burundi, au Cameroun et au Ghana. Dix-neuf pays¹²² ont adopté le dispositif contractuel des Partenariats internationaux pour la santé et initiatives apparentées (IHP+) et signé la convention mondiale sur les IHP+¹²³ en vue d'un appui technique efficace et harmonisé.
118. En réaction à la crise de personnels de santé dans la Région, une feuille de route pour augmenter les effectifs sanitaires en vue d'une meilleure prestation de services de soins de santé dans la Région africaine a été élaborée au cours d'une consultation régionale. Treize pays¹²⁴ ont bénéficié d'un appui couvrant divers aspects liés à l'élaboration de leurs politiques et plans nationaux sur les ressources humaines pour la santé (RHS), qui devait leur permettre d'exercer leur fonction de gouvernance de manière transparente et responsable. La Namibie et le Zimbabwe ont mis au point des stratégies de fidélisation de leurs RHS. La mise en œuvre du modèle de l'Initiative africaine en faveur des ressources d'apprentissage et d'enseignement pour l'éducation des personnels de santé a été amorcée dans la Région pour stimuler la formation et la production de ressources humaines pour la santé.
119. L'Érythrée et la Sierra Leone ont procédé à l'évaluation des programmes et contenus de leur formation, alors que le Lesotho et le Swaziland ont réalisé des études de faisabilité de la création d'écoles de médecine. Des profils nationaux détaillés des ressources humaines pour la santé ont été établis dans 15 pays¹²⁵, alors que neuf pays¹²⁶ ont mis en place des observatoires nationaux des ressources humaines pour la santé pour une prise de décision fondée sur des bases factuelles et le suivi des

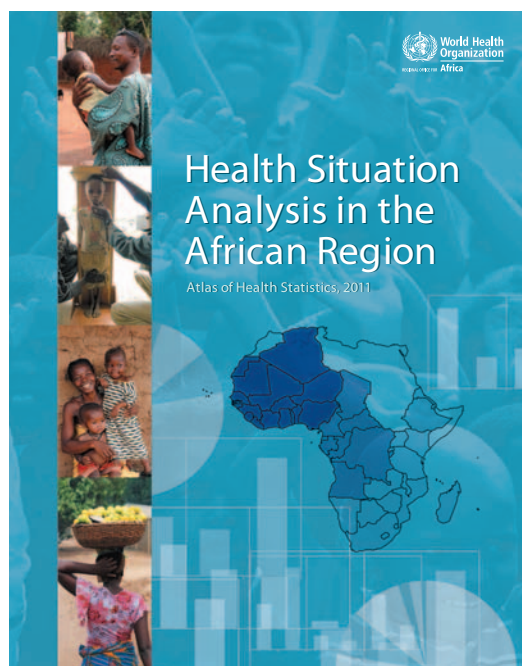
progrès. La Sierra Leone et la Gambie ont créé de nouvelles bases de données pour les ressources humaines pour la santé. Cinquante-quatre décideurs et hauts responsables issus de 21 pays¹²⁷ ont suivi une formation visant à renforcer la politique, le rôle moteur et la gouvernance inhérents aux ressources humaines pour la santé. Cette formation devait permettre aux pays d'exercer leur rôle de supervision, de clarifier leurs visions du développement des ressources humaines pour la santé et de procéder à une planification stratégique fondée sur des bases factuelles. Elle leur permettra également de mettre au point et d'utiliser des mécanismes efficaces de dialogue, de recherche d'un consensus entre les principaux acteurs, de fixation des priorités, ainsi que de planification et d'investissement à long terme dans les ressources humaines pour la santé.

120. En ce qui concerne les systèmes d'information sanitaire, le Mozambique, la Sierra Leone et l'Ouganda ont organisé des ateliers nationaux en vue du renforcement de leurs capacités, alors que quatre pays¹²⁸ ont finalisé leurs plans stratégiques de renforcement de leurs systèmes d'information sanitaire.

121. Des progrès significatifs ont été accomplis pour rendre l'information et les données sanitaires plus facilement accessibles aux États Membres et aux parties prenantes.

Conformément aux recommandations aussi bien de la Déclaration de Ouagadougou que de la Déclaration d'Alger, un Observatoire Africain de la Santé est désormais opérationnel pour aider les pays à produire, partager et appliquer l'information pour la formulation de politiques et la prise de décision. Des profils analytiques détaillés ont été produits pour la Région africaine et pour des pays comme le Cap-Vert, le Congo et la Zambie. Un nouveau portail de l'Observatoire régional des ressources humaines pour la santé a été conçu et lancé dans les trois langues officielles de la Région africaine. Les progrès réalisés dans la Région sur les OMD de santé et liés à la santé ont été évalués. Un Atlas des statistiques sanitaires 2011 a été produit pour la Région, tout comme les profils statistiques détaillés des 46 pays de la Région (figure 12).

Figure 12 : Atlas des statistiques sanitaires 2011



122. Quatre numéros du magazine *Moniteur de la Santé en Afrique* ont été publiés en 2010-2011, sur des thèmes comme les OMD, le renforcement des systèmes de santé, la médecine traditionnelle africaine et la santé génésique. Vingt-deux nouvelles revues médicales africaines ont été postées sur l'Index Medicus Africain (IMA) et 12 519 nouvelles entrées ont été ajoutées. Les États Membres¹²⁹ ont reçu une formation à la récupération des informations et à l'utilisation des bibliothèques bleues. La Bibliothèque a numérisé et archivé 700 documents du Comité régional (de 1997 à 2010) et 522 documents de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif (de 2009 à 2011) pour les intégrer dans la base de données IRIS, la bibliothèque institutionnelle en ligne de l'OMS.
123. Une assistance a été fournie aux équipes de pays du Réseau de politiques reposant sur des bases factuelles (EVIPNet) pour qu'elles élaborent des notes d'orientation politique destinées à une meilleure prise de décision¹³⁰. En collaboration avec le TDR, le Bureau régional a contribué à la mise en place et au lancement du Réseau africain pour l'innovation dans le domaine des médicaments et des produits diagnostiques (ANDI). Trente-deux centres d'excellence sur les innovations sanitaires en Afrique ont désormais été établis, dont 29 dans la Région¹³¹. La 25^{ème} réunion du Comité consultatif africain pour la recherche et le développement en santé (AACHRD) a recommandé l'élaboration d'un plan d'action pour le développement de la recherche dans la Région. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) ont parrainé une étude de recherche opérationnelle multipays intitulée : «La fourniture de services de santé essentiels en Afrique : réalités, perceptions et perspectives des populations». Deux nouveaux centres collaborateurs de l'OMS ont été désignés au Bénin et en Afrique du Sud en 2011, portant à 27 le nombre total de centres collaborateurs de l'OMS dans la Région africaine, implantés dans 12 pays¹³².
124. Des progrès ont été réalisés pour soutenir les pays dans leurs efforts visant à améliorer le financement des systèmes de santé, en termes de disponibilité et d'utilisation rationnelle des ressources. Dans le cadre de l'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé, 13 pays¹³³ ont établi des comptes nationaux de la santé et en ont publié les résultats. Un atlas a été élaboré sur la situation du financement de la santé dans les 46 pays de la Région africaine¹³⁴. L'état de mise en œuvre de la Déclaration d'Abuja sur le financement de la santé a été évalué dans tous les pays dix ans après son adoption. Il ressort de l'évaluation que cinq pays seulement avaient consacré 15 % du budget national à la santé en 2010¹³⁵.
125. Cinq pays¹³⁶ ont évalué les différentes pratiques dans les mécanismes de financement de la santé et de protection sociale nécessaires pour formuler une politique exhaustive de financement de la santé. Trois exemples de réussite en matière de financement de la santé ont été consignés sous forme

d'exposés techniques à l'intention des décideurs. Ces exemples de réussite ont été présentés dans les exposés suivants : «Construire au niveau opérationnel, piloter et planifier au niveau stratégique : cas du Rwanda»; «Élargissement de la couverture à travers l'engagement politique et le choix de politiques novatrices au Ghana»; et «Adoption du financement basé sur la performance pour couvrir la gratuité des services de santé au Burundi». Deux articles sur l'assurance santé^{137,138}, deux articles sur les meilleures pratiques¹³⁹ et des études¹⁴⁰ portant sur le rendement des hôpitaux au Bénin et au Botswana ont été publiés.

126. Des personnels issus de 27 pays¹⁴¹ ont été formés au suivi de la dépense de santé totale consacrée à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, par source de financement, pour leur permettre d'améliorer l'équité dans l'utilisation des ressources. Neuf pays¹⁴² ont bénéficié d'une formation portant sur les nouvelles pistes pour assurer la couverture universelle, et un appui a été fourni à neuf autres pays¹⁴³ pour analyser leur situation financière sur le plan de la santé, ce qui devait les aider à assurer la couverture sanitaire universelle grâce à une politique reposant sur des bases factuelles.
127. La sensibilisation à l'importance de la sécurité des patients aux niveaux national et institutionnel s'est améliorée dans la Région. Six pays¹⁴⁴ ont forgé des partenariats avec des hôpitaux d'Angleterre et de Suisse pour un apprentissage et des échanges mutuels dans le cadre du renforcement des capacités, alors que le partenariat africain pour la sécurité des patients était élargi à neuf nouveaux pays¹⁴⁵. Quarante-deux chirurgiens et anesthésistes principaux de 20 pays¹⁴⁶ ont été formés à l'utilisation de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS afin d'améliorer le respect des normes de sécurité dans les soins chirurgicaux, de renforcer la sécurité des opérations chirurgicales et de réduire les complications et décès inutiles en chirurgie.

SO11 : Technologies et produits médicaux

128. L'action de l'OMS dans cet objectif stratégique, en se focalisant sur une orientation vers des politiques fondées sur des bases factuelles, consiste à soutenir l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politiques nationales détaillées visant à élargir l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels et à en améliorer la qualité et l'utilisation.
129. Grâce à un outil de l'OMS, 37 pays¹⁴⁷ ont collecté des données exhaustives et établi les profils de leur secteur pharmaceutique, qui sont utiles pour suivre les progrès réalisés, identifier les lacunes et faciliter la mise au point et l'actualisation des politiques nationales sur les médicaments. Un rapport de synthèse régional sur les profils du secteur pharmaceutique a été élaboré. Il permettra d'évaluer les capacités du secteur pharmaceutique des pays dans la procédure d'approbation

des financements du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, en vue de l'approvisionnement en produits médicaux essentiels destinés au traitement des maladies prioritaires.

130. L'Afrique du Sud a élaboré sa politique nationale de transfusion sanguine, alors que cinq pays¹⁴⁸ ont révisé leurs plans stratégiques nationaux de sécurité transfusionnelle. Ces documents ont contribué à la normalisation et à l'amélioration des pratiques relatives à la transfusion sanguine. Dans un effort visant à améliorer la coordination et la gestion des services connexes, la Sierra Leone et la République démocratique du Congo ont élaboré des politiques et plans nationaux sur les laboratoires; le Kenya a formulé sa politique de gestion des technologies sanitaires; le Gabon, la Guinée-Bissau et le Togo ont élaboré des politiques nationales sur la médecine traditionnelle.
131. L'année 2010 marquait le 10^{ème} anniversaire depuis l'adoption de la stratégie régionale sur la promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé, tout comme la fin de la Décennie de la Médecine traditionnelle africaine (2001–2010). Un rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie et un plan d'action pour la prochaine décennie ont été approuvés par la soixante et unième session du Comité régional. Ce rapport a présenté les progrès réalisés par les pays, notamment dans le domaine de la sensibilisation à la médecine traditionnelle et de sa vulgarisation. Grâce aux lignes directrices de l'OMS, 22 pays¹⁴⁹ ont réalisé des recherches et certains de ces pays ont produit des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle contre le paludisme, le VIH/sida, la drépanocytose, le diabète et l'hypertension artérielle. L'une des résultantes de l'appui constant fourni par l'OMS est que 12 pays¹⁵⁰ ont délivré des autorisations de mise sur le marché de médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle, dont certains ont été intégrés dans la liste nationale des médicaments essentiels.
132. L'un des objectifs prioritaires des États Membres et de l'OMS est d'assurer la qualité, l'efficacité et l'innocuité des produits médicaux. En octobre 2010, les ministres de la Santé de sept pays¹⁵¹ réunis à Abuja, Nigeria, ont convenu d'établir dans chaque pays une agence nationale qui serait chargée de contrôler la circulation des médicaments, ainsi que des comités multidisciplinaires et plurisectoriels interpays et intra-étatiques, pour surveiller la circulation des médicaments contrefaits et appliquer la réglementation en vigueur, notamment sur le contrôle de la qualité des produits médicaux. En mars 2011, à Lusaka, Zambie, préoccupés par la circulation croissante des médicaments contrefaits sur leurs territoires et entre leurs frontières, les ministres de la Santé de cinq pays¹⁵² ont convenu de renforcer les autorités nationales de régulation des médicaments et de mutualiser les capacités des laboratoires à tester la qualité des médicaments dans leurs pays respectifs. En outre, les ministres de la Santé ont convenu de former des équipes nationales multisectorielles, comprenant les douanes et la police, pour surveiller l'importation illicite des médicaments de mauvaise qualité entre les frontières.

133. Le plan stratégique quinquennal de l'OOAS (2011–2016) sur la lutte contre la contrefaçon des médicaments a été révisé et une plateforme réunissant les partenaires techniques et financiers a été créée afin d'accentuer le plaidoyer et la mobilisation des ressources pour lutter contre la production, la vente et la circulation des médicaments contrefaits parmi les États Membres de la CEDEAO. Le plan stratégique a été conçu avec le soutien de l'OMS, de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest, de l'Union économique et monétaire de l'Afrique de l'Ouest, du ministère français des Affaires étrangères et européennes et de la Fondation Chirac. Le plan stratégique représente un cadre de mobilisation des financements par les pays afin de lutter contre les médicaments contrefaits.
134. Trente-neuf États Membres¹⁵³ de la Région ont terminé l'enquête mondiale sur les dispositifs médicaux. Selon les conclusions de l'enquête, 32 % des pays disposaient d'une politique de gestion des technologies sanitaires, alors que 51 % disposaient d'unités avec une mission de régulation des dispositifs médicaux. Par ailleurs, 38 % des pays avaient approuvé la liste des dispositifs médicaux pour des besoins d'approvisionnement. Sur la base des informations fournies par cette enquête, la capacité de personnels de huit pays¹⁵⁴ a été renforcée en vue de l'utilisation d'outils et de lignes directrices visant à optimiser l'acquisition, la gestion et la bonne utilisation des dispositifs médicaux.
135. Pour améliorer la qualité des services de transfusion sanguine et garantir un usage clinique approprié du sang, la capacité nationale de gestion et d'entretien de la chaîne du froid a été renforcée dans quatre pays¹⁵⁵. Un appui a été fourni à Maurice pour lui permettre de finaliser sa législation en matière d'enlèvement, de préservation et de transport d'organes et tissus humains dans des conditions médicales optimales et de se doter d'un système national d'hémovigilance.
136. Des évaluations régionales des compétences en hématologie et en chimie clinique couvrant 17 pays¹⁵⁶ ont été réalisées et le Programme d'évaluation de la qualité externe pour les agents pathogènes entériques, de la méningite, de la peste, de la tuberculose et du paludisme, qui couvre 45 pays de la Région, a été évalué. Pour renforcer les capacités des laboratoires en matière de surveillance de la résistance antimicrobienne, des ressortissants de 22 pays¹⁵⁷ ont suivi une formation théorique en laboratoire pour tester la sensibilité antimicrobienne. Des mesures correctives adéquates ont été prises dans les pays dont les performances ont été jugées insuffisantes.
137. Le renforcement de la sécurité biologique et de la sûreté biologique des laboratoires constitue un autre axe prioritaire majeur, la Région étant régulièrement affectée par des épidémies causées par des agents pathogènes dangereux comme les virus à l'origine des fièvres hémorragiques Ébola, de Marbourg et de Lassa, entre autres. Pour remédier à cette situation, 55 chefs

de services de sécurité biologique, responsables de gestion de la qualité et personnels de laboratoire de niveau intermédiaire ou supérieur exerçant des responsabilités dans le domaine de la sécurité biologique issus de tous les pays ont été formés et certifiés conformes à la réglementation de l'Association internationale du transport aérien.

138. Pour améliorer la sécurité des injections dans les pays de la Région, des outils simplifiés de collecte de données sur les pratiques d'injection ont été mis au point, soumis à un pré-test en Éthiopie, au Mozambique et en Ouganda, puis validés en vue de leur utilisation par les pays.
139. Les capacités des comités techniques consultatifs nationaux pour les médicaments ont été renforcées dans sept pays¹⁵⁸, grâce à l'appui fourni par l'OMS dans le cadre de son projet intitulé «Amélioration des médicaments destinés aux enfants». Dix pays¹⁵⁹ ont révisé leurs listes nationales de médicaments essentiels et les guides thérapeutiques normalisés. Des sessions de formation destinées à 205 médecins, infirmiers et sages-femmes de six pays¹⁶⁰ ont été organisées sur les bonnes pratiques en matière de prescription et sur l'utilisation rationnelle des médicaments.
140. Les capacités des autorités nationales de régulation (NRA) de 19 États Membres¹⁶¹ ont été renforcées dans le cadre du réseau des régulateurs, le Forum africain de régulation des vaccins, et grâce à l'appui fourni aux pays pour leur permettre de concevoir et actualiser périodiquement leurs plans de développement institutionnel, en se fondant sur les visites et évaluations de pays réalisées avec le concours de l'expertise locale. Ces pays peuvent désormais évaluer des demandes de réalisation d'essais cliniques, approuver de tels essais et conduire des inspections des sites d'expérimentation clinique pour s'assurer de la conformité aux bonnes pratiques cliniques.

4.12 OS12 : Rôle moteur, gouvernance et partenariat

141. L'action de l'OMS était centrée sur la consolidation de son rôle de chef de file, le renforcement de la gouvernance et la promotion du partenariat pour le développement sanitaire. Le Directeur régional a conduit des missions de haut niveau dans 19 pays de la Région, et au-delà, pour entreprendre le plaidoyer en faveur de l'accroissement de l'investissement dans le renforcement des systèmes de santé afin d'accélérer les efforts visant l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux de développement sanitaire. Les visites effectuées par le Directeur régional en Allemagne, au Portugal, aux États-Unis d'Amérique, au Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord, à la Banque mondiale, à l'Union européenne, à la Fondation Bill et Melinda Gates et au Vatican ont porté essentiellement sur la sensibilisation de la communauté internationale aux besoins sanitaires de la Région africaine et sur la mobilisation du soutien pour y faire face efficacement.

142. La restructuration du Bureau régional en 2010 a permis d'accroître l'accent mis sur la prestation de services conformes aux nouvelles orientations stratégiques qui régissent l'action de l'OMS dans la Région au cours de la période 2010-2015. Un accent marqué a ainsi été mis sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, ainsi que sur une utilisation plus rationnelle des ressources disponibles. Trois groupes organiques, à savoir : i) VIH/sida, paludisme et tuberculose, ii) Lutte contre la maladie et iii) Maladies non transmissibles, ont été fusionnés pour former le groupe organique Lutte contre la maladie, afin de fournir un appui plus intégré et plus cohérent aux pays. Les groupes organiques Promotion de la santé et Famille et santé génésique ont également été fusionnés.
143. Les soixantième et soixante et unième sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique tenues respectivement à Malabo, Guinée équatoriale, et à Yamoussoukro, Côte d'Ivoire, ont adopté des résolutions relatives à la santé publique et portant sur : i) les principaux déterminants de la santé; ii) la réduction de l'usage nocif de l'alcool; iii) les solutions en matière de cybersanté; iv) la situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la poliomyélite; v) la création et le document-cadre du Fonds africain pour les urgences de santé publique; vi) l'élimination de la rougeole d'ici 2020; vii) le cadre d'adaptation de la santé publique au changement climatique; et viii) l'éradication de la poliomyélite. Une discussion de groupe sur le thème «Financement de la santé : partage d'expériences en matière de mobilisation de fonds pour réaliser les objectifs nationaux de développement sanitaire» s'est tenue au cours de la soixante et unième session du Comité régional. Ses recommandations ont été publiées.
144. Au cours de la période biennale 2010-2011, le mécanisme Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA), une initiative pilotée par l'OMS, a enregistré l'adhésion de nouveaux membres. Le plaidoyer conjoint, la collaboration interinstitutions et l'appui technique fourni aux pays se sont encore renforcés. L'OMS a continué à centrer son attention sur des secteurs prioritaires comme le développement et l'estimation du coût des politiques et plans nationaux de développement sanitaire, ainsi que l'amélioration du financement du secteur de la santé. Le mécanisme HHA a permis d'accroître le dialogue entre le secteur de la santé et celui des finances, par l'organisation à Kampala, à Addis-Abeba et à Yamoussoukro, de rencontres ministérielles conjointes sur le financement de la santé. Un rapport sur «l'argumentation en faveur de l'investissement pour la santé en Afrique» a été publié par HHA. La collaboration de l'OMS avec la société civile et les institutions universitaires s'est intensifiée dans la Région.
145. Grâce aux efforts incessants qu'elle a déployés pour soutenir les plans de développement national et renforcer les partenariats, l'OMS a consolidé son rôle d'agence chef de file en matière de santé au sein des équipes de pays des

Nations Unies. Les bureaux de représentation et les équipes de pays de l'OMS se sont engagés activement dans le processus du Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) dans 40 pays de la Région, contribuant ainsi à l'harmonisation de l'appui fourni par les Nations Unies. L'OMS a activement soutenu le processus «Unis dans l'action» des Nations Unies dans quatre pays pilotes africains¹⁶² et dans les dix pays qui démarrent eux-mêmes ce processus¹⁶³.

146. Le Bureau régional a fourni un appui technique au Sommet des chefs d'État et de Gouvernement de l'Union africaine (UA), qui était organisé sur le thème «Santé maternelle, néonatale et infantile et développement en Afrique», et a participé aux préparatifs de la Conférence des ministres de la Santé de l'UA. Les communautés économiques régionales ont bénéficié d'un appui pour l'élaboration de plusieurs politiques, stratégies et rapports, et pour le renforcement de leurs capacités dans différents domaines comme les médicaments, la nutrition et la mobilisation des ressources.
147. Le plaidoyer et la communication avec tous les acteurs du développement sanitaire ont été renforcés grâce à la production et à la vulgarisation de matériels conviviaux de plaidoyer et de communication (dans les trois langues officielles de la Région) portant sur la mise en œuvre des résolutions et décisions des organes directeurs de l'OMS, des Orientations stratégiques 2010-2015 pour la Région africaine et d'autres activités organisées par l'OMS. La plupart de ces matériels sont disponibles sur le site web du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, notamment plus de 100 communiqués de presse et articles de fond, 64 programmes diffusés à la radio et à la télévision, cinq numéros du bulletin «AFRO News», quatre numéros de «La Toile», qui est un bulletin d'informations sur le paludisme, et plus de 30 circulaires de bureaux de pays. Les capacités des membres du personnel en matière de communication ont été renforcées grâce à un large éventail de programmes de formation.
148. L'alignement des Stratégies de Coopération de l'OMS avec les Pays sur les objectifs stratégiques du Plan stratégique à moyen terme a été effectué pour 45 pays, ce qui a permis d'identifier les priorités régionales communes utilisées dans le processus de planification opérationnelle pour la période biennale 2012-2013. Trois réunions régionales du Programme (RPM 44, 45 et 46) ont été organisées, avec la participation de tous les Représentants de l'OMS et de la Haute direction du Bureau régional. Des décisions ont été prises et des recommandations faites sur des sujets importants tels que le renforcement des systèmes de santé, la réforme de l'OMS, les Orientations stratégiques de l'OMS dans la Région africaine 2010-2015, l'appui à l'atteinte des OMD et les questions budgétaires.

149. Le recueil d'experts nationaux de santé publique (institutions et individus) de la Région africaine a été lancé, dans le cadre du recueil mondial de l'OMS, pour identifier et faciliter l'utilisation de l'expertise régionale en santé. En 2010, 27 instituts et 97 experts de 12 pays ont été intégrés dans ce recueil. La liste d'experts du Bureau régional de l'OMS a été dressée et comprend 1216 experts de l'OMS.

4.13 OS13 : Une OMS efficiente et efficace

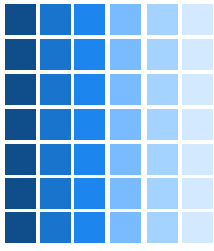
150. L'OS13 vise principalement la fourniture d'un appui efficace aux groupes organiques, aux équipes d'appui interpays et aux bureaux de pays de l'OMS en matière de gestion financière et des programmes, d'administration, de gestion des ressources humaines, de technologies de l'information, d'achats et approvisionnements, de traduction, interprétation et impression. La mise en œuvre réussie des programmes techniques, en particulier au niveau des pays, est en partie tributaire de la fourniture rapide et efficace de services d'appui.

151. L'opérationnalisation complète du Système mondial de gestion (GSM) figure parmi les activités principales développées en 2011. Les atouts du système dans la Région sont une plus grande visibilité des informations financières et programmatiques dans la Région et dans toute l'OMS, facilitant ainsi la planification et la gestion des activités. Les données provenant des bureaux de pays en particulier sont désormais plus actualisées que dans l'environnement pré-GSM. Le système a également présenté des défis aux utilisateurs, notamment des décalages dus à une connectivité limitée, ainsi que des rôles et responsabilités insuffisamment maîtrisés, qui auraient pu entraîner des défaillances en matière de contrôle. Les défis ont été relevés grâce à un investissement supplémentaire dans l'infrastructure et la formation, qui n'ont d'ailleurs pas cessé.

152. Le Bureau régional a fourni des efforts diligents et réalisé des analyses de nombreux mois durant pour apurer et effectuer le rapprochement des avances sur salaire consenties dans ses comptes au moment de la conversion au GSM. Ce problème des avances sur salaire a été longuement débattu lors de sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé, et les États Membres ont exigé l'établissement avant la fin de l'année d'un rapport de situation sur la résolution y afférente. En guise de réponse, le Directeur régional a veillé personnellement à ce que les comptes du Bureau régional soient apurés au cours de la période biennale, et il a institué un contrôle strict sur l'octroi de toute avance sur salaire. En conséquence, plus de 95 % des avances sur salaire ont été apurées : le montant des avances sur salaire non recouvrées est ainsi passé de US \$2,4 millions à seulement US \$128 000 en fin 2011. Un système de surveillance complémentaire et des contrôles plus stricts ont été établis, rendant impossible toute accumulation d'avances non apurées.

153. Le souvenir douloureux de l'attentat perpétré contre la Maison des Nations Unies à Abuja en août 2011 est encore présent dans les esprits. Trois membres du personnel de l'OMS y ont perdu la vie et de nombreux autres ont été blessés, certains si grièvement qu'ils ont dû être évacués en Afrique du Sud pour y recevoir des soins. Toutes les victimes évacuées et les autres membres du personnel ont récupéré de leurs blessures grâce aux actes de bravoure posés immédiatement après l'explosion, sur le lieu de l'attentat, par certains membres du personnel et d'autres personnes de bonne volonté, et grâce également à la réaction efficace de l'OMS et du personnel médical et des urgences des Nations Unies. Une assistance-conseil permanente était portée à tous les personnels affectés. Depuis l'attentat, le Bureau de Représentation de l'OMS au Nigeria travaille dans des installations provisoires localisées à divers endroits de la ville, ce qui constitue un défi supplémentaire venu s'ajouter à l'exécution du programme. Des ressources supplémentaires ont été débloquées en vue de renforcer la sécurité à Abuja et dans les nombreux bureaux satellites de l'OMS au Nigeria. Des examens de la sécurité ont également été effectués ailleurs dans la Région pour identifier et atténuer les risques et doter l'ensemble des représentations de l'OMS d'équipements de sécurité conformes aux normes minimales de sécurité opérationnelle des Nations Unies.
154. La crise financière actuelle a amené la Région à diminuer les charges de fonctionnement au cours de l'année, dans des domaines comme la passation de marchés, la communication et les voyages, et des réductions d'effectifs se sont avérées inévitables en dernière analyse. L'Organisation a ainsi dû se passer des services de près de 250 fonctionnaires au cours de l'année, dont près de la moitié dans la catégorie des services généraux, le reste étant équitablement réparti entre les membres du personnel de la catégorie professionnelle et la catégorie des administrateurs recrutés sur le plan national. La réduction d'effectifs a touché presque tous les lieux d'affectation – 38 pays et l'ensemble des groupes organiques du Bureau régional. Ce processus a fait ressortir le décalage entre la dotation en personnel et les fonds alloués. Si la majorité des financements sont destinés à des usages prédéfinis dans le cadre de projets de durée limitée, les membres du personnel travaillant sur ces projets sont généralement titulaires de contrats de longue durée, sans aucun rapport avec les sources de financement. Ce décalage est un aspect important abordé dans la réforme de l'OMS.
155. De nombreux défis restent à relever pour adapter le fonctionnement du Bureau régional aux exigences du GSM et aux contraintes financières actuelles. Cependant, les unités administratives qui contribuent à la réalisation de l'objectif stratégique 13 continuent de fournir un appui de qualité, en temps voulu, pour favoriser une mise en œuvre efficace des programmes de santé dans les pays et dans l'ensemble de la Région.





5. PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DES RÉSOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL

5.1 Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine : rapport de situation

156. En 2011, le Directeur général de l'OMS et le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Directeur exécutif de l'UNICEF, de hauts responsables du Rotary International et de la Fondation Bill et Melinda Gates ont effectué des visites de plaidoyer de haut niveau dans les pays prioritaires¹⁶⁴ et amplifié la dynamique en faveur de l'éradication de la poliomyélite. La vaccination supplémentaire a touché plus de 140 millions d'enfants de moins de cinq ans. Le nombre de cas de poliovirus sauvage (PVS) a chuté de 657 en 2010 à 350 en 2011, en dépit d'une transmission persistante du PVS au Tchad, en République démocratique du Congo et au Nigeria. L'Angola est restée exempte de poliomyélite pendant huit mois, alors que des flambées dues à la transmission du poliovirus sauvage de type 3 ont été interrompues en Afrique de l'Ouest.
157. Le Directeur régional a tenu des consultations avec les équipes de l'OMS dans les pays prioritaires pour convenir des principales actions et des ressources additionnelles qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs d'éradication de la poliomyélite tout en surveillant les progrès réalisés à travers des rapports mensuels. Il est proposé aux États Membres de renforcer la supervision nationale et la responsabilisation, de traiter toute flambée du poliovirus sauvage comme une urgence de santé publique, de mobiliser et d'allouer davantage de ressources pour mettre en œuvre pleinement les activités devant permettre d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage.

5.2 Stratégie pour agir sur les principaux déterminants de la santé dans la Région africaine : rapport de situation

158. Cinq pays¹⁶⁵ ont organisé des ateliers nationaux en vue de renforcer les actions multisectorielles et faire face aux principaux déterminants de la santé en identifiant les principaux défis et actions. En outre, huit pays¹⁶⁶ ont bénéficié d'un appui pour documenter les expériences dans la mise en œuvre d'actions multisectorielles

de lutte contre des flambées de maladies transmissibles et les facteurs de risque des MNT, de prévention du VIH/sida, de nutrition et de promotion de la santé de l'adolescent.

159. Les tendances en matière d'équité en santé ont été suivies dans quatre pays¹⁶⁷ à travers l'analyse de l'équité en santé, et quatre États insulaires¹⁶⁸ finalisent leurs rapports sur l'équité en santé. Des plans sont mis en œuvre pour en diffuser les conclusions lors des réunions nationales, et pour les appliquer aux politiques et programmes nationaux visant à réduire les lacunes en matière d'équité en santé dans les divers groupes de population.

5.3 Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région africaine : rapport de situation

160. En 2005, la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'Afrique a examiné le premier rapport sur la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région, et approuvé les actions proposées. Le Comité régional a également recommandé aux États Membres de ratifier la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région africaine, mais aussi d'élaborer et mettre en œuvre une législation et des plans d'action nationaux exhaustifs conformes à la Convention.
161. Sur les 41 États Membres¹⁷⁰ de la Région qui ont déjà ratifié ou adhéré à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, 37 ont soumis leur premier rapport sur la mise en œuvre de la Convention, conformément aux prescriptions de cette dernière. L'OMS continue de fournir un appui aux États Membres pour qu'ils se conforment à leurs obligations vis-à-vis de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

5.4 Mise en œuvre de la stratégie régionale de survie de l'enfant : rapport de situation

162. L'adoption de la stratégie de survie de l'enfant pour la Région africaine lors de la cinquante-sixième session du Comité régional a encouragé les pays à réaliser des progrès pour améliorer la survie de l'enfant dans la Région. Au chapitre des améliorations, 13 pays¹⁷¹ ont introduit le vaccin antipneumococcique conjugué, ce qu'aucun pays n'avait fait jusqu'en fin d'année 2009. La couverture par des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant a augmenté dans la Région, passant de 35 % en 2007 à 60 % en fin 2010¹⁷². L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide et un traitement efficace contre le paludisme ont permis de réduire le taux de morbidité et de mortalité de plus de 50 % dans 12 pays¹⁷³. En 2010, 81 % des enfants de moins de cinq ans ont reçu une supplémentation en vitamine A¹⁷⁴.

163. Pour accélérer les progrès vers la réduction de mortalité infantile, les États Membres et les partenaires doivent : surmonter les goulots d'étranglement du système de santé qui empêchent la survie de l'enfant; accroître les ressources allouées à la santé de l'enfant; investir dans l'amélioration de la qualité des soins de santé pendant l'accouchement et la période post-natale immédiate; mobiliser les familles et les communautés pour porter à l'échelle des interventions intégrées; et plaider en faveur de l'amélioration de l'assainissement, de l'alimentation en eau potable et de la nutrition.

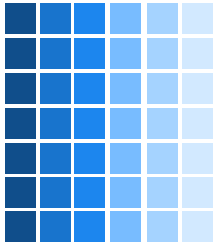
5.5 Élimination de la rougeole dans la Région africaine : rapport de situation

164. En 2011, 14 pays ont effectué des activités de vaccination supplémentaires (AVS) de suivi comme cela était programmé, qui, combinées aux interventions de vaccination antirougeoleuse réalisées durant les épidémies, ont permis de toucher en tout 81,8 millions d'enfants. Les 43 pays de la Région avec une surveillance établie des cas ont notifié 32 323 cas confirmés de rougeole en 2011. Dix-sept de ces 43 pays ont atteint les cibles des deux principaux indicateurs de performance de la surveillance en 2011. Les épidémies de rougeole continuent de poser des défis liés à l'insuffisance de financements pour la mise en œuvre des stratégies, aux retards pris dans la conduite des activités de vaccination antirougeoleuse supplémentaire de suivi et à des lacunes en matière de vaccination systématique et dans la couverture des AVS de suivi. En 2011, la République démocratique du Congo a connu une importante flambée épidémique, avec plus de 134 000 cas recensés grâce au système global d'établissement de rapports.

165. L'OMS a fourni un appui aux pays pour les aider à élaborer leurs plans stratégiques pluriannuels d'élimination de la rougeole. L'OMS et ses partenaires plaident en faveur d'une allocation accrue de ressources pour faciliter la mise en œuvre complète des stratégies qui doivent permettre d'atteindre les objectifs de pré-élimination, et, éventuellement, d'assurer l'élimination de la rougeole dans la Région, comme l'ont indiqué les États Membres. Outre la mobilisation en cours des ressources auprès des donateurs traditionnels en vue de financer le programme de lutte contre la rougeole, l'Initiative contre la rougeole a obtenu US \$55 millions de GAVI pour riposter aux urgences et flambées de rougeole nécessitant une action rapide. Cette initiative a également levé des financements supplémentaires pour soutenir quatre pays prioritaires¹⁷⁵ considérés comme à risque de recrudescence de flambées, et pour permettre à ces pays de conduire des activités de vaccination antirougeoleuse supplémentaire au cours des prochaines années, jusqu'en 2017.

5.6 Mise en œuvre de la stratégie de réduction de l'usage nocif de l'alcool dans la Région : rapport de situation

166. Sur la base de l'orientation contenue dans le document AFR/RC60/4, intitulé «Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS», approuvé lors de la soixantième session du Comité régional en 2010, neuf pays¹⁷⁶ ont révisé, ou sont sur le point de réviser, leurs documents de politique pertinents pour s'assurer qu'ils sont bien alignés sur les principes de santé publique et présentent des approches fondées sur des bases factuelles et des interventions pour une action nationale. Parallèlement, conformément aux recommandations de la résolution AFR/RC60/R2 approuvée par les États Membres au cours de la même session, le réseau régional d'homologues nationaux chargés de faciliter la mise en œuvre de la stratégie a été établi, et un projet de plan d'action a été discuté avec des représentants de 43 pays lors d'une consultation régionale tenue en février 2011.
167. Pour renforcer la capacité des pays à exécuter les actions identifiées pour réduire l'usage nocif de l'alcool au plan national, le Bureau régional a élaboré un document d'orientation pour la mise en œuvre des 10 domaines d'action prioritaires énoncés dans la stratégie régionale, qui sera ventilé à tous les pays. De même, le fruit de la collaboration actuelle avec les pays dans la collecte des données pour établir un système de surveillance de l'alcool pour la Région est l'opérationnalisation du système d'information africaine sur l'alcool et la santé (AFRISAH), qui constitue une interface régionale du système mondial d'information sur l'alcool et la santé.



6. DÉFIS, CONTRAINTES ET LEÇONS APPRISES

6.1 Défis et contraintes

168. À l'évidence, un défi majeur pour la Région africaine consiste à atténuer l'impact de la grave crise financière qui affecte les programmes prioritaires de l'OMS dans la Région africaine : systèmes de santé; VIH/sida, tuberculose et paludisme; santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant; promotion de la santé et prévention primaire, y compris pour les maladies non transmissibles. Pour faire face à cette situation, l'Organisation a été contrainte d'ajuster ses plans de travail par rapport aux contraintes financières et devait par ailleurs se préparer à l'éventualité de réductions d'effectifs supplémentaires. Compte tenu du fait que la majorité des programmes les plus affectés par la crise sont ceux dans lesquels les pays ont un besoin accru de la coopération technique de l'OMS, l'enjeu majeur pour l'Organisation résidait dans le maintien d'une capacité de réponse efficace et optimale lorsque les pays sollicitent un appui technique.
169. En dépit des efforts déployés par les pays, couplés à l'appui fourni par l'OMS et par les autres partenaires, la couverture des interventions et services essentiels pour réaliser des progrès vers l'atteinte des cibles régionales de développement sanitaire demeure un enjeu majeur. La couverture vaccinale est toujours insuffisante dans les pays, qui restent confrontés à des flambées épidémiques de rougeole et à une couverture insuffisante des services dans d'autres domaines, notamment : la prévention du VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; la fourniture de services de santé à la mère et à l'enfant; la lutte contre les maladies tropicales négligées; la prévention et le contrôle des épidémies de maladies transmissibles.
170. Là où des progrès ont été réalisés dans la mise à l'échelle d'interventions et de services, comme ce fut le cas dans les 12 pays qui ont significativement réduit leur charge de morbidité due au paludisme, il s'est parfois avéré difficile de maintenir l'accent mis sur l'allocation de ressources et les interventions et de consolider les acquis dans un contexte marqué par une multitude de priorités de santé publique concurrentes.

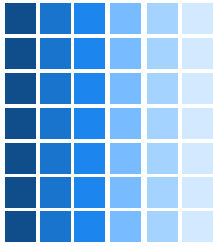
171. Les faiblesses persistantes des systèmes de santé se manifestent de plusieurs manières, notamment par l'absence de ressources humaines suffisantes et dotées des compétences requises; par l'incapacité des systèmes de gestion des achats et des approvisionnements à garantir la disponibilité des médicaments, des vaccins et des technologies de diagnostic; par l'inadéquation de la collecte des données et des systèmes d'information, qui ne permet pas le suivi efficace ni la projection des tendances des maladies, encore moins l'évaluation des interventions et des programmes; et enfin par l'inefficacité des mécanismes de responsabilisation. Un autre enjeu est de faire en sorte que les communautés s'engagent activement dans la promotion de leur propre santé et influencent la qualité des services fournis.
172. Une contrainte supplémentaire est l'insécurité qui prévaut dans de nombreuses localités de certains pays, qui a entravé la fourniture optimale de l'appui technique nécessaire.

6.2 Leçons apprises

173. La charge des problèmes prioritaires de santé peut être allégée par la mise à l'échelle d'interventions éprouvées à haut impact comme la thérapie antirétrovirale (TARV), le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) et les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA). En outre, l'extension de la Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR) et l'application du Règlement sanitaire international (RSI) au niveau communautaire ont favorisé la détection en temps voulu des flambées et la mise en place d'une riposte efficace en cas d'épidémie.
174. La collaboration transfrontalière entre les États Membres dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et aux épidémies, la collaboration avec les partenaires, le prépositionnement sur le terrain des kits d'urgence et la mise en place d'équipes d'intervention rapide ont permis d'endiguer rapidement et de contrôler efficacement les flambées et d'autres catastrophes. Les capacités des équipes de pays de l'OMS, sur la base de leurs effectifs actuels, doivent être optimisées, et associées à l'expertise nationale, dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence, de la riposte et de la réhabilitation.
175. La collaboration permanente avec les institutions du système des Nations Unies et d'autres partenaires a facilité l'appui fourni aux États Membres au niveau national, grâce aux mécanismes existants tels que l'UNDAF. Le mécanisme Harmonisation pour la Santé en Afrique qui sert de plateforme utile de synergie et de fédération de l'appui fourni aux pays s'est avéré un investissement efficace. En outre, l'OMS devrait continuer à renforcer les alliances, notamment les partenariats public-privé, et la mobilisation de responsables de la société civile et d'autres organisations, en vue d'entreprendre des actions dans le domaine de la santé.

176. Les activités menées de concert avec les États Membres et les partenaires, y compris ceux des organisations privées, dans lesquelles chaque partie prenante propose ses capacités et des ressources, ont porté de nombreux fruits, couplées à l'expertise et au rôle fédérateur de l'OMS. L'exemple le plus significatif à cet égard se trouve être le Projet de vaccins contre la méningite (MVP), caractérisé par des efforts conjoints dans la mise au point et la diffusion à grande échelle du vaccin conjugué contre la méningite à méningocoque A (MenAfriVac), qui a considérablement réduit le nombre de cas de méningite à méningocoque A dans certains des pays de la ceinture de méningite.

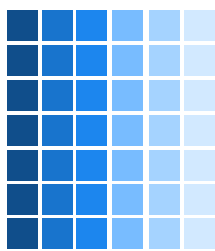




7. CONCLUSION

177. La Région africaine demeure confrontée à une lourde charge épidémiologique due aux maladies transmissibles et au fardeau croissant des maladies non transmissibles, ainsi qu'à un taux très élevé de mortalité maternelle et infantile. La Région continue d'être affectée par de fréquentes situations d'urgences et autres catastrophes. En outre, la crise financière mondiale a considérablement réduit le financement et la capacité d'action de l'OMS face aux besoins exprimés par les États Membres. Malgré ces défis, des progrès ont été réalisés dans la mise en œuvre du Budget Programme, et l'OMS s'est engagée dans un processus de réforme qui met l'accent sur la fixation des priorités, la gouvernance et les questions de gestion.
178. Les réalisations les plus significatives au cours de la période biennale 2010-2011 comprennent la consolidation du mécanisme HHA et la promotion du dialogue entre ministères des Finances et ministères de la Santé en vue d'améliorer le financement du secteur de la santé; le renforcement des systèmes de surveillance intégrée des maladies dans les pays; l'adoption de la Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles; l'élargissement de l'accès aux traitements du VIH/sida, aux tests du VIH et à la prophylaxie par TARV en vue de prévenir la transmission mère-enfant du virus; la coordination efficace des interventions sanitaires en cas d'urgence; l'entrée en vigueur de la législation antitabac et l'adoption d'un plan d'action de lutte antitabac dans un nombre croissant de pays; l'approbation de la stratégie régionale d'action sur les principaux déterminants de la santé; l'engagement de Luanda en faveur de l'Alliance stratégique pour la santé et l'environnement; la sensibilisation accrue à la sécurité sanitaire des aliments et à la nutrition; et l'accélération de la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé et les systèmes de santé en Afrique.
179. Dans le contexte actuel de ressources financières limitées, l'action de l'OMS dans la Région africaine pour la prochaine période biennale portera essentiellement sur les activités les plus prioritaires visant à atteindre les objectifs définis pour la période 2012-2013 dans les Orientations stratégiques pour l'OMS dans la Région africaine 2010-2015, conformément aux fonctions essentielles de l'OMS.





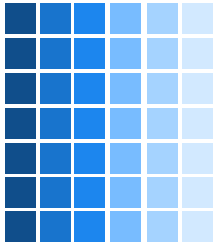
ANNEXES

Tableau 1 : Plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008–2013 : Exposé des objectifs stratégiques

01	Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.
02	Combattre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose.
03	Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence, au traumatisme et aux déficiences visuelles.
04	Réduire la morbidité et la mortalité, et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique, et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.
05	Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.
06	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque.
07	Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé par des politiques et programmes qui accroissent l'équité et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.
08	Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs, de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.
09	Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires tout au long de la vie, et en appui à la santé publique et au développement durable.
10	Renforcer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des bases factuelles et des recherches fiables et accessibles.
11	Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation.
12	Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action énoncé dans le Onzième programme général de travail.
13	Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.

Tableau 2 : Allocation du Budget Programme approuvé pour 2010-2011, par objectif stratégique, source de financement et répartition entre les bureaux de pays et le Bureau régional de l'OMS (en US \$000)

OS	Bureau régional/EAIP			Bureaux de pays			Total Région africaine		
	CF	CV	Total	CF	CV	Total	CF	CV	Total général
OS1	4875	109 782	114 657	11 780	297 683	309 463	16 655	407 465	424 120
OS2	4686	79 952	84 638	4662	118 908	123 570	9348	198 860	208 208
OS3	3226	4446	7 672	4934	6838	11 772	8160	11 284	19 444
OS4	5443	36 244	41 687	10 086	55 962	66 048	15 529	92 206	107 735
OS5	1 563	22 403	23 966	1877	72 939	74 816	3440	95 342	98 782
OS6	3218	6884	10 102	5151	8690	13 841	8369	15 574	23 943
OS7	2102	1490	3 592	2961	1942	4903	5063	3432	8495
OS8	1595	5405	7 000	3263	6072	9335	4858	11 477	16 335
OS9	1729	17 372	19 101	2538	15 543	18 081	4267	32 915	37 182
OS10	8100	32 407	40 507	10 933	72 595	83 528	19 033	105 002	124 035
OS11	2457	3796	6253	2826	10 584	13 410	5283	14 380	19 663
OS12	8847	6526	15 373	34 362	0	34 362	43 209	6526	49 735
OS13	28 831	53 965	82 796	37 555	4836	42 391	66 386	58 801	125 187
TOTAL	76 672	380 672	457 344	132 928	672 592	805 520	209 600	1 053 264	1 262 864



NOTES DE FIN DE DOCUMENT

1. Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Tendances mondiales du HCR en 2010 : Réfugiés, demandeurs d'asile, rapatriés, personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et apatrides*. HCR, Genève, 2011.
2. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
3. Afrique du Sud, Bénin, Burundi, Cameroun, Éthiopie, Gambie, Kenya, Malawi, Mali, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda et Sierra Leone.
4. Burkina Faso, Cameroun, Mali, Niger, Nigeria et Tchad.
5. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée équatoriale, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
6. Burundi, Érythrée, Gambie, Ghana, Malawi et Zambie.
7. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burundi, Cap-Vert, Comores, Congo, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Lesotho, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Seychelles, Swaziland, Togo, Zambie et Zimbabwe.
8. Burkina Faso, Cameroun, Guinée, Kenya, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad, Tanzanie et Zimbabwe.
9. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
10. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
11. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Liberia, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland et Togo.
12. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
13. Angola, Cameroun, Ghana, Nigeria, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone et Zambie.

14. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
15. Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Liberia, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
16. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Guinée, Guinée-Bissau, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, République centrafricaine, Rwanda, Sierra Leone, Swaziland, Togo, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
17. OMS, ONUSIDA, UNICEF. *La riposte mondiale au HIV/sida – Le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel – Rapport de situation 2011.*
18. Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, Swaziland, Tchad, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
19. Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland, Tanzanie et Zimbabwe.
20. Afrique du Sud, Botswana, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
21. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Botswana, Burundi, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Namibie, Sao Tomé-et-Principe, Tanzanie et Zambie.
22. Algérie, Bénin, Burundi, Érythrée, Gambie, Ghana, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigeria, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Tanzanie et Zambie.
23. Algérie, Bénin, Burundi, Comores, Érythrée, Kenya, Malawi, Maurice, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Sierra Leone, Tanzanie et Zambie.
24. Algérie, Burundi, Ghana, Namibie, Kenya, Sao Tomé-et-Principe, Tanzanie et Zambie.
25. Algérie, Bénin, Kenya, Seychelles et Tanzanie.
26. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Madagascar, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
27. Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Nigeria, Ouganda, Rwanda et Tanzanie.
28. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Guinée, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
29. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
30. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Mozambique, Namibie et Swaziland.
31. Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Kenya, Éthiopie, Guinée, Lesotho, Liberia, Mali, Mozambique, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie et Zambie.
32. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Éthiopie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Tanzanie, Sénégal, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

33. OMS. *Rapport 2011 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*.
34. Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap-Vert, Érythrée, Madagascar, Namibie, Sao Tomé-et-Principe, Swaziland, Rwanda, Tanzanie (en particulier Zanzibar) et Zambie.
35. Burkina Faso, Kenya, Madagascar, Malawi, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Tanzanie et Zambie.
36. Burkina Faso, Burundi, Érythrée, Gambie, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Niger, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Tanzanie et Zambie.
37. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Comores, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Liberia, Madagascar, Mali, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, et Zambie.
38. Cameroun, Comores, Éthiopie et Mauritanie (données ALMA, décembre 2011).
39. Angola, Mozambique, Zambie et Zimbabwe.
40. Afrique du Sud, Botswana, Namibie et Swaziland.
41. *Faire la différence – Rapport 2011 du Fonds mondial – Résultat régional pour l’Afrique subsaharienne*. Genève 2011.
42. ECSA, SADC, CEDEAO et CEEAC.
43. UNFPA et AIEA.
44. Winds of Hope, Hilfsaktion, IAPB, SSI, IDF, Right to Sight, Fondation mondiale du cœur, Fondation mondiale du diabète.
45. Éthiopie, Guinée équatoriale, Mauritanie, Rwanda et Seychelles.
46. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Congo, Côte d’Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigeria, Tchad, Togo, Sierra Leone, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.
47. Érythrée, Madagascar, Mali, Namibie, Niger, Rwanda, Tanzanie et Zimbabwe.
48. Bénin, Burkina Faso, Gabon, Madagascar, Mali, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, Sénégal et Togo.
49. Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d’Ivoire, Gabon, Guinée, Guinée-Bissau, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Tchad et Togo.
50. UNICEF, WHO, World Bank, UNDESA. *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2011 – Estimates Developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. New York, UNICEF 2011.
51. Algérie, Cap-Vert, Érythrée, Liberia, Madagascar, Malawi, Maurice et Seychelles.
52. *Trends in Maternal Mortality 1990 to 2010*. Estimations de l’OMS, de l’UNICEF, de l’UNFPA et de la Banque mondiale.
53. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Mozambique, Niger, Nigeria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Sénégal, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
54. Bénin, Burkina Faso, Côte d’Ivoire, Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone et Togo.
55. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l’Afrique. *Child Health Program Report: Assessment of the status of implementation of the Community Case Management for Pneumonia in the WHO African Region*. Juillet 2011.
56. Burkina Faso, Côte d’Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal et Togo.

57. UNICEF. *Community Case Management of diarrhoea, malaria and pneumonia of sick children for sub-Saharan Africa in 2010: Data report of a desk based survey of UNICEF country offices*. Juillet 2011.
58. Cap-Vert, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Liberia, Mali, Mauritanie, République démocratique du Congo, Sénégal et Togo.
59. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Kenya, Liberia, Malawi, Mali, Niger, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie et Togo.
60. Botswana, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Madagascar, Namibie, Zambie et Zimbabwe.
61. Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
62. Botswana, Érythrée, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.
63. Botswana, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Nigeria, Ouganda et Swaziland.
64. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo et Zambie.
65. Bénin, Éthiopie, Gabon, Guinée-Bissau, Lesotho, Liberia, Malawi, Namibie, Sénégal et Zimbabwe.
66. Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Malawi, Madagascar, Niger, République démocratique du Congo, Tanzanie et Tchad.
67. Afrique du Sud, Liberia, Malawi et Namibie.
68. Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Congo, Gabon, Ghana, Kenya, Lesotho, Liberia, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Zambie et Zimbabwe.
69. Angola, Botswana, Burkina Faso, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Liberia, Malawi, Mali, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
70. Madagascar, Mali, Mauritanie, Ouganda, Rwanda, Tanzanie et Zimbabwe.
71. Botswana, Burkina Faso, Érythrée, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Mauritanie, Niger, République démocratique du Congo et Tanzanie.
72. Angola, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Malawi, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
73. Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
74. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Namibie, Rwanda, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
75. Congo, Mauritanie, Namibie, Sierra Leone et Zimbabwe.
76. Érythrée, Namibie, Mauritanie et Sierra Leone.
77. Burkina Faso, Congo, Kenya et Tanzanie.

78. Burkina Faso, Comores, Éthiopie, Madagascar, Namibie, Tchad et Togo.
79. Afrique du Sud, Angola, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Ghana, Guinée, Kenya, Madagascar, Mali, Niger, Nigeria, Ouganda, Sénégal, Tanzanie et Zambie.
80. Ghana, Kenya, Sénégal et Zambie.
81. Afrique du Sud, Angola, Kenya, Mauritanie et Ouganda.
82. Botswana, Ghana, Lesotho, Malawi et Namibie.
83. Ghana, Gambie, Nigeria et Ouganda.
84. Bénin, Botswana, Cap-Vert, Mauritanie et Sao Tomé-et-Principe.
85. Comores, Érythrée, Gambie, Liberia, République centrafricaine, Tanzanie (en particulier Zanzibar) et Togo.
86. Guinée équatoriale, Namibie, Sénégal, Swaziland et Zimbabwe.
87. Guinée-Bissau, Mali, Mozambique et Sierra Leone.
88. Botswana, Kenya, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Swaziland et Zimbabwe.
89. *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*, le 21 octobre 2011, Rio de Janeiro, Brésil.
90. Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone et Togo.
91. Éthiopie, Ghana, Lesotho et Tanzanie.
92. Comores, Gabon, Niger, Sao Tomé-et-Principe et Sénégal.
93. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
94. Angola, Cameroun, Congo, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Lesotho, Madagascar, Mali, Mozambique, République démocratique du Congo, Sierra Leone et Tanzanie.
95. Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burundi, Comores, Gambie, Guinée, Nigeria et Seychelles.
96. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Rwanda, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo et Zimbabwe.
97. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Botswana et Rwanda.
98. Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, Rwanda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.
99. Cameroun, Congo, Éthiopie, Kenya, Mali, Mozambique, Ouganda, République démocratique du Congo, Tanzanie et Zambie.
100. Afrique du Sud, Bénin, Éthiopie, Kenya et Mali.
101. Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo.
102. Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Guinée-Bissau, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Namibie, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
103. Érythrée, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Tanzanie et Zambie.
104. Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal et Tchad.
105. Afrique du Sud, Angola, Botswana, Lesotho, Mozambique, Namibie, Seychelles, Swaziland et Zimbabwe.

106. Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Seychelles, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
107. Angola, Bénin, Burkina Faso, Congo, Éthiopie, Guinée-Bissau, Liberia, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
108. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Guinée, Guinée équatoriale, Liberia, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
109. Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
110. Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
111. Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Rwanda, Swaziland, Tanzanie et Zimbabwe.
112. Côte d'Ivoire, Ghana, Rwanda, Sénégal, Tanzanie et Togo.
113. Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Mali, Namibie, Seychelles et Tchad.
114. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée, Guinée équatoriale, Gambie, Ghana, Kenya, Liberia, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie et Togo.
115. Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Madagascar, Mali, Mozambique et Zambie.
116. Congo, Gabon, République démocratique du Congo, Tchad et Togo.
117. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Malawi, Mauritanie, Namibie, Niger, Ouganda, Rwanda, Swaziland, Tanzanie, Togo et Zambie.
118. Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Malawi, Mauritanie, Namibie, Nigeria, Ouganda, Sierra Leone, Togo et Zambie.
119. Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Togo, Zambie et Zimbabwe.
120. Burkina Faso, Burundi, Comores, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée-Bissau, Lesotho, Liberia, Malawi, Mauritanie, Niger, Nigeria, Rwanda, République centrafricaine, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
121. Burkina Faso, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Madagascar, Mauritanie, Niger, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Togo et Zambie.
122. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Zambie.
123. Consulter <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/about>.
124. Congo, Érythrée, Ghana, Liberia, Namibie, Niger, Nigeria, Rwanda, Seychelles, Sierra Leone, Tchad, Zambie et Zimbabwe.
125. Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Ghana, Lesotho, Malawi, Mali, Namibie, Rwanda, République centrafricaine, Sénégal, Swaziland, Togo et Zambie.
126. Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Kenya, Mozambique, Nigeria, République centrafricaine et Zambie.

127. Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Liberia, Malawi, Mali, Mauritanie, Namibie, Niger, République centrafricaine, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
128. Angola, Bénin, Burkina Faso et Sénégal.
129. Cameroun, Congo, Mali et Sierra Leone.
130. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* (2010), 26: pp. 229-232.
131. www.andi-africa.org: Institut africain de sciences et de technologies biomédicales, Conseil pour la recherche scientifique et industrielle, Institut de Recherche médicinale et d'études sur les plantes médicinales, Institut de recherche sur les primates, Themba LABS, Themba Pharmaceuticals Ltd, Joint Clinical Research Centre, Institut de recherche médicale du Kenya, Université Kwame Nkrumah des Sciences et Technologies, Université de Makerere, National Centre for Research, National Institute for Pharmaceutical R&D, Nogochi Memorial Institute for Medical Research, Afrique du Sud, Medical Research Council, Theodor Bilharz Research Institute, Centre de recherche sur la trypanosomiase de l'Université de Bamako, Université de Buéa, Université du Cap (3 centres), Université d'Ibadan, Université de Lagos, Université de Maurice, Université de Stellenbosch (2 centres), Université du Witwatersrand (2 centres), Université de Zambie.
132. Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Ghana, Madagascar, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, Sénégal et Tanzanie.
133. Botswana, Burkina Faso, Cap-Vert, Éthiopie, Kenya, Liberia, Niger, Nigeria, Rwanda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tanzanie et Togo.
134. Consulter le site : <http://apps.who.int/nha/database/StandardReportList.aspx>.
135. Botswana, Madagascar, Rwanda, Togo et Zambie.
136. Burundi, Congo, Ghana, Nigeria et Niger.
137. Inke Mathaur, et al. *SAMJ*. Mars 2011, vol 101, n°3.
138. Inke Mathaur, et al. *International Social Security Review*.
139. *Tropical Medicine and International Health* 10.1111/J. 1365-3156.2011.02794.x.
140. Kirigia JM, et al. *Assessment of productivity of hospitals in Botswana: a Data Envelopment Analysis application*.
141. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
142. Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo.
143. Kenya, Madagascar, Mali, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Tchad et Togo.
144. Cameroun, Éthiopie, Malawi, Mali, Ouganda et Sénégal.
145. Burundi, Côte d'Ivoire, Ghana, Mozambique, Niger, Rwanda, Tanzanie et Zambie.
146. Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Namibie, Niger, Ouganda, Rwanda, République démocratique du Congo, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
147. Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
148. Éthiopie, Malawi, République centrafricaine, Sierra Leone et Sénégal.
149. Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Madagascar, Mali, Mozambique, Nigeria, Ouganda, Rwanda, République démocratique du Congo, Sénégal, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.

150. Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Madagascar, Mozambique, Niger, Nigeria, République démocratique du Congo, Tanzanie et Zambie.
151. Éthiopie, Ghana, Kenya, Nigeria, Ouganda, Tanzanie et Zambie.
152. Angola, Congo, Namibie, République démocratique du Congo et Zambie.
153. Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Liberia, Madagascar, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.
154. Afrique du Sud, Botswana, Éthiopie, Gambie, Ghana, Namibie, Tanzanie et Zimbabwe.
155. Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal.
156. Botswana, Cameroun, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
157. Angola, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Guinée équatoriale, Lesotho, Madagascar, Mauritanie, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad et Togo.
158. Éthiopie, Ghana, Kenya, Nigeria, Ouganda, Tanzanie et Zambie.
159. Bénin, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Mali, Maurice, Mozambique, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe et Zimbabwe.
160. Burkina Faso, Éthiopie, Mali, République démocratique du Congo, Tchad et Sénégal.
161. Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
162. Cap-Vert, Mozambique, Rwanda et Tanzanie.
163. Bénin, Botswana, Burkina Faso, Comores, Lesotho, Liberia, Malawi, Namibie, Sierra Leone et Zambie.
164. Angola, Nigeria, République démocratique du Congo et Tchad.
165. Guinée équatoriale, Namibie, Sénégal, Swaziland et Zimbabwe.
166. Botswana, Kenya, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Swaziland et Zimbabwe.
167. Guinée-Bissau, Mali, Mozambique et Sierra Leone.
168. Madagascar, Maurice, Sao Tomé-et-Principe et Seychelles.
169. «Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région africaine : situation actuelle et perspectives» (document AFR/RC55/13); 17 juin 2005.
170. Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Mali, Maurice, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo et Zambie.
171. Afrique du Sud, Bénin, Burundi, Cameroun, Éthiopie, Gambie, Kenya, Malawi, Mali, Rwanda, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Sierra Leone.
172. OMS, UNICEF et ONUSIDA. *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. p.88.
173. Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap-Vert, Érythrée, Madagascar, Namibie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Swaziland, Tanzanie (en particulier Zanzibar) et Zambie.
174. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. *The State of the World's Children: Adolescence an Age of Opportunity*. UNICEF, New York, 2011.
175. Éthiopie, Nigeria, République démocratique du Congo et Tchad.
176. Afrique du Sud, Botswana, Ghana, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mozambique, Namibie et Zimbabwe.