



**World Health Organization
Organisation mondiale de la Santé**

CONSEIL EXECUTIF
Quatre-vingt-treizième session

Point 3
de l'ordre du jour provisoire

EB93/5
7 décembre 1993

**Rapports des Directeurs régionaux
sur tous faits notables sur le plan régional,
y compris des questions intéressant les
comités régionaux**

Rapport du Directeur régional pour l'Afrique

Le Directeur général a l'honneur de présenter au Conseil exécutif un rapport du Directeur régional pour l'Afrique qui met en relief les faits notables survenus dans la Région en 1993, parmi lesquels des questions évoquées à la quarante-troisième session du Comité régional. Si les membres du Conseil désirent consulter le rapport complet de la réunion, celui-ci est à leur disposition dans la salle du Conseil exécutif.

RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL POUR L'AFRIQUE SUR TOUS FAITS NOTABLES SUR LE PLAN REGIONAL, Y COMPRIS DES QUESTIONS INTERESSANT LE COMITE REGIONAL

INTRODUCTION

1. A tous égards, l'année 1993 a été une année particulière pour la Région. Les changements sociopolitiques n'ont en effet pas manqué, à commencer par la création d'institutions démocratiques en Afrique; le Bureau régional a quant à lui réexaminé ses orientations et ses stratégies face aux changements mondiaux et fourbi ses armes en vue de nouveaux défis. Le fonctionnement du Bureau régional a été maintes fois perturbé. Cette période a notamment été endeuillée par la disparition de deux représentants de l'OMS. Toutefois, ce fut également une année d'espoir, un espoir né de l'adoption par les ministres de la santé, à la quarante-troisième session du Comité régional à Gaborone (Botswana) en septembre 1993, du module minimum de la santé pour tous au niveau du district - "la dernière ligne droite" - pour l'instauration de la santé pour tous par les soins de santé primaires et conformément au cadre africain pour le développement sanitaire.

Surveillance et évaluation du programme régional

2. De janvier à mars 1993, le Bureau régional a procédé à un exercice de surveillance et d'évaluation des programmes techniques et des programmes d'appui afin d'améliorer la gestion de la coopération de l'OMS avec les pays de la Région. Cet exercice faisait suite à l'exercice de budgétisation programmation biennal pour 1992-1993, réalisé en 1991, auquel ont participé les représentants de l'OMS. Cet exercice, à ne pas confondre avec les rapports mensuels réguliers effectués par chaque unité technique du Bureau régional, est un exercice d'autoévaluation à mi-parcours dans un esprit d'apprentissage par l'expérience.

Pluralisme démocratique

3. Les conflits socio-économiques dans certains pays de la Région ont entraîné des déplacements massifs de populations et la création, pour les personnes déplacées et les réfugiés, de camps dépourvus des conditions d'hygiène minimales ou d'un approvisionnement adéquat en eau. Le manque d'accès aux soins de santé élémentaires et une alimentation précaire ont encore aggravé les difficultés. Les dangers de la propagation de maladies dans les fortes concentrations de population subsistent. On espère cependant que le processus de démocratisation permettra de revoir les plans et politiques nationaux de développement sanitaire et d'en élaborer de nouveaux.

"La dernière ligne droite" vers l'instauration de la santé pour tous

4. Parmi les changements positifs qui accompagnent la démocratisation et la liberté d'expression, on notera l'apparition d'un secteur communautaire parallèlement au secteur public et au secteur privé. Ce nouveau secteur est essentiel pour les initiatives communautaires que l'OMS est chargée de promouvoir, d'orienter et de soutenir à travers ses représentants, en première ligne dans les pays. Ce souci de la communauté a guidé les activités de la seizième réunion du programme régional qui était consacrée à la préparation des activités de coopération de l'OMS avec les pays pour la période biennale 1994-1995 et au renforcement de la complémentarité des interventions régionales.

5. Ces efforts supposent que l'on accorde la priorité, ainsi qu'un soutien logistique, technique et gestionnaire accru, au district et à ses structures gestionnaires, institutions et communautés. En outre, le district, en tant que point d'entrée pour les mesures visant à assurer un développement socio-économique durable est également le centre d'opérations pour les soins de santé primaires.

6. A la quarante-troisième session du Comité régional, les ministres de la santé africains ont réaffirmé leur soutien au cadre africain de développement sanitaire et choisi le district comme axe de développement basé sur la santé. Une série de consultations entre les représentants de l'OMS et les conseillers régionaux et des experts de la Région a débouché sur l'élaboration d'un module minimum de la santé pour tous au niveau du district comprenant : 1) des soins de santé élémentaires - soins médicaux, santé maternelle et infantile et lutte contre la maladie; 2) des interventions de santé publique en matière de vaccination, de planification familiale et médicaments essentiels; et 3) des interventions parasitaires : information sanitaire des adultes, sécurité des produits alimentaires au niveau des ménages, approvisionnement en eau potable et assainissement.

7. Ces mesures seront mises en oeuvre à travers le réseau de centres de santé de district, coordonnés par les bureaux de santé de district qui orientent les initiatives communautaires sur un mode de vie sain, la santé génésique et la salubrité de l'environnement; ce sont autant d'éléments des soins de santé primaires pour lesquels l'hôpital de district servira à la fois de centre logistique et de centre de recours pour les programmes de développement sanitaire local. Des équipes de pays continueront, dans 43 Etats Membres, à collaborer étroitement avec les autorités nationales à la réalisation de buts déterminés.

QUESTIONS INTERESSANT LE COMITE REGIONAL

8. La quarante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été ouverte à Gaborone, au Botswana, le mercredi 1^{er} septembre 1993 par M. Kitumile Masire, Président de la République du Botswana, en présence du Directeur général, le Dr Hiroshi Nakajima. M. Pascal Gayama, Secrétaire général adjoint de l'Organisation de l'Unité africaine, Mme Ishrat Husain, représentante de la Banque mondiale, M. Cole Dodge, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique australe et orientale, et M. Stanislas Adotevi, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique centrale et occidentale, étaient également présents, ainsi que les délégations des Etats Membres, des représentants d'organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales et les membres du corps diplomatique. Malgré les problèmes politiques à Brazzaville qui avaient perturbé la préparation des travaux, la session du Comité régional s'est déroulée de façon satisfaisante, grâce notamment au concours apporté par le Siège de l'OMS pour la reproduction de certains documents.

9. L'Erythrée, cent quatre-vingt-septième Etat Membre, assistait aux travaux du Comité régional en tant qu'observateur.

10. Des résolutions ont été adoptées sur les sujets suivants : lutte contre le SIDA; lutte contre les maladies cardio-vasculaires; programme régional de lutte antipaludique (voir également paragraphe 24 ci-après); les femmes, la santé et le développement; la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles au niveau du district; le programme élargi de vaccination; l'éradication de la dracunculose (voir également paragraphe 27); et la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous (coopération avec la Banque mondiale et autres parties concernées).

11. Le Comité régional a examiné le rôle du personnel infirmier et obstétrical dans la surveillance épidémiologique des patients. Il a recommandé de renforcer ce rôle afin de compenser le manque de médecins et d'épidémiologistes, notamment au niveau du district.

12. La résolution sur le programme élargi de vaccination demande un renforcement du suivi de la couverture vaccinale et de la surveillance. Les pays ont été invités à adopter des stratégies opérationnelles plus "agressives" afin d'étendre la couverture vaccinale dans tous les districts et d'établir des mécanismes pour le financement du programme, et en particulier pour l'achat de vaccins.

13. Les changements mondiaux ont été longuement évoqués. Plusieurs recommandations précises ont été faites concernant les organes directeurs, l'élaboration des politiques, la gestion, les représentants de l'OMS dans les pays, la réforme du système des Nations Unies, la budgétisation, la recherche et d'autres

questions. Le Comité a pleinement convenu que l'OMS devait s'adapter stratégiquement aux changements mondiaux si elle voulait continuer à jouer un rôle directeur dans l'action sanitaire internationale.

Orientations du programme régional dans les années à venir

14. Le plan d'activités régionales pour les années à venir a été présenté au Comité régional. Le développement des systèmes de santé sera concentré sur le développement et le renforcement des infrastructures sanitaires, en particulier les hôpitaux et centres de santé de district, et sur l'amélioration des capacités gestionnaires et la promotion de la recherche opérationnelle et d'une technologie abordable. Des efforts seront faits, en collaboration avec les Etats Membres, en ce qui concerne l'application des politiques nationales au niveau des districts afin de faire participer d'autres secteurs au développement sanitaire de district.

15. Les programmes régionaux de protection et de promotion de la santé fourniront un appui technique aux activités prévues dans le cadre de la santé maternelle et infantile, planification familiale comprise; de la nutrition; de la santé et de l'environnement; et d'autres activités visant à protéger et promouvoir la santé des individus, des familles et des communautés vulnérables.

Rapport biennal du Directeur régional pour 1991-1992

16. La présentation du rapport biennal du Directeur régional a été suivie d'un débat très animé. Au cours des discussions, les ministres de la santé ont déclaré que le système AFROPOC était un excellent instrument de gestion de la coopération entre les Etats Membres et l'OMS, et qu'une fois les contraintes budgétaires des deux dernières années disparues, les ressortissants nationaux devraient être plus activement impliqués dans sa gestion; les équipes de l'OMS et les bureaux des représentants de l'OMS dans les pays devraient être renforcés; une coopération accrue est nécessaire en matière de formation et de développement des ressources humaines, ainsi que pour le renforcement des systèmes nationaux d'information sanitaire; les donateurs devraient accroître leur aide en vue d'accroître la couverture vaccinale et d'éradiquer les maladies évitables; la stratégie régionale de lutte antipaludique devrait être plus énergiquement appliquée et un soutien apporté aux pays afin qu'ils puissent élaborer ou améliorer leurs politiques et programmes nationaux; la réduction de l'aide financière des donateurs aux pays et à l'OMS pour la lutte contre le SIDA est un sujet de préoccupation majeur et risque de compromettre les efforts de lutte.

PROTECTION ET PROMOTION DE LA SANTE

Nutrition

17. Au cours du second semestre de 1993, le suivi des recommandations de la Conférence internationale sur la nutrition a commencé avec la préparation de plans nationaux pour chaque pays d'ici la fin de 1994. Dans le cadre de l'initiative pour l'intensification de la coopération avec les pays et les peuples les plus démunis, un appui technique et financier a été accordé aux pays suivants : Bénin, Guinée, Guinée-Bissau, Madagascar, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, Sao-Tomé-et-Principe, Tchad et Zambie.

18. Une enquête sur les carences en micronutriments dans la Région a été effectuée dernièrement; 16 des 34 pays où il existe des carences en vitamine A ont déjà pris des mesures de prévention.

Santé maternelle et infantile, planification familiale comprise

19. Le premier d'une série de cours de formation régionaux en méthodologie de la recherche en santé de la famille a été organisé par le Centre régional de formation et de recherche en santé de la famille de Kigali, au Rwanda, dans le but de développer les capacités nationales et régionales dans ce domaine;

12 stagiaires du Burkina Faso, du Cameroun, de Côte d'Ivoire, de Madagascar et du Rwanda ont pu suivre ces cours.

20. Une banque de données régionale sur certains indicateurs de santé maternelle et infantile/planification familiale a été créée au Bureau régional à partir de la base de données mondiale installée au Siège.

Initiative "villes-santé"

21. Suite à la première réunion sur les "villes-santé" à Dakar en juillet 1992, organisée en collaboration avec le Réseau des Villes et Villages Santé du Québec, organisation non gouvernementale canadienne, et la commune de Dakar, une aide a été apportée pour l'élaboration de plans d'action dans cinq des 14 villes participantes. Un atelier OMS/GTZ sur la santé dans les villes a été organisé à Harare en novembre 1993 avec la participation de 16 pays en vue de promouvoir et d'étendre le projet, et de lancer un réseau régional de "villes-santé".

LUTTE CONTRE LA MALADIE

Lutte contre les maladies cibles du programme élargi de vaccination

22. Au cours des deux à trois dernières années, plusieurs pays de la Région, principalement en Afrique australe, n'ont signalé aucun cas de poliomyélite et ont fait état d'une incidence très faible du tétanos néonatal. Des évaluations de la qualité de la surveillance et de la lutte contre les maladies couvertes par le programme effectuées dans ces pays ont confirmé l'absence virtuelle de transmission du poliovirus, une très faible incidence du tétanos néonatal et une réduction significative du nombre de cas de rougeole et de décès dus à cette maladie. Toutefois, afin de stabiliser la situation, il faudrait organiser des campagnes de vaccination supplémentaires et renforcer la surveillance des maladies, surtout au niveau des districts.

Paludisme

23. Le programme de lutte antipaludique s'est vu attribuer le rang le plus élevé de priorité dans la Région. A la quarante-troisième session du Comité régional, un rapport sur les progrès accomplis depuis la dernière session du Comité régional, en septembre 1992, a été présenté. A la suite de la réunion interrégionale de Brazzaville en octobre 1991 et de la Conférence ministérielle d'Amsterdam en octobre 1992, des progrès considérables ont été faits dans la Région africaine. Plus de 20 pays ont formulé ou reformulé leurs programmes de lutte antipaludique avec l'appui technique de l'OMS, et près de 25 pays ont organisé une formation sur les stratégies de lutte antipaludique en vue de renforcer les compétences des agents de santé de district.

24. Un plan d'action régional pour la période 1994-1997 a été adopté dans la résolution AFR/RC43/R5, qui invite les Etats Membres à poursuivre leur engagement en faveur de la lutte antipaludique et à renforcer l'engagement des communautés, et à définir, dans un plan d'action national, des cibles précises et des indicateurs spécifiques afin de guider l'exécution du programme.

Dracunculose

25. Au cours de l'année considérée, neuf pays sur les 18 pays où la dracunculose est endémique ont procédé à une recherche active des cas.

26. L'efficacité de la stratégie d'éradication régionale continue d'être démontrée par les progrès accomplis dans deux des pays à plus forte endémicité : le Ghana et le Nigéria. Les progrès accomplis dans d'autres pays de moindre endémicité comme le Cameroun, l'Ouganda, le Sénégal et le Togo ont également

été spectaculaires. Au cours de la saison où survient la transmission, le reste des pays d'endémie ont accéléré leurs activités, quel que soit le stade de leurs campagnes d'éradication.

27. La quarante-troisième session du Comité régional a adopté une résolution appelant les Etats Membres dans lesquels la maladie est endémique à intensifier la surveillance nationale de la dracunculose et à accorder une priorité élevée à l'équipement des villages touchés en sources d'approvisionnement en eau potable.

Lèpre

28. Des progrès considérables ont été faits en matière de lutte antilépreuse en Afrique; la maladie pourrait être éliminée d'ici l'an 2000. Le nombre de cas enregistrés est estimé à l'heure actuelle à 195 000, ce qui représente une chute de 45 % par rapport aux 325 000 de l'année précédente. La baisse de la prévalence est due à l'augmentation de la couverture par la polychimiothérapie, qui est passée de 27 % en 1990 à 45,5 % en 1993, plusieurs pays ayant atteint une couverture de 100 %.

OPERATIONS DE SECOURS D'URGENCE ET D'AIDE HUMANITAIRE

Programme régional de lutte contre le SIDA

29. La régionalisation de l'appui technique et administratif fourni au titre du programme mondial de lutte contre le SIDA dans la Région africaine a progressé. Les programmes de 43 pays ont été régionalisés, celui de l'Ouganda devant être décentralisé en mars 1994. Les programmes nationaux de lutte contre le SIDA ont fait des progrès importants en 1993, exécutant des stratégies adaptées sur le plan régional. Des groupes et clubs de jeunes ont été constitués dans de nombreux pays. Les communautés ont formé des associations, et de nombreuses organisations non gouvernementales sont engagées dans la fourniture de soins aux sidéens et d'un soutien à leurs familles. Plus de 1000 organisations non gouvernementales locales, anciennes ou nouvellement créées à cette fin, existent désormais dans la Région.

30. L'essai sur le terrain des indicateurs de prévention prioritaires destinés à évaluer l'impact des interventions au niveau des pays est terminé. Huit indicateurs sont considérés comme suffisamment sensibles. Les cinq domaines couverts par les indicateurs sont les suivants : a) connaissance des méthodes de prévention; b) offre, facilité d'accès et utilisation des préservatifs; c) comportement sexuel à risque; d) prise en charge des cas de maladies sexuellement transmissibles; et e) prévalence des maladies sexuellement transmissibles du VIH.

31. Le Bureau régional a produit et distribué un guide des programmes nationaux de lutte contre le SIDA expliquant qu'il est souhaitable de mettre en oeuvre des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre du développement sanitaire national et en les décentralisant au niveau du district et de la communauté si l'on veut en assurer la pérennité et accélérer la diffusion des connaissances sur le SIDA, promouvoir des changements de comportement et faire adopter des modes de vie sains par tous, en particulier les jeunes et les enfants.

32. En application des diverses résolutions (WHA28.45, WHA34.26, WHA44.41 et WHA46.6) sur les opérations de secours d'urgence, de la résolution WHA42.16 sur la Décennie internationale de la prévention des catastrophes naturelles dans le secteur de la santé et des résolutions de l'Assemblée de la Santé sur la sécheresse, les inondations et la famine dans certains pays, l'OMS a renforcé les moyens dont elle dispose pour mettre en place des mécanismes de coordination efficaces pour aider les Etats Membres de la Région lors d'opérations de secours d'urgence et d'aide humanitaire.

INFORMATION SANITAIRE

33. Une collaboration étroite avec l'Association pour l'Information et les Bibliothèques sanitaires en Afrique (AHILA) a permis de relancer un projet resté en sommeil depuis longtemps, à savoir la création d'un *index medicus africain*. A la fin de 1993, des centres de six pays (Ghana, Malawi, Mozambique, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe) participaient au projet, et le numéro inaugural était publié et largement diffusé. Il convient de remercier la Fondation pour la Santé de New York et le Centre de recherche sur le développement international pour le rôle capital qu'ils ont joué en parrainant des missions de formation dans des sites pilotes, ainsi que la Bibliothèque du Siège qui a assuré l'impression du premier numéro sans frais ni pour le Bureau régional ni pour l'AHILA.

PROGRAMME DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE

34. En 1993, une analyse de la situation concernant les mécanismes et les problèmes de financement des soins de santé a été entreprise dans les Etats Membres. A cette fin, un questionnaire détaillé a été préparé et envoyé aux pays. L'analyse préliminaire des 34 questionnaires renvoyés a commencé. Des systèmes novateurs de financement des soins de santé communautaires dans les Etats Membres ont été signalés. Des ateliers ont été organisés à l'intention des représentants de l'OMS dans les pays et d'économistes de leurs équipes de pays, insistant sur la relation entre économie et santé. Des experts nationaux ont été recrutés comme économistes dans les équipes de pays. Des contacts ont été établis avec des donateurs et des banques de développement (BAfD, par exemple) afin de solliciter des crédits pour les activités du programme de financement des soins de santé dans les pays. Un soutien technique a été fourni à certains pays pour effectuer les réformes nécessaires du financement des soins de santé. Des établissements susceptibles de dispenser une formation interpayes en économie de la santé dans la Région ont été recensés.

SERVICES D'APPUI

35. Les services d'appui ont été durement mis à l'épreuve pendant la période considérée, puisqu'il a fallu revoir entièrement une infrastructure de communications vieille de 30 ans, moderniser le fonctionnement du Bureau et, surtout, faire face aux troubles sociaux incessants dans les pays.

36. Les problèmes politiques que connaît le Congo entraînent des perturbations dans les services bancaires des pays, de même qu'en ce qui concerne les arrangements financiers et les communications (valises diplomatiques, services de voyage, etc.), ce qui a des répercussions négatives sur la coopération technique avec les Etats Membres. A cet égard, l'aide du Siège pour faciliter les communications avec les pays a été très utile.

37. En raison de la situation politique troublée dans le pays hôte, un nouvel ordinateur a été installé au Bureau régional pour aider à assurer le suivi des programmes techniques et de pays et améliorer les services dispensés aux pays et aux bureaux des représentants de l'OMS, où de nouveaux micro-ordinateurs ont été installés pour améliorer l'efficacité.

EFFETS DE LA SITUATION D'URGENCE DANS LA REGION SUR LES PROGRAMMES

38. Des incidents affectant la sécurité ont eu lieu en Angola, au Burundi, au Congo, au Libéria, au Nigéria, au Rwanda, au Tchad, au Togo et au Zaïre au cours de l'année. Ces incidents, de durée variable, ont entraîné une désorganisation des programmes techniques et exigé des efforts particuliers du personnel. De nombreux incidents de ce type ont donné lieu à des mouvements massifs de population, faisant de nombreux réfugiés et provoquant des problèmes de santé auxquels le Bureau régional a fait face en prenant des mesures d'urgence.

= = =